

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE HUMANIDADES



No. DE CÓDIGO 327-14-06-01-14

ESTUDIANTE FRANCISCA DOMÍNGUEZ N.

CÉDULA 2-701-1719

TÍTULO AL QUE ASPIRA MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA DE LA TESIS TERAPIA INTERPERSONAL EN UNA MUESTRA
DE MAESTROS DEPRIMIDOS

ASESORA DE TESIS DOCTORA GRACIELA ALVAREZ

FIRMA DE LA ASESORA Graciela Mabel Alvarez

FIRMA DEL ESTUDIANTE Francisca Domínguez N.

APROBADO POR [Signature]
COORDINADOR DEL PROGRAMA

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA DE
INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PANAMÁ, 2003

TH

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

23 MAR 2004

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN: PSICOLOGÍA CLÍNICA

FACULTAD DE: HUMANIDADES

NÚMERO DE CÓDIGO: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: FRANCISCA DOMINGUEZ N.

TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA DE TESIS: TERAPIA INTERPERSONAL EN UNA MUESTRA DE MAESTROS DEPRIMIDOS

RESUMEN EJECUTIVO: SE TRATA DE UNA INVESTIGACIÓN DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA CON UN DISEÑO CUASI-EXPERIMENTAL PRE-POST CON UN GRUPO DE CUASI CONTROL, EN DONDE SE PRETENDE EVALUAR LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA INTERPERSONAL PARA LA DEPRESIÓN EN MAESTROS DE UNA ESCUELA PRIMARIA QUE PRESENTAN ESTE TRASTORNO.

NOMBRE DEL ASESOR: DRA. GRACIELA MABEL ALVAREZ

FIRMA DEL ASESOR: Graciela Mabel Alvarez

FIRMA DEL ESTUDIANTE: Francisca Dominguez N.

APROBADO POR: [Signature]

COORDINADOR DEL PROGRAMA

[Signature]
DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FECHA: 5 de diciembre de 2002.

ad. del autor

10164

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, especialmente a mi madre Florentina Núñez (q.e.p.d.), quien en todo momento fue mi cuidadora, mi maestra y, sobre todo, la primera persona en confiar en mí.

AGRADECIMIENTO

Gracias a los educadores de las escuelas primarias que participaron en el estudio, pues sin su colaboración hubiera sido imposible lograr la culminación de este proyecto.

A la Profesora Graciela Álvarez, mi Asesora de Tesis, por su constante ayuda y comprensión.

Agradezco a todas las personas que de una u otra forma hicieron realidad este trabajo.

INDICE GENERAL

	PÁG.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I. DEPRESIÓN	
1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA DEPRESIÓN.....	5
2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ANÍMICOS..	15
2.1. Dicotomías descriptivas de la depresión.....	15
2.2. Clasificación del DSM-IV.....	17
2.2.1. Trastorno depresivo.....	18
A. Síntomas depresivos.....	18
B. Clasificación y cuadro clínico.....	23
3. FACTORES ETIOLÓGICOS EN LA DEPRESIÓN.....	27
4. TRASTORNO DEPRESIVO EN MAESTROS.....	35
CAPÍTULO II. PSICOTERAPIA O TERAPIA INTERPERSONAL PARA LA DEPRESIÓN	
1. FUNDAMENTO TEÓRICO O CIENTÍFICO.....	46
2. PRUEBAS EMPÍRICAS DE LA IMPORTANCIA DEL CONTEXTO SOCIAL E INTERPERSONAL EN LA DEPRESIÓN	50
2.1. Trabajos de Psicología del Desarrollo	51
2.2. Investigación sobre el apoyo social	52
2.3. Investigación sobre acontecimientos vitales	53
2.4. Estudios epidemiológicos y longitudinales	55
3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN CLÍNICA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PSICOTERAPIA INTERPERSONAL	56
4. QUÉ ES LA PSICOTERAPIA INTERPERSONAL PARA LA DEPRESIÓN	58
5. RESUMEN DE LA PSICOTERAPIA INTERPERSONAL	
5.1. Las sesiones iniciales	60
5.2. Las sesiones intermedias: las áreas problemas	62

A.	Duelo	62
B.	Disputas interpersonales	64
C.	Transición de roles	66
D.	Déficit interpersonales	67
5.3.	Terminación	68
5.4.	Técnicas específicas	69
A.	Exploración	69
A.	Estimulación de afectos	69
B.	Clarificación	69
C.	Análisis de la comunicación	70
D.	Técnicas de cambio de conducta	70
5.5.	Papel del terapeuta	71

CAPÍTULO III. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

1.	METODOLOGÍA	73
1.1.	Antecedentes	73
1.2.	Planteamiento del problema	74
1.3.	Justificación	76
1.4.	Hipótesis de trabajo	79
1.5.	Objetivos	80
1.6.	Estrategia de investigación	80
1.6.1.	Tipo de investigación	80
1.6.2.	Diseño de investigación	82
1.6.3.	Variables	84
1.6.4.	Población y muestra	88
1.6.5.	Técnicas de medición	90
1.6.6.	Métodos de intervención	91
1.6.7.	Evaluación de los resultados	91
1.7.	Organización de los datos	102
2.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
2.1.	Análisis descriptivo y comparativo del grupo cuasi experimental y cuasi-control	103
2.2.	Pruebas de hipótesis	120

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.	CONCLUSIONES	134
2.	RECOMENDACIONES	138
	BIBLIOGRAFÍA	140

INDICE DE CUADROS

Cuadro I.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs- cuasi-control, según estado conyugal	103
Cuadro II.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs- cuasi-control, según número de hijos.....	106
Cuadro III.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs- cuasi-control, según medidas descriptivas para la variable número de hijos	108
Cuadro IV.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs- Cuasi-control, según estadísticas descriptivas para la variable edad	111
Cuadro V.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs- cuasi-control, según estadísticas descriptivas para la variable años de experiencia	112
Cuadro VI.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs- cuasi-control, según las puntuaciones obtenidas en el pre-test y postest de la escala de depresión de Hamilton	113
Cuadro VII.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs- cuasi-control, según medidas estadísticas descriptivas para las puntuaciones obtenidas en el pretest	115
Cuadro VIII.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs- cuasi-control, según medidas estadísticas descriptivas para las puntuaciones obtenidas en el postest	117
Cuadro IX.	Puntuaciones obtenidas por el grupo cuasi experimental y cuasi-control en la primera aplicación de la escala de depresión de Hamilton	122
Cuadro X.	Puntuaciones obtenidas por el grupo cuasi experimental en la primera y segunda aplicación de la escala de depresión de Hamilton	125
Cuadro XI.	Puntuaciones obtenidas por el grupo cuasi control en la primera y segunda aplicación de la escala de depresión de Hamilton	128
Cuadro XII.	Puntuaciones obtenidas por el grupo cuasi experimental y cuasi-control en la segunda aplicación de la escala de depresión de Hamilton	131

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs- cuasi-control, según estado conyugal	104
Gráfica 2.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs- cuasi-control, según número de hijos	107
Gráfica 3.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs- Cuasi-control, según grupos decenales de edad	109
Gráfica 4.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs-	

	cuasi-control, según las puntuaciones obtenidas en la primera aplicación de la escala de depresión de Hamilton	116
Gráfica 5.	Comparación del grupo cuasi-experimental –vs- cuasi-control, según las puntuaciones obtenidas en la segunda aplicación de la escala de depresión de Hamilton	119

ANEXOS

1.	Historias clínicas de casos	
	Grupo Cuasi-Experimental	148
	Grupo Cuasi-Control	253
2.	Cuestionario guía	258
3.	Escala de Depresión de Hamilton (D-Ham)	261

ABREVIATURAS UTILIZADAS

TIP. Terapia Interpersonal de la Depresión.

PIP. Psicoterapia Interpersonal de la Depresión.

RESUMEN

El propósito fundamental de esta investigación es brindar una intervención psicoterapéutica a maestros con un diagnóstico de depresión, a través de la Terapia Interpersonal de la Depresión y luego evaluar la efectividad de esa estrategia terapéutica. Evaluamos a maestros voluntarios de dos escuelas, para así conformar dos grupos de trabajo: el grupo cuasi-experimental y el cuasi-control. Al cuasi-experimental le aplicamos la terapia y luego se evaluaron los resultados en ambos grupos. Para cumplir los objetivos que se querían lograr con los recursos disponibles, decidimos seguir una estrategia de estudio prospectivo, básico de intervención terapéutica, con un diseño cuasi-experimental pre-post con un grupo de cuasi-control, también pre-post. Al comparar ambos grupos consideramos más conveniente la aplicación del estadístico de prueba no paramétrico de Mann Whitney para muestras independientes y la prueba de Rangos de Wilcoxon para la comparación intrasujetos. El grupo cuasi-experimental estuvo formado por 11 maestras con diagnóstico de depresión, según criterios clínicos del DSM-IV y el Test de Depresión de Hamilton. El grupo cuasi-control también estuvo formado por 11 maestras sintomáticas, con depresión. A las 11 maestras deprimidas se les brindó dos sesiones por semana, durante 7 semanas de terapia interpersonal, siguiendo los lineamientos de los autores Klerman y Weissman. Usamos la Terapia Interpersonal de la Depresión, ya que la misma se enfoca en trabajar el ámbito interpersonal de los pacientes deprimidos. Todas las pacientes que iniciaron la terapia terminaron el tratamiento. Los resultados, evaluados por el Test de Depresión de Hamilton, demostraron una mejoría, estadísticamente significativa, en todas las maestras tratadas. El análisis de los resultados muestra que la Terapia Interpersonal es eficaz para el tratamiento de personas deprimidas.

SUMMARY

The basic purpose of this research is to offer a psychotherapeutic intervention to teachers with diagnosis of depression, with the Interpersonal Therapy for Depression and then to evaluate the effectiveness of that therapeutic strategy. We evaluated voluntary teachers of two schools in order to study two groups: the cuasi-experimental and the cuasi-control group. We applied this therapy to the cuasi-experimental group and then we evaluated the results in both groups. Taking into account the objectives we wanted to reach, and the resources available, we decided to follow a strategy of prospective study, basic for therapeutic interventions, with a design cuasi-experimental pre-post, with a cuasi-control group pre-post either. For comparison of both group we considered more convenient the application of non-parametric statistics test of Mann Whitney for independent samples and the test of Ranks of Wilcoxon for intrasubjects comparisons. The cuasi-experimental group was formed by 11 teachers with diagnosis of depression according to clinical criteria of DSM-IV and the Hamilton Test for Depression. The cuasi-control group was made of 11 symptomatic teachers, with depression. To the first 11 depressed teachers we offered 14 sessions, two times per week, of Interpersonal Therapy, following the lineaments of authors, Klerman and Weissman. We used the Interpersonal Therapy for depression as long as it is an approach over the work with the interpersonal ambit of depressed patients. The patients that started the therapy they all finished it. The results evaluated with the Hamilton Test for Depression, showed a statistically significant improvement in all treated teachers. The analisis of the outcomes showed that the Interpersonal Therapy is effective for treatment of depressed persons.

INTRODUCCIÓN

Con el objetivo de aplicar los conocimientos adquiridos en esta especialidad procedimos a una investigación para ofrecerle una intervención psicoterapéutica a una considerable cantidad de maestros deprimidos y así poder evaluar la efectividad de la misma. Se utilizó la terapia interpersonal para la depresión que se enfoca acerca de la calidad de las relaciones interpersonales de los pacientes deprimidos, por considerar que éstas tienen gran influencia en la depresión clínica.

La depresión, como entidad clínica, no es nueva; data de muchos siglos atrás. Sin embargo, es en estos últimos años cuando se ha indicado que ha habido un incremento del trastorno depresivo y también se habla de que la depresión es uno de los principales diagnósticos dentro del colectivo de los educadores. Los maestros de las escuelas primarias tienen una importante misión en las manos, tratar niños en edades críticas de su desarrollo por espacio de diez meses, formándolo tanto en las áreas académicas como en otros aspectos de la vida. Al tener esta importante misión son objetos de observación por miembros de la sociedad como: sus colegas, los directivos de las escuelas, los supervisores, diversas autoridades comunitarias y especialmente por los padres de familia. Pero esto sólo es una parte de la realidad de su diario vivir, ya que también tienen sus propias exigencias personales y familiares. Al considerar

al maestro como un ser biopsicosocial, debemos tomar en cuenta estos factores que pueden intervenir en su estado anímico general. Diversos autores plantean que hay un incremento de depresión entre los maestros, por lo que es importante desarrollar intervenciones que ayuden a mitigar el problema en esta población profesional.

La investigación esta dividida en cuatro capítulos: en el primero, se centra la literatura relacionada con el trastorno depresivo, una breve historia, el cuadro clínico, aspectos etiológicos importantes y la realidad de la depresión en los maestros. El segundo, está dedicado exclusivamente al enfoque terapéutico utilizado que es la Terapia Interpersonal de la Depresión (TIP). Se exponen los antecedentes de la terapia, sus bases teóricas, así como el planteamiento que se hace de la depresión desde esta perspectiva terapéutica. El tercero, describe la metodología utilizada en la presente investigación y además, se expresan y discuten los resultados de la misma. En el cuarto y último capítulo se plasman las conclusiones y recomendaciones pertinentes al estudio.

Desde los planteamientos iniciales de la investigación se buscaba brindar una intervención terapéutica a los maestros, independiente de su diagnóstico, lo que fue una realidad. Los resultados, no sólo permiten observar el funcionamiento o no de la terapia, sino el de acercarnos a una realidad, cada día más notable, en las aulas de clases.

CAPÍTULO I. DEPRESIÓN

1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA DEPRESIÓN

Actualmente, el tremendo incremento de la depresión, su tendencia a violar impulsos instintivos básicos –como el de la propia conservación- y su efecto bloqueador de necesidades biológicas –como el hambre, el sueño y el deseo sexual- han hecho que un gran número de investigadores sumen sus esfuerzos a fin de conocer mejor este problema. Según Arieti (1993), la depresión, quizás como ningún otro desorden psiquiátrico o de la Medicina en general, se remonta desde de los primeros registros escritos de la humanidad. De esta forma en diversos personajes de antiguos mitos así como en figuras bíblicas se describen síntomas manifestados que hoy serían clasificados como una típica enfermedad depresiva. Sin embargo, hacer una historia de la depresión es difícil, ya que desde su significado hasta su uso, varía según los campos del conocimiento y las épocas, por lo que en esta parte trataremos solamente, una versión acerca del tema.

Según Herreros (2001), la palabra “depresión” tiene diferentes significados según el contexto en que se la aplique, dando lugar muchas veces a confusiones, aun en campos similares. Así, no es lo mismo su utilización en la farmacología, la neurología, la psiquiatría y el psicoanálisis.

La depresión electroencefalográfica, es una disminución en la actividad captada por un aparato, la depresión producida por el alcohol puede referirse a la disminución de la actividad cerebral o al “humor depresivo” del alcohólico, la

depresión que se emplea en el habla cotidiana, puede aludir a la tristeza o a la angustia.

El término es importado por el campo "ps". Es utilizado en la geografía y fundamentalmente en la economía. La analogía, con este último campo es notable en la concepción de la depresión en la psicopatología actual. Según la Enciclopedia Económica Británica "Depresión económica" es:

"Una radical caída en la actividad económica que se caracteriza por una fuerte confrontación en la producción, aumento del desempleo y reducción en los índices de dinero en circulación. Constituye de hecho, una manifestación exacerbada de la fase recesiva del ciclo económico, en el cual se suceden períodos de auge y de recesión".

Según Herreros (2001), esta relación entre el campo económico y el psicopatológico no es casual. Un aspecto importante, al revisar la historia de la depresión es el salto, solapamiento, convivencia y sustitución que se produjo con dos significantes, uno moderno, "la depresión" y el otro hipocrático, "la melancolía". Desde la referencia única a la melancolía en la antigüedad, hasta su casi desaparición y sustitución actual por el término depresión.

El término depresión en el campo "psi" puede designar tanto un afecto normal, un síntoma, un síndrome, o una posición subjetiva, hasta intentar estructurar una entidad clínica.

Depresión indica la acción y efecto de deprimirse y tiene su raíz en "*deprimir*". Según (Agüero 2000 En: Herreros, 2001), nos dice que "deprimir" aparece en castellano en el siglo XVI y se origina también del latín *deprimere*. Esta última deriva de *premere* que significa apretar.

La palabra depresión se deriva del latín *depressio* que significa abatimiento, descenso, concavidad y aparece en el siglo XVII y en 1800 "depresivo". Sus partículas constitutivas son *de* y *premere*. "*De*", es una preposición de ablación que denota relación de lugar-tiempo-procedencia u origen-participación-transformación o cambio-materia-objeto y significa "de arriba abajo", "desde" y "de". "*Premere*", de *premo* es transitivo y significa afectar-estrechar-oprimir. Puede tener varios sentidos, tales como: ocultar, agobiar, imprimir, hundir, estrechar, entre otros.

Según Dupont (1997), la primera descripción clínica objetiva de la depresión data del siglo IV a.C. y su autor es Hipócrates. Se encuentra en los "Aforismos" del Corpus Hippocraticum:

"Cuando el miedo y la tristeza persisten por largo tiempo se trata de un estado melancólico, debido a un exceso de bilis negra (atrabilis) en el encéfalo obscureciendo el espíritu y volviéndolo melancólico".

La teoría de los humores, que se atribuye a Hipócrates (460-380 a.C.), partía de la hipótesis de que la salud era el efecto del equilibrio entre ciertos humores o sustancias que, en ese momento eran cuatro: sangre, flema, bilis amarilla, bilis negra con sus cuatro cualidades correspondientes (caliente, frío, seco y húmedo). Estos humores se convirtieron en los determinantes de los temperamentos del hombre. El predominio de la sangre generaba el tipo sanguíneo; el de la flema o moco, el flemático; el de la bilis amarilla, los coléricos y el de la bilis negra, los melancólicos. La melancolía, vinculada entonces a la atrabilis, no está descrita sintomatológicamente, pero se hace hincapié sobre los trastornos emocionales fundamentales.

Posteriormente a este planteamiento teórico, encontramos diferentes escuelas, primero la escuela dogmática, causalista, sin duda provocó la aparición de la escuela empírica, cuyos partidarios, rechazaban la investigación de las causas, consideraban que en el arte de curar, lo único válido era la experiencia directa. Poco después del transcurso de las escuelas: dogmática y empírica, nace la escuela metodista, con Asclepiades (100 a.C.) y posteriormente con Sorano de Efeso (100 d.C.), que estaba basada en la línea filosófica de Epicúreo.

Para los metodistas, cualquier enfermedad se relacionaba con un estado de relajamiento, compresión o mixto. Esta escuela no se interesaba por las causas, pues se considera que están ocultas y deben permanecer así.

La otra gran escuela antigua, que surge como réplica a los metodistas, fue la neumática, basada también, en una tradición filosófica ya constituida, que en este caso es el estoicismo. Para los neumáticos, entonces, el Pneuma, producto refinado del aire exterior, circula por el cuerpo humano y le dá salud cuando el estado de tensión es conveniente. Dicha tensión será medida a través del pulso, por los miembros de la escuela, quienes medían y describían exquisitamente. El más destacado de esta escuela, fue Rufo de Efeso (siglo II), quien hizo una descripción, muy detenida, de la melancolía.

Pero sin duda, la escuela más importante de la antigüedad grecolatina, fue la ecléctica, cuyos miembros toman lo mejor, de las otras cuatro. Pertenecen a esta escuela, los nombres que marcaron fuertemente el inicio de la historia de la Medicina: Celso, Areteo de Capadocia, quienes pertenecen al primer siglo de

nuestra era, Galeno (siglo II), Celio Aureliano (siglo II) y Alejandro de Tralles (siglo IV), quien es considerado como el último autor antiguo.

Según Herreros (2001), con Areteo de Capadocia encontramos la segunda descripción de la depresión más completa y moderna, además se le considera como el que describió la psicosis maníaco depresiva. Consideró que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad, informando el caso de un paciente profundamente deprimido, que se recuperó cuando se enamoró. La descripción de la melancolía que hace este autor es sumamente aguda:

“Los melancólicos son inquietos, tristes, desanimados, insomnes, son presas del terror si la afección hace progresos. Se ponen flacos por su agitación y llegan a perder el sueño vivificante. Se quejan de miles de sutilezas y desean la muerte. Desgarran sus propios miembros con espíritu religioso y para tributar una especie de homenaje a los dioses que exigen este sacrificio”.

Sin embargo, el más grande de la antigüedad es Galeno, nacido en Pérgamo, y es durante su estancia en Roma, cuando redacta sus innumerables obras. Auténtico seguidor de las ideas hipocráticas de los temperamentos –sanguíneo, flemático, colérico y melancólico-, para él las enfermedades del alma son, en lo esencial, lesiones de la sensibilidad y de la inteligencia o bien consecuencia de lesión primitiva del cerebro. Para él, la causa de la melancolía “depende de un exceso de bilis en la sustancia cerebral; el humor melancólico es un estado espesado de la sangre semejante a la bilis, la cual, evaporándose en el cerebro, causa los síntomas melancólicos que afectan la mente”. También es Galeno, el

primero en utilizar el término hipocondría que influirá en el pensamiento occidental hasta nuestros días.

Durante la Alta Edad Media, los cristianos conservan la herencia antigua por medio de los autores de la época romana como: Celso, Celio Aureliano o Casio Félix y del bizantino Alejandro de Tralles, cuya obra había sido traducida al latín. Los árabes, en ese período, hicieron un gran aporte al campo de la Melancolía desde dos puntos de vista: uno, con relación a la psicopatología y otro a la terapéutica. Dado el acceso que tuvieron a los clásicos, más los siglos de la sabiduría árabe, les permitió desarrollar una medicina sistemática, basada fundamentalmente en la fisiología, pero también es cierto que se les atribuya la paternidad de la psicoterapia en los trastornos mentales; sus textos y El Corán dan cuenta de ello. Decía Mahoma acerca de los locos:

“No confiar a los ineptos los bienes que Dios os ha confiado, pero encargaros vosotros mismos de ellos, alimentadles y vestidles y habladles siempre con lenguaje dulce y honesto”.

Con relación a la melancolía, justamente uno de los pocos textos dedicados a la enfermedad mental son: De Melancolía del árabe Isak Ibn-Imram (siglo X) y el otro texto clave de la Edad Media: El Cannon in medicina del gran Avicena (Ibn-Sina) del siglo XI. Con Avicena, de clara orientación Galénica, la melancolía volvió a su causa humoral, siendo el cerebro afectado secundariamente.

Los árabes, con su influencia, realizan un doble movimiento teórico. Primero rescatan el lugar del paciente y de allí las diferentes anécdotas de intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de los trastornos mentales;

por otro lado, transmiten una visión de melancolía-enfermedad que todo lo invade.

En 1621 Robert Burton terminó su *Anatomía de la Melancolía*, que es una reflexión de la vida, como un texto, acerca de la depresión. Por esa época los médicos del resto de Europa redescubrían que la melancolía y la manía podían ser parte de una misma entidad diagnóstica, entre ellos tenemos a: Bonet en 1684, Schact en 1747 y Herchel en 1768.

Sostiene Solomon (2002), que gracias a la difusión de la revolución científica, los investigadores de la psicopatología comenzaron a considerar la enfermedad mental, como consecuencia de agentes fisiológicos más que por posesión demoníaca. Así por el siglo XIX, Falret y Baillarger describieron una forma de depresión, cuya presentación era episódica y que se observaba con mayor frecuencia en las mujeres y alternaba con episodios maníacos. A esta modalidad depresiva la llamaron "locura circular".

Philippe Pinel (1745-1826), propuso la pasión como enfermedad del alma, que es lo central en su teoría Pineleana, centro gravitacional que funda una disciplina médica. Es tal vez su mayor aporte. Según Herreros (2001), no son las cadenas rotas, ni la clínica, ni el alienismo, su contribución más significativa, sino la medicalización de las pasiones. Pinel, establece una clasificación de las enfermedades mentales basándose en la observación de los síntomas y el agrupamiento de estos síndromes más o menos fijos. Para Pinel, manía y locura son sinónimos sin embargo, no ubica a la melancolía dentro del género Manía. Es decir, no se trata de una locura en sentido estricto, sería una locura parcial.

Jean-Étienne Dominique Esquirol (1722-1840), el continuador de las pasiones. Para Esquirol, al igual que para Pinel, no hay diferencia de naturaleza entre la locura y la pasión; existe sólo la diferencia cuantitativa. No hay alienado cuyas facultades morales no estén alteradas, desordenadas o pervertidas.

Esquirol, consagró toda su obra a los alienados, a la locura, objeto colectivo que casi no trató de dividir. Deja la melancolía a los poetas y propone el nombre de lipemanía (del griego, "locura afligida"). La lipemanía es una monomanía triste.

Esquirol y estos aspectos son sin duda lo esencial de su obra propiamente nosográfica, arrancó el vasto dominio de los delirios parciales. Hizo de él dos partes cuyos nombres han caído en desuso, pero su realidad sigue viva en la psiquiatría clínica, la lipemanía y la monomanía.

La lipemanía recobrará, después de Esquirol, el nombre de melancolía en un sentido renovado. La tristeza puede ser patológica por su intensidad. El concepto de depresión patológica alcanzará dimensión sociológica al conceder rango de enfermos a personas que, sin delirar, se habían remitido hasta entonces a la moral y al auxilio sacerdotal fortalecedor, Solomon (2002).

Tales descripciones culminaron en el término psiquiátrico anglosajón "desorden afectivo". El término es acuñado por Henry Maudsley (1835-1918), el renombrado psiquiatra británico, quien enuncia: "el desorden afectivo es el hecho fundamental... en la gran mayoría de los casos precede al intelectual".

A la locura circular de Falret y Baillarger, Kraepelin la denominó en 1883, psicosis maníaco depresiva y la dotó de una etiología independiente de factores

psicológicos y sociales. Señala Herreros (2001), que la gran contribución de Kraepelin a la psiquiatría fue el ordenamiento del caos nosológico que imperaba antes. Para hacer esta clasificación, se basó en el modelo de la Medicina, considerando que los desórdenes psiquiátricos tenían una causa orgánica (aún) no identificada pero sin embargo, sí un curso característico y un desenlace predecible.

El concepto moderno comenzó a principios del siglo XX con Sigmund Freud y Karl Abraham, cuyos planteamientos psicoanalíticos acerca de la mente y la personalidad aportaron gran parte al vocabulario que hoy día se utiliza para describir la depresión y sus fundamentos.

En 1904 Adolf Meyer, quien en un principio había aceptado el nuevo sistema de Kraepelin, objetó el término melancolía y sugirió, en cambio, denominar depresión a dicho desorden.

El movimiento psicoanalítico en la obra de Sigmund Freud, "Duelo y melancolía" (1917), consideró que la depresión tiene su origen a partir de dos causas principales, la pérdida objetal temprana (padres) y cuando los sentimientos hostiles hacia el objeto perdido son vertidos sobre la misma persona despertando sentimientos de autodestrucción, desesperanza y muerte; en este último caso, se trata de la melancolía.

El término antiguo de melancolía, para describir los casos de depresión, ha ido evolucionando hasta conocerse hoy día, con el término de desorden del ánimo.

El siglo XX fue testigo de dos movimientos importantes tanto en el tratamiento como en la comprensión de la depresión. Uno fue el psicoanalítico, que en los últimos años propuso una serie de teorías científicas y sociales con respecto a la mente. El otro, el psicobiológico, que ha planteado categorizaciones más absolutistas. Dada la evolución que hubo para esta época, se considera a Freud el padre del psicoanálisis y a Kraepelin, el padre de la psicobiología.

El descubrimiento de los antidepresivos a principios de la década de los cincuenta fue excitante, pero el hipotetizar cómo o por qué funcionaban fue un asunto diferente. En los siguientes veinte años los científicos debatieron cuáles eran los neurotransmisores en realidad importantes.

Como se mencionó antes, los últimos avances acerca de la depresión hacen eco del planteamiento de Hipócrates, que nos dice que la depresión es una enfermedad del cerebro que se puede manejar con medicamentos orales. Los científicos del siglo XXI de nuestra era están mejor capacitados para formular fármacos, pero la percepción básica ha vuelto en su esencia al punto de partida, Solomon (2002).

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ANÍMICOS

2. 1 Dicotomías descriptivas de la depresión

A lo largo de la historia se han identificado diferentes subtipos de depresión pero, son pocos los que han resistido un análisis científico riguroso. La clasificación de éstas se remonta desde la antigüedad en la historia de la psicopatología, no obstante, ninguno de ellos ha sido realmente satisfactorio en la actualidad. A continuación analizaremos algunas dicotomías más empleadas a lo largo de las pasadas décadas y que contribuyen a clasificar los trastornos afectivos:

❖ Endógena-Reactiva

Ésta fue propuesta por Moebius en el siglo XIX, en ella alude a una supuesta distinción entre las depresiones biológicas (o endógenas) y depresiones psicosociales (o reactivas). En la discusión entre las causas biológicas y las causas psicológicas, no se pudo encontrar ningún apoyo empírico sustancial.

Posteriormente, se propuso que se distinguiera la diferencia entre “depresiones endógenas” y “depresiones no endógenas”, dejando a un lado el concepto de reactividad. De acuerdo a Dupont (1997), la depresión reactiva y la endógena no son mutuamente excluyentes.

❖ **Psicótica-Neurótica**

Según (Vázquez 1999 En: Belloch et al, 1999), manifiesta que ésta es una distinción de escasa fiabilidad, ya que nadie sabe a ciencia cierta qué significan en psicopatología los conceptos neurótico o psicótico, pues se les han asignado una multitud de significados a estos términos.

En el contexto de los trastornos afectivos el término "depresión psicótica" se ha utilizado, indistintamente, para designar depresiones endógenas, depresiones graves o depresiones con síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones). En tanto que el término "depresión neurótica" también se ha empleado para denominar depresiones leves, depresiones secundarias a trastornos de personalidad entre otros estados depresivos crónicos. (Kennedy y Gourlay 1970 En: Belloch et al, 1999), han demostrado matemáticamente, que bajo la distinción psicótica versus neurótica, subyace simplemente una distribución unimodal basada en la gravedad sintomatológica. Debido a esta abrumadora imprecisión conceptual y terminológica, no se aconseja el uso de esta dicotomía clasificatoria.

El DSM-III y sus sucesores conservan el término psicótico, pero con un significado delimitado que permite emplearlo para clasificar a aquellos trastornos afectivos en los que existen delirios o alucinaciones.

❖ **Unipolar-Bipolar**

A fines de la década del cincuenta, Leonhard, propone esta dicotomía clasificatoria y dice que es puramente descriptiva y sintomatológica y no asume ninguna hipótesis o supuestos implícitos acerca de las causas de ambos trastornos.

El trastorno bipolar, anteriormente denominado maniaco-depresivo, se caracteriza por la aparición de episodios de manía (existan o no episodios depresivos). En tanto que los trastornos depresivos unipolares se caracterizan porque el sujeto tiene episodios de depresión sin que nunca haya padecido un episodio maniaco.

❖ **Primaria-Secundaria**

Propuesta por un grupo de la Universidad de San Luis (Missouri), en los años setenta con objetivos de investigación. Señala Dupont (1997), que esta clasificación hace referencia a cuadros en los que el trastorno del estado de ánimo (depresivo o bipolar) existe aisladamente, sin la presencia actual o pasada de otro cuadro afectivo distinto (alcoholismo, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, esquizofrenia, trastornos orgánicos cerebrales, entre otros). Por el contrario, los trastornos anímicos secundarios hacen referencia a pacientes con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente diferente a la depresión o manía. Esta dicotomía no señala ningún vínculo causal entre diferentes trastornos, sino simplemente un orden de presentación.

2.2 Clasificación del DSM-IV

Según (Vázquez 1999 En: Belloch et al, 1999), el sistema más claro y depurado es el creado por la Asociación Psiquiátrica Americana, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), ya que presenta la ventaja de ser más preciso en sus criterios operativos.

El DSM-IV (1998) propone la siguiente clasificación para los trastornos del estado de ánimo:

- ❖ Trastornos depresivos ("depresión unipolar"):
 - trastorno depresivo mayor
 - trastorno distímico
 - trastorno depresivo no especificado.

- ❖ Trastornos bipolares:
 - trastorno bipolar I
 - trastorno bipolar II
 - trastorno ciclotímico
 - trastorno bipolar no especificado.

- ❖ Dos trastornos basados en la etiología:
 - trastorno del estado de ánimo causado por una enfermedad médica
 - trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

2.2.1. Trastorno depresivo

Dado que el tema del presente trabajo es acerca de la depresión, sólo trataremos la información clínica e investigativa de este trastorno.

A. Síntomas depresivos

Calderón (1996), sostiene que, el cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos: uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que

permite un diagnóstico rápido y seguro, y el otro en el que éstas se encuentran enmascaradas y en la que predominan síntomas somáticos que no son fácilmente identificados como elementos constituyentes de un cuadro depresivo. Cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas (o un síndrome depresivo) que se pueden reducir a cinco grandes núcleos:

❖ **Síntomas anímicos**

Para Klerman (1987), la tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión, que además de estar presente generalmente en todos los pacientes deprimidos, también es la queja principal en más del cincuenta por ciento de estos pacientes. Aunque los síntomas de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los más habituales, a veces, el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo.

La afectividad seriamente perturbada en el síndrome depresivo, origina síntomas diversos. El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Por ejemplo: actividades deportivas, artísticas o culturales que previamente le eran gratas, empiezan a ser subestimadas, procuran hacer el menor esfuerzo y con frecuencia permanecen encerrados en su casa, con disminución absoluta de sus intereses vitales. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal manera que cosas que antes pudieran haber estimulado su ánimo, se convierten en influencias no efectivas.

En algunas ocasiones la aflicción está relacionada con situaciones, inicialmente problemáticas y que el enfermo amplifica considerablemente y en otras sin ningún motivo, se muestra pesimista en relación con problemas supuestos o irreales y con frecuencia se observa pensativo y cabizbajo. No obstante, este síntoma, que es frecuente en el enfermo deprimido, en algunos no es aparente y desconcierta al investigador.

Cleghorn y Lou Lee (1993), señalan que quizás es más frecuente la inseguridad que la tristeza. El enfermo deprimido que presenta casi siempre este síntoma dominante, manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y le disminuye la iniciativa para tomar decisiones, hecho que deteriora su voluntad y actividad.

El pesimismo que con frecuencia va unido a la inseguridad, da origen a sentimientos de devaluación personal que, en la mayoría de las veces, se manifiestan con frases como: "soy un inútil"; "para mí ya no hay nada", "todo lo hago mal"; "mi vida no tiene sentido"; entre otras.

Otro síntoma frecuente es: el miedo, que a veces no se presenta en forma precisa; el paciente siente temor, pero no puede explicar a qué, puede ser a "todo" o a "nada en especial".

La ansiedad suele presentarse en grado variable, con frecuencia aparece en la mañana y disminuye en el transcurso del día.

Finalmente la irritabilidad, que en la mayoría de los casos, es el motivo básico de la consulta. Sostiene Bleichmar (1999), que los matrimonios al borde del divorcio, relaciones alteradas entre los diferentes miembros de la familia,

pésimas relaciones interpersonales en el trabajo y la agresividad al conducir son elementos que con frecuencia caracterizan un estado depresivo manifestado por hostilidad.

❖ **Síntomas motivacionales y conductuales**

La apatía, la indiferencia y la anhedonia –o disminución en la capacidad de disfrute- va unida al estado de ánimo deprimido, es el síntoma principal de un estado depresivo, Calderón (1996). Levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles. En muchos casos, se abandona los estudios o el trabajo. También se ven comprometidas las decisiones de la vida cotidiana, la actividad y la productividad del sujeto.

La inhibición conductual en su punto más elevado se conoce como retardo psicomotor, lentitud generalizada de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta; que en casos extremos puede llegar al estupor depresivo.

El hombre o la mujer que trabajan fuera de su casa tienen un rendimiento deficiente y reducen sus actividades al mínimo, para cumplir sus compromisos, es evidente en ellos la falta absoluta de entusiasmo y de interés por el trabajo; con frecuencia llegan tarde, con el menor pretexto se reportan enfermos y solicitan permisos aislados o licencias prolongadas "para descansar".

Los impulsos suicidas son los aspectos más delicados y peligrosos que deben valorarse adecuadamente durante el tratamiento, Grinberg (1994).

También, se ha observado en algunos pacientes el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidores para moldear su angustia.

❖ **Síntomas cognitivos**

La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a afectar drásticamente la capacidad para el desempeño de las tareas cotidianas. También, sostiene Dupont (1997), que el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está alterado, ya que las valoraciones que hace de sí misma, de su entorno y de su futuro suelen ser negativas.

Continúa señalando Dupont, que muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria, pero en realidad lo que existe es una dificultad para evocar los recuerdos. La disminución de la capacidad de atención y concentración se presenta en el deprimido como síntoma de inhibición, lo que inevitablemente repercute en la memoria, dado que la fijación de los recuerdos se efectúa de manera superficial o en ocasiones no se hace.

Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico. La mala opinión que el paciente tiene de sí mismo se manifiesta por frases como: "me he vuelto muy malo", "me he transformado en una carga inútil", "no merezco que se ocupen de mí, ya que sólo origino hostilidad y repulsión". Estas ideas de inutilidad a veces, se unen a sentimientos de culpabilidad, apoyados en una falta real, pero trivial.

❖ **Síntomas físicos**

Un aspecto importante que señala (Vázquez 1999 En: Belloch et al, 1999), es que la aparición de cambios físicos es habitual y constituye con frecuencia el motivo de la consulta del paciente. Entre los síntomas físicos tenemos: los problemas de sueño, la fatiga, cefalea tensional, la pérdida de apetito y una disminución de la actividad y el deseo sexual. También hay quienes se quejan de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, entre otros síntomas). Muchas veces el paciente subestima su problema emocional y no lo manifiesta, espontáneamente, al entrevistador.

❖ **Síntomas interpersonales**

Señalan Klerman y Weissman (1976), que una de las áreas descuidada de la investigación sintomatológica en la depresión es el aspecto interpersonal. Una de las características importantes de las personas deprimidas es el deterioro de las relaciones con los demás. De hecho, un 70% dice haber disminuido su interés por la gente. Normalmente sufren rechazo por personas que les rodean, lo que a su vez les hace aislarse aún más.

B. Clasificación y cuadro clínico

El DSM-IV expone los siguientes criterios clínicos para el diagnóstico del episodio depresivo mayor:

- A. Durante al menos 2 semanas, presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer.
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
 - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - (6) Fatiga o pérdida de energía.
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o de culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - (9) Ideas o pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- A) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- B) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. Ej. Hipotiroidismo).
- D) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Luego de exponer los criterios clínicos del episodio depresivo mayor, continuamos detallando los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, episodio único, según el DSM-IV.

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco.

Y los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, recidivante, son:

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 (1992), la depresión está dentro de los trastornos del humor (afectivos). Esta clasificación sostiene que:

“Con trastornos del humor se refieren a aquellos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante), o a la euforia. Este cambio del humor se acompaña habitualmente de modificaciones en el nivel general de actividad, y la mayor parte de los demás síntomas son secundarios a esos cambios del ánimo y de la actividad, o bien, fácilmente explicables en el contexto de los mismos. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes, y a menudo el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos o situaciones generadoras de estrés”.

Dentro de la clasificación de trastornos del humor están incluidos los siguientes trastornos: episodio maníaco, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor persistentes, otros trastornos del humor y trastornos del humor, no especificado. Tanto para el episodio depresivo como para el trastorno depresivo recurrente, que son los que nos competen, se pueden clasificar como leves, moderados, graves sin síntomas psicóticos y graves con síntomas psicóticos.

3. FACTORES ETIOLÓGICOS EN LA DEPRESIÓN

Si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión, también debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla. Según Calderón (1996), aún cuando no existan factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, las causas de la depresión se pueden dividir en: genéticas, psicológicas y sociales. De este enfoque se han originado diversas teorías, como son las siguientes: biológicas, psicológicas y sociales. Se han planteado teorías psicológicas ya sea con un énfasis en el aspecto psicodinámico, en el conductual o bien en los procesos cognitivos.

Si bien estos enfoques teóricos han propuesto sus propias hipótesis etiológicas de la depresión, es decir su trasfondo teórico o marco conceptual, también han propuesto sus propias características para su abordaje terapéutico, con sus objetivos, estrategias y técnicas específicas.

De acuerdo a Dupont (1997), la etiología de los trastornos del afecto se ha caracterizado por múltiples hipótesis: hipótesis biológicas, psicológicas y sociales.

El concepto de una alteración en el organismo cuando sufre la depresión, por acumulación de sustancias tóxicas, por exceso o defecto de elementos normales o bien por desequilibrio entre ellos es muy antiguo. Señala Navarro (2000), que una de las hipótesis biológicas más importantes y más aceptadas en la

actualidad está basada en las alteraciones que existen en la producción de neurotransmisores y en una alteración en el número o funcionamiento de los receptores en los cuales actúan. Estos planteamientos han ido evolucionando desde las hipótesis dopaminérgica, la noradrenérgica y la serotoninérgica.

La evolución en la investigación de los planteamientos biológicos, ha hecho posible la evolución en los tratamientos farmacológicos: desde los tricíclicos (ADT), los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs), los tetracíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRSs) y otros.

De acuerdo a Cleghorn y Lou Lee (1993), existen pruebas científicas de que ciertos grupos de personas parecen ser más susceptibles a la depresión que otros. Por lo que sugieren que puede ser de origen genético. De esta manera los hijos de familias en las que ambos padres tienen un trastorno afectivo claro, parecen tener una posibilidad del 30 al 40% de desarrollarlo. Si un gemelo idéntico, tiene una depresión importante, hay una probabilidad del 70% de que el otro la desarrolle. Según Gabbard (2002), en un importante estudio australiano realizado en gemelos por Bierut y col. (1999), se encontró que había una agregación familiar moderada de depresión en las mujeres, que estaba relacionada primariamente con factores genéticos. Este factor genético parecía tener un rol menor en la depresión masculina. Sin embargo, para ambos sexos, las experiencias ambientales individuales jugaban un papel mayor en el desarrollo de la depresión.

Dentro de este marco biológico, Gabbard (2002) señala que Nemeroff (1998) hipotetizó que el factor liberador de corticotrofina (CRF), que induce a la hipófisis

a secretar hormona adrenocorticotrófica (ACTH), está muy elevada en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes deprimidos.

En ciertos procesos psiquiátricos, tales como la esquizofrenia y la agorafobia, se puede presentar un mayor riesgo de depresión. La depresión, es bastante frecuente en algunos procesos médicos claros tales como: el hipotiroidismo, o la enfermedad de Cushing. También puede estar provocada de manera directa por un problema físico, por ejemplo: un ataque que afecte la parte del cerebro que controla el estado de ánimo, o una insuficiencia renal puede causar un desequilibrio químico masivo. Dentro de este marco biológico, se encuentra el planteamiento de que este trastorno es un efecto colateral, relativamente frecuente, de algunos fármacos, incluyendo los antihipertensivos, algunos betabloqueadores utilizados para enfermedades cardíacas y angina, y el alcohol.

Arieti (1993), señaló que una de las primeras formulaciones psicológicas sobre los trastornos depresivos, proviene del psicoanálisis de Freud en 1893, pero es Karl Abraham entre los años 1911 y 1924 quien formalmente postula una teoría psicodinámica de la depresión, influido por la teorías freudianas del desarrollo psicosexual y por su propia experiencia clínica. La posición final de Abraham respecto de la depresión queda resumida en estas palabras:

“Cuando la persona melancólica sufre un insoportable desengaño infligido por su objeto de amor, tiende a expulsarlo y destruirlo como si se tratara de heces. Cumple a continuación el acto de introjectarlo y devorarlo, acto que es una forma específicamente melancólica de identificación narcisista. Su sádica sed de venganza puede satisfacerse ahora atormentando al yo, actividad que es en parte fuente de placer”.

Sostiene Arieti (1993), que a pesar que Abraham escribió en una época en que la teoría psicoanalítica aún no era demasiado compleja, además de delinear y definir con precisión las fijaciones propias de la depresión, puso el acento en la importante participación de la ambivalencia, la repercusión de las decepciones infantiles en los vínculos amorosos y la idea de que la depresión es la recapitulación de un trauma infantil en la edad adulta.

En su clásico trabajo de 1917 (Duelo y melancolía), Sigmund Freud unió las hipótesis de Abraham a las suyas propias sobre el fenómeno depresivo para así construir lo que sería el núcleo del modelo psicodinámico de la depresión. Freud identifica tres factores condicionantes para la melancolía: la pérdida del objeto, un alto grado de ambivalencia y una regresión libidinal en el yo. Aunque los tres factores son necesarios, sólo el último es específico de la melancolía.

Joiner y Coiné (1999), sostienen que Freud fue capaz de percibir que en la depresión una persona afecta profundamente el estado mental de otra y que la pérdida de esta persona trae como consecuencia una pérdida interna para el individuo depresivo. De esta manera, según estos autores, Freud reconoció la naturaleza interpersonal del desorden y la estrecha conexión entre el mantenimiento de la autoestima y de una buena relación. Asimismo trató de demostrar que determinados hechos de la infancia predisponen a la depresión, por lo general desengaños inflingidos por personas significativas y que dan origen a una creciente ambivalencia en todos los vínculos. Por último, su agudeza le permitió detectar el propósito de las autorrecreminaciones de algunos pacientes depresivos, advirtiendo que en última instancia, al enfermarse castigan

también a la persona externa amada. Según Bemporad (1993), Freud en sus últimos escritos interpretaba la depresión sencillamente como la existencia de un superego excesivamente exigente, que crea una gran cantidad de sentimientos de culpa.

La postura de Edward Bibring (1953) según (Dubovsky y Buzan (2000) En: Kaplan et al, 1989), es que el principal fallo psicológico en la depresión es la pérdida de la autoestima. Según esta hipótesis, la persona propensa a la depresión es un individuo muy ambicioso, con unos ideales del Yo exageradamente elevados. La depresión deriva de la disminución de la autoconfianza y de la vitalidad del Sí mismo al no poder cumplir las normas internas esenciales para el concepto que el paciente tiene de Sí mismo. Este concepto fue ampliado en la Teoría del Self de Kohut (1971), que subraya el papel del sí mismo como organizador y fuerza conductora de todas las funciones mentales. Si el Sí mismo no está cohesionado las actividades mentales están fragmentadas y son ineficaces. Si no hay un sentimiento de vitalidad, no existe el combustible psíquico adecuado para el optimismo y para enfrentarse de manera útil a los desafíos y al estrés.

Bleichmar (1988), concluye que las teorías psicoanalíticas más recientes afirman que las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas y debido a la pérdida de un objeto amado por separación, muerte o rechazo, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria. Estos objetos amados son personas significativas en la vida de los niños, usualmente los padres, y más frecuentemente la madre. Estas pérdidas

tempranas han hecho que la autoestima, su autovaloración, dependa excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo que se ven incapaces de superar la frustración cuando por cualquier circunstancia son rechazados, criticados o abandonados. Así, las pérdidas en la infancia sirven como un factor de vulnerabilidad, que más tarde, en la edad adulta, conducen a la depresión si el individuo experimenta una nueva pérdida, sea real o simbólica.

Las teorías conductuales de la depresión parten de la base teórica propuesta por Skinner en 1953, para los procesos del aprendizaje. De acuerdo a este marco conceptual la depresión, es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas. Según (Whybrow y cols., 1984 En: Schramm, 1998), las teorías conductuales de la depresión, relacionadas con la indefensión aprendida, sostienen que la depresión está causada por una falta de refuerzo de las conductas no depresivas, que origina un déficit de las conductas adaptativas sociales tales como la asertividad, las respuestas positivas a los desafíos y la búsqueda de reforzadores importantes como la afectividad, los cuidados y la atención.

De acuerdo al enfoque cognitivo de los trastornos depresivos hay ciertos procesos cognitivos que juegan un papel fundamental tanto en el inicio, el curso y en la remisión de la depresión. En el marco conceptual del procesamiento de información uno de los principales exponentes de este enfoque es A. Beck (1963), quien propuso la existencia de la tríada cognitiva de la depresión. Según Beck esta tríada consistía en una visión negativa del yo, del mundo y del futuro.

Señala (Thase 1996 En: Belloch et al, 1999), que el pensamiento negativo es una causa y no una consecuencia de la depresión.

Uno de los últimos planteamientos psicológicos sobre los trastornos depresivos ha sido el enfoque interpersonal, el cual será abordado en los siguientes apartados.

Al hacer un planteamiento general, de las posturas psicológicas, se ha considerado que entre las causas psicológicas de la depresión se pueden señalar las siguientes: las determinantes y las desencadenantes. Según Yankura y Dryden (2000), uno de los factores determinantes del trastorno depresivo se encuentran la mala integración de la personalidad en la etapa formativa, lo cual tiene que ver con situaciones problemáticas no resueltas durante la infancia. Asimismo este autor plantea que entre los factores desencadenantes de un trastorno depresivo, se encuentra la pérdida de un ser querido, de la salud, del poder o de la situación económica. Este elemento de pérdida es muy importante, la misma puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, como el afecto o la autoestima, o ser inminente y amenazadora, como la juventud que se va, un negocio tambaleante, o un poder sexual declinante. Según Bemporad (1993), lo importante en estos elementos de pérdida no son los hechos sino la actitud de la persona respecto a ellos.

Autores como Buendía (1999), plantean que entre las causas sociales se encuentran la desintegración de la familia, la disminución del apoyo espiritual, la falta de vínculos con los vecinos y las migraciones.

Para finalizar, lo importante en este planteamiento etiológico de los trastornos depresivos es la consideración del ser humano como una unidad biopsicosocial en donde cada uno de estos factores: biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en un momento determinado.

4. TRASTORNO DEPRESIVO EN MAESTROS

De Miccio et al (2002), señalan que la depresión es un tema de enorme importancia en el campo de la salud mental, no sólo en lo que concierne al impacto que puede tener, sino también el papel que el lugar de trabajo puede desempeñar como agente etiológico del trastorno.

En las profesiones con elevados ritmos de trabajo y/o baja exigencia respecto al uso de las destrezas, el riesgo de trastorno mental es máximo. Ejemplos de estos son las secretarías, camareros, obreros de la construcción, entre otros. Los que son especialmente propensos a retirarse por motivos de salud mental, pertenecen al sector de servicios, como el personal sanitario y los educadores de primera enseñanza, así como los empleados de la limpieza, amas de casa y trabajadores del transporte.

La depresión afecta a millones de personas en todo el mundo y según Ruano (2000), dice que una de las profesiones más afectadas en los últimos tiempos en España, por la depresión es la del educador. Este autor plantea que aunque faltan datos suficientes para llegar a conclusiones rigurosas, la depresión es la segunda enfermedad más frecuente entre los docentes.

Con frecuencia podemos escuchar: "la labor del maestro es un apostolado", "es necesario capacitar y actualizar al maestro para que lleve a la práctica los programas en educación", "los maestros: educadores de la Patria y/o de las futuras generaciones". Encontramos incontables enunciados similares en la

prensa, radio, televisión, que de una manera u otra abordan los problemas y logros del sector educativo. Pero ¿qué ocurre en el maestro?. ¿En dónde está el educador como persona?. Señalan Cordeiro et al (2003), que este profesional está, desafortunadamente, fuera de los debates de la educación. Lo encontramos siempre en un discurso que no tiene más espacio, que su propia vivencia y experiencia personal. Es un discurso que no se ha escuchado, que se ha disfrazado, hasta el momento, a pesar de los elevados costos en la salud y ejercicio profesional. Hay una realidad que tiene que ser evidenciada, para poder darle nombre y reconocerla. La realidad tal como la describen algunos maestros es la siguiente:

“Yo. ¿Yo? Yo no sé que me pasa, cada día me siento peor, estoy casi siempre cansada, me pesa el día, me agobia la noche. Por la noche no puedo cerrar los ojos, busco dormir sin lograrlo, cada vez más frecuente. ¡Qué sé yo!, ¡Qué sé yo lo que me pasa!”, en Arnaz (2001).

La maestra Feldman (2000), señala que la enseñanza de hoy está caracterizada por pertenecer al conglomerado de profesiones consideradas como altamente estresantes. Esto se debe a que cada día resulta más evidente, que el estrés al que se enfrentan los educadores de primera enseñanza trae como resultado efectos adversos y serias implicaciones sobre sus conductas y actitudes, lo cual influye significativamente en la calidad de la enseñanza, además de los costos en el ámbito individual, organizacional y gubernamental.

Los docentes constituyen uno de los colectivos profesionales más afectados por la depresión, la fatiga psíquica, el estrés y otras dolencias. Tanto así, que los problemas psicológicos son enunciados por ocho, de cada diez profesores como

principal dolencia en esta profesión, según se desprende del estudio de La Salud Laboral Docente en la Enseñanza Pública, en España. Simón (1992), en un trabajo realizado en España, -Estrategias psicológicas para la prevención de la salud mental de los profesores, 1990-, nos dice que los psicodiagnósticos más frecuentes, en el sector docente, encuentra en primer lugar la depresión, en un 80.5 %; la ansiedad con 11.3 %; el estrés con 3.8 % y finalmente la psicosis en un 3%.

La depresión clínica es tan sólo un rostro más de una realidad que los maestros y maestras no han querido ver, Simonsen (1997). Es una realidad que los aqueja insistentemente y que han tratado de ocultar o disfrazar y que la han asociado a un problema personal, raro, distinto y distante.

No obstante, los hechos nos dicen que el sufrimiento afectivo del educador es una realidad penetrante que necesita ser aceptada. Hay que investigar sus causas y sus consecuencias. Se necesita, conocerla para tratarla, para prevenirla y para legislarla.

De acuerdo a Vila (2002), a los maestros les cuesta aprender y aceptar, por ejemplo, que los males que les aquejan no sólo son físicos, por lo que deben entender que muchos de estos cuentan con elevados porcentajes de componentes psicológicos que los originan, complican y los mantienen. Valera y Montano (2001), enfatizan que los educadores no quieren aceptar que pueden tener un problema de salud psíquica. El tener un problema de este tipo, de acuerdo a estas autoras, es una experiencia de sufrimiento y es un conflicto interno que se refleja en lo que hacen o dejan de hacer, tanto con ellos mismos

como con los demás. Se trata de un sufrimiento que marca inexorablemente su vida estén conscientes de ello o no.

Independientemente de los avances en diferentes campos, la identidad personal y profesional del maestro sigue sufriendo importantes descalabros. Señala Simonsen (1997), que muchos especialistas describen a la profesión docente, como poseedora de características propias que la hacen generadora de estrés y capaz de producir patologías de conducta. Gómez y Serra (1988), de la Universidad de Valencia, en Simón (1992), realizaron una investigación donde lograron aislar un 70.44 % de casos en que las causas desencadenantes del conflicto correspondían al ámbito profesional, afectando, por ende, la vida personal. Las causas encontradas fueron las siguientes: conflictos con los alumnos, con el director, los compañeros, los métodos pedagógicos o los contenidos, los padres de los alumnos, los organismos locales, las autoridades educativas, por las deficiencias de los recursos didácticos, por deficiencias en su preparación, por trabajar en áreas no deseadas y conflictos por el agotamiento en tiempo-esfuerzo dedicado al trabajo.

De acuerdo con el planteamiento de Feldman (2000), una de las principales razones por las que la profesión docente se caracteriza por ser altamente estresante están, las demandas a las que se enfrentan los docentes. Su rol como educador tradicional donde era considerado únicamente como transmisor de conocimiento, hoy día ha adquirido mayores responsabilidades en la enseñanza, educación y formación integral de sus alumnos, en cuanto a la formación de valores (socio-culturales, religiosos, económicos) entre otras

habilidades. La familia y la sociedad les han delegado casi totalmente la responsabilidad de la educación de sus hijos, por lo que son considerados, culpables por las deficiencias de los mismos, en cuanto a conocimiento y comportamiento dentro del ámbito escolar y social.

La actitud y el comportamiento desordenado en un mayor porcentaje cada vez del estudiante, adquirido en gran parte del núcleo familiar, del ambiente, la sociedad, de fuentes de información foráneas (radio, televisión, revistas, libros, internet, entre otros), enseñanza que no tiene una supervisión adecuada, alterando la formación correcta del individuo, constituyen un segundo estresor en potencia. Crea en el maestro un sentimiento de no poder lograr su cometido que es el de que cada estudiante logre su formación social aceptable y aproveche su máximo potencial. En el planteamiento de Ruano (2000), la desmotivación de los alumnos o la imposibilidad de motivarlos, aparece claramente como la principal causa de estrés entre los docentes estudiados. Mientras que en segundo lugar, ubica los conflictos de familias cada vez más desestructuradas y la sensación de que delegan en los maestros toda la responsabilidad; no sólo en lo instructivo, sino también en lo educativo.

El tercero de los estresores potenciales al que se enfrentan los docentes guarda relación con el segundo. Tiene que ver con las actitudes y conductas intrínsecas de los alumnos, tales como: estilo de vida de alto riesgo, consumo inmoderado de alcohol entre otras drogas, violencia y prácticas sexuales sin protección. Para Feldman (2000), la presión emerge del deseo de motivarlos para que alcancen todo el potencial con el que cuentan y adopten estilos de

vida saludables. El perseguir estos objetivos sin frutos genera frustración e insatisfacción laboral.

En estas dos últimas causas de estrés podemos percatarnos de los deseos de los docentes de potenciar y sostener los estándares establecidos.

Un cuarto causante de conflicto que enfrenta el docente, de importancia en la comunidad educativa panameña, es la necesidad de actualizar constantemente sus conocimientos, así como adaptarse a las nuevas ideas y hechos que no existían al iniciarse en el proceso enseñanza-aprendizaje. La evolución tecnológica impone la necesidad de estar actualizado, lo que a veces resulta difícil, ya que el cuerpo docente no siempre cuenta con los medios, las oportunidades o la preparación requerida, para actualizarse, a tono con las nuevas exigencias que el mundo impone.

Otro de los estresores que enfrentan es el bajo salario, que les impide cubrir en su totalidad las necesidades básicas. Aunado a este aspecto, podemos relacionar el exceso de trabajo, exceso de estudiantes por nivel, casos de maestros hasta con los seis grupos primarios, la responsabilidad familiar y su entorno, la obligatoria necesidad de actualización constantemente. En nuestro abordaje cualitativo inicial, los bajos salarios fueron señalados por la mayoría de los maestros como un importante conflicto. Expone Simonsen (1997), que los maestros se desempeñan en un campo laboral caracterizado por la baja remuneración, el crecimiento de la violencia en las aulas, la crisis de los valores morales y de las familias cada vez más ausentes del proceso educativo de sus hijos. Todo esto favorece el surgimiento de un malestar interno, muy difícil de

explicar por los maestros, llamado malestar docente producto de las condiciones antes descritas, además por una percepción personal de los pocos beneficios. El resultado: el agotamiento emocional, deshumanización en el trato con los alumnos, sensación de falta de realización personal. Esta sensación de desgaste personal, la mayoría de las veces, está asociada al estrés. Sus síntomas característicos son la irritabilidad, la ansiedad, la tristeza y una autoestima baja. El educador suele presentar: depresión o transformarse en un ser extremadamente autoritario, trayendo como consecuencia las reiteradas incapacidades médicas, el abandono voluntario de la profesión o problemas graves de relación con sus alumnos. Un análisis realizado en ocho escuelas básicas de la comuna de Santiago de Chile por las Psicólogas (Domich y Faivovich 1996 En: Simonsen, 1997), señaló que uno de cada dos maestros había presentado licencia médica en el año en que se realizó el estudio; que el 40.3% sufría de alguna enfermedad psicosomática, siendo el colon irritable la más generalizada y que el 34.9% presentaba algún síntoma asociado a una alteración psicológica grave.

Continuando con los factores que influyen en el estrés a los que se enfrentan los maestros podemos mencionar: la falta de una política disciplinaria dentro de la escuela, tal como se ha reflejado en los noticieros nacionales e internacionales. Según Amaz (2001), más del 70 % de las bajas laborales de los maestros se debe a la depresión, por el nivel de conflicto detectado entre los alumnos de primaria y secundaria. Señalan los expertos que se respira más violencia en las aulas porque las relaciones familiares y sociales han dado un

giro negativo. Ahora los muchachos son los amos de la escuela. Se dice incluso que hay complicidad entre los padres y directores de los centros escolares a la hora de censurar las conductas agresivas. Este giro contribuye a disparar, aún más las actitudes violentas dentro del aula. Conclusión, los docentes se sienten solos, desmotivados porque saben que no cuentan con el respaldo de los padres ni de la comunidad del colegio para controlar el aspecto disciplinario.

La falta de estímulo a su trabajo, constituye otra de las preocupaciones de los maestros. Según Ruano (2000), la falta de reconocimiento social o el desprestigio, es un problema de primera magnitud. En opinión de la psicóloga (Vásquez 2002 En: Vila, 2002), para que una actividad sea enriquecedora desde el punto de vista psicológico debe ser motivante en sí misma, que no sea repetitiva, que haya intercambio de valoración emocional y que exista reconocimiento social. Normalmente, en las actividades laborales del educador, no suelen darse ninguna de estas cuatro importantes características. Según esta misma psicóloga, en la formación del educador no hay ningún tipo de preparación psicológica ni mucho menos manejo de técnicas de autoconocimiento personal, por lo que carecen de recursos psicológicos académicos para motivar y gestionar problemas de grupo. Quizás esta falta de recursos académicos en esta área, unida a una sensación personal de incapacidad para resolver los conflictos, les lleve al estrés y a problemas psicológicos, como angustia, depresión o poca motivación.

El alejarse de su hogar o lugar de origen, constituye otro de los estresantes importantes entre los docentes panameños, según ellos mismos manifiestan.

Otros factores causantes de estrés a los que los docentes refieren enfrentarse son:

- ❖ Falta de apoyo de directivos y familiares.
- ❖ Relaciones laborales entre colegas, con los directivos y autoridades, así como con el alumnado.
- ❖ Condiciones físicas del lugar de trabajo.
- ❖ Insatisfacción laboral.

Analizando estos factores causantes de estrés en el maestro, según Muñoz (2002), no cabe más que decir que el ser maestro es una labor peligrosa para la salud integral y se debe comprender que un maestro o maestra presente una disminución en su labor por causa depresiva, e incluso por miedo. Según Muñoz, es tan grave el problema que algunos docentes, en Francia, cobran un estímulo económico para gastos de terapia psicológica.

La literatura existente relacionada al tema contiene estudios sobre: "síndrome de burnout en maestros" y "estrés en maestros", donde han arrojado los anteriores estresores a los que se enfrentan los educadores día a día en sus jornadas laborales. Como expone Valera y Montano (2001), la depresión de los docentes está directamente relacionada con el estrés, que es la principal causa de esta patología.

Como se mencionó anteriormente, en los aspectos etiológicos del trastorno depresivo, al abordar este tema en maestros, se debe tener en cuenta su ambiente social, con sus particulares características biológicas y psicológicas.

Ya que los estresores anteriormente señalados, constituyen sólo una parte de la realidad de la depresión en maestros que ejercen como educadores.

**CAPÍTULO II. PSICOTERAPIA O TERAPIA INTERPERSONAL PARA LA
DEPRESIÓN**

1. FUNDAMENTO TEÓRICO O CIENTÍFICO

La Psicoterapia o Terapia Interpersonal (TIP) de la depresión, empezó su desarrollo en 1968 por Klerman y Weissman basada en gran parte en las ideas de la escuela interpersonal, aunque no puede adscribirse claramente a una de las escuelas tradicionales de terapia.

La TIP, es una psicoterapia relativamente nueva, concebida según el modelo médico de enfermedad y que concede el papel principal al contexto interpersonal en el marco del trastorno depresivo, Schramm (1998). La interacción entre los síntomas depresivos y la problemática interpersonal es de especial importancia. Los acontecimientos estresantes en el contexto interpersonal ejercen, en efecto, una marcada influencia en la aparición de síntomas depresivos. A la inversa, la depresión no sólo afecta a los pacientes, sino también a sus personas de referencia, pudiendo desencadenar o empeorar problemas interpersonales. De este modo en la TIP se considera decisiva la relación social e interpersonal con vistas a tratar o a prevenir un episodio depresivo. Y ello a pesar de que el abordaje se basa en un punto de vista pluralista, que indica que la depresión está condicionada por una multitud de factores.

Según Klerman et al (1984), los antecedentes históricos se encuentran en el psiquiatra Suizo Adolf Meyer (1957), quien con su concepto de psicobiología marcó considerablemente el devenir histórico de la psiquiatría norteamericana. Meyer, quien estaba muy influido por los planteamientos Darwinianos,

consideraba que los trastornos psiquiátricos consistían en un fracasado intento del individuo por adaptarse a las cambiantes condiciones de su entorno y, en especial, a los factores estresantes psicosociales. De esta manera marcó al entorno psicosocial como punto de mira del interés psiquiátrico investigativo. Consideraba que el comportamiento adaptativo del paciente estaba marcado por anteriores experiencias en la familia y en otros grupos sociales. Como se puede observar estos puntos de vista iban en contra de los de Kraepelin de las entidades nosológicas y del modelo biomédico.

Las conceptualizaciones de Meyer fueron seguidas, ampliadas y complementadas por sus discípulos, entre ellos, el más destacado, Harry Stack Sullivan (1953); considerado como el representante más conocido de la escuela interpersonal, fundada en Washington entre los años treinta y cuarenta. Sullivan concebía toda la psiquiatría como la ciencia de las relaciones interpersonales y la acercó a la sociología, la antropología y la psicología social, con lo que estableció la base para el punto de vista biopsicosocial actual en la psiquiatría.

Sullivan, al igual que otros fundadores de la escuela interpersonal como Mabel Blake Cohen, Frieda Fromm-Reichamn, Erick Fromm y Karen Horney, procedía del neopsicoanálisis. Según señala Schramm (1998), Sullivan no rechazó construcciones analíticas fundamentales, como el inconsciente o la importancia de las experiencias tempranas, pero situó el punto central del tratamiento en los factores interhumanos, sociales o familiares. Desde su punto de vista, la búsqueda de seguridad de la persona y el deseo de atención y

reconocimiento, como necesidades básicas de tipo interpersonal, desempeñan un papel central.

Para Klerman y Weissman (1993), Sullivan aplicó el abordaje interpersonal sobre todo al tratamiento de los trastornos esquizofrénicos, prestando muy poca atención a los trastornos afectivos. Fueron Mabel Blake Cohen y su grupo de la Washington School of Psychiatry quienes relacionaron por primera vez la idea interpersonal con el tratamiento de los trastornos depresivos y empezaron a estudiar el papel de las relaciones interhumanas disfuncionales en la infancia de pacientes depresivos bipolares. Allí confirmaron que las experiencias interpersonales anteriores en la familia de origen de estos pacientes se manifestaban en su comportamiento y en sus estructuras de personalidad en la vida adulta. Este abordaje interpersonal en su época determinó varias formas psicoterapéuticas, como la terapia familiar para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos y la terapia de parejas. Sin embargo, el abordaje interpersonal de Klerman y Weissman está relativamente alejado del procedimiento terapéutico de Sullivan o de la escuela interpersonal tradicional, de orientación psicodinámica.

La psicoterapia interpersonal fue desarrollada inicialmente como una psicoterapia semanal, limitada en el tiempo, para los pacientes deprimidos ambulatorios, no bipolares y no psicóticos. Las metas de la TIP son reducir los síntomas de la depresión y mejorar la calidad del actual funcionamiento de los pacientes. Estas metas son alcanzadas en la formulación inicial de la TIP por

medio de sesiones cara a cara semanales entre el paciente y el terapeuta en las cuales ocurre lo siguiente:

1. La depresión es explícitamente diagnosticada.
2. El paciente es educado acerca de la depresión, sus causas y las varias terapéuticas disponibles.
3. El contexto interpersonal de la depresión y su desarrollo son identificados.
4. Las estrategias para manejar el contexto se desarrollan y son puestas en práctica por el paciente.

2. PRUEBAS EMPÍRICAS DE LA IMPORTANCIA DEL CONTEXTO SOCIAL E INTERPERSONAL EN LA DEPRESIÓN

Schramm (1998), en su libro dice que la depresión debe ser considerada como un producto de la acción recíproca entre predisposición, factores de riesgo, interacciones sinérgicas y mecanismos de retroalimentación (feed-back); por lo que, intentos lineales de explicación o modelos unidimensionales no van a aclarar las causas y los mecanismos de acción responsables en el inicio y la persistencia de la depresión. Tomando en cuenta lo anterior recalcamos una vez más, los procesos sociales e interpersonales sólo representan un componente de las interacciones causantes de la depresión: factores genéticos, biológicos, psicológicos, ambientales y otros. Aunque estos factores tienen una importancia central en la etiología de los trastornos depresivos, hay que conceder un papel clave a los procesos sociales e interpersonales como factor de riesgo y como variables determinantes del curso.

Los estudios que confirman el papel de los factores sociales e interpersonales, como elementos de predisposición y desencadenamiento de los trastornos depresivos proceden de las áreas de investigación de los acontecimientos vitales y del apoyo social, de la investigación sobre emoción expresada, de estudios epidemiológicos y de psicología del desarrollo, así como de trabajos de experimentación animal.

2.1. Trabajos de psicología del desarrollo

Uno de los estudios en esta área fue el que realizó René Spitz (1946), quien describe, como en los niños pequeños aparecen estados de tipo depresivo luego de una separación repentina de la madre, a lo que él denominó como depresión anaclítica. Posteriormente Bowlby (1980), en 1969 apoyó la existencia de una relación significativa entre la pérdida de vínculos personales estrechos y la aparición del comportamiento depresivo, apoyado por observaciones sistemáticas de los vínculos madre-hijo en los niños y en las crías de primates. En Attachment-theory o (Teoría del apego) postula, entre otras cosas, que las emociones interhumanas más intensas están relacionadas con el establecimiento o la disolución de vínculos estrechos. Según él, un trastorno del comportamiento o la ausencia de vínculo con la madre en la temprana infancia crean la vulnerabilidad para las relaciones humanas problemáticas o para los trastornos psíquicos. Investigaciones posteriores mostraron que la pérdida temprana o la separación de la madre o del padre aumentan claramente el riesgo de aparición de un trastorno depresivo.

Otros estudios que se hicieron sobre la infancia de los pacientes depresivos mostraron que la infancia temprana de estas personas, en comparación con la de los no depresivos, están marcadas con mayor probabilidad por rechazo parental, abuso, negligencia y desarmonía familiar.

2.2. Investigación sobre el apoyo social

Schramm (1998), señala que el estudio más significativo al respecto fue realizado en Inglaterra, por Brown y Harris (1978), con mujeres de la clase trabajadora. En el mismo se demostró el papel que desempeña en una relación la confianza y el apoyo social como factores eficaces de protección frente a depresiones, cuando al mismo tiempo se dan factores estresantes. En este estudio se evidenciaron los siguientes factores de riesgo para la aparición de depresión: tres o más niños pequeños en la casa, la pérdida temprana de la madre y la ausencia de una relación de pareja como apoyo.

No hay acuerdo sobre si el apoyo social actúa como inhibidor de la depresión cuando existen problemas adicionales o si la ausencia de relaciones de apoyo también es decisiva por sí misma como factor de riesgo. En opinión de Brown y Harris (1978), el apoyo social sólo desempeña un papel decisivo en caso de acontecimientos vitales estresantes, en tanto que Tennant (1985), argumenta que la falta de ayuda social puede provocar una depresión con independencia de que haya acontecimientos estresantes. De manera general, diferentes estudios muestran que las personas depresivas disponen de redes sociales más pequeñas y de menor apoyo que las no depresivas (Brim, Witcoff, Wetzel, 1982; Brugha y cols., 1982, En: Klerman y Weissman, 1993).

No se considera a la falta de apoyo social por sí sola como causante de la depresión, pero sí se considera que aumenta la vulnerabilidad, sobre todo si existen al mismo tiempo otros problemas, Costello (1982). En esta misma línea

de investigación (Henderson y cols. 1978 En: Klerman y Weissman, 1993) confirmaron que la falta de vínculos sociales constituye un factor de riesgo para el desarrollo de depresión y, a la inversa, que las relaciones sociales satisfactorias constituyen una protección eficaz en caso de acontecimientos vitales estresantes.

2.3. Investigación sobre acontecimientos vitales.

Desde hace mucho tiempo se considera que el estrés o los acontecimientos vitales problemáticos constituyen factores importantes en la etiología de los trastornos psicopatológicos.

Paykel y cols. (1969), Brown (1973), Illfeld (1977) y Pearlin y Liberman (1979) en Schramm (1998), efectuaron estudios en donde analizaban la interrelación entre los acontecimientos vitales estresantes, apoyo social y depresión. Concluyeron que los problemas sociales e interpersonales, sobre todo los conflictos de pareja y los acontecimientos de pérdida, influyen en el inicio y el curso de las depresiones. Seis meses después de un acontecimiento estresante, el riesgo de depresión es aproximadamente seis veces superior. En el trabajo de Paykel (1969), se observó que las "niñas constantes con la pareja", "la separación de la pareja" y "el inicio de una nueva actividad laboral" eran las tres circunstancias más estresantes en relación con mayor riesgo de depresión. De estas investigaciones se entiende que los problemas del ámbito interpersonal parecen tener la mayor influencia en la aparición de una depresión.

De acuerdo a Klerman y Weissman (1993), la investigación sobre emoción expresada destaca de forma clara que en el curso de los trastornos afectivos influyen sobre todo variables familiares y de pareja. Investigaciones que se han realizado sobre la comunicación en la pareja con un miembro depresivo, destacan que la misma era menos positiva y que se caracterizaba por hostilidad y tensiones, en comparación con parejas de control no depresivas.

Es bien conocido que cuando se da un trastorno depresivo en la familia, todo el sistema se ve influido por el mismo y por ende, la relación con los hijos recibe asimismo una influencia negativa. No se sabe si las relaciones familiares insatisfactorias son responsables de los episodios depresivos o si sucede a la inversa. Sin embargo, cada vez hay más indicadores de que la convivencia con una persona depresiva tiene repercusiones profundas en el entorno social directo. En general, parece haber un modelo de interacción que se refuerza recíprocamente entre la integridad de la familia por un lado, y la depresión del paciente por el otro. Si una familia reacciona de modo favorable al trastorno depresivo del paciente, el episodio puede remitir de forma relativamente más rápida y mantenerse así. Si hay reacciones familiares desfavorables, probablemente el episodio durará más tiempo y conllevará a otras recidivas o nuevos trastornos. De esta manera se puede llegar a un círculo vicioso.

Sostienen Kaplan et al (1989), que después de muchas investigaciones se ha demostrado la relación entre los acontecimientos vitales, las dificultades crónicas y la depresión, pero no por ello se consideran factores de acción monocausales de este trastorno.

2.4. Estudios epidemiológicos y longitudinales

Una serie de estudios epidemiológicos destacan la importancia etiológica de los conflictos matrimoniales en la aparición de una depresión. Weissman (1993), describe que en una prueba representativa realizada al azar, hubo un riesgo de depresión 25 veces superior en hombres y mujeres con matrimonios conflictivos en comparación con relaciones matrimoniales no disarmónicas.

Hay que señalar que no sólo la cantidad, sino sobre todo la calidad de las relaciones sociales, que Sullivan (1974) calificó como "dadoras de seguridad", es lo que parece desempeñar un papel decisivo en el desarrollo y el mantenimiento de los trastornos depresivos.

3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN CLÍNICA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

La psicoterapia interpersonal no hace suposiciones acerca de las causas de la depresión, sin embargo, plantea que el desarrollo de la depresión clínica ocurre en un contexto social e interpersonal y que el inicio del trastorno, la respuesta al tratamiento y sus resultados están influenciados por las relaciones interpersonales entre el paciente deprimido y los otros significantes para él.

La depresión clínica es definida por la composición de tres procesos:

1. Formación de síntoma, que involucra el desarrollo de afectos depresivos y los signos y síntomas, que pueden derivar de mecanismos psicobiológicos y/o psicodinámicos.
2. Funcionamiento social, que involucra interacción social con otras personas que deriva del aprendizaje basado en experiencias de la niñez, refuerzos sociales concurrentes y/o esfuerzos actuales personales para dominar y estar capacitado para actuar.
3. Personalidad, que involucra rasgos y conductas más permanentes.

La psicoterapia interpersonal, como fue desarrollada originalmente, intenta intervenir en los dos primeros procesos. Sin embargo, debido a la brevedad del tratamiento, el bajo nivel de intensidad terapéutica y el enfoque en el episodio depresivo actual, no se dice que la TIP tendrá un impacto duradero sobre

aspectos de la personalidad, aunque el funcionamiento de la personalidad es evaluado.

La psicoterapia interpersonal, se desarrolla directamente de la conceptualización interpersonal de la depresión. Sin embargo, ella no asume que los problemas interpersonales "causan" la depresión sino que cualquiera que sea la causa, la depresión actual ocurre en un contexto interpersonal. Las estrategias terapéuticas de la TIP están diseñadas para ayudar al paciente a dominar ese contexto. La TIP facilita la recuperación de una depresión aguda aliviando los síntomas depresivos y ayudando al paciente a volverse más efectivo al tratar con sus problemas interpersonales actuales que están asociados con el inicio de los síntomas.

Al tratar las dificultades en las relaciones interpersonales del paciente deprimido, se procede a la exploración de cuatro áreas problemas comúnmente asociadas con el inicio de la depresión: duelo, disputas de roles, transición de roles y déficit interpersonal. La fase media de la TIP enfoca el área problema particular interpersonal del paciente que se relaciona con el inicio de la depresión. Un hecho esencial de la TIP para la depresión es evitar intencionalmente, durante el tratamiento del episodio agudo de síntomas, temas relacionados con patologías del carácter y funcionamiento de la personalidad.

4. QUÉ ES LA PSICOTERAPIA INTERPERSONAL PARA LA DEPRESIÓN

Inicialmente, la TIP se concibió como un procedimiento breve, de duración limitada, para el tratamiento ambulatorio de pacientes depresivos unipolares. La duración limitada de 12 a 20 sesiones, implica que el centro de gravedad del tratamiento se sitúa en el aquí y ahora, es decir, en el tratamiento de los problemas actuales. A pesar, de que la depresión tiene causas multidimensionales, se parte de la base de que este trastorno siempre tiene lugar en un contexto psicosocial e interpersonal. Lo más importante es la interacción entre los síntomas depresivos y las dificultades interpersonales, ya que estos se condicionan mutuamente.

Existen muchas formas de conceptualizar cualquier psicoterapia. La TIP se ha conceptualizado en tres niveles: 1) estrategias para tareas específicas, 2) técnicas y 3) postura terapéutica. La TIP es similar a muchas terapias en el ámbito de técnicas y postura terapéutica, pero distinta en el ámbito de estrategias.

Las estrategias de la TIP ocurren en las tres fases del tratamiento. Durante la primera fase, la depresión es diagnosticada dentro del modelo médico y explicada al paciente. El problema mayor asociado con el inicio de la depresión es identificado y se hace un contrato explícito de trabajo con el tratamiento en este problema con el paciente. Durante la fase intermedia se trabaja en el mayor problema interpersonal actual. La fase de terminación no es única de la TIP; en esta se discute o se revisa el progreso logrado y se resume el trabajo

pendiente. Como en otros tratamientos breves, los arreglos de terminación son bien explicados y seguidos de cerca.

Debido a la breve duración del tratamiento y por orientarse al problema, la TIP intenta intervenir sólo en el nivel de los síntomas y de las disfunciones interpersonales, y no en el plano de los aspectos de la personalidad que trascienden la situación.

5. RESUMEN DE LA PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

5.1. Las sesiones iniciales

En esta fase se identifica el principal problema asociado al inicio de la depresión y se realiza un contrato explícito con el paciente para trabajar esta área problema.

En estas sesiones se tiene que hacer una anamnesis completa del paciente, junto con su estado depresivo que deben incluir una revisión completa de los episodios anteriores y su correspondientes desencadenantes y/o sus consecuencias interpersonales. Además se le debe educar sobre su condición depresiva, aportándole apoyo y guía para el manejo de los síntomas. Es importante que el paciente adquiera un compromiso con el tratamiento.

❖ Tratando con la depresión:

- Revisión de los síntomas de la depresión.
- Dar al síndrome un nombre.
- Explicar la depresión y el tratamiento.
- Dar al paciente el "papel de enfermo".
- Evaluar la necesidad de medicamento.

❖ Relación de la depresión con el contexto interpersonal:

- Revisión actual y pasada de las relaciones interpersonales en cuanto ellas se relacionan con los síntomas depresivos actuales. Determinar en el paciente lo siguiente:
 - ◆ Naturaleza de la interacción con personas significativas.
 - ◆ Expectativas del paciente y de las personas significativas, unas con respecto a las otras y si estas expectativas son realizadas.
 - ◆ Aspectos satisfactorios e insatisfactorios de las relaciones.
 - ◆ Cambios en las relaciones que el paciente quiere hacer.

- ❖ Identificación de áreas problemas mayores:
 - Determinar el área problema relacionada con la depresión actual y fijar los objetivos del tratamiento.
 - Determinar cuales relaciones o aspectos de una relación están relacionados con la depresión y cuáles pueden cambiar en ella.

- ❖ Explicación de los conceptos de la TIP y del contrato:
 - Explicar al paciente cómo entendemos su problema.
 - Acordar los objetivos del tratamiento (por ejemplo, cuál área problema será el foco).
 - Describir los procedimientos de la TIP, incluyendo el foco "aquí y ahora" y la necesidad del paciente de discutir aspectos importantes; revisión de las relaciones interpersonales actuales y aspectos

prácticos del tratamiento, tales como la duración, frecuencia, tiempos, costos y políticas para las citas perdidas.

5.2. Sesiones intermedias: áreas problemas

Estas sesiones inician luego de haber concertado el compromiso terapéutico y de haber definido el área problema a tratar. En estas sesiones se busca sobre todo:

- a. Ayudar al paciente a que hable de los temas pertinentes al área problema.
- b. Prestar atención al estado anímico del paciente.
- c. Convencer al paciente de que no sabotee el tratamiento.

A. Duelo

La muerte de un ser querido conlleva un proceso de duelo, que puede ser normal o anormal. La Terapia Interpersonal se ocupa de la depresión asociada a reacciones de duelo anormales. Neimeyer (2002), señala que: en el duelo normal, la persona afectada experimenta tristeza, trastornos del sueño, inquietud y menor capacidad para llevar a cabo tareas cotidianas, pero dichos síntomas suelen desaparecer por sí solos y sin tratamiento. Lo importante es que la persona atraviesa por un proceso en cuyo curso se acuerda cada vez menos del ser querido.

El duelo anormal puede aparecer inmediatamente después de la pérdida o en algún momento posterior o cuando el paciente se acuerda. De acuerdo a Neimeyer (2002), se pueden dar dos tipos de procesos anormales de duelo: duelo tardío y duelo distorsionado.

En el duelo tardío, como bien lo dice la frase, el duelo se experimenta tiempo después de la muerte de la persona querida. Este duelo puede precipitarse por una pérdida reciente, menos importante.

En el duelo distorsionado, éste puede aparecer inmediatamente después de la pérdida o años más tarde. Presentándose a menudo síntomas no afectivos, por lo que suele recurrirse a otros médicos especialistas.

Al momento de la evaluación, se tiene que estar pendiente de las siguientes evidencias de un duelo anormal: pérdidas múltiples, duelo inadecuado en su momento, síntomas en torno a fechas señaladas, miedo a la enfermedad causante de la muerte, dejar todo igual que como estaba cuando murió el ser querido y la falta de apoyo de la familia o los demás durante el período de duelo.

Metas:

- a) Facilitar el proceso de duelo.
- b) Ayudar al paciente a restablecer el interés y las relaciones para sustituir las que se han perdido.

Estrategias:

- a) Revisar los síntomas depresivos.
- b) Relacionar el inicio de los síntomas a la muerte de un otro significativo.

- c) Reconstruir la relación del paciente con el fallecido.
- d) Describir la secuencia y consecuencias de eventos acaecidos antes, durante y después de la muerte.
- e) Explorar los sentimientos asociados (negativos y positivos).
- f) Ayudar al paciente a considerar posibles maneras de involucrarse con otros.

B. Disputas interpersonales

Una disputa interpersonal es una situación en que el paciente y al menos una persona significativa tienen expectativas no recíprocas en su relación. Se tiene que evaluar si la disputa interpersonal es importante en la génesis y perpetuación de la depresión. Klerman y Weissman (1993), apuntan que algunos estudios científicos sobre la TIP, demostraron que las disputas de rol entre esposos son las áreas de problemas más frecuentes.

Metas:

- a) Identificar la disputa.
- b) Escoger un plan de acción.
- c) Modificar las expectativas o la falta de comunicación para producir una resolución satisfactoria.

Estrategias:

- a) Revisar los síntomas depresivos.

- b) Relacionar los síntomas del inicio con disputas abiertas o encubiertas con otro significativo con quien el paciente está actualmente involucrado.
- c) Determinar el estado de la disputa:
- ✓ Renegociación (calmar a los participantes para facilitar la resolución).
 - ✓ Impase (crear desarmonía para reabrir la negociación).
 - ✓ Disolución (asistir el duelo).
- d). Comprender cómo las expectativas del papel no recíproco se relacionan con las disputas.
- ✓ ¿Cuáles son los temas en disputa?
 - ✓ ¿Cuáles son las diferencias en expectativas y valores?
 - ✓ ¿Cuáles son las opciones?
 - ✓ ¿Cuáles son las probabilidades de encontrar alternativas?
 - ✓ ¿Qué recursos están disponibles para producir cambios en la relación?
- e). ¿Existen paralelos en otras relaciones?
- ✓ ¿Qué gana el paciente?
 - ✓ ¿Qué suposiciones no dichas están detrás de la conducta del paciente?
- f). ¿Cómo se perpetúa la disputa?

c. Transición de roles

Como seres sociales, las personas tienen varios roles en el sistema social y éstos influyen en el sentido de ser de cada uno. Según Klerman et al (1984), una depresión asociada a transiciones de rol se da cuando una persona tiene dificultades para afrontar cambios en la vida que requieren cambios de rol. El funcionamiento social puede alterarse en respuesta a demandas de adaptación rápida a nuevos roles, los cuales la persona puede ver como cambios con relación a una pérdida. Estas transiciones pueden ser evidentes como un divorcio, o sutiles, como la pérdida de la libertad personal luego del nacimiento de un hijo. En este rubro también están la jubilación, una mudanza, el cambio de puesto de trabajo, abandonar el domicilio paterno, los cambios de rol dentro de la familia y las nuevas responsabilidades, entre otros.

Metas:

- a) Facilitar el duelo y aceptación de la pérdida del rol anterior.
- b) Ayudar al paciente a mirar el nuevo rol como más positivo.
- c) Ayudar al paciente a restablecer su autoestima desarrollando un sentido de dominio sobre las demandas de los nuevos roles.

Estrategias:

- a) Revisar los síntomas depresivos.
- b) Relacionar los síntomas depresivos a dificultades en sobrellevar algunos cambios recientes en la vida.

- c) Revisar los aspectos positivos y negativos de los antiguos y nuevos roles.
- d) Explorar los sentimientos acerca de lo que se perdió.
- e) Explorar los sentimientos acerca del cambio en sí mismo.
- f) Explorar las oportunidades del nuevo rol.
- g) Evaluar de manera realista lo que se perdió.
- h) Alentar la expresión apropiada de afecto.
- i) Alentar el desarrollo de un sistema de apoyo social y de nuevas habilidades que requiere el nuevo rol.

D. Déficit interpersonales

Klerman y Weissman (1993), plantean que se elige esta área problema cuando un paciente presenta una historia de empobrecimiento social que conlleva unas relaciones interpersonales inadecuadas o que no dan apoyo. Son personas que probablemente no han conocido en la edad adulta relaciones duraderas o íntimas.

Normalmente se espera un funcionamiento social óptimo que involucra relaciones estrechas con personas significativas, como familiares y allegados íntimos, relaciones menos intensas, pero satisfactorias, con amigos y conocidos, y actividades adecuadas y relaciones en algún tipo de rol laboral. Las personas con déficit interpersonales están aisladas socialmente.

Metas:

- a) Reducir el aislamiento social del paciente.
- b) Estimular la formación de nuevas relaciones.

Estrategias:

- a) Revisar los síntomas depresivos.
- b) Relacionar los síntomas depresivos con problemas de aislamiento social o sentirse no completo.
- c) Revisar las relaciones significativas pasadas incluyendo sus aspectos positivos y negativos.
- d) Explorar los patrones repetitivos en las relaciones.
- e) Discutir los sentimientos positivos y negativos del paciente acerca del terapeuta y buscar paralelismos en otras relaciones.

5.3. Terminación

La TIP es una terapia breve, con un final predeterminado, no abierto; por lo que es importante que en las últimas dos a cuatro sesiones se hable específicamente sobre la terminación del tratamiento:

- a. Explícitamente discutir la terminación.
- b. Reconocer que la terminación es un tiempo de tristeza.
- c. Ayudar al paciente a moverse hacia el reconocimiento de su capacidad independiente.

5.4. Técnicas específicas

A. Exploración

Se refiere a la obtención sistemática de información sobre los síntomas y los problemas actuales del paciente mediante la exploración, ya sea directiva o no. Se tiene que apoyar a la continuación y ampliación del tema.

B. Estimulación de afectos

La expresión relativamente espontánea de sentimientos es muy importante en la psicoterapia. Se tiene que facilitar que el paciente reconozca y acepte sentimientos dolorosos que no puede o no debe cambiar, ayudarlo a que use sus experiencias afectivas para conseguir cambios interpersonales deseados y animarlo a que desarrolle afectos deseables nuevos y de los que no se daba cuenta. Hay que tener cuidado con los pacientes que son extremadamente constreñidos.

C. Clarificación

Tiene que ver con la reestructuración del material del paciente y devolvérselo como feed-back. El propósito a corto plazo es que el paciente sea más consciente de lo que realmente se está comunicando. Se le puede pedir al

paciente que repita lo que ha dicho o bien que el terapeuta parafrasee lo que ha dicho el paciente.

D. Análisis de la comunicación

Se analiza la comunicación con el fin de examinar e identificar si hay alteraciones de la misma y por ende, ayudar al paciente a aprender a comunicarse de un modo más eficaz. Cuando la persona habla en detalles de sus comunicaciones con personas de referencia, se evalúa la comunicación no verbal indirecta, si la persona tiene asunciones incorrectas de que se ha comunicado y no lo ha hecho y, por último, si la persona tiene asunciones incorrectas de que ha entendido.

E. Técnicas de cambio de conducta

En esta terapia se busca que la mejoría del paciente sea duradera, lo cual depende de que se hayan dados cambios en el comportamiento interpersonal del paciente fuera de la terapia. Estos cambios pueden facilitarse mediante técnicas directivas (intervenciones como educar, aconsejar, modelar), el análisis de las decisiones y el juego de rol.

5.5. Papel del terapeuta

La psicoterapia interpersonal sostiene que lo que se espera del terapeuta es lo siguiente, según Schramm (1998):

- a. El terapeuta está a favor del paciente, no es neutral.
- b. El terapeuta es activo, no pasivo.
- c. La relación terapéutica no es una amistad.

Como hemos podido observar la Psicoterapia o Terapia Interpersonal para la depresión aborda la depresión focalizándose en los problemas interpersonales actuales conectados con el episodio depresivo de la persona. Desde esta perspectiva, es notoria la importancia que se les da a las relaciones interpersonales como factor importante en el inicio, curso y mantenimiento de un cuadro depresivo.

CAPÍTULO III. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

1. METODOLOGÍA

1.1. Antecedentes

Desde que la Medicina se conoce como tal se conoce la tristeza como una posible enfermedad. Hipócrates (476-370 a.C.), definió la melancolía como una grave dolencia caracterizada por una intensa tristeza, originada por el efecto de la bilis negra sobre el cerebro. Por ello en el Corpus Hippocraticum se reconoce ya un tipus melancholius (Hipócrates, Aforismos IV,23):

“El miedo y la tristeza, cuando duran mucho tiempo, constituyen una afección melancólica”.

Estos primeros intentos de conocer y describir la melancolía, fueron seguidos de innumerables descripciones y clasificaciones y, por ende, de estudios. En el ámbito mundial son muchos los estudios que se han realizado con fines de conocer mejor la enfermedad de la depresión que, como se sabe hoy, puede conducir al suicidio. Además, deja enormes secuelas en la vida personal, familiar, social, laboral y de otras áreas en la persona que la padece.

En bibliografías consultada sobre estudios acerca de la depresión en docentes han sido realizadas en España y otros países europeos. Se ha dado mucho énfasis a la búsqueda de las causas del por qué este grupo profesional constituye uno de los más afectados por esta enfermedad. En Latinoamérica, México, Argentina y Chile, han llamado la atención del incremento de esta enfermedad, con miras en el diseño de estrategias

dirigidas a manejar este problema de una manera rápida y efectiva. Chile, ha sido uno de los países de acuerdo a lo que se encontró sobre el tema, que ha dado los primeros pasos en la búsqueda de respuesta a diversos problemas de los maestros y entre éstos al tema de la depresión, pero de una manera descriptiva y bastante general, no de intervención terapéutica.

Los docentes, en este caso los maestros, son entes importantísimos en nuestra sociedad, de manera que es necesario dirigir acciones de investigación e intervención sobre este grupo profesional panameño.

1.2. Planteamiento del problema

Todas las personas tienen días en los que se sienten como si la tierra estuviera pintada de gris. Según Cleghorn y Lou Lee (1993) solemos llamar a esto "sentirnos deprimidos", y por fortuna, esta percepción en general se desvanece en un tiempo relativamente corto.

No sucede lo mismo en el grupo de enfermedades que en Salud Mental, se definen como depresiones. Son procesos más largos y profundos que provocan cambios en el estado anímico, la conducta y el pensamiento, con frecuencia unidos a síntomas físicos graves, que no mejoran con la llegada inesperada de un ramo de flores, o cuando los amigos lo alientan a "desechar sus preocupaciones".

La depresión es una enfermedad muy frecuente. Cerca del 20% de las mujeres y el 10% de los varones sufrirán un trastorno depresivo en algún momento de su vida. Naturalmente, los problemas presentes en la población general también afectan al colectivo de los trabajadores. Tanto es así, según

Valera (2002), que los problemas psicológicos son citados por ocho de cada diez profesores como principal dolencia de esta profesión. Los educadores no son personas aisladas, todo lo contrario están insertas en un contexto familiar, social y sufren del embate informativo, político y económico, generalmente contradictorio.

La misma Organización Mundial del Trabajo (OIT) en 1983, aseguraba que el porcentaje de bajas laborales por causas psiquiátricas aumenta rápidamente entre los colectivos docentes.

En Panamá, según las fuentes consultadas hasta la fecha, no se han realizados intervenciones psicológicas con los maestros como grupo profesional. La única investigación que encontramos realizada en maestros fue llevada a cabo por Dacosta (1990), en la Provincia de Coclé, con el objetivo de conocer la prevalencia de depresión en los maestros de esta provincia encontró, que un 9% tenía depresión moderada, según la Escala de Zung y que un 1% tenía depresión severa. Además, se sabe que se trata de un grupo profesional que, con alta frecuencia, se atiende en las consultas ambulatorias de salud mental de los servicios estatales de salud.

Ante esta situación, es imperativo realizar intervenciones terapéuticas dirigidas a mitigar esta problemática. Klerman y Weissman (1993), afirman que la Psicoterapia Interpersonal no hace suposiciones acerca de las causas de la depresión, sin embargo, asume que el desarrollo de la depresión clínica ocurre en un contexto social e interpersonal y que desde el inicio, la respuesta y los resultados terapéuticos están influenciados por las relaciones interpersonales entre el paciente deprimido y los otros significativos para él. Schramm (1998), nos dice que la Psicoterapia Interpersonal no asume que

los problemas interpersonales “causen” la depresión, sino que, cualesquiera sean las causas, la depresión actual ocurre en un contexto interpersonal. En esta investigación se busca trabajar la problemática depresiva que presenten los maestros, focalizándola hacia aspectos como el duelo, las disputas interpersonales, las transiciones de roles y/o déficit interpersonales; ya que este enfoque plantea que el inicio y desarrollo de la depresión está conectada a éstas cuatro áreas problemas.

A través de este estudio, pretendemos evaluar a la mayoría de los maestros/as de una escuela primaria con el fin de diagnosticar aquellos que sufren de depresión (moderada o grave), para luego aplicar la terapia interpersonal a aquellos que resulten afectados.

Se trata de un diseño de investigación cuasi-experimental intrasujeto, tipo prospectivo, longitudinal y básico de intervención terapéutica (Bellack y Hersen, 1989), en donde se evaluará la efectividad de la terapia interpersonal luego de su aplicación a maestros deprimidos.

Sobre la base de lo anterior, nos preguntamos:

¿ Se puede reducir la depresión en maestros mediante la aplicación de una terapia interpersonal?.

1.3. Justificación

La depresión, la enfermedad más difundida de nuestra época, según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), es el trastorno que genera mayor incapacidad en el mundo —y al parecer empeorará en el futuro—, siendo también una causa relevante de mortalidad. La persona que está deprimida

no sólo pierde el entusiasmo por la vida, sino que pierde temporalmente la voluntad de vivir. De ahí la frecuencia de los actos suicidas.

La depresión, es un término con un significado que varía desde las bajadas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

Como se ha mencionado anteriormente, la depresión es una de las enfermedades mentales más comunes, que puede manifestarse a cualquier edad, en una de cada cinco mujeres y en uno de cada diez hombres en algún momento de sus vidas. Casi el 90 por ciento de aquellas personas que sufren de depresión podrían ser tratadas eficazmente. Se ha estimado que aproximadamente la mitad de los individuos que sufren de depresión no buscan tratamiento según (Riegel y col. 1988 En: Valdivieso, 1994) y que la depresión no se diagnostica en el 50% de los pacientes que sí buscan ayuda, esto de acuerdo a (Goldberg y Huxley 1980; Freeling y cols. 1985 En: Valdivieso, 1994).

Según aportes del Estudio La Salud Laboral Docente en la Enseñanza Pública, en España, los docentes constituyen uno de los grupos profesionales más afectados por la depresión, la fatiga psíquica, el estrés y otras dolencias. Lo verdaderamente preocupante para los docentes son los problemas de salud psíquica, es decir, el estrés, la depresión, dolencias todas ellas que los profesionales de la enseñanza califican como "propias de su actividad".

Hay docentes que no reconocen la enfermedad o no se dan cuenta de sus síntomas, culpando de ese estado a la culpa a la gripe, estrés, poco descanso o mala alimentación. En este grupo habrá personas con

desordenes depresivos, que generalmente buscan ayuda de su médico de cabecera para tratarse de diversos síntomas, los que rara vez diagnostican depresión. Además, está el hecho de que este desorden puede presentarse de manera oculta, con fatiga crónica, dolor o quejas somáticas no específicas. El estado depresivo puede ser evidente o puede manifestarse como indiferencia, "flojera", incomodidad, nervios, agitación o irritabilidad.

La depresión es importante en el campo de la salud mental en el trabajo, tanto por su impacto en el mismo como por su efecto en la salud mental del trabajador.

Las primeras exploraciones que se hicieron sobre el tema de la depresión en maestros, se pudo constatar las continuas quejas de pérdida del interés, fatiga, falta de motivación, cansancio, dificultades en las relaciones interpersonales laborales, entre otras, que formularon los maestros ante un equipo de salud que los evaluaba. Esta fue una de las principales razones que motivó a realizar de un estudio de intervención terapéutica con este grupo profesional.

Dentro de esa primera exploración, se observó que uno de los principales aspectos que llamaba la atención fue el de la calidad entre las relaciones interpersonales del cuerpo docente, objeto de investigación. Los investigadores y las personas deprimidas, la mayoría de las veces, hablan de malas relaciones interpersonales como factor importante en la depresión. Estas relaciones constituyen el foco de trabajo en la terapia interpersonal, por lo que optamos por esta técnica de terapia para el trabajo terapéutico con este grupo profesional.

Este tema se considera importante por la acción y efecto que acarrea un maestro deprimido sobre; su salud mental, su desempeño laboral con sus alumnos, sus compañeros y directivos, en las relaciones con los padres de familia y con la sociedad en general. La depresión como se define, no sólo afecta a la persona deprimida, sino también tiene impacto sobre la familia y la sociedad. Una vez instalada la depresión, vemos alterada la vida emocional, profesional, laboral, social, sexual y la salud física de quien la padece.

Es un tema de actualidad, que aboga por la formación integral del individuo y la modernización de la Educación, se debería tomar en cuenta los mecanismos para el trabajo promocional, preventivo o de intervención sobre la salud mental de los maestros; ya que éstos tienen una tarea muy importante, al formar nuestras futuras generaciones.

En consecuencia, un mayor énfasis en la detección y el tratamiento de la depresión, permitirá reducir el sufrimiento individual y las pérdidas organizacionales o institucionales.

1.4. Hipótesis de trabajo:

1.4.1. Hipótesis de trabajo o alterna

Los síntomas depresivos, reportados por los maestros, después de la intervención terapéutica interpersonal serán significativamente menores que al inicio de la misma.

1.4.2. Hipótesis nula

Los síntomas depresivos, reportados por los maestros, después de la intervención terapéutica interpersonal serán significativamente iguales o mayores que al inicio de la misma.

1.5. Objetivos:

1.5.1. Generales

- ❖ Proporcionar una intervención terapéutica interpersonal a maestros con síntomas depresivos moderados o graves.
- ❖ Evaluar la eficacia de la terapia interpersonal en una muestra de maestros con depresión moderada o grave.

1.5.2. Específicos

- ❖ Reducir los síntomas depresivos en los maestros a través de una intervención interpersonal.

1.6. Estrategia de Investigación

1.6.1. Tipo de Investigación

Al establecer el tipo de investigación de cualquier estudio se deben tomar en cuenta varios aspectos, en especial los objetivos que se pretenden alcanzar, los medio y recursos como: el humano, técnico y económico disponible para el problema que se pretende resolver. En consecuencia, hay que valorar diferentes características de la investigación para establecer este

marco general. Este estudio en particular se caracteriza por los siguientes aspectos:

- ❖ **Prospectivo:** Dado que la condición o fenómeno ya existe previamente a la medición de la investigación, este estudio podría considerarse prospectivo ya que la cuantificación de la variable dependiente: depresión, se efectúa de acuerdo a los lineamientos y al planeamiento de éste, lo mismo que la medición y cuantificación del efecto de la variable independiente, Terapia Interpersonal. Es decir, que la recolección de la información se realiza bajo los procedimientos propuestos en este estudio y se toma para cumplir con las finalidades del mismo. Según Méndez et al (1990), los estudios prospectivos se caracterizan por la planeación del estudio.

- ❖ **Longitudinal:** el estudio es considerado desde este punto de vista ya que los datos se obtienen en dos momentos diferentes: una evaluación inicial (pretest) de los síntomas depresivos antes de aplicar la Terapia Interpersonal y una evaluación al finalizar dicha terapia (postest). De acuerdo a Pineda, Alvarado y Canales (1994), este tipo de investigación se caracteriza porque la variable de interés es medida por lo menos en dos periodos diferentes en forma continua o periódica.

- ❖ **Básica o de intervención terapéutica:** León y Montero (1997), dicen que una investigación básica tiene como objeto probar que un tratamiento determinado funciona en un grupo específico en un

momento particular. Esto es, se pone a prueba si dicho tratamiento influye en forma significativa en la mejoría de la "enfermedad". Es decir, con la investigación básica no se pretende hacer generalizaciones, como es el caso de la investigación aplicada en donde existen controles muy estrictos de las variables, haciéndose énfasis en la validez externa del estudio.

1.6.2. Diseño de Investigación

Existen diferentes tipos de diseños aplicables a cada tipo de investigación, en este estudio por las características antes descritas se consideró adecuado el Diseño Cuasi-Experimental Pre-Post con un grupo de cuasi-control.

- ❖ **Diseño Cuasi-Experimental:** Esta es una investigación cuasi-experimental, pues, aunque existe una manipulación de la variable independiente (Terapia Interpersonal, llámese tratamiento) y se pretende medir su efecto en la variable dependiente (depresión), no existe un control estricto de las posibles variables extrañas que pudiesen simultáneamente afectar los resultados del experimento. Otra de las limitaciones de los diseños cuasi - experimentales es la dificultad para asignar los sujetos al azar a un grupo control y uno experimental. En este caso, esto no es posible pues es una petición de la institución donde se realizará el presente trabajo, que todos los participantes se vean beneficiados. El grupo de maestros que cumplan con los criterios suficientes para ser Diagnosticados con un Trastorno

Depresivo Mayor en esta institución escolar (escuela primaria) serán tratados con la Terapia Interpersonal, en el ámbito psicológico. Se tomarán al menos dos mediciones de este grupo: antes de iniciar el tratamiento y al finalizar el mismo (diseño pre-post). Se realizarán comparaciones de las medidas intrasujetos e intersujetos (con el grupo de cuasi control).

- ❖ **Grupo de Cuasi Control:** Sostienen León y Montero (1997), que dentro del contexto de la investigación aplicada en el que se utilizan los diseños cuasi experimentales, es más difícil conseguir altos grados de semejanzas entre los grupos experimental y control, puesto que la mayor limitación es que no es posible asignar los grupos al azar. Por lo tanto, el grupo control que se utiliza en este tipo de diseños se considera "no equivalente". Sin embargo, se acepta que el grupo de cuasi control es equiparable, al grupo experimental, al menos en la variable dependiente y en algunas características generales. Aunque, para mejorar la validez interna de una investigación cuasi-experimental pre-post se incluye un grupo de cuasi-control, esto no es suficiente para lograr la certeza de un verdadero experimento. Con un cuasi control no es posible lograr que los grupos (experimental y control) sean equivalentes (lo más parecidos posible en aquellas variables que se consideran extrañas y asignarlos al azar) por lo que se debe ser muy cauteloso en las afirmaciones e interpretaciones de los resultados. Para esta investigación se pretende, incluir un grupo de

cuasi control de maestros con el Trastorno Depresivo Mayor, de otra escuela primaria a nivel distrital que deseen participar del estudio.

1.6.3. Variables

Variable Independiente: Terapia Interpersonal para la Depresión.

Variable Dependiente: Depresión.

❖ Definiciones Conceptuales:

Terapia Interpersonal para la Depresión

La Terapia Interpersonal para la Depresión de Klerman y Weissman, es una terapia diseñada específicamente para tratar pacientes depresivos con un formato breve – alrededor de 12 a 20 sesiones-, de una hora de duración. Plantea que el inicio y desarrollo de la depresión está conectado a cuatro áreas problemas (relaciones interpersonales alteradas, pérdidas afectivas, déficit sociales, roles perturbados). El enfoque Interpersonal considera la depresión como un trastorno psiquiátrico de causa multifactorial, que aparece siempre en un contexto interpersonal. Su foco terapéutico son los problemas interpersonales actuales conectados con el episodio depresivo.

Depresión

Es una enfermedad. Determinados síntomas están presentes, como abatimiento, pérdida del interés, trastornos del sueño y pérdida de energía, aparecen conjuntamente durante largo tiempo.

Arieti (1993), considera que la depresión es un sentimiento, pero contrariamente al pesar y la tristeza comunes, es también un síndrome en la medida en que produce graves alteraciones del funcionamiento psicológico y de algunas funciones somáticas. La depresión representa entonces un alejamiento de la manera normal a experimentar ciertas emociones, entre ellas la tristeza y el pesar.

❖ **Definiciones Operacionales:**

Terapia Interpersonal para la Depresión, perfil básico

1. Entrevista clínica.
2. Doce (12) sesiones de 45 minutos, dos veces por semana.
3. Dos (2) sesiones de seguimiento, a los quince y treinta días después de finalizada la intervención.

En cuanto a las estrategias específicas para ejecutar la intervención interpersonal, ésta supone la consideración de tres fases: inicial, intermedia y de terminación.

Fases Iniciales

En esta fase se cumplen cuatro etapas. La primera se titula ocuparse de la depresión y se lleva a cabo a través de una revisión minuciosa de los síntomas depresivos, la cual se realiza conjuntamente con el paciente y como resultado de la misma puede darse un nombre al síndrome. Sobre esta base se instruye al paciente sobre la depresión y tratamiento, se puede otorgar al paciente el rol de enfermo. La segunda tarea consiste en relacionar la depresión con el contexto interpersonal para lo que se procede a revisar exhaustivamente con el paciente sus relaciones interpersonales presentes y pasadas y relacionarlas con los síntomas depresivos. Con la información recabada en la ejecución de estas tareas se procede a determinar sobre cuál de las áreas problemas (duelo, disputas interpersonales, transiciones de rol o déficit interpersonales) se va a trabajar y a fijar los objetivos del tratamiento. La última tarea en esta fase supone explicar los conceptos básicos de la terapia y hacer el contrato.

Fases intermedias

El supuesto básico de la terapia interpersonal está en considerar que los cuadros depresivos que van a tratarse con ella tienen que ver con problemas que se manifiestan en una de las siguientes áreas problemas: a) duelo, b) disputas interpersonales, c) transiciones de roles o d) déficit interpersonales. En una terapia se trabaja en una, o en todo caso dos de éstas áreas que se seleccionan de acuerdo con el paciente en las fases iniciales.

- a) *Duelo*. Se selecciona esta área problema cuando existe evidencia de dificultades en la elaboración de un duelo. Los objetivos de este trabajo son: facilitar el proceso de duelo, capacitar al paciente para restablecer el interés y las relaciones para sustituir lo perdido.
- b) *Disputas Interpersonales*. Se selecciona cuando pueden identificarse situaciones interpersonales en las que existen expectativas no recíprocas entre el paciente y otra persona significativa y pueden relacionarse con la sintomatología depresiva. Los objetivos son: identificar la disputa, escoger un plan de acción y/o modificar los patrones de comunicación o reevaluar las expectativas o ambas cosas a la vez.
- c) *Transiciones de rol*. Se asocia a la depresión cuando una persona tiene dificultades para afrontar los cambios requeridos por el nuevo rol (padre, trabajador, jubilado, entre otros). Los objetivos del trabajo en esta área son: facilitar el duelo y aceptación de la pérdida del antiguo rol, propiciar una visión más positiva del nuevo y restaurar la autoestima desarrollando un sentimiento de dominio de los nuevos roles.
- d. *Déficit interpersonales*. Se eligen como foco de la terapia cuando un paciente presenta una historia de empobrecimiento social que incluye relaciones interpersonales inadecuadas o insuficientes. Son personas que nunca han establecido una relación duradera o continua como adultos. Suelen ser los pacientes más graves, desde luego, los más difíciles de trabajar con ésta técnica. El trabajo en esta área, se dirige a los objetivos de:

reducir el aislamiento social del paciente y animar la formación de nuevas relaciones.

Fase de terminación

La terminación debe ser abordada explícitamente al menos dos sesiones antes de producirse el cese de la terapia. Para facilitar la tarea de terminación, las últimas tres o cuatro entrevistas deben tratar el reconocimiento de esta terminación como momento de posible duelo, y analizar los movimientos hacia el reconocimiento por parte del paciente de su capacidad de independencia.

Depresión

Trastorno del estado del ánimo, el cual será diagnosticado en maestros de educación primaria a través de una entrevista de evaluación clínica de acuerdo a los criterios del DSM-IV y la Escala de Depresión de Hamilton.

1.6.4. Población y muestra

❖ Población Objetivo:

Maestros de una determinada escuela primaria de la Provincia de Los Santos.

❖ Muestra:

Luego de evaluar e identificar los maestros con síntomas moderados o graves de depresión, se realizará la investigación con aquellos que estén dispuestos a participar, aceptando las condiciones y compromisos del estudio. Por el tipo y diseño de investigación no es viable seleccionar una muestra al azar, el tipo de muestreo utilizado en este tipo de investigaciones es mas bien no probabilístico o por conveniencia. Esto implica, que los resultados obtenidos serán aplicables y analizados en función del grupo específico de maestros que participen del estudio, este es un estudio del tipo "funcional" o teórico y no de carácter inferencial. Además de comparar estos resultados con el grupo de cuasi control, pero el alcance del estudio (validez) serán limitados.

Criterios de Inclusión:

- Ser maestro de las escuela participantes en el año 2002
- Presentar síntomas moderados o graves de depresión, siguiendo los criterios clínicos de clasificación del DSM-IV.
- Luego de cumplir con los criterios anteriores, para ser parte de esta investigación, los sujetos deben estar anuentes a participar y cumplir con las condiciones que exige el tratamiento.

Criterios de Exclusión:

- Luego de la evaluación psicológica, presentar síntomas leves o ningún síntoma de depresión.

- Luego de la evaluación psicológica, presentar signos y/o síntomas de otro trastorno físico, mental o conductual que no sea depresión. En tal caso, estos sujetos serán referidos para su atención.
- Presentar todos los criterios de inclusión, pero no estar dispuesto a participar de esta investigación. En tal caso también se le recomendará al sujeto su tratamiento y referencia.
- Cumplir con todos los criterios de inclusión, pero al momento de la ejecución de la investigación, el o los sujetos falten a dos citas consecutivas.
- Estar bajo tratamiento farmacológico debido a la depresión.

1.6.5. Técnicas de medición:

- Entrevista Psicológica (Cuestionario Guía).
- Criterios Clínicos del DSM-IV.
- Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D).

Señala Calderón (1996), que la Escala de Depresión de Hamilton, la presentó Max Hamilton en 1960 y es la más empleada internacionalmente en los últimos años para evaluar la severidad de la depresión en el ámbito psiquiátrico y uno de las más utilizados en la investigación psicofarmacológica. Mide la gravedad de los síntomas depresivos, aunque se ha demostrado que además incluye un factor de ansiedad y de sueño. Se centra básicamente en los componentes somáticos y comportamentales de la depresión.

Los datos normativos realizados con una muestra de sujetos depresivos arrojaron una puntuación media de 21,2 y una desviación típica de 6,2. Se

admite como punto de corte entre población normal y depresiva la puntuación de 18.

La validez concurrente con la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión es de 0,84. La correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0,58.

1.6.6. Métodos de Intervención

Terapia Interpersonal, en forma individual, dos (2) sesiones semanales, de 45 minutos cada una, por espacio de un mes y medio, haciendo un total de 14 sesiones individuales.

1.6.7. Evaluación de los Resultados

Para esta investigación y tomando en cuenta múltiples aspectos, se consideró que era más conveniente la aplicación del estadístico de prueba no paramétrico de Mann-Whitney, para muestras independientes, para la comparación del grupo cuasi-experimental con el grupo de cuasi-control en la primera y segunda medición y la prueba de Rangos de Wilcoxon para la comparación intrasujetos tanto del grupo control como experimental en la primera y segunda medición. Esta decisión la sustentamos en los siguientes puntos:

- Para esta investigación no se está dispuesto a asumir la responsabilidad de pretender que nuestra variable dependiente tenga un

comportamiento normal, se presenta homogeneidad de varianza y una vez recogida la muestra (que sabemos que será pequeña – menor a 15 sujetos -) esta se comportará aproximadamente normal. Además, como se señaló antes, el tipo de muestreo no es aleatorio ni es posible asignar los sujetos al azar a cada grupo evaluado. Debido a que, en este estudio no puede sustentarse todos estos supuestos para la utilización de estadística paramétrica, se prefiere el uso de pruebas no paramétricas.

□ Las pruebas no paramétricas son especialmente útiles cuando el investigador estudia el efecto de una sola variable independiente (un tratamiento: Terapia Interpersonal) y no se pueden sustentar los requisitos de la estadística paramétrica.

□ Las pruebas no paramétricas no tienen ningún requisito de aplicación, no requieren que los datos tengan una distribución aproximadamente normal, por esto se denominan estadística libre de distribución. Estas no exigen el cumplimiento de ciertas condiciones, son especialmente útiles cuando se quiere probar una hipótesis experimental y llegar a conclusiones globales pero válidas en cuanto a las diferencias encontradas en la variable dependiente.

□ Las pruebas no paramétricas son muy utilizadas cuando se tienen pocos sujetos de estudio (menos de 15), como es nuestro caso.

□ Es preferible usar estadística no paramétrica, en lugar de “forzar” o “suponer” que los datos cumplirán con todos los supuestos que exige la estadística paramétrica.

□ En cuanto a la prueba estadística seleccionada: Prueba de Mann - Whitney, ésta se usa en el caso de un diseño experimental o cuasi experimental no relacionado, es decir que se comparan sujetos diferentes en dos momentos diferentes. El objetivo de esta prueba es comparar el desempeño general de cada grupo para determinar si existen diferencias significativas entre sus puntajes en las dos condiciones, antes de aplicar el tratamiento y después de aplicar el tratamiento. Greene y D'Oliveira (1984), recomiendan, para las pruebas de hipótesis referentes a la comparación pre-post para un mismo grupo (sea el control o el experimental) la Prueba de Suma de Rangos de Wilcoxon para diseños relacionados, con esta prueba se compara el desempeño de los mismos sujetos en dos momentos diferentes.

❖ **Pruebas de Hipótesis:**

1. Prueba de Hipótesis para la comparación de ambos grupos en el Pretest: Grupo Cuasi Experimental vs Grupo Cuasi Control en la primera medición.

En esta prueba se pretende establecer estadísticamente la homogeneidad entre los dos grupos en cuanto a la variable dependiente de interés: depresión. Antes de iniciar el tratamiento de la Terapia Interpersonal en el

grupo cuasi experimental, es necesario demostrar estadísticamente que ambos grupos (cuasi experimental y cuasi control) son equiparables al menos en la principal variable de interés; esto sería muy valioso para los resultados finales y conclusiones del presente estudio, por lo que tendría más fundamento para suponer que las posteriores diferencias entre los grupos se deben en mayor parte a la mediación del tratamiento.

Ho: Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton en la primera aplicación son iguales en el grupo cuasi experimental (E1) y el grupo de cuasi control (C1).

Ha: Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton en la primera aplicación son diferentes entre el grupo cuasi experimental (E1) y de cuasi control (C2).

Ho: $E1 = C1$

Ha: $E1 \neq C1$

Nivel de Significación: 0.05

Nivel de Confianza: 95%

Selección del nivel de significación:

Se ha tomado un nivel de significación o alfa (α) de 0.05. Esto implica una probabilidad equivalente a un 5% de que se rechace la hipótesis nula cuando sea verdadera y se espera que con una confianza del 95% que se rechace la hipótesis nula siendo esta falsa.

Estadístico de Prueba:

U : Estadístico de Prueba U de Mann Whitney, que refleja el menor de los totales de los rangos. Mientras más pequeño sea U, más significativas serán las diferencias de rangos entre los grupos comparados.

Regla de Decisión:

Si el valor del estadístico de prueba U es menor al valor crítico de U_t (tabulado) a un nivel de significación de 0.05, existen elementos de juicio suficiente para rechazar H_0 y respaldar la H_a .

$$U < U_t \rightarrow \text{Rechazar } H_0$$

Cálculo del Estadístico de Prueba U:

1° Se ordenan todos los puntajes por rangos, para ambos grupos, como si fuera un solo grupo. Se asigna 1 al puntaje menor.

2° Se asignan los rangos a cada grupo, tomando los puntajes en su orden natural y a cada grupo por separado.

3° Sumar por separado los totales de los rangos para el grupo 1 y el grupo 2.

4° Seleccionar el mayor valor de T (Suma de rangos de cada grupo)

5° Calcular el valor de U con la fórmula:

$$U = n_1 n_2 + [n_x(n_x + 1) / 2] - T_x$$

6° Comparar el valor de U calculado con el valor U crítico o tabulado para una prueba de dos colas al nivel de significancia de 0.05.

2. Prueba de Diferencias Pre-Post Intrasujeto: Grupo Cuasi-Experimental.

De acuerdo a nuestra hipótesis general de investigación, esta es la principal prueba de hipótesis, ya que nos interesa determinar si se presentará un cambio favorable y significativo entre la primera y la segunda evaluación, luego de aplicar la Terapia Interpersonal.

Ho: Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton en la primera aplicación (E1) son iguales o menores que los puntajes obtenidos en la segunda aplicación en el grupo experimental (E2).

Ha: Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton en la primera aplicación (E1) son mayores que los puntajes obtenidos en la segunda aplicación en el grupo experimental (E2).

Ho: $E1 \leq E2$

Ha: $E1 > E2$

Nivel de Significación: 0.05

Nivel de Confianza: 95%

Selección del nivel de significación:

Se ha tomado un nivel de significación o alfa (α) de 0.05. Esto implica una probabilidad equivalente a un 5% de que se rechace la hipótesis nula

cuando sea verdadera y se espera que con una confianza del 95% que se rechace la hipótesis nula siendo esta falsa.

Estadístico de Prueba:

$T_{mín}$: Suma de Rangos con Signos de Wilcoxon que refleja las diferencias entre los puntajes del pretest y postest.

Regla de Decisión:

Si el valor del estadístico de prueba $T_{mín}$ es menor o igual al valor crítico de T_t (tabulado) a un nivel de significación de 0.05 para una prueba de una cola, existen elementos de juicio suficiente para rechazar H_0 y respaldar la H_a .

$$T_{mín} \leq T_t \rightarrow \text{Rechazar } H_0$$

Cálculo del Estadístico de Prueba T:

Las pruebas no paramétricas son sencillas de calcular, sobretodo, porque generalmente se utiliza en muestras pequeñas.

A continuación se presentan los pasos para el cálculo de T de la prueba de Wilcoxon:

1° Calcular las diferencias D_i entre los pares de puntajes obtenidos en el pretest y postest de la escala de Depresión conservando el signo de las diferencias (+ ó -).

2° Asignar los rangos a los valores absolutos de las diferencias D_i (sin considerar su signo), asignando el rango 1 al valor menor de la diferencia hasta finalizar.

3° Reasignar el signo + ó - a los rangos según el signo de las diferencias D_i .

4° Sumar por separado los rangos con signos positivos y por otro lado, los rangos de signos negativos. Como estadístico de prueba siempre se elige la menor de las sumas de los rangos positivos o negativos, es decir $T_{\min}(T+, T-)$. es decir, la suma de rangos de las diferencias positivas.

5° Comparar el valor de T_{\min} con el valor crítico T_t de la tabla citada.

3. Prueba de Diferencias Pre-Post Intrasujeto: Grupo Cuasi-Control.

Es otra prueba de hipótesis de "control" o para aumentar la validez interna de esta investigación. Si se puede probar estadísticamente, que no hubo una diferencia significativa entre los puntajes obtenidos mediante la Escala de Hamilton en una primera y una segunda aplicación en el grupo de cuasi control que no recibió tratamiento, se contará con más elementos para suponer que si en el grupo cuasi experimental si se evidencian diferencias, estas pueden deberse principalmente a la aplicación de la Terapia Interpersonal.

H₀: Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton en el grupo cuasi control en la primera aplicación (C1) son

iguales que los puntajes obtenidos en la segunda aplicación (C2) evidenciándose que el estado de depresión no mejoró.

Ha: Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton en el grupo cuasi control en la primera aplicación (C1) son significativamente diferentes a los puntales obtenidos en la segunda aplicación (D2) evidenciándose que el estado de depresión varió.

Ho: $C1 > C2$

Ha: $C1 \leq C2$

Nivel de Significación: 0.05

Nivel de Confianza. 95%

Selección del nivel de significación:

Se ha tomado un nivel de significación o alfa (α) de 0.05. Esto implica una probabilidad equivalente a un 5% de que se rechace la hipótesis nula cuando sea verdadera y se espera que con una confianza del 95% que se rechace la hipótesis nula siendo esta falsa.

Estadístico de Prueba:

T_{min} : Suma de rangos con signos de Wilcoxon que computa las diferencias positivas entre los puntajes del pretest y postest.

Regla de Decisión:

Si el valor del estadístico de prueba T_{\min} es menor o igual al valor crítico de T_t (tabulado) a un nivel de significación de 0.05, existen elementos de juicio suficiente para rechazar H_0 y respaldar la H_a .

$T_{\min} \leq T_t \rightarrow$ Rechazar H_0

Cálculo del Estadístico de Prueba T:

Igual que para la prueba de hipótesis 2.

**4. Prueba para la comparación de ambos grupos en el Posttest:
Grupo Cuasi Experimental vs Grupo Cuasi Control en la segunda
medición.**

Con esta última prueba de hipótesis, se pretende comparar estadísticamente los dos grupos del estudio para establecer si, luego de mediar el tratamiento, el grupo cuasi experimental es significativamente diferente al grupo de cuasi control en cuanto al nivel de síntomas depresivos reportados con la Escala de Depresión de Hamilton.

H_0 : Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton en la segunda aplicación son iguales en el grupo cuasi experimental (E2) y el grupo de cuasi control (C2).

H_a : Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton en la segunda aplicación son menores en el

grupo cuasi experimental (E2) que los puntajes del grupo de cuasi control (C2).

Ho: $E2 \geq C2$

Ha: $E2 < C2$

Nivel de Significación: 0.05

Nivel de Confianza: 95%

Selección del nivel de significación:

Se ha tomado un nivel de significación o alfa (α) de 0.05. Esto implica una probabilidad equivalente a un 5% de que se rechace la hipótesis nula cuando sea verdadera y se espera que con una confianza del 95% que se rechace la hipótesis nula siendo esta falsa.

Estadístico de Prueba:

U : Estadístico de Prueba que refleja el menor de los totales de los rangos. Mientras más pequeño sea U, más significativas serán las diferencias de rangos entre los grupos comparados.

Regla de Decisión:

Si el valor del estadístico de prueba U es menor al valor crítico de U_t (tabulado) a un nivel de significación de 0.05, existen elementos de juicio suficiente para rechazar Ho y respaldar la Ha.

$U < U_t \rightarrow$ Rechazar Ho

Cálculo del Estadístico de Prueba T:

Igual que para la prueba de hipótesis 1, con la diferencia que el valor crítico de U se localiza en la tabla de significancia 0.05 para prueba de una cola.

1.7. Organización de los datos

La información requerida para esta investigación proviene de una fuente primaria, la misma se generó considerando los objetivos de este estudio. Para recabar dicha información se procedió a solicitar los permisos pertinentes en las instituciones (escuelas) donde se pretendía realizar el estudio. También se buscó un lugar apropiado para llevar a cabo la investigación. Luego, se procedió a realizar una evaluación exhaustiva, con la entrevista clínica y la aplicación del Test D-Ham, para detectar los sujetos que cumplieran con las características necesarias para esta investigación.

Completada la etapa de formación de los grupos de estudio, se procedió a la aplicación de la Terapia Interpersonal como tratamiento psicológico a los maestros del grupo cuasi experimental. Al finalizar esta etapa, se aplicó nuevamente la Escala de Depresión de Hamilton. Con esta información se procedió a armar una base de datos.

Para la captura y procesamiento de la información se utilizó el programa Microsoft Excel 2000.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

2.1. Análisis Descriptivo y Comparativo del Grupo Cuasi-Experimental y Cuasi-Control.

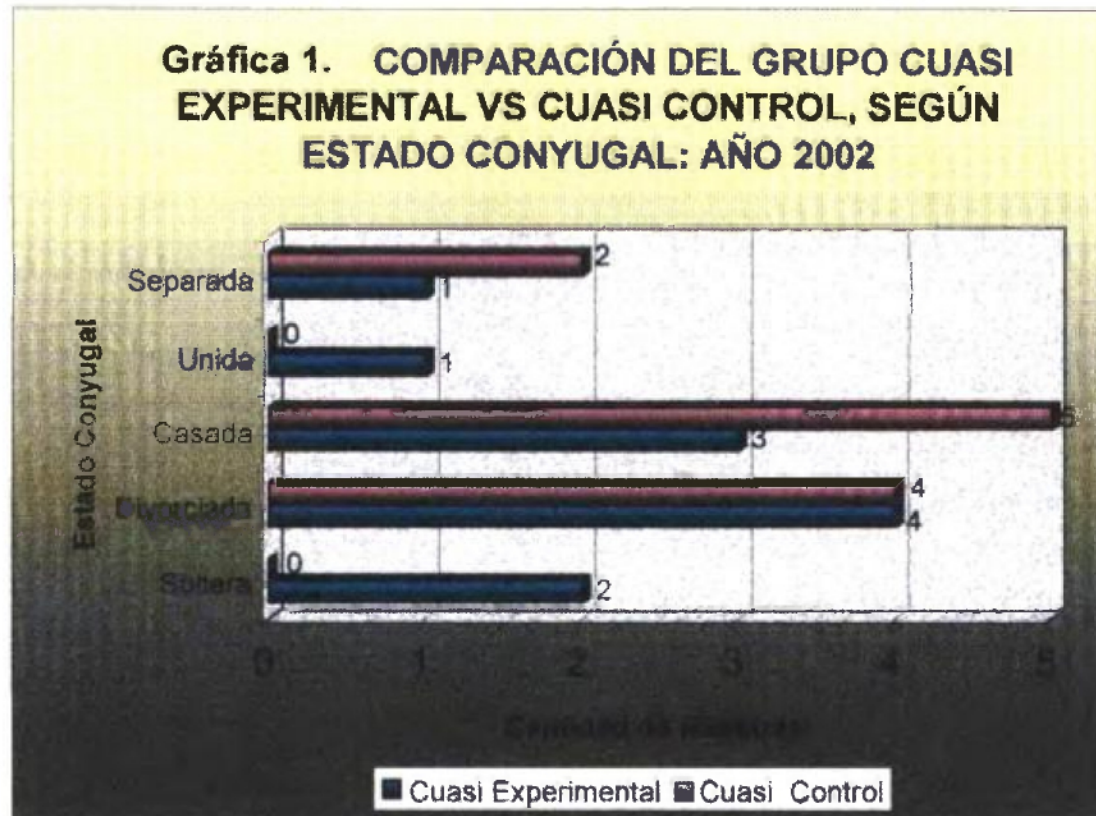
Presentamos los resultados del análisis descriptivo - comparativo de los grupos en estudio con la intención de tener una idea clara de cómo se distribuyen éstos con respecto algunas características de interés.

Cuadro I. COMPARACIÓN DEL GRUPO CUASI EXPERIMENTAL VS CUASI CONTROL, SEGÚN ESTADO CONYUGAL: AÑO 2002

Estado Conyugal	Grupo Cuasi Experimental		Grupo Cuasi Control	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL...	11	100.0	11	100.0
Soltera	2	18.2	0	0.0
Divorciada	4	36.4	4	36.4
Separada	1	9.1	2	18.2
Casada	3	27.3	5	45.5
Unida	1	9.1	0	0.0

Creemos necesario señalar que tanto el grupo de Cuasi Control como el Cuasi Experimental estuvieron conformados sólo por mujeres. Sabemos, según Bleichmar (1999), que uno de los principales factores de riesgo para la depresión es, sencillamente, ser mujer. Casi todas las encuestas realizadas en diversos países arrojan un predominio de dos a tres veces mayor en las mujeres que en los hombres.

Con respecto al estado civil observamos en este primer cuadro que para el grupo Cuasi Experimental, la mayor proporción de mujeres estaba divorciada. Para el grupo de Cuasi Control, la mayor proporción de mujeres estaban casada.



En la Gráfica 1, se observa claramente que las maestras del grupo Cuasi Experimental están en su mayoría divorciadas (4 de las 11) o casadas (3 de las 11). En cambio, las mujeres del grupo Cuasi Control están en su mayoría casadas (5 de las 11) o divorciadas (4 de 11).

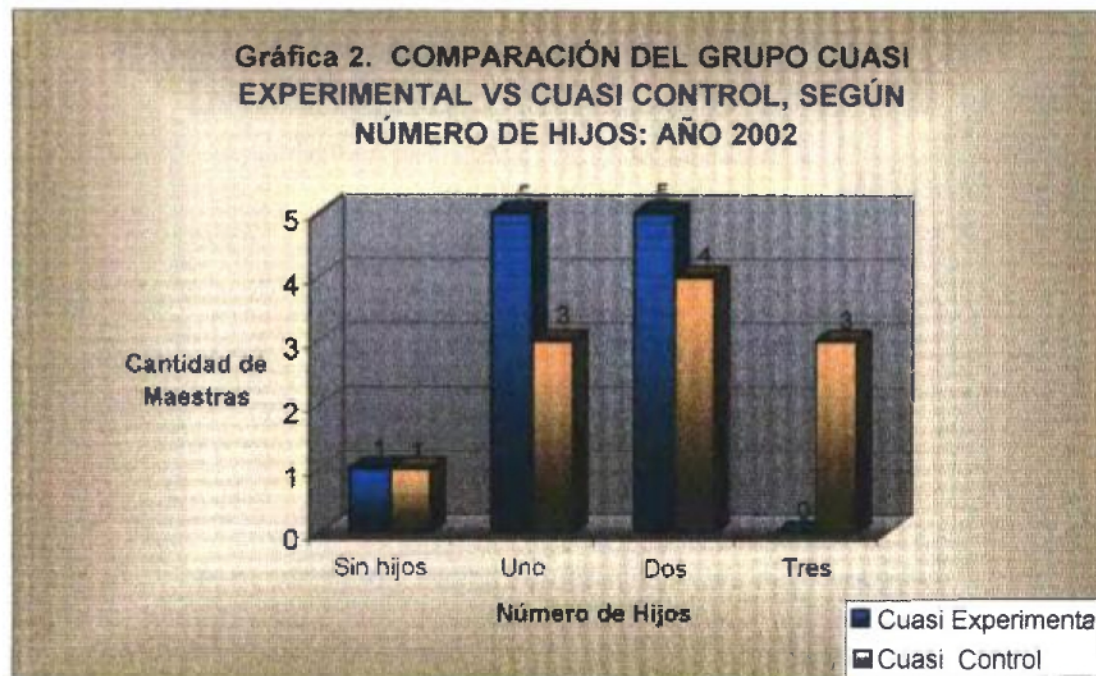
Aunque con respecto al estado civil no existen estudios concluyentes con respecto a esta variable como factor de riesgo, se sabe que las mujeres casadas y las divorciadas tienen mayor riesgo de presentar síntomas depresivos que los hombres en esta misma situación. Se cree que el hecho de estar casada puede afectar el estado de ánimo, en la actualidad, debido a que, además de los roles culturales asignados a la mujer con respecto a la crianza y cuidado de los hijos, se atribuyen las funciones como principal apoyo familiar y las responsabilidades del trabajo. Además de que pueden haber tensiones en la relación de pareja. Con respecto a las mujeres divorciadas, la depresión se asocia con los sentimientos de "pérdida" de la relación marital y de falta de apoyo social. Esta falta de apoyo social, según Schramm (1998), constituye uno de los factores de riesgo de la depresión.

**Cuadro II. COMPARACIÓN DEL GRUPO CUASI EXPERIMENTAL VS
CUASI CONTROL, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS: AÑO 2002**

Número de Hijos	Grupo Cuasi Experimental		Grupo Cuasi Control	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL...	11	100.0	11	100.0
Sin Hijos	1	9.1	1	9.1
Un Hijo	5	45.5	3	27.3
Dos Hijos	5	45.5	4	36.4
Tres Hijos	0	0.0	3	27.3

Para ambos grupos en estudio, vemos que la mayoría de las mujeres han tenido uno o dos hijos. Sin embargo, vemos que en el grupo Cuasi Control existen maestras con tres hijos, en cambio para el grupo Cuasi Experimental, la cantidad máxima de hijos es de dos. Esta información la podemos ver con mayor claridad en la Gráfica 2.

El número de hijos no figura entre los principales factores de riesgo en el hecho de presentar trastornos depresivos, sin embargo, sabemos que a mayor cantidad de hijos existen mayores demandas y responsabilidades en todos los roles que desempeña: como mujer, como madre y como profesional. Según Bleichmar (1999), el tener dos o tres hijos pequeños a su cargo constituye un antecedente biográfico significativo para el desencadenamiento de una depresión.



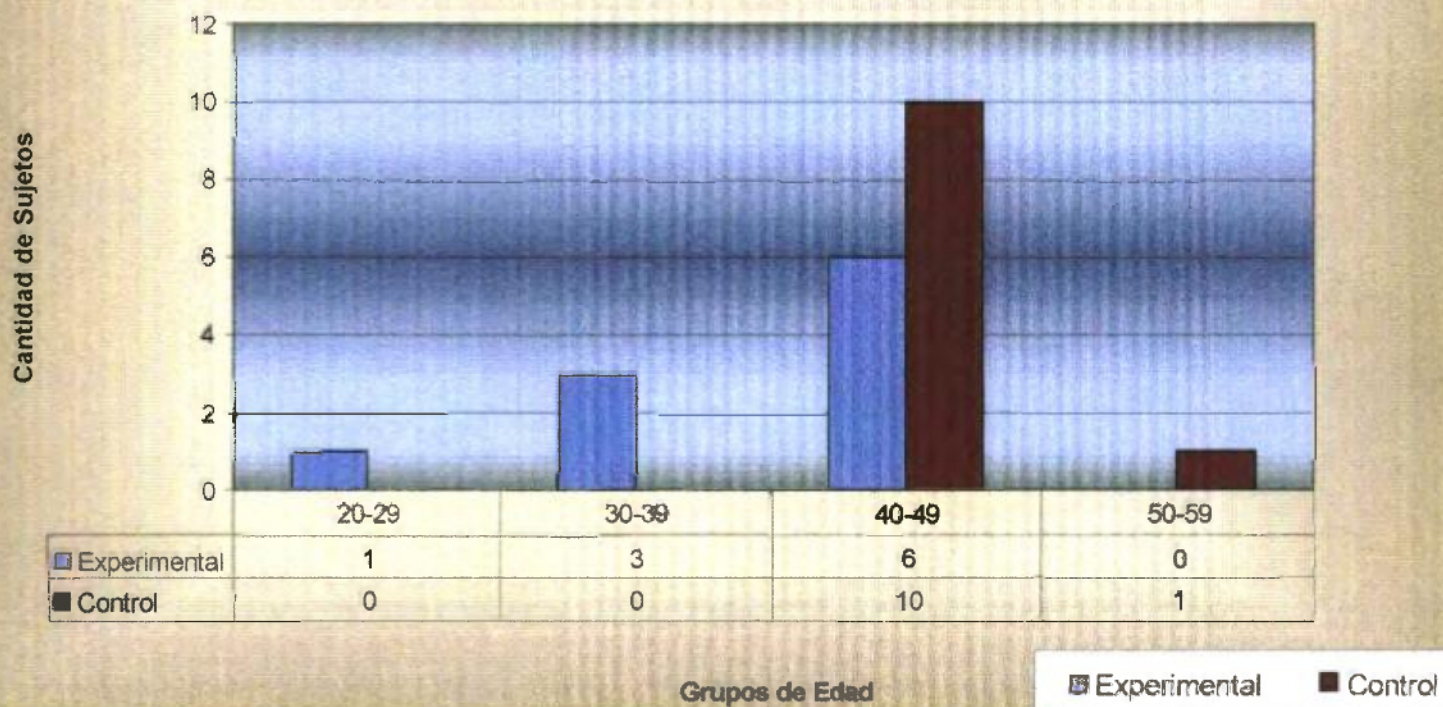
No obstante, para estos grupos en estudio se considera que poseen una cantidad de hijos limitada y que corresponde con la tasa nacional de fecundidad registrada por el Censo 2000 de la República. De acuerdo a las estadísticas nacionales, en los últimos 20 años se ha observado un descenso en la cantidad de hijos por mujer. Para 1970, la cantidad promedio de hijos por mujer era de 5, para el 2000 se registra un promedio de 2.5. Uno de los principales factores relacionados con el descenso de la fecundidad es el nivel de instrucción de la madre, ya que si los niveles de escolaridad aumentan ocurre una reducción inmediata de la maternidad de las mujeres (Contraloría General de la República, 1999).

Cuadro III. COMPARACIÓN DEL GRUPO CUASI EXPERIMENTAL VS CUASI CONTROL, SEGÚN MEDIDAS ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS PARA LA VARIABLE NÚMERO DE HIJOS: AÑO 2002

Número de Hijos	Grupo Cuasi Experimental	Grupo Cuasi Control
Valor Mínimo	0	0
Valor Máximo	2	3
Moda	2	2
Mediana	1	2
Promedio	1	2
Varianza	0.45	0.96
Desviación Estándar	1	1
Coefficiente de Variación	49%	54%

Un análisis más detallado de estos grupos en estudio, según el número de hijos por mujer, observamos en el Cuadro 3 que los estadísticos descriptivos utilizados arrojan valores muy parecidos para ambos grupos, aparentemente no existe una diferencia entre estas mujeres según el nivel de fecundidad.

Gráfica 3. COMPARACIÓN DEL GRUPO CUASI EXPERIMENTAL VS CUASI CONTROL, SEGÚN GRUPOS DECENALES DE EDAD: AÑO 2002



Uno de los factores de riesgo más estudiado y asociado con el estado de ánimo depresivo es la edad. Numerosos estudios indican que el mayor riesgo de presentar un primer episodio de depresión es para las mujeres de 20 a 29 años de edad, nos dice Sarason y Sarason (1996). Aunque es probable que esta edad en la mujer se haya pasado al siguiente grupo decenal pues en la actualidad las mujeres tienden a estudiar más tiempo y a postergar más el matrimonio y la maternidad que, como discutimos antes, son factores también asociados a la depresión.

En la Gráfica 3, se puede observar que la mayoría de las mujeres de este estudio se encuentran entre los 40 y 49 años. Más, todas las mujeres del grupo Cuasi Control tienen 40 años o más, mientras que en el grupo Cuasi Experimental las mujeres tienen de 20 a 49 años.

**Cuadro IV. COMPARACIÓN DEL GRUPO CUASI EXPERIMENTAL VS
CUASI CONTROL, SEGÚN MEDIDAS ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS
PARA LA VARIABLE EDAD: AÑO 2002**

Medidas Estadísticas	Grupo Cuasi Experimental	Grupo Cuasi Control
Descriptivas para la Edad	(años)	(años)
Valor Mínimo	28	44
Valor Máximo	49	50
Moda	-	45
Mediana	42	46
Promedio	41	46
Varianza	54	3
Desviación Estándar	7	2
Coefficiente de Variación	18 %	4 %

En el Cuadro 4, se observa en más detalle las diferencias de los dos grupos con respecto a la edad, vemos que la mujer de menor edad en el grupo Cuasi Experimental reportó tener 28 años, mientras que para el otro grupo la maestra de menor edad tenía 44 años. Con respecto a la edad mediana y promedio, ambos grupos se ubican en una edad correspondiente al grupo decenal 40 a 49. El grupo Cuasi Control es más homogéneo con respecto a la edad que el grupo Cuasi Experimental.

Cuadro V. COMPARACIÓN DEL GRUPO CUASI EXPERIMENTAL VS CUASI CONTROL, SEGÚN MEDIDAS ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS PARA LA VARIABLE AÑOS DE EXPERIENCIA: AÑO 2002

Años de Experiencia	Grupo Cuasi Experimental	Grupo Cuasi Control
Valor Mínimo	2	12
Valor Máximo	28	28
Moda	23	25
Mediana	18	25
Promedio	16	23
Varianza	80	31
Desviación Estándar	9	6
Coefficiente de Variación	57%	24%

Con respecto a los años de experiencia, vemos que todas las muestras tienen al menos dos años de experiencia y como máximo 28 años. Se puede observar que hay mucha variabilidad con respecto a los años de experiencia. El grupo de Cuasi Control, es un grupo de mayor edad y por tanto de mayor experiencia laboral que el grupo Cuasi Experimental.

Cuadro VI. COMPARACIÓN DEL GRUPO CUASI EXPERIMENTAL VS CUASI CONTROL, SEGÚN LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL PRETEST Y POSTEST DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON: AÑO 2002

Sujetos	Puntajes Pretest		Puntajes Postest	
	Cuasi Experimental	Cuasi Control	Cuasi Experimental	Cuasi Control
TOTAL...	373	402	104	398
1	31	45	4	45
2	32	30	7	28
3	45	40	12	41
4	31	31	9	29
5	29	54	7	53
6	38	33	10	30
7	43	28	14	33
8	30	29	8	25
9	32	32	15	34
10	35	50	9	53
11	27	30	9	27

Luego del análisis previo, con respecto a características generales de estos grupos de estudio, presentamos el análisis principal de este estudio que corresponde al nivel de depresión reportado por estos sujetos con la Escala de Depresión de Hamilton.

Podemos observar que en la primera aplicación de la Escala de Hamilton (pretest), antes de iniciar el tratamiento psicológico con la Terapia Interpersonal, las puntuaciones obtenidas por ambos grupos son muy similares. Vemos que aunque el grupo de Cuasi Control obtuvo una suma total de puntos superior al grupo Cuasi Experimental, la diferencia es solo de 29 puntos. En cambio, en la segunda evaluación (postest), luego de mediar el tratamiento para el grupo Cuasi Experimental, se observa que la suma total de puntos obtenidos en la Escala de Hamilton es muy superior para el grupo de Cuasi Control. Recordemos que de acuerdo a esta Escala, a mayor puntuación obtenida es mayor el nivel de depresión.

En el pretest, todos los sujetos en estudio reportan un nivel de depresión de moderado a grave. En contraste, en la segunda evaluación vemos que en el grupo Cuasi Experimental 10 de los 11 sujetos obtienen puntuaciones menores a 15 puntos, que corresponde a un estado de ánimo normal. Para el grupo de Cuasi Control, no se presenta esta variación ya que 10 de los 11 sujetos obtienen puntuaciones superiores a 25 puntos, lo que corresponde a un nivel de depresión moderada o grave.

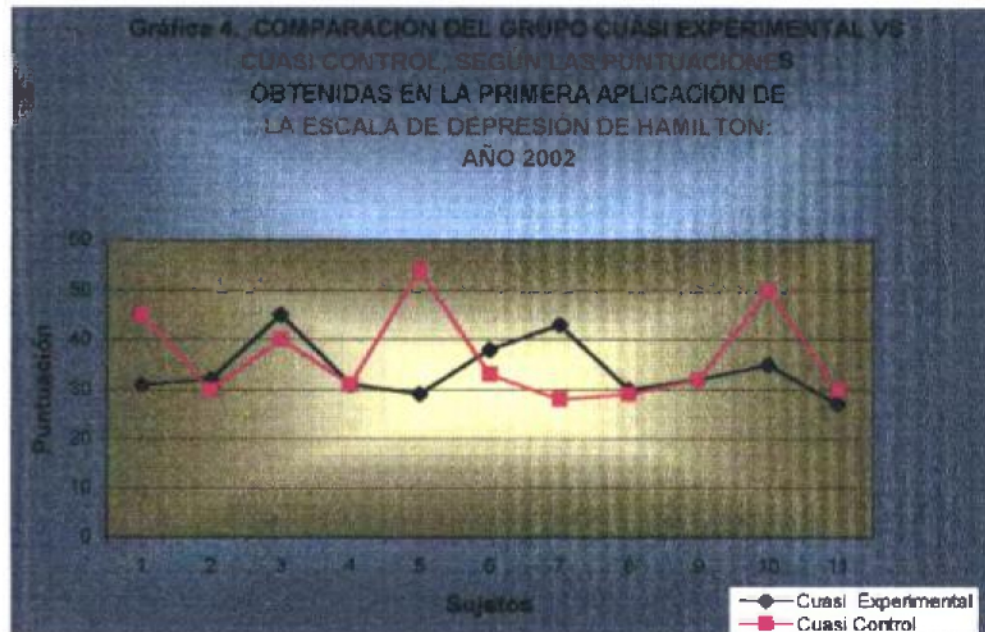
Cuadro VII. COMPARACIÓN DEL GRUPO CUASI EXPERIMENTAL VS CUASI CONTROL, SEGÚN MEDIDAS ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS PARA LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL PRETEST: AÑO 2002

Puntuaciones obtenidas en el Pretest	Grupo Cuasi Experimental	Grupo Cuasi Control
Valor Mínimo	27	28
Valor Máximo	45	54
Moda	31	30
Mediana	32	32
Promedio	34	37
Varianza	33	85
Desviación Estándar	6	9
Coefficiente de Variación	17%	25%

Considerando las medidas estadísticas obtenidas para ambos grupos en el pretest, se observa que ambos grupos, en general, se comportaron en forma bastante similar. Para ambos, el valor mínimo corresponde a un nivel de depresión moderado. Ninguno de los sujetos en esta primera evaluación reportó un nivel de depresión leve o ningún síntoma de depresión. Antes de la aplicación de la Terapia Interpersonal a uno de los grupos, todos los sujetos de este estudio reportaron un nivel de síntomas de depresión de moderado a grave.

El rendimiento promedio en esta Escala, para ambos grupos fue de 32 puntos, lo que corresponde a un nivel de depresión grave.

En la Gráfica 4, podemos observar el comportamiento, bastante similar, del grupo cuasi experimental y el cuasi control en relación a la primera evaluación de los síntomas depresivos.



Cuadro VIII. COMPARACIÓN DEL GRUPO CUASI EXPERIMENTAL VS CUASI CONTROL, SEGÚN MEDIDAS ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS PARA LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL POSTEST: AÑO 2002

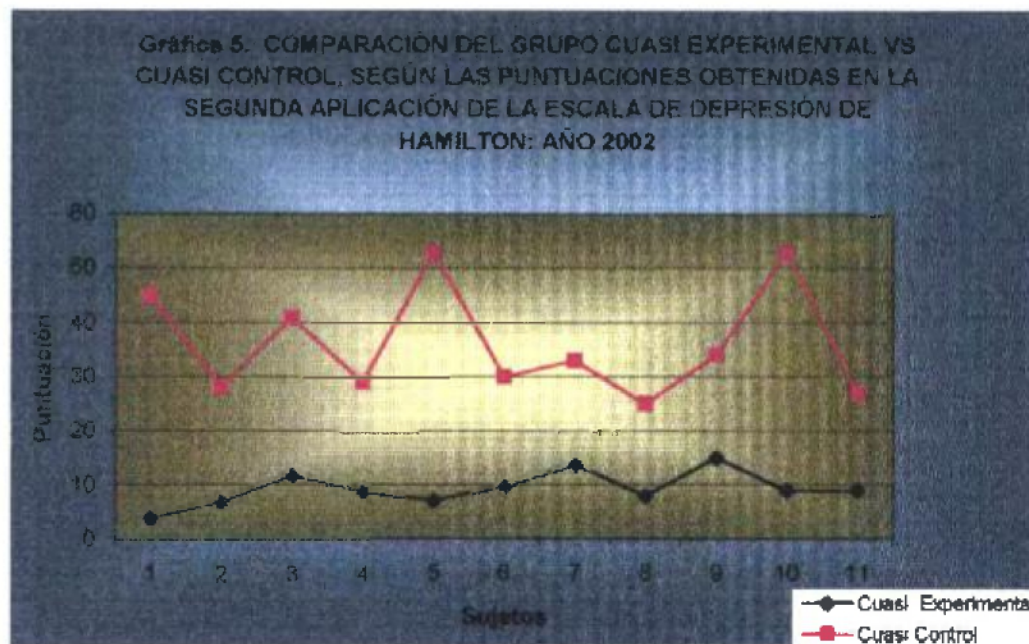
Puntuaciones obtenidas en el Posttest	Grupo Cuasi Experimental	Grupo Cuasi Control
Valor Mínimo	4	25
Valor Máximo	15	53
Moda	9	53
Mediana	9	33
Promedio	9	36
Varianza	10	105
Desviación Estándar	3	10
Coefficiente de Variación	34%	26%

En la segunda evaluación, utilizando la misma Escala de Depresión, observamos una gran diferencia entre el grupo Cuasi Experimental y Cuasi Control, como se ve en la Gráfica 5.

Luego de mediar la Terapia Interpersonal, dirigida precisamente como tratamiento psicológico para la depresión, vemos que el grupo Cuasi Experimental alcanza, como grupo, una mejoría notable ya que la puntuación más alta alcanzada (valor máximo = 15) corresponde a un nivel de depresión leve. El promedio y la mediana que son iguales, con 9 puntos en esta

Escala, reflejan un estado de ánimo normal. El nivel alcanzado por este grupo es bastante homogéneo ya que la diferencia promedio de cada sujeto con respecto al puntaje promedio, es sólo de 3 puntos.

En la segunda evaluación (postest) el grupo de Cuasi Control obtiene un rendimiento muy diferente al grupo Cuasi Experimental. Las mujeres del grupo de Cuasi Control aún reportan niveles de depresión muy altos, sólo una de las 11 mujeres reportó una disminución de su malestar (valor mínimo = 25) alcanzando un nivel de depresión leve según la Escala de Hamilton. Las demás mujeres del grupo siguen reportando un nivel de depresión de moderado a grave. La mediana para este grupo fue de 33 puntos, es decir, la mitad de estas mujeres reportaron síntomas por debajo de 33 puntos y la otra mitad por encima de 33 puntos (depresión moderada). La puntuación promedio obtenida por estas mujeres es de 36 puntos (depresión moderada). Por otro lado, este grupo es más heterogéneo en cuanto a su rendimiento ya que la diferencia promedio de cada sujeto con respecto a la puntuación promedio es de 10 puntos.



2.2. Pruebas de Hipótesis

1. Prueba de Hipótesis para la comparación de ambos grupos en el Pretest: Grupo Cuasi Experimental vs Grupo Cuasi Control en la primera medición.

Con esta, se pretende establecer estadísticamente la homogeneidad entre los dos grupos en cuanto a la variable dependiente de interés: depresión.

Ho: Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton en la primera aplicación son iguales en el grupo cuasi experimental (E_1) y el grupo de cuasi – control (C_1).

Ha: Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton en la primera aplicación son diferentes entre el grupo cuasi-experimental (E_1) y de cuasi control (C_1).

$$Ho: E_1 = C_1$$

$$Ha: E_1 \neq C_1$$

Nivel de Significación: 0.05

Nivel de Confianza. 95%

Estadístico de Prueba:

U : Estadístico de Prueba que refleja el menor de los totales de los rangos.
Mientras más pequeño sea U, más significativas serán las diferencias de rangos entre los grupos comparados.

$$U = n_1 n_2 + [nx(nx + 1) / 2] - Tx$$

Regla de Decisión:

Si el valor $U_{\text{calculado}} < U_{.05} = 30 \rightarrow$ Rechazar H_0

Resultados:

**Cuadro IX. PUNTUACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO CUASI
EXPERIMENTAL Y CUASI CONTROL EN LA PRIMERA
APLICACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE
HAMILTON: AÑO 2002**

	Cuasi Experimental (E1)	Rangos para E ₁	Cuasi Control (C ₁)	Rangos para C ₁
Totales	373	T₁ =121	402	T₂= 132
	31	9	45	19.5
	32	12	30	6
	45	19.5	40	17
	31	9	31	9
	29	3.5	54	22
	38	16	33	14
	43	18	28	2
	30	6	29	3.5
	32	12	32	12
	35	15	50	21
	27	1	30	6

$$U = n_1 n_2 + [n_x(n_x + 1) / 2] - T_x$$

$$U = 11 \cdot 11 + [11(11 + 1) / 2] - 132$$

$$U = 55$$

Decisión:

Puesto que el valor calculado para $U = 55$ resultó mayor que el valor crítico o tabulado de $U_{.05} = 30$, no existen suficientes elementos de juicio para

rechazar H_0 . Con una confianza del 95% podemos decir que ambos grupos en estudio, cuasi experimental y cuasi control, eran equiparables, en cuanto a la variable dependiente de interés: depresión, antes de iniciar la aplicación de la variable independiente.

2. Prueba de Diferencias Pre-Post Intrasujeto: Grupo Cuasi-Experimental

Esta es la principal prueba de hipótesis, porque nos interesa determinar si se presentará un cambio favorable y significativo entre la primera y la segunda evaluación, luego de aplicar la Terapia Interpersonal.

H_0 : Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton, para el grupo cuasi experimental en la primera aplicación (E_1) son iguales o menores que los puntajes obtenidos en la segunda aplicación (E_2) evidenciándose que el estado de depresión se mantuvo igual o empeoró luego del tratamiento de Terapia Interpersonal.

H_a : Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton, para el grupo cuasi experimental en la primera aplicación (E_1) son significativamente mayores que los puntajes obtenidos en la segunda aplicación (E_2) evidenciándose que el

estado de depresión mejoró luego del tratamiento de Terapia Interpersonal.*

$$H_0: E_1 \leq E_2$$

$$H_a: E_1 > E_2$$

Nivel de Significación: 0.05 Nivel de Confianza: 95%

Estadístico de Prueba:

T_{\min} : Suma de Rangos con Signos de Wilcoxon, que refleja las diferencias entre los puntajes del pretest y postest.

Regla de Decisión:

Si el valor calculado de $T_{\min} \leq T_{.05} = 11 \rightarrow$ Rechazar H_0

Resultados:

* E_1 y E_2 son las distribuciones de probabilidad asociadas a los rangos señalados para las primeras y segundas puntuaciones, respectivamente.

**Cuadro X. PUNTUACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO CUASI
EXPERIMENTAL EN LA PRIMERA Y SEGUNDA
APLICACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN
DE HAMILTON: AÑO 2002**

Par de Sujetos	Pretest (Condición A)	Posttest (Condición B)	d (A - B)	Rangos Asignados a d	Rangos de Diferencias +	Rangos de Diferencias -
Sumatorias	373	104	269	66	66	0
1	31	4	27	8	8	
2	32	7	25	6	6	
3	45	12	33	11	11	
4	31	9	22	4	4	
5	29	7	22	4	4	
6	38	10	28	9	9	
7	43	14	29	10	10	
8	30	8	22	4	4	
9	32	15	17	1	1	
10	35	9	26	7	7	
11	27	9	18	2	2	

En este caso, ninguna de las diferencias fue negativa, el supuesto de la prueba, es que si se toma la más pequeña de las sumas de rangos para un signo y es suficientemente bajo para rechazar H_0 , implica, que la otra condición posee valores significativamente altos. Este estadístico de prueba T_{min} refleja el total de rangos más pequeño y se sabe que mientras más

pequeño sea T_{\min} , más significativas son las diferencias entre las dos condiciones. En este estudio ninguna de las diferencias fue negativa, es decir, luego de la intervención terapéutica todos los sujetos del grupo cuasi-experimental reportaron un descenso significativo de los síntomas depresivos reportados antes del tratamiento. Con un nivel de confianza del 95%, podemos rechazar la hipótesis de nulidad a favor de la hipótesis alterna, este grupo de sujetos reportó un nivel significativamente más bajo de síntomas depresivos luego de mediar la Terapia Interpersonal.

3. Prueba de Diferencias Pre-Post Intrasujeto: Grupo Cuasi-Control

Prueba de hipótesis que pretende establecer estadísticamente si hubo una variación significativa en cuanto al estado de depresión para el grupo de sujetos que no recibió tratamiento.

Ho: Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton, en el grupo cuasi-control en la primera aplicación (C_1) son iguales a los puntajes obtenidos en la segunda aplicación (C_2) evidenciándose que el estado de depresión no mejoró.

Ha: Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton, en el grupo cuasi-control en la primera aplicación (C_1) son significativamente diferentes que los puntajes obtenidos en

la segunda aplicación (C_2) evidenciándose que el estado de depresión mejoró.*

$$H_0: C_1 = C_2$$

$$H_a: C_1 \neq C_2$$

Nivel de Significación: 0.05 Nivel de Confianza: 95%

Estadístico de Prueba:

T_{\min} : Suma de rangos con signos de Wilcoxon que computa las diferencias entre los puntajes del pretest y postest.

Si el valor calculado de $T_{\min} \leq T_{.05} = 11 \rightarrow$ Rechazar H_0

Resultados:

* C_1 y C_2 son las distribuciones de probabilidad asociadas a los rangos señalados para las primeras y segundas puntuaciones, respectivamente.

Cuadro XI. PUNTUACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO CUASI
CONTROL EN LA PRIMERA Y SEGUNDA APLICACIÓN DE LA ESCALA
DE DEPRESIÓN
DE HAMILTON: AÑO 2002

Par de Sujetos	Pretest (Condición A)	Postest (Condición B)	d (A - B)	Rangos Asignados a d	Rangos de Diferencias +	Rangos de Diferencias -
Sumatorias	402	398	4	55	32.5	22.5
1	45	45	0	.	*	*
2	30	28	2	4	4	
3	40	41	-1	1.5		1.5
4	31	29	2	4	4	
5	54	53	1	1.5	1.5	
6	33	30	3	7	7	
7	28	33	-5	10		10
8	29	25	4	9	9	
9	32	34	-2	4		4
10	50	53	-3	7		7
11	30	27	3	7	7	

Debido a que el valor total más pequeño de los rangos es $T_{\min} = 22.5$, correspondiente a las diferencias negativas, no podemos rechazar H_0 . Existen suficientes evidencias estadísticas, para concluir que el nivel de

* Cuando hay empates, es decir, si la diferencias son iguales a cero, no se computan. Por tanto, la n baja de 11 a 10.

síntomas de depresión reportado por los sujetos del grupo de cuasi control, no varió en forma significativa entre la primera y segunda evaluación de la Escala de Depresión de Hamilton.

**4. Prueba para la comparación de ambos grupos en el Posttest:
Grupo Cuasi Experimental vs Grupo Cuasi Control en la
segunda medición.**

En esta última prueba de hipótesis, se pretende comparar estadísticamente los dos grupos participantes del estudio para establecer si, luego de mediar el tratamiento, el grupo cuasi experimental es significativamente diferente al grupo de cuasi control en cuanto al nivel de síntomas depresivos reportados con la Escala de Depresión de Hamilton.

Ho: Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton, en la segunda aplicación son iguales para el grupo cuasi experimental (E_2) y el grupo cuasi control (C_2).

Ha: Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton, en la segunda aplicación son significativamente menores en el grupo cuasi-experimental (E_2) que los puntajes del grupo de cuasi control (C_2).

$$Ho: E_2 \geq C_2$$

$$Ha: E_2 < C_2$$

Nivel de Significación: 0.05 Nivel de Confianza. 95%

Estadístico de Prueba:

U : Estadístico de Prueba de Mann – Whitney, que refleja el menor de los totales de los rangos. Mientras más pequeño sea U, más significativas serán las diferencias de rangos entre los grupos comparados.

Regla de Decisión:

Si el valor $U_{\text{calculado}} < U_{05} = 30 \rightarrow$ Rechazar H_0

Resultados:

Cuadro XII. PUNTUACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO CUASI
EXPERIMENTAL Y CUASI CONTROL EN LA SEGUNDA
APLICACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE
HAMILTON: AÑO 2002

	Cuasi Experimental (E1)	Rangos para E ₁	Cuasi Control (C ₁)	Rangos para C ₁
Totales	104	T₁ = 66	398	T₂ = 187
	4	1	45	20
	7	2.5	28	14
	12	9	41	19
	9	6	29	15
	7	2.5	53	21.5
	10	8	30	16
	14	10	33	17
	8	4	25	12
	15	11	34	18
	9	6	53	21.5
	9	8	27	13

$$U = n_1 n_2 + [n_x(n_x + 1) / 2] - T_x$$

$$U = 11 * 11 + [11(11 + 1) / 2] - 187$$

$$U = 0$$

Decisión:

Para esta prueba de hipótesis, el valor calculado del estadístico de prueba de U, resultó ser cero ($U = 0$). Como aquí el valor de U es menor que el valor crítico de $U_{05} = 30$, existe evidencia estadística suficiente para rechazar H_0 . Podemos decir con una certeza del 95%, que se evidenció una diferencia significativa entre los dos grupos con respecto al nivel de depresión reportado en la Escala de Hamilton, en la segunda evaluación. El grupo cuasi experimental reportó un nivel significativamente más bajo de síntomas depresivos, que el grupo de cuasi control, luego de mediar el tratamiento sólo para el primer grupo.

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

1. En cuanto a las características generales de los grupos de estudio (Cuasi Experimental y Cuasi Control) tenemos que:

- ❖ Ambos grupos estaban conformados solamente por mujeres.
- ❖ La mayoría de las mujeres, para ambos grupos, estaban casadas o divorciadas.
- ❖ Las mujeres de esta investigación tenían no más de tres hijos. El número promedio de hijos de las mujeres del grupo Cuasi Experimental es menor al promedio de hijos del grupo Cuasi Control.
- ❖ En cuanto a la edad, la mujer de menor edad contaba con 28 años de edad y la mayor con 50. La edad promedio para el grupo Cuasi Experimental era de 41 años y para el grupo de Cuasi Control era de 46.
- ❖ Los años de experiencia laboral para este grupo de mujeres iba desde los 2 años hasta los 28 años. Para el grupo Cuasi Experimental se presenta 16 años como tiempo promedio de experiencia laboral. Para el grupo Cuasi Control los años promedio de experiencia es de 23.

2. Con respecto a la principal variable de interés de la investigación, la depresión, tenemos que:

- ❖ El rendimiento promedio en la primera evaluación o pretest con la Escala de Depresión de Hamilton, fue de 32 puntos para ambos grupos. Es decir, un nivel de depresión moderado para ambos grupos antes de iniciar el tratamiento.
- ❖ En la segunda evaluación o posttest con la misma Escala, se observa una diferencia en el rendimiento promedio de ambos grupos. Mientras, que el grupo Cuasi Experimental obtiene, en promedio, un nivel normal; el grupo Cuasi Control, presenta un nivel de depresión moderado como promedio.

3. En cuanto a las pruebas de hipótesis planteadas:

- ❖ Existen suficientes pruebas estadísticas para afirmar que ambos grupos eran equiparables en, al menos, la variable dependiente de interés: depresión, antes de iniciar el tratamiento experimental.
- ❖ El grupo Cuasi Experimental, reportó un nivel significativamente más bajo de síntomas depresivos luego de participar del tratamiento experimental: Terapia Interpersonal.

- ❖ Para el grupo Cusi Control, (que no recibió ninguna intervención psicológica), en la segunda evaluación, no se evidenció ninguna variación significativa en su estado de ánimo, estos siguieron reportando niveles de depresión de moderados a graves.

 - ❖ Comparando al grupo Cuasi Control y Cuasi Experimental, en la segunda evaluación, podemos decir que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. El grupo Cuasi Experimental, reportó un nivel significativamente más bajo de síntomas depresivos que el grupo Cuasi Control, luego de mediar el tratamiento psicológico sólo para el primer grupo.
4. De manera general, podemos decir que:
- ❖ Los resultados obtenidos sugieren que la Terapia Interpersonal de la depresión, ayuda a mejorar los síntomas y la calidad de vida de las maestras con sintomatología depresiva. Las pacientes tratadas con la terapia reportaron cambios en su sintomatología y en diferentes dimensiones significativas de su vida.

 - ❖ La mayoría de las pacientes estaban motivadas por la modalidad de la terapia, por lo que este aspecto repercutió positivamente en los resultados de la intervención.

- ❖ Por ser una investigación, con el propósito de una intervención terapéutica, para maestros o maestras deprimidas que acudieran voluntariamente, se logró bastante apoyo en la obtención de la muestra, lo que, también, repercutió en los resultados positivos.

- ❖ La calidad de la relación terapéutica y el contrato terapéutico, pareció ser un elemento fundamental en la eficacia de la intervención. Además, de que esta era la primera vez que a las pacientes se les trataba bajo estas condiciones terapéuticas, lo que a ellas les pareció adecuado.

2. RECOMENDACIONES

Por las características propias del estudio, recomendamos:

- ❖ Diseñar investigaciones clínicas más controladas, acerca de la prevalencia de la depresión en maestros y maestras panameñas.
- ❖ Con las investigaciones anteriores, desarrollar modelos de promoción y prevención para este grupo profesional. Enfatizar en la difusión de la realidad de la depresión en maestros.
- ❖ La Terapia interpersonal para la depresión ha demostrado ser efectiva para tratar la depresión en maestros, no solamente en la mejoría de los síntomas sino en el manejo de diversas áreas de su vida; por lo que recomendamos ofrecer esta ayuda de intervención terapéutica a este grupo profesional.
- ❖ Debido al bajo costo y a la brevedad del tratamiento interpersonal para la depresión, se debería incluir esta modalidad terapéutica en el sector institucional.
- ❖ Incluir en los planes de preparación como educador herramientas psicológicas para el autoconocimiento y manejo oportuno de conflictos a los que se pueden enfrentar.

- ❖ **Diseñar investigaciones clínicas controladas, acerca de la prevalencia de la depresión en otros grupos profesionales panameños.**

BIBLIOGRAFÍA

- ARIETI, S. y BEMPORAD, J. 1993. Psicoterapia de la depresión. Editorial Paidós, SAICF, México, 449 págs.
- BELLACK, A. y HERSEN, M. 1989. Métodos de investigación en psicología Clínica. Editorial Desclée de Brouwer, España.
- BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F. 1999. Manual de psicopatología. Volúmen 2. Editorial Mc Graw Hill, España, 796 págs.
- BERCHERIE, P. 1980. Los fundamentos de la clínica: Historia y estructura del saber psiquiátrico. Editorial El Manantial, Argentina, 431 págs.
- BLEICHMAR, E.D. 1999. La depresión en la mujer. Editorial Temas de Hoy, España, 245 págs.
- BLEICHMAR, H.B. 1988. La depresión: un estudio psicoanalítico. Editorial Nueva Visión, Argentina, 176 págs.
- BOWLBY, J. 1980. La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Editorial Paidós, España, 464 págs.
- BUENDÍA, J. 1999. Psicología clínica: perspectivas actuales. Ediciones Pirámide, España, 277 págs.
- CALDERÓN, G. 1996. Depresión: causa, manifestaciones y tratamiento. Quinta edición, Editorial Trillas, México, 252 págs.
- CIE-10. 1992. Clasificación internacional de enfermedades. Organización Mundial de la Salud.
- CLEGHORN, J.M. y LOU LEE, B. 1993. Enfermedades mentales. Editorial Manual Moderno, México, 184 págs.
- DUPONT, M.A. 1997. Manual clínico de psiquiatría. Editores JGGH, Ciencia y Cultura Latinoamérica, México, 174 págs.
- DSM-IV. 1998. Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. Editorial Masson, España, 909 págs.
- DSM-IV. 1998. Manual de diagnóstico diferencial. Editorial Masson, España, 271 págs.
- DSM-IV. 2000. Tratado de psiquiatría. Tomo I y II. Tercera edición. The American Psychiatric Press, Masson. España, 1000 págs.

- FERNÁNDEZ, A., HERNÁNDEZ, M. y RODRÍGUEZ, B. 1997. *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, España, 269 págs.
- FIELD, L. 1997. *Autoestima para la mujer*. Editorial Kairós, Barcelona, España, 162 págs.
- FREUD, S. (1917). *Duelo y melancolía*, en *Obras Completas*, Biblioteca Nueva, Madrid.
- GABBARD, G. 2002. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Editorial Médica Panamericana, Argentina, 646 págs.
- GOLDSTEIN, W. 2001. *Iniciación a la psicoterapia*. Alianza Editorial, Psicología y Educación, España, 152 págs.
- GONZÁLEZ, M. 1988. *la depresión: cómo superarla*. EDIMAT libros, España, 187 págs.
- GREENE, J. y M. D'OLIVIERA. 1984. *Pruebas estadísticas para psicología y Ciencias Sociales*. Editorial Norma, Colombia, 220 págs.
- GRINBERG, L. 1994. *Culpa y depresión: estudio psicoanalítico*. Alianza Editorial, España, 276 págs.
- JEAMMET, P., REYNAUD, M. y CONSOLI, S. 1999. *Psicología médica*. Segunda edición. Editorial Masson, España, 424 págs.
- JOINER, T. y COINÉ, J. 1999. *The interactional nature of depression: advances in interpersonal approaches*. American Psychological Association, Washington, U.S.A. 450 págs.
- KAPLAN, H., SADOCK, B. y WILLIAMS, W. 1989. *Comprehensive textbook of Psychiatry IV. Volume two, fifth edition*. USA.
- KAZDIN, A. 2001. *Métodos de investigación en psicología clínica*. Tercera Edición. Prentice Hall, México, 524 págs.
- KLERMAN, G., WEISSMAN, M, ROUSANVILLE, B. y CHEVRON, E. 1984. *Interpersonal psychotherapy of depression. Basic book*, New York, 270 págs.
- KLERMAN, G. y WEISSMAN, M. 1993. *New applications of interpersonal psychotherapy*. American Psychiatric Press, U.S.A, 405 págs.
- LEÓN, O. y MONTERO, I. 1997. *Diseño de investigaciones*. Segunda Edición, Editorial Mc Graw Hill, España, 392 págs.

- MIRA Y LÓPEZ, E. 1953. *Psiquiatría básica*. Tercera Edición, Editorial Librería El Ateneo, Argentina, 298 págs.
- NAVARRO, J.F. 2000. *Bases biológicas de las psicopatologías*. Ediciones Pirámide, España, 323 págs.
- NEIMEYER, R.A. 2002. *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Editorial Paidós, España, 269 págs.
- NÚÑEZ, R. 1985. *Integración del estudio psicológico*. Editorial Manual Moderno, México 442 págs.
- ORJUELA, L. 2000. *Depresión: control y superación*. Editorial Libro-Hobby-Club, España, 317 págs.
- ORTIGA, L. Y CANTI, G. 2001. *el burnout y los médicos: Un peligro desconocido*. Gráficas Rimont, España, 112 págs.
- SARASON, I. y SARASON, B. 1996. *Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada*. Editorial Prentice Hall, México, 676 págs.
- SCHRAMM, E. 1998. *Psicoterapia interpersonal*. Editorial. MASSON, España, 340 págs.
- SIMÓN, M. 1992. *Psicología de la salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Ediciones Pirámide, España, 223 págs.
- SMITH, J. 2001. *El dolor del alma. Un camino para salir de la depresión*. Alianza Editorial, España, 160 págs.
- SOLOMON, A. 2002. *El demonio de la depresión*. Ediciones Grupo Z, España, 698 págs.
- SULLIVAN, H.S. 1974. *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. Editorial Psique, Argentina, 497 págs.
- SULLIVAN, H.S. 1960. *Comprensión de la psiquiatría moderna*. Editorial Psique, Argentina, 299 págs.
- YANKURA, J. y DRYDEN, W. 2000. *Terapia conductual racional emotiva (REBT)*. Desclée De Brouwer, España, 321 págs.

Revistas

- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1986. Información a los autores e instrucciones para la presentación de manuscritos. OPS, USA.
- Boletín Epidemiológico, Ministerio de Salud. 1996. Volumen XX No. 6, Panamá.

Contraloría General de la República, Dirección de Estadísticas y Censo. 1999. Situación de la población panameña con perspectiva de género. Panamá. 115 págs.

Artículos y seminarios de internet.

ALBERDI, J., TABOADA O., CASTRO, C. y VÁSQUEZ C. 2001. Depresión. España. <http://www.fisterra.com/guias2/depresion.htm>

ARNANZ, C. 2001. Violencia en las aulas: En la "Jungla" de la clase. España. <http://www.viatusalud.com/documneto.asp?ID=6854&G=50>

CASTELLÓ, J. 2000. Integración y cambio en psicoterapia. España, 10 págs.

CATALÁN, J.L. 2002. Conducta y Depresión. España, 2002. <http://www.cop.es/colegiados/A-00512/conducta.html>

CORDEIRO, J, GUILLÉN, C., GALA, F, LUPIANI, M., BENÍTEZ, A. Y GÓMEZ, A. 2002. Prevalencia del síndrome de burnout en los maestros. Universidad de Cádiz, Revista Psiquiatría, 2003. España.

CUKIER, J. 2000. Didactogenia. Asociación Psicoanalítica Argentina. Argentina. <http://contexto-educativo.com.ar/2000/9/nota-07.htm>

DE MICCO, S, DE SANTIS, E, SPEZIA, M. y ZAK, D, España. <http://www.monografias.com/trabajos5/trasmen/trasamen.shtml>

DE LA PARRA, G., VALDÉZ, C. ISLA, R. 2000. Enseñanza de la aplicación De un Manual de psicoterapia. Unidad de Psicoterapia Dinámica. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría.

DONALD, F. 2001. Depression. Psychology Information Online. USA. <http://www.psychologyinfo.com/depression/index.html>

DONALD, F. 2001. Major depression. Psychology Information Online. USA. <http://www.psychologyinfo.com/depression/index.html>

FELDMAN, F. 2000. Educar para prevenir: El reto del alcohol y las drogas en la escuela. España. http://www.leanet.com/canales/documentos/?pag_profes&doc_72

Focus On Depression.com. Medicine Net.com. <http://www.focusondepression.com/script/main/art.asp?li->

Estudio sobre salud laboral del profesorado. Estrés en las aulas. <http://www.map.es/gobierno/muface/v179/educ.htm>

GARCÍA, J.A. 2001. La depresión: Tratamiento cognitivo conductual. Centro

De Psicología Clínica, Madrid, España, 2001.
[Http://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm](http://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm)

HERREROS, G. 2002. Seminario de Depresión.
<http://edupsi.com/depresion.html>

MOLLOY, A. 2002. Stirling county's golden years. Harvard Public Health Review Winter 2002/text. Boston. USA.
<http://www.hsph.harvard.edu/review/txtsstirling.html>

ROACHE, C. 2001. Gilman uncovers link between depression in adults an specific early childhood factors. Harvard Public Health NOW, Boston, USA.
<http://www.hsph.harvard.edu/now/jun22/index.html>

RUANO, A. (2000). Ser profesor afecta seriamente la salud. Revista Fere No. 425. España.

SIMONSEN, E. 1997. Maestros Reprobados. Revista Tiempos Modernos, Chile. <http://www.quepasa.cl/revista/1384/32.html>

The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Health. World Health Organization, 2001.
<http://www.who.int/whr/2001/main/en/figures/figure1.3.ht>

VALDIVIESO, S. 1994. Fundamentos y límites de la psicoterapia. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad de Chile; 23: 97-102.
http://escuela.med/5_4.html

VALDIVIESO, S. 1994. Fundamentos y límites de la psicoterapia. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad de Chile; 23: 97-102.
http://escuela.med/5_4.html

VALERA, M.G. y MONTAÑO, P. 2001. ¿ Qué no pasa a los maestros?. Revista La tarea, México.
<http://www.latarea.com.mx/articu/articu45/valera45.html>

VILA, D. 2002. Estrés en las aulas. Revista Muface, España, 7 págs.
<http://estrés.medicina.html>

Trabajos no publicados.

DACOSTA, G. 1990. Prevalencia de depresión en maestros de la Provincia de Coclé. Panamá.

READ, A. 1996. Guía para la evaluación clínica del paciente. Dinámica de la personalidad. USMA, Panamá.

ANEXOS

ANEXO 1.**HISTORIAS CLÍNICAS DE CASOS****Grupo Cuasi-Experimental. CASO 1.****1. INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del paciente: Elisa (1)

Edad: 47 años

Lugar de Nacimiento: Chitré, Prov. de Herrera.

Raza: Mestiza.

Religión: Católica.

Estado Civil: Divorciada.

Ocupación: Educadora de Primaria.

Dirección Actual: Los Santos.

2. ENFERMEDAD ACTUAL**Motivo de consulta**

La paciente señala: "la presión de grupo no la manejo, al igual que el ruido, siempre me siento tensa, irritable, por la Universidad, la escuela, la casa... Me siento incómoda porque no sé como enfrentar los problemas que tengo en casa y en el ámbito personal".

Tiempo de evolución

Sus síntomas, inician hace diez años atrás, cuando tuvo problemas en su matrimonio; pensó que los había superado luego de la separación. Estuvo asintomática desde 1993, hasta hace 4 meses en que empieza a sentirse mal, porque según la paciente, los problemas familiares en casa se han agudizado.

Manifestaciones clínicas

Sentimientos de tristeza.

Disminución de la concentración.

Pérdida de sueño, insomnio de segunda mitad.

Irritabilidad.

Aumento de apetito.

Llanto fácil.

3. HISTORIA PERSONAL**Niñez**

Refiere que no sabe detalles de sus primeros años, y mucho menos de lo que fue su embarazo. Es la segunda, de los cuatro embarazos de su madre. El mismo, fue sin complicaciones. Nació por parto vaginal y, según conoce, su desarrollo psicobiológico fue normal. Explica que, como su madre es un poco "seca", es decir, poco comunicativa, no habla de estas cosas.

Señala que la relación con sus hermanos fue "como la de cualquier familia, jugábamos como también peleábamos". Debido a problemas

que presentó la madre durante el tercer y cuarto embarazo, nos dice que "las cosas en casa cambiaron", ya que a ella le tocó estar pendiente de las labores hogareñas y de sus hermanos.

Con relación a su conducta, refiere que siempre fue adecuada, tanto en casa como fuera de la misma, seguía las órdenes, no le contestaba a los mayores y nunca tuvo problemas con otras personas.

Escolar

Su educación primaria, inició a los 6 años, y que tanto su rendimiento académico como su comportamiento transcurrieron sin problemas durante dicho período.

En su vida familiar, no se presentaron alteraciones de conducta. Señala además, que desde pequeña se fue caracterizando por su independencia, por lo que fue poca la ayuda que recibía del seno familiar para sus tareas y demás actividades.

Adolescencia

Para esta época tenía que cumplir con sus obligaciones escolares y las de su hogar. La relación con los hermanos era buena, a veces tenía que cuidarlos y estar pendiente de sus tareas.

Su menarquia, se dio a los 13 años y sus padres no le habían hablado acerca del tema. Lo poco que supo de esto fue recibido de su escuela. Al terminar su primer ciclo, ella deseaba seguir el bachiller en ciencias, pero su padre "la obligó" a estudiar magisterio "por razones económicas", tuvo que obedecerlo.

Aspectos importantes de su crianza fueron que no le permitían salir a fiestas locales ni, mucho menos, tener novios.

En el magisterio, le fue bien académicamente, aunque no le gustaba. Al terminar el magisterio, regresa a su hogar, más tarde, conoció a un muchacho y establecieron una relación de noviazgo.

Adulterio

Contrae matrimonio a los 19 años, luego de un período de nueve meses de noviazgo. Para este tiempo empezó a trabajar en una escuela cerca de su hogar. Inicialmente, según refiere, la relación matrimonial iba bien, tuvo a sus dos hijos muy entusiasmada. A los cinco años de matrimonio, su relación de pareja cambió debido a que su esposo se le agudizaron los problemas con el alcohol. Este no cumplía con todas las obligaciones del hogar, sólo resolvía la parte económica, teniendo ella que hacerle frente a las directrices de toda la familia. No había apoyo de ningún otro tipo.

Con su familia de origen también tenía problemas, ya que su padre no le perdonaba el hecho de que ella se hubiera casado recién graduada del magisterio y no los apoyara más económicamente. Recuerda, que esta fue una época muy difícil para ella: por un lado, los problemas en su matrimonio, con la disciplina de sus hijos, y la relación con sus padres. Más sin embargo trataba de apoyar emocionalmente a su familia de origen.

Los problemas matrimoniales llegaron al extremo de que su esposo la maltrataba, tanto física como psicológicamente. Se le hizo "insoporable" la convivencia con esta pareja.

Luego de diez años de matrimonio, con sus altas y bajas, decidió irse de la casa, comprar una casa propia y divorciarse. Refiere que no sabe de dónde saco tantas fuerzas para hacer todo eso, ya que no contaba con el apoyo de su madre, la única que la escuchaba era su hermana menor.

Luego del divorcio, en 1985, la vida personal de Elisa, mejoró por una época, ya que posteriormente aparecieron problemas con su hija menor, quien la acusaba y no le perdonaba que ella se hubiera divorciado de su padre. Este problema ha continuado, por lo que ha tenido que buscar apoyo psicológico y psiquiátrico para su hija.

Después de ocho años de divorciada, conoció a otra persona, colega, con el que inició una relación de pareja, sintiéndose confortable. Desde hace unos meses atrás, ha tenido serios problemas con esta persona, que no le brinda seguridad, respeto, ni amor auténtico, una persona que refleja falta de carácter y de toma de decisión.

4. AMBIENTE (FAMILIAR, SOCIAL, ESCOLAR, ECONÓMICO)

En el plano familiar, actualmente Elisa, vive con su hija de 20 años de edad, ya que su hijo mayor, de 26 años, está en la ciudad estudiando y trabajando.

La hija de Elisa, asiste a la universidad y ocasionalmente, trabaja. Elisa, la describe como una hija "difícil", con la que ha tenido serios

problemas de relación, hasta el extremo de que recientemente teme dejarla sola porque puede atentar contra su vida. La joven, está bajo tratamiento psiquiátrico.

En el plano social, Elisa, vive en un área urbana. Dice tener buenas amistades, con las que actualmente, en ocasiones, comparte, debido a los problemas que está confrontando en el ámbito personal y familiar. Mantiene amistades de hace muchos años atrás, aunque, recientemente, las atiende poco. Manifiesta, que sus amistades constituyen una red de apoyo emocional para ella.

Con respecto a lo económico Elisa, es la responsable de todas las obligaciones de su hogar. Su pareja actual la apoya en ocasiones. Su exesposo le pasa una pensión alimenticia a la hija, aporte que según ella, es poco.

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES: DROGA, ALCOHOL.

En la familia de origen no ha habido hábitos de consumo de alcohol u otras drogas.

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: PERSONALES Y FAMILIARES

Elisa, niega antecedentes psicopatológicos personales y familiares, pero señala que su madre refiere "síntomas depresivos", sin tratamiento psiquiátrico. La hija de la paciente está bajo tratamiento psiquiátrico por depresión.

7. EXAMEN MENTAL

Inspección

La paciente se presenta a la primera entrevista con apariencia adecuada con su edad y farsie depresiva.

Lenguaje

Su lenguaje es lógico, sin alteraciones en su presentación.

Voluntad

Funciona adecuadamente.

Orientación

Elisa, posee adecuada orientación:

Autopsíquica: en cuanto a persona, situación y temporalidad.

Alopsíquica: en cuanto a tiempo, lugar y espacio.

Atención

Sin alteraciones y adecuada con la situación.

Memoria

Conservada su memoria reciente y remota.

Afectividad

Síntomas depresivos como labilidad afectiva, humor depresivo, síntomas de tristeza.

Pensamiento

Conservado.

Sensopercepción

No muestra alteración.

Inteligencia

Impresión diagnóstica de una persona de inteligencia normal.

Consciencia

Sin alteraciones. Juicio de realidad conservado.

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Pruebas aplicadas

Test de Hamilton de la Depresión (D-Ham).

Interpretación de las pruebas aplicadas

En el Pre-test obtuvo 31 (Depresión Moderada)

En el Pos-test obtuvo 04 (Normal-No deprimidos)

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Síndromes Clínicos

Trastorno depresivo mayor recurrente.

Episodio Actual Moderado

Eje II: Trastornos del Desarrollo y de la personalidad

	Ninguno. Z03.2 (V71.09)
Eje III:	Trastornos o Enfermedades Físicas
	Ninguna.
Eje IV:	Factores de Estrés Psicosocial
	Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
	Problemas Económicos: Economía insuficiente.
Eje V:	Evaluación Global del Funcionamiento Actual
	EEAG: 65 (algunos síntomas leves).

10. PLAN DE TRATAMIENTO

Después de recoger la información sobre la depresión actual, se evaluó el caso de Elisa, conjuntamente con ella, y se llegó al acuerdo de enfocarse en el área de **disputas interpersonales**, dado que su problemática mayor, en este momento, es con personas significativas de su medio ambiente inmediato (pareja e hija).

Al explorar qué esperaba obtener de la terapia, la paciente señaló lo siguiente:

- “Alguien con quien conversar”, ya que no tiene nadie con quien poder hablar de estos temas.
- Conseguir que su pareja la respetase, la valorase y no la manejara a su antojo.

Se ve que el estadio de impase en la disputa de pareja iba a ser el foco central de la terapia.

11. CONCLUSIONES

Esta es una paciente, que desde el principio estuvo anuente a atenderse y manifestaba claros síntomas depresivos. A pesar de manifestar que su vida, en el momento inicial de la terapia, era una catástrofe, mantuvo su constancia a las citas y se motivó por las mismas.

Al final, ella se sentía más capaz de explorarse así misma, darse un momento y lugar para manifestarse lo que pensaba y sentía acerca de sus experiencias. Según ella, aprendió a manejar las situaciones conflictivas que tenía con su hija y perdió un poco el temor, ya que de cierta forma se sentía culpable, de las cosas que ésta hiciera.

Aprendió a manejar sus síntomas depresivos diversos. Se enfocó en darse una nueva oportunidad en la vida, en no centrarse, como lo estaba haciendo, de que la "vida era así y hay que vivirla". Al explorar en detalle su vida y sentimientos, se percató de los recursos personales con los que contaba y los cuales no estaba utilizando.

CASO 2.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente: Rita (2)

Edad: 28 años.

Lugar de Nacimiento: Los Santos.

Raza: Mestiza.

Religión: Católica.

Estado Civil: (Divorciada).
Ocupación: Educadora de Primaria.
Dirección Actual: Las Tablas, Provincia de Los Santos.

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta

La paciente refiere: "me siento estresada o preocupada. Estoy divorciada porque no me fue bien.... fue bien duro... hace como cuatro años mi hermano murió. Desde hace un tiempo para acá estoy saliendo con otro muchacho, no sé,.. presiento que me va a pasar lo mismo que antes.."

Tiempo de evolución

Hace ocho años, nos dice haberse sentido deprimida, pero no buscó ayuda; siente que hace unos seis meses sus síntomas iniciaron y hace unos tres que los mismos han empeorado y la hacen sentirse mal, sin saber qué hacer.

Manifestaciones clínicas

Insomnio.

Sentimientos de tristeza.

Falta de energía.

Pérdida del apetito.

Pérdida del interés sexual.

Concentración disminuida.

3. HISTORIA PERSONAL

Niñez

Nos refiere que no sabe detalles pormenorizados de sus primeros años. Según conoce su embarazo fue normal, sin complicaciones y nació por parto vaginal, a término. Su desarrollo psicobiológico fue normal.

Señala que siendo la única hija mujer de la familia, desde el inicio hubo una sobreprotección. No la dejaban jugar con otros fuera de su casa.

De sus padres recuerda que su madre era muy estricta y le pegaba por cualquier cosa, por lo que se sentía más apegada a su padre.

Escolar

Al ir al pre-kinder por primera vez lloró y tuvo miedo de un hombre que se parecía a un primo que la agarraba y le pegaba. Posteriormente, su miedo desapareció por los regaños y castigos impuestos por su madre.

Recuerda que iba llorando a la escuela.

En el kinder le fue bien, no hubo problemas.

Señala, que su educación primaria la hizo en una misma escuela, donde del primer hasta sexto grado presentó buena conducta y rendimiento. En casa era apoyada por su madre en las tareas.

Cuando había problemas, ya sea con los hermanos o de cualquier otro tipo, la solución era el castigo físico por parte de su madre. El padre, no le gustaba que castigaran físicamente a sus hijos, pero la madre insistía en esta forma de reprimenda. La madre, siempre reiteraba que

ella había sido criada de esa manera y que no le había pasado nada, por lo que usaba ese método de disciplina.

La relación con sus hermanos era buena, jugaban y compartían juntos, y se protegían unos a otros. Su vida social sólo era compartida en tiempo de escuela con sus compañeros en el recreo.

Adolescencia

Al salir de sexto grado, inició su educación secundaria, ésta la cursó en un mismo colegio. De primero a tercer año presentaba buena conducta y buen rendimiento académico. Era una buena "chica".

La menarquia de Rita, ocurre a los 12 años, de esto en su casa nunca le habían hablado ni mucho menos de sexo, sabía del tema por compañeras del salón y de las maestras.

En cuarto año empezó a "portarse mal" (se salía de las clases, hablaba en clases con los compañeros, no seguía las órdenes de los mayores ni en el colegio ni las de su casa), no sabe por qué. Señala que era insoportable para ella que no la dejaran salir y mucho menos, ir a fiestas. Salía a las siete de la mañana, para estar en el colegio a las siete y media y de regreso tenía que estar, a más tardar, a las doce y media. La madre era "súper estricta" y como siempre continuaba solucionando las cosas con el castigo físico.

Cuando tenía 16 años conoció a un joven, el que se interesó mucho en ella y deseaba una relación formal, pero por miedo a su madre lo empezó a ver a escondidas. A los 17 años, por intermedio de una tía, el joven empezó a visitarla a su casa. Manifestó, que estaba muy

ilusionada con este novio, era el primero que tenía y con el que inició relaciones sexuales a los 18 años. Según recuerda no era algo que le interesaba pero como él se las propuso ella accedió.

A esta edad también se graduó de bachiller en letras.

Adulterio

Nos dice que estaba preparándose para ingresar a la facultad de derecho cuando se dio cuenta de que estaba embarazada. Ante esta situación, la solución de la familia fue que se casara. Nos manifiesta que no estaba preparada para casarse, ni tenía la certeza de lo que quería hacer, se la pasaba llorando, porque sentía que no iba a tener apoyo de su familia, hasta pensó en un aborto, pero como su familia planteó que se casaran, ella aceptó y accedió a esta orden familiar.

Al principio, la vida matrimonial fue buena, pero, a los meses se entera de que su esposo tenía otra novia (con la cual también tenía planes matrimoniales), desde mucho antes de conocerla a ella, esta noticia la "desplomó".

Manifiesta, que en sus dos primeros años de matrimonio no hubo apoyo de parte de su pareja, era irresponsable, "muñeco y tomador". Luego del nacimiento de su primera hija, su padre le brindó apoyo económico para que continuara sus estudios universitarios. Señala, que su suegra y su familia eran quienes la apoyaban económicamente y ante cualquier problema con la niña.

Como a los dos años de matrimonio, la relación se había tornado tan problemática que ella decidió irse o regresar definitivamente a casa de

sus padres. Estando en casa de sus padre, tres meses después se percata de que está embarazada. Ante esta situación, no sabía cómo actuar ya que en todo este tiempo su esposo no la había buscado. Su suegra, la animó para que regresara junto a su esposo y así lo hizo, y esta vez los problemas de relación de pareja se salieron de control; la pasó muy mal el tiempo que estuvo allí.

Posteriormente, decidió regresar nuevamente a casa de sus padres. Terminó su preparación universitaria en educación y empezó a trabajar, su madre le ayuda en la crianza de sus hijas pequeñas.

Después del rompimiento de la relación con su esposo que la condujo al divorcio, la relación con éste, se centró sólo en lo relacionado con las niñas; pero como él sabe que ella mantiene una relación con otra persona le ha propuesto que regresen. Le parece absurdo la proposición de su exesposo.

4. AMBIENTE (FAMILIAR, SOCIAL, ESCOLAR, ECONÓMICO)

Vive con ambos padres, dos hermanos varones mayores que ella y sus dos niñas preescolares.

Sus padres son personas mayores, fuente de apoyo para ella. Según manifiesta, no se inmiscuyen en su vida, pero a ella no le gusta estar "arrimada". Los recuerdos que tiene de su vida familiar pasada son: que en el hogar el padre era el único que trabajaba formalmente y su madre se encargaba del hogar. Su madre, los crió de una manera cerrada, en donde, sólo se relacionaban con la familia inmediata. La madre, tenía reacciones de una persona "nerviosa" y los problemas

con los hijos los solucionaba castigándolos físicamente. Señala también, que de cierta manera ella creció con miedo a su madre y aún, no le tiene confianza.

La relación con el padre ha sido mejor. Lo ve como una fuente de apoyo y respeto. Sabe que puede contar con él en momentos críticos.

Con sus hermanos la relación ha sido estrecha.

La paciente, vive en un lugar distrital urbano en donde mantiene algunas relaciones sociales. En este lugar ha vivido desde su nacimiento. Sus amistades más cercanas son miembros de su familia: primas, hijas de primas y algunas amistades que han sido compañeras de estudios o del trabajo. Refiere que le cuesta entablar relaciones sociales.

Con respecto al ambiente escolar, como se mencionó anteriormente, realizó sus estudios primarios en una misma escuela, donde mantuvo buena conducta y rendimiento.

Su secundaria, también la hizo en un mismo colegio, en donde mantuvo buen rendimiento hasta quinto año. Manifiesta que por enamorarse descuidó sus estudios en sexto año. Cursó estudios universitarios en educación, donde tuvo un rendimiento regular.

En el plano económico, su familia ha contado con una economía solvente. Hasta después de casada y con sus hijas, según ella señala, su padre (jefe de la casa) la ha seguido apoyando en sus estudios universitarios y en la crianza de sus hijas.

Actualmente, trabaja como maestra de primaria desde hace 2 años. Su sueldo es para las necesidades básicas de ella y sus hijas, ya que su expareja la ayuda poco.

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES: DROGA, ALCOHOL, SOCIALES

Señala que por parte de su línea paterna ha habido, en las generaciones anteriores, historia de abuso de alcohol; pero en la familia inmediata informa que no los hay.

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: PERSONALES Y FAMILIARES.

Refiere no tener antecedentes psiquiátricos.

Describe que su madre es una persona "nerviosa", pero nunca ha tenido una consulta psicológica o psiquiátrica.

7. EXAMEN MENTAL

Inspección

Se presenta a la primera entrevista con adecuado arreglo personal, de acuerdo a la situación. Con fasia depresiva, con postura erguida y mirada hacia el piso.

Lenguaje

Habla buen español, con dicción clara y bajo tono de voz.

Orientación

Presenta buena orientación autopsíquica y alopsíquica.

Memoria

Presenta buena memoria reciente y remota.

Afectividad

Presenta labilidad afectiva, con humor depresivo.

Pensamiento

Se presenta conservado.

Sensopercepción

Sin alteraciones.

Inteligencia

Impresiona diagnóstica de inteligencia normal.

Consciencia

Consciente de sí misma y de su realidad.

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**Pruebas aplicadas**

Test de Hamilton de la Depresión (D-Ham).

Interpretación de las pruebas aplicadas

En el Pre-test obtuvo 32 (Depresión Moderada)

En el Pos-test obtuvo 07 (Normal-No deprimido)

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico Multiaxial

- Eje I: Síndromes Clínicos
Trastorno depresivo mayor, episodio único
- Eje II: Trastornos del Desarrollo y de la personalidad
Ninguno. Z03.2 (V71.09)
- Eje III: Trastornos o Enfermedades Físicas
Ninguno.
- Eje IV: Factores de Estrés Psicosocial
Ninguno.
- Eje V: Evaluación Global del Funcionamiento Actual
EEAG: 68 (actual).

10. PLAN DE TRATAMIENTO

Después de recabar la información de la paciente, explorar su depresión, se le informó la relación entre su depresión actual y la relación disfuncional con su pareja. Al explorar, qué es lo que ella deseaba obtener de la terapia, señaló:

- “Una persona en quien confiar y poder manifestar mis problemas”, una persona que la orientara.
- Conseguir que su pareja tomara en serio la relación.

Al final de la sesión se llegó al acuerdo que se trabajaría sobre su **disputa interpersonal de rol** con su pareja. En esta sesión, se observó que el estadio de impase en la disputa de pareja iba a ser el foco central de la terapia.

También se acordó los días y horas en las que iban a ser las sesiones, así como la importancia de la asistencia a las citas .

11. CONCLUSIONES

Se trata de una paciente joven, con hijos y con una relación de pareja inestable. Desde hacia un tiempo atrás, estaba dándose cuenta de su necesidad de tratamiento. No se sentía capaz de manejar sus problemas, pensaba que era inútil y que no le habían dado la oportunidad de aprender.

Tenía miedo a estar sola. Pensaba, que su sentido de ser, estaba dado por el hecho de tener una pareja a su lado, sin importar la calidad de relación. Por un lado tenía miedo a involucrarse emocionalmente con una pareja y después perderla. Estaba consciente, de que muchos de sus problemas actuales tenían mucho que ver con el tipo de relación que había establecido con su madre.

Según ella misma manifestó, la terapia le permitió hablar de temas que nunca había considerado con nadie y que, el hecho de que no se le juzgara, le permitió aprender aspectos de ella y le brindó la oportunidad de crecer.

CASO 3.**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del paciente: Carmen (3)

Edad: 42 años.

Lugar de Nacimiento: Los Santos.

Raza: Morena.

Religión: Católica.

Estado Civil: Unida.

Ocupación: Educadora de Primaria.

Dirección Actual: Los Santos.

2. ENFERMEDAD ACTUAL**Motivo de consulta**

Señala la paciente: "Necesito ayuda. Me siento irritable, con poco deseo sexual..., con rabia, triste, sola, sin ganas de comer, a veces sin poder dormir. Me siento tan preocupada por esto que me está pasando, ¿ qué me pasa?".

Tiempo de evolución

Expresa que esta no es la primera vez que se siente así, que cuando ella tenía como 19 años se sintió de igual o peor manera que la actual. Que después de aquel episodio, quizás ha tenido otros episodios depresivos, pero que no les ha prestado tanta atención, como ahora.

Manifestaciones clínicas

Irritabilidad.

Tristeza.

Soledad.

Pérdida de apetito.

A veces, insomnio.

Disminución del deseo sexual.

3. HISTORIA PERSONAL**Niñez**

De sus primeros años sabe poco. Su madre la tuvo a los 14 años, fue un parto prematuro y tuvo dificultades en su desarrollo psicobiológico, demoró "mucho" para caminar y según le han relatado, "no crecía" de acuerdo a su edad, hasta los 8 ó 9 años cuando se dio un mayor crecimiento. Fue criada por sus abuelos maternos, a los cuales describe como muy rectos y que la protegían mucho.

Su conducta en los primeros años era tranquila y recuerda que compartía juegos con primos de su edad.

Durante todos estos años no conoció a su padre biológico y pensaba que su abuela era su madre biológica.

Escolar

Carmen no fue a kinder.

Al ingresar a primer grado tenía siete años y no tenía apoyo en su casa para las labores escolares, así que repitió este grado. La

segunda vez que hizo su primer grado tuvo un rendimiento regular y así fue éste durante toda su primaria. Su educación primaria la hizo en una misma escuela, en donde refiere no haber tenido problemas de comportamiento.

Para estos años en su casa la disciplina era manejada por sus abuelos, y señala que su madre "no estaba bien de la cabeza". El recuerdo que tiene de estos años es el siguiente: "tu madre no está bien de la cabeza" y además, que la señora hacía cosas raras. A su padre biológico lo conoció cuando tenía 10 años.

Adolescencia

Carmen, ingresó a primer año con 14 años, para este mismo año tuvo su menarquia. De sus 14 a 16 años, que fue su secundaria, tuvo un rendimiento de regular a malo, refiere que su pensamiento en esa época era de "poco importa". La vida era como inmediata y no pensaba en las consecuencias futuras.

Refiere que su conducta cambió tanto en casa como en el colegio, tal vez por los problemas con su mamá. Desde que se dio cuenta de quién era su madre y de cómo era la señora de "rara", su conducta de cierta forma cambió.

A los 16 años tuvo su primera relación sexual, dice que un joven le dio algo en un "trago" y luego de allí, ella no recuerda nada. Desde los 15 años ella había empezado a salir a fiestas con primas y amistades. En estas fiestas, empezó a tomar cervezas y tragos de licor más fuerte.

De los 17 años a los 19 estuvo en el magisterio, ella quería ser maestra y le puso empeño a sus estudios, por lo que le fue bien. Como estaba internada, éstos fueron unos años tranquilos.

Adulterez

A los 19 años, después de haber terminado sus estudios, conoció a un joven del cual se enamoró y tenían planes de matrimonio, pero cuando se realizaron los exámenes él era portador de anemia falciforme, por lo que la relación terminó. Ante esta situación ella se tomó unas pastillas, "quise suicidarme", por lo que estuvo 23 días hospitalizada. Manifiesta, que sufrió mucho para esta época, después "de lo que me había pasado, quería iniciar una vida diferente, con una persona que me quería" y no pudo ser. Esta fue una temporada difícil en la que ella no sabía qué hacer.

Como una manera de irse despejando emocionalmente de lo que le había pasado refiere que, para esta misma época, empezó a trabajar en un lugar apartado, donde estuvo por dos años.

A los 20 años tuvo otro novio, lo tomó como "un pasatiempo" con el que no le importó tener relaciones sexuales. Un año más tarde se unió con otra persona, con el que tuvo a su hija. Al nacer su hija se casaron legalmente, pero fue un error ya que el señor tenía "vicios" (ingería bebidas alcohólicas, consumía drogas y le gustaba las apuestas a los gallos) en los que se gastaba el dinero. Como era ella la que llevaba la responsabilidad del hogar, decidió divorciarse. A los 22 años se fue a trabajar para el Darién, hecho como "una forma de olvidar su

relación" y dejó a su hija a cargo de su hermana. Estuvo cuatro años en Darién y sólo visitaba a su hija y familiares para vacaciones. Para este tiempo su consumo de alcohol aumentó, así como el de otras sustancias: "chirisco" y "chicha fuerte". Su vida estaba "desenfrenada", pero se cuidaba de no involucrarse en relaciones de pareja.

Alrededor de sus 26 años fue trasladada para Capira, "a una montaña", en donde sus hábitos de consumo de alcohol continuaron y se involucraba en relaciones de pareja ocasionales. En este lugar estuvo por diez años e igualmente sólo visitaba a su familia para vacaciones.

En esta época tuvo un novio con el que vivió algún tiempo, pero su suegro también deseaba que "conviviera con él", así que decidió trasladarse para su lugar actual de trabajo. Manifiesta que este señor la amenazó por mucho tiempo.

Al llegar a su lugar de trabajo actual, que también es su lugar natal, inició una nueva vida, construyó una casa al lado de la de sus abuelos y vive en ella. Siente que su vida mejoró, sobre todo en lo concerniente a los hábitos de consumo de licor y de relaciones de pareja.

Hace 5 años se unió a una nueva pareja. Inicialmente la relación era buena, "como siempre", señala la paciente. Él, antes trabajaba constantemente y era más activo en sus responsabilidades, últimamente es muy fresco y dejado. La relación actualmente es regular, ya que en varias ocasiones se han separado.

Uno de los aspectos de mayor problema es el hábito de consumo de alcohol semanal de su pareja, cuando se embriaga se torna violento con ella.

4. AMBIENTE (FAMILIAR, SOCIAL, ESCOLAR, ECONÓMICO)

La paciente vive en casa de su propiedad al lado de la de sus abuelos maternos, con su pareja, su hija vive con la tía desde siempre, pero con el apoyo económico y moral de Carmen.

Su pareja es un hombre de 36 años, que se dedica a trabajos independientes de pintura y albañilería, a quien ella describe como "agresivo, celoso" y que le gusta la "bebida". Al inicio de esta relación de pareja ella vio en él una fuente de apoyo, un compañero con el que compartir y convivir establemente. Actualmente ha pensado en "echarlo" de casa, ya que hay muchas cosas que le molestan de él.

Su hija asiste a la Universidad y mantiene buenas relaciones con la madre. Describe a su hija como una persona independiente y responsable.

Su ambiente familiar lo describe como de poco apoyo, ya que de su salario tiene que apoyar a toda su familia (sobre todo a sus sobrinos). Describe que sus hermanos son "dejados" y "poco importa". Manifiesta que, si no hay apoyo económico, menos emocional.

El ambiente social donde se desenvuelve es urbano, mantiene regulares relaciones sociales. Comparte actividades sociales sobre todo con compañeros y compañeras del trabajo, sale poco a fiestas. Sus actividades regulares son las que se realizan en la escuela, en las

que participa activamente. Señala que sus limitaciones económicas restringen bastante su vida social.

En el ámbito escolar, como se ha descrito anteriormente, inició su educación primaria a los 7 años y estuvo en una misma escuela hasta los 13 años de edad. Repitió primer grado, ante todo por la falta de apoyo en casa. Su rendimiento escolar en general fue regular.

Señala que le duele y le molesta el no haber concluido sus estudios universitarios.

En cuanto al plano económico, la paciente creció en un ambiente con limitados recursos económicos. Estudió el magisterio como una forma de posible trabajo rápido, seguro y estable.

Actualmente, ella es la que prácticamente lleva el sustento del hogar. Su pareja la apoya ocasionalmente.

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES: DROGA, ALCOHOL, SOCIALES

Desde la adolescencia, a los 15 años, inició hábitos de consumo de alcohol y cervezas. Posteriormente, de los 20 a los 35 años, consumía alcohol y otras sustancias prohibidas (chirrisco y chicha fuerte) de manera descontrolada. Señala que actualmente no consume licor.

Su familia materna tiene antecedentes de consumo de alcohol.

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: PERSONALES Y FAMILIARES

Señala que no tiene antecedentes personales patológicos.

Su madre presenta antecedentes de Epilepsia y alcoholismo.

7. EXAMEN MENTAL

Inspección

Se presenta con arreglo personal de acuerdo a su edad y a la situación.

Lenguaje

Habla mal Español, con dicción poco clara y adecuado tono de voz.

Orientación

Se presenta orientada tanto autopsíquica y alopsíquica.

Atención

Conservada.

Memoria

Se presenta conservada tanto la reciente como la remota.

Afectividad

Presenta labilidad afectiva al hablar de su vida y experiencia.

Pensamiento

Presenta un curso del pensamiento normopsíquico y un contenido depresivo y de culpa.

Sensopercepción

Sin alteración.

Inteligencia

La paciente da una impresión diagnóstica de inteligencia normal.

Consciencia

Posee consciencia de sí misma y de su realidad.

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Pruebas aplicadas

Test de Hamilton de la Depresión (D-Ham).

Interpretación de las pruebas aplicadas

En el Pre-test obtuvo 45 (Depresión Grave)

En el Pos-test obtuvo 11 (Depresión Leve)

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Síndromes Clínicos

Trastorno depresivo mayor, recidivante.

Episodio actual moderado.

Eje II: Trastornos del Desarrollo y de la personalidad

Ninguno. Z03.2 (V71.09)

Eje III: Trastornos o Enfermedades Físicas

Ninguna.

Eje IV: Factores de Estrés Psicosocial

Problemas económicos.

Eje V: Evaluación Global del Funcionamiento Actual
EEAG: 63 (actual)

10. PLAN DE TRATAMIENTO

Después de recoger la información sobre la depresión actual, se investigaron los acontecimientos en torno al inicio de la misma y todo esto se informó a la paciente. Una vez abordado este aspecto se exploró lo que la paciente esperaba de la terapia. Carmen, manifestó desear lo siguiente:

- “Ayuda psicológica”, ya que le había estado preocupando su intento de suicidio cuando joven.
- “Conocerse mejor”, porque sentía que no tenía una adecuada autoimagen.
- Si era posible y salvable, “rescatar la relación de pareja”.

Al final de esta sesión, como ya se habían investigado sus síntomas depresivos y su historia social, parecía que el foco temático a trabajar en la terapia sería la **disputa interpersonal de rol con su pareja**. Se observaba que la relación de pareja estaba en un estadio de impasse en la disputa.

11. CONCLUSIONES

Carmen, una paciente de 42 años, con una hija y una relación de pareja de algunos años, se sentía deprimida por la calidad de relación que estaba llevando, además de que se recriminaba y castigaba como

si ella no tuviese derecho a una vida de pareja normal. Se sentía culpable por haberle hecho a su hija lo mismo que su madre le había dado durante toda su vida. Una manera de mitigar esta culpa era complacer a su hija en todo lo que le pidiera, sin importar en lo que se incurriera. Se fue dando cuenta de que tenía que hacer cambios importantes en su vida, para poder mejorar la calidad de la misma. Además, de que muchos de sus problemas de pareja tenían solución. Trabajó, tanto en ella misma, como en la relación con las personas significativas de su entorno (su pareja y su hija). Se dio cuenta de que su madre, quien también había llevado una vida “loca” durante muchos años, se había estabilizado: tenía un marido desde hacía varios años y estaba tranquila; ella consideró mejor esta perspectiva de vida que la de recriminaciones que estaba llevando. Aprendió a manejarse en la vida diaria, en sus cuentas y en su estilo de vida saludable.

CASO 4.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente: Mirna (4)

Edad: 48 años.

Lugar de Nacimiento: Los Santos.

Raza: Morena.

Religión: Católica.

Estado Civil: Soltera.

Ocupación: Educadora de Primaria.

Dirección Actual: Los Santos.

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta

Señala la paciente que ella consulta: "por los problemas que tengo en casa con mis hijos. Para una orientación. A veces, no sé qué hacer, me lleno de rabia y grito, últimamente estoy muy irritable, no duermo bien, pienso demasiado en los problemas y no logro concentrarme en las cosas importantes. Son muchas las interrogantes que tengo en mi cabeza".

Tiempo de evolución

A la edad de 27 años, cuando se separó de su esposo, manifiesta que se sintió deprimida, pero, que se recuperó con el embarazo. Desde hace tres años, se ha venido sintiendo "un poco triste y decepcionada", pero es en este último año que se ha sentido mal y le preocupa su estado de ánimo.

Manifestaciones clínicas:

Insomnio.

Concentración disminuida.

Irritabilidad.

Tristeza.

Llanto fácil.

3. HISTORIA PERSONAL

Niñez

Manifiesta que de sus primeros años no sabe mucho. Es la segunda de tres hermanos, una hermana mayor y un hermano menor, el último de la familia, que murió hace 11 años.

Refiere que siempre fue la mejor portada de todos, sus hermanos siempre peleaban con ella y ella se dejaba pegar, no se defendía. Desde pequeña fue la preferida de su papá.

Escolar

Inició su educación primaria a los 7 años, recuerda que estaba muy entusiasmada en iniciar las clases. Uno de sus juegos preferidos, que recuerda con gran alegría, era el de "jugar a la maestra".

De los 7 a los 12 años que estuvo en la primaria siempre mantuvo buen comportamiento, tanto en casa como en la escuela, y buen rendimiento académico.

Una de las cosas más importantes que recuerda de esta época era que siempre deseó ser monja, no sabe por qué.

Para esta época, su padre tenía una cantina y como tenía mucha confianza en ella la ponía, todos los lunes, a contar la plata.

La relación con sus hermanos continuó siendo de igual forma, le buscaban pelea y ella, como era muy tímida, no se defendía.

Adolescencia

A los 13 años inició su primer ciclo, señala que allí tuvo problemas con las matemáticas ya que "no le gustaban".

Enfatiza que en su casa jamás le hablaron de menstruación, ni mucho menos de sexo; así que cuando a los 13 años que se desarrolló, sino es por la ayuda de una maestra no hubiera sabido qué es lo que le estaba pasando, era muy tímida e inocente.

Después de terminar su primer ciclo inició su preparación como maestra, su sueño de toda la vida.

Hasta esta fecha no había tenido novio y en casa no la dejaban salir. Su vida giraba en torno de sus estudios y ayudaba en los oficios domésticos de la casa.

Adulterez

Al terminar la educación como maestra a los 18 años, empezó a trabajar como capacitadora por cinco años. Vivía con sus padres y el tiempo era como si no hubiera pasado, "yo seguía igual de tímida". Después trabajó como maestra de kinder, por 4 años.

Manifiesta que su vida social era pobre y no tenía "suerte con los muchachos".

Alrededor de los 26 años se casó y se mudó a otro lugar. Este matrimonio duró sólo un año, nos dice que no se casó con ese amor e ilusión que se espera de una pareja. La relación inicialmente era normal, pero un día se dio cuenta de que su esposo mantenía relaciones con una vecina, ante esta situación ella no vaciló en

separarse de él. A los tres meses de separación se dio cuenta que estaba embarazada, era un embarazo muy deseado y esperado por ella, su esposo le propuso regresar pero ella mantuvo su no. Esta noticia del embarazo fue una alegría para su vida, ya que estaba desilusionada ante lo que le había pasado con su pareja.

Al nacer su hijo pidió traslado a un lugar más cerca de su familia de origen, en donde estuvo por un año y medio, después la trasladaron a su lugar natal en donde ha estado hasta la actualidad.

Manifiesta que su hijo, quien tiene 19 años, le cambió la vida, y siempre ha estado cerca de él y pendiente ya que ha sido muy enfermizo y ha requerido varias hospitalizaciones por largos períodos. Su exesposo la apoya económicamente, pero "moralmente" muy poco. Ella piensa que él está resentido por el pasado.

Posteriormente anheló tener una niña, pero, señala que, como no estaba casada, era difícil. Hace como 9 años su cuñado le habló de una joven que estaba embarazada y no deseaba el producto; así que le propusieron que por qué no adoptaba a la "bebita", ya sabían que era niña, ella no vaciló en hacerlo y pagó todos los gastos de embarazo y parto de la joven.

Manifiesta, que los primeros tres años con esta niña fueron buenos, ya que la misma se portaba bien y se llevaba bien con su hermano.

Desde que su hija empezó la primaria, inició "el calvario"(quejas continuas de las maestras, familiares y amistades de la disciplina de la niña), señala que al principio la manejaba bastante bien; pero en los

últimos años se le ha salido de control, cree que por esta razón está así actualmente.

En los últimos años ha sido problema tras problema, no sale de uno con la hija para caer en otro. Tampoco se siente apoyada en su trabajo.

Dice además, que desde el divorcio de su exesposo no ha tenido otras relaciones de pareja, "no tengo tiempo".

4. AMBIENTE (FAMILIAR, SOCIAL, ESCOLAR, ECONÓMICO)

Su ambiente familiar está conformado por ella y sus dos hijos. Además, vive al lado de sus padres.

Su hijo, de 19 años, asiste a la escuela secundaria ya que, por motivos de salud ha perdido años académicos. Mantiene una relación muy estrecha con este hijo, a quien señala como su alegría de vivir, ya que no le da problemas.

Su hija de crianza, de 9 años, asiste a la primaria. Con esta niña ha tenido serios problemas, la ha cambiado de escuela por "su conducta: se porta demasiado mal, no le obedece a nadie, no respeta", entre otros aspectos. Se ha llegado a arrepentir de esta adopción.

Sus padres viven al lado, adultos mayores, con los que mantiene una relación estrecha, además, de que es ella quien tiene que estar pendiente de que todo esté bien con ellos, que le limpien la casa, que tomen sus medicinas y que se alimenten sanamente.

El ambiente social, en el que creció la paciente era rural, en donde participaba sólo de las actividades religiosas que se celebraban. Desde pequeña fue acostumbrada a estar en casa, según señala. Actualmente, vive en un ambiente social urbano, en donde cuenta con pocas relaciones cercanas. Principalmente, participa sólo de las actividades y programas en la escuela donde trabaja y donde mantiene regulares relaciones laborales. Señala que su vida social no es tan activa, pero que ha cambiado en los últimos años, el hecho de haber trabajado lejos de su familia le sirvió para conocer otras costumbres.

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES: DROGA, ALCOHOL, SOCIALES

No existen en la familia inmediata de la paciente.

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: PERSONALES Y FAMILIARES

Señala que su hermano murió de cáncer pulmonar hace 11 años y su hijo sufre de diabetes.

Ella, según los últimos exámenes y controles médicos, está bien de salud física.

7. EXAMEN MENTAL

Inspección

A su primera entrevista se presenta con buen arreglo personal, vestida de negro, con fascie depresiva y postura de brazos caídos y mirada hacia el piso.

Lenguaje

Habla buen español, con dicción clara y bajo tono de voz.

Orientación

Se presenta orientada tanto autopsíquica como alopsíquica.

Atención

En la entrevista, y en su ambiente, actualmente, hipoprosexia.

Memoria

Conservada tanto la remota y la reciente.

Afectividad

Con labilidad afectiva y humor deprimido.

Pensamiento

Conservado su curso y con contenidos depresivos.

Sensopercepción

No se evidencia trastorno.

Inteligencia

La paciente da una impresión diagnóstica de inteligencia normal.

Consciencia

Posee consciencia de sí misma y de su realidad.

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Pruebas aplicadas

Test de Hamilton de la Depresión (D-Ham).

Interpretación de las pruebas aplicadas

En el Pre-test obtuvo 38 (Depresión Grave)

En el Pos-test obtuvo 10 (Normal-No deprimido)

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Síndromes Clínicos

Trastorno depresivo mayor, episodio único moderado.

Eje II: Trastornos del Desarrollo y de la personalidad

Ninguno. Z03.2 (V71.09)

Eje III: Trastornos o Enfermedades Físicas

Ninguna.

Eje IV: Factores de Estrés Psicosocial

Problemas económicos.

Problemas relativos al ambiente social.

Eje V: Evaluación Global del Funcionamiento Actual

EEAG: 65 (actual).

10. PLAN DE TRATAMIENTO

Mirna, una mujer divorciada de 48 años, acudió a la consulta por una depresión que persistía desde hacía 1 año. Sólo, después de la última hospitalización de su hijo fue consciente de su trastorno. Éste, estuvo hospitalizado como rutina de su enfermedad. Entre sus síntomas actuales se encontraban, estar muy irritable, triste y no veía ninguna mejoría de su estado de ánimo pese a lo que sucediera a su alrededor. Se dedicaba excesivamente a los problemas que tenía con su hija y tenía sentimientos de culpa respecto a la conducta de la niña. También eran evidentes los sentimientos de inutilidad, ya que se sentía incapaz de arreglar los problemas que tenía con ella. Había descuidado mucho su trabajo y tareas diarias para con ella misma. Se había aislado socialmente hasta el punto de que había limitado sus contactos sociales a su familia inmediata. Cuando se divorció, hace 19 años, se sintió deprimida por algún tiempo, pero luego superó los síntomas con ayuda de fármacos, actualmente, hace unos doce meses que empezó a sentirse mal con ella misma, pero ella pensó que los superaría con el paso del tiempo y "poniendo de su parte". Actualmente, como sus síntomas han persistido, se desesperó y no sabe qué hacer. Hace unos meses empezó a tomar un antidepresivo, se sintió bien por algunos días, pero como sus problemas han continuado ella siente que hasta que no resuelva éstos no mejorará, así que los dejó de tomar.

Establecía una relación entre su depresión y los problemas de relación que tenía con su hija menor, los que se habían agudizado en los

últimos meses. Desde que la niña empezó la primaria se suscitaron los problemas, refiere, que los esquivó de varias formas (cambiándola de escuela, hablando con las maestra, castigándola, entre otras), pero actualmente no sabe qué hacer.

Las estrategias que se planificaron, conjuntamente con la paciente, fueron: trabajar sus síntomas depresivos actuales y ayudarle a renegociar la actual relación con su hija.

11. CONCLUSIONES

Se trata de una paciente, divorciada, con dos hijos, con 23 años de ejercer como maestra de primaria. Durante muchos años había ejercido como maestra de primer grado y le había ido bien, actualmente se sentía incompetente, inútil como madre y maestra y mostraba claros síntomas depresivos que ella relacionaba con el tipo de relación que estaba llevando con su hija.

Consideraba limitados los recursos personales con los que contaba y tenía poco claras las expectativas respecto a su hija, la relación con ésta estaba cargada de miedo y de falta de límites. Luego fue observando que, la relación actual con su hija era una contribución de ambas partes, se sentía culpable o culpaba a la niña. Se le recomendó que llevara la niña a tratamiento especializado. También fue percatándose de ciertos miedos que tenía, hizo cambios en la relación con respecto a ella misma y a sus hijos.

Al final, la relación iba tranquila, con altas y bajas, pero ambas deseaban seguir juntas, por lo que hicieron contratos. En cuanto a la

depresión, manifestó que se sentía mejor, en relación con el inicio del tratamiento.

CASO 5.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente: Rosa (5)
Edad: 49 años.
Lugar de Nacimiento: Chitré, Prov. de Herrera.
Raza: Mestiza.
Religión: Católica.
Estado Civil: Divorciada.
Ocupación: Educadora de Primaria.
Dirección Actual: Los Santos.

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta

Inicialmente no supo exponer el motivo de su consulta. Luego expone: "soy muy estricta....muy reservada.... mi vida es aparte, no se la cuento a nadie..., analizo siempre a la gente antes de cualquier cosa, no me gusta que me lleven la contraria". Al finalizar la primera sesión de entrevista, señala lo siguiente: "estoy enojada con mi esposo, ya no sé qué hacer, estoy cansada, a veces pienso es .. en morirme (se pone a llorar)".

Tiempo de evolución

Enfatiza que los problemas con su pareja data de varios años, al igual que su malestar emocional por el mismo. Informa que desde hace unos meses su pareja ha abandonado, casi totalmente, la casa, lo que ha empeorado su sintomatología.

Manifestaciones clínicas

Llanto fácil.

Ideación suicida.

Irritabilidad.

Concentración disminuida.

Pérdida del apetito sexual.

Insomnio.

3. HISTORIA PERSONAL**Niñez**

Al abordar su historia la paciente señala que no sabe mucho de su nacimiento, en su casa, nunca la madre le ha hablado de ello y ella tampoco le ha preguntado.

Es la segunda de cinco hermanos, con los que señala, que desde siempre ha mantenido buenas relaciones. Fue criada junto a sus hermanos por ambos padres.

Escolar

Inició su primer grado a los 7 años, recuerda y nos dice que "no quería a mis compañeros, sólo quería a la maestra para mí". En ese verano tuvo un accidente, se cayó de una carreta en movimiento y estuvo hospitalizada por ocho días. No recuerda si le pasó algo grave.

En el segundo grado su conducta cambió, era más cooperadora y amigable con los compañeros.

A los 9 años, cursaba su tercer grado, lo repitió, no sabe por qué, señala, que tal vez por la maestra.

Terminó su sexto grado a los 13 años, con un rendimiento regular, para esta época, recuerda que tenía un carácter fuerte.

Adolescencia

Tuvo su menarquia a los 13 años, señala que en casa no se hablaba de esos temas, pero que en la escuela le habían dicho algo al respecto.

De los 14 a los 16 años no fue a la secundaria, porque "no quería". Simplemente no quería ir, según ella.

Ese tiempo se quedó en casa y ayudaba en las labores domésticas, de vez en cuando salía a fiestas. A los 17 años ingresó a la nocturna a primer año, acompañada de sus hermanos y primos. Terminó su tercer año a los 19 años en una escuela diurna.

En su primer ciclo tuvo un rendimiento y comportamiento adecuado.

Su vida en general era regida por ambos padres, casi por igual, pero cuando a ella se le metía una idea en la cabeza nadie lograba sacarla.

Adulthood

Terminó su primer ciclo, a los 20 años, ingresó a la Normal de Azuero, según ella el magisterio era la única carrera prometedora.

Terminado sus estudios de magisterio, conoció a un muchacho con el que empezó a salir y posteriormente fueron novios por 6 meses.

A los 23 años se casó con un joven de 25 años y de una vez empezó a trabajar en un lugar apartado, al que viajaba semanalmente. En este lugar sólo había dos maestras, ella y otra, pero tres años después la compañera se fue y quedó ella sola, por cinco años más. Señala que esta fue una situación difícil para ella, los viajes eran largos y las condiciones precarias. Su relación de pareja era "como buena", se veían sólo los fines de semana y trataban de compartir la mayor parte del tiempo. En este tiempo quedó embarazada y lo perdió por una caída a los 7 meses; cayó sentada, pensó que no había pasado nada y a los pocos días empezaron los dolores y tuvo un aborto. Después de este hecho, doloroso, se cuidó por cuatro años.

A los 29 años quedó embarazada por segunda vez y tuvo a su primer hijo, un varón. Señala que no lo crió durante los primeros años debido a su trabajo lejano, pero luego fue trasladada a un lugar más cercano, a donde viajaba diariamente. Su mamá y su suegra la ayudaban en la crianza del niño.

Cuatro años más tarde nació su segundo hijo.

Manifiesta, que ella pensaba que su relación andaba bien, pero que dos años después del nacimiento de su segundo hijo, se entera de que su esposo estaba "mirando a otra mujer", empezaron los reclamos

a los que él negaba todo. Tratándola de calmar, le decía que era la muchacha quien lo buscaba, de allí en adelante se suscitaron sus problemas de pareja. Inicialmente, él continuó apoyándola en todas las obligaciones de la casa y de los hijos, pero desde hace un año, "nunca tiene plata para nada, ni para nadie".

Más de 10 años hay que pasó esta relación extramatrimonial que su esposo negaba, pero unos años atrás descubre que su esposo tiene un hijo de 10 años de edad con aquella señora. Este hecho le hizo cambiar la vida y la actitud hacia su pareja, a veces, se siente muy mal por toda esta situación, quedándose días, semanas y meses sin comunicarse. Su esposo le ha retirado todo apoyo económico y emocional a la familia.

La paciente manifiesta sentimientos ambivalentes hacia su pareja.

4. AMBIENTE (FAMILIAR, SOCIAL, ESCOLAR, ECONÓMICO).

Vive con su esposo y sus dos hijos mayores de edad.

Su esposo tiene 51 años, trabaja de manera independiente la ganadería y la agricultura, tienen más de 25 años de casados, pero los últimos 15 años han sido con una relación disfuncional; y sobre todo en los últimos dos años, existen serios problemas de comunicación y resentimientos pasados y actuales.

Su hijo mayor tiene 23 años y asiste a la universidad. La señora se describe como una persona muy estricta, por lo que sus hijos la respetan y mantienen una relación "bastante buena". Señala, que este hijo va bien "encaminado" (es responsable con su carrera y con el

trabajo que tiene que hacer en casa) en la vida y que esto es causa de alegría para ella. Le molesta que su esposo, prácticamente, explote a este hijo y no le ayude en nada.

Su segundo hijo tiene 18 años, a ella le preocupa mucho éste, ya que siente, que por los problemas en la casa, se ha visto afectado enormemente; sobre todo en la relación con su padre, además tiene problemas para decidir qué carrera continuar.

El ambiente social de ella es rural y no mantiene lazos de apoyo social. Señala que ella está pendiente de su vida y no le gusta que nadie se inmiscuya, por lo que se mantiene al margen con respecto a los otros. Con sus compañeras de trabajo no tiene relaciones cercanas.

Solo con su familia de origen, mantiene este tipo de relaciones. Siente que sus hermanos la apoyan incondicionalmente.

En lo que respecta al ambiente escolar, ingresa a primer grado a los 7 años y termina esta etapa a los 13 años, en una misma escuela. Nos informa que repitió segundo grado y siempre tuvo un rendimiento regular. Su secundaria la inicia tarde, ya que no deseaba asistir. Después de terminar su tercer año, ingresa al magisterio en la Normal de Azuero, en el que si tuvo un mejor rendimiento, porque estaba más interesada y entusiasmada.

El ambiente económico de la familia de origen era solvente. al casarse, ya trabajaba, así que su sueldo lo usaba sólo para sus necesidades personales, su esposo, era quien llevaba todas las responsabilidades del hogar. Desde hace años atrás, éste ha ido retirando el apoyo económico de la casa y de los hijos, por lo que es ella quien, en la

actualidad, paga la universidad a su hijo y las cuentas de la casa. El plano económico se ha vuelto un área conflictiva en la familia de la paciente.

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES: DROGA, ALCOHOL, SOCIALES.

Informa que su esposo tiene hábitos de consumo de alcohol ocasional, al igual que sus hermanos.

Ella, personalmente, no consume alcohol ni otras drogas.

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: PERSONALES Y FAMILIARES.

Su madre, de 68 años de edad, hace unos meses cayó en una "crisis depresiva" que requirió tratamiento psiquiátrico.

7. EXAMEN MENTAL

Inspección

Se presenta, a la primera entrevista con buen arreglo personal, buen estado físico, actitud reservada y postura rígida.

Lenguaje

Habla buen español, con dicción clara y buen tono de voz.

Orientación

Conservada tanto la autopsíquica y la alopsíquica.

Memoria

Conservada tanto la reciente como la remota.

Afectividad

Inicialmente con una afectividad aplanada, posteriormente lábil con humor irritable y depresivo.

Pensamiento

Sin alteración aparente.

Sensopercepción

Sin alteración.

Inteligencia

Da una impresión diagnóstica de tener inteligencia normal.

Consciencia

Conservada.

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Pruebas aplicadas

Test de Hamilton de la Depresión (D-Ham).

Interpretación de las pruebas aplicadas

En el Pre-test obtuvo 43 (Depresión Grave)

En el Pos-test obtuvo 14 (Depresión Leve)

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico Multiaxial

- Eje I: Síndromes Clínicos
 Trastorno depresivo mayor recidivante.
 Episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- Eje II: Trastornos del Desarrollo y de la personalidad
 Ninguno. Z03.2 (V71.09)
- Eje III: Trastornos o Enfermedades Físicas
 Ninguna.
- Eje IV: Factores de Estrés Psicosocial
 Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
 Problemas relativos al ambiente social.
- Eje V: Evaluación Global del Funcionamiento Actual
 EEAG: 55 (actual).

10. PLAN DE TRATAMIENTO

Una vez recopilada la información sobre la depresión actual de la paciente y sus vínculos sociales, acordamos las citas y el contrato terapéutico. Uno de los primeros objetivos que nos propusimos lograr fue iniciar y mantener un rapport, debido a que la paciente se mostró resistente en la primera entrevista. Una vez logrado parte del objetivo, nos enfocamos en trabajar la **disputa interpersonal de rol** que mantenía la paciente y su esposo en un estadio de impasse a disolución. Nos centramos en trabajar esta área por decisión de la paciente, que se mostraba muy preocupada por la relación que

mantenía con su esposo, se sentía culpable y enojada por la actitud que éste había tomado para con ella y sus hijos y deseaba analizar si había una posible solución o no.

Con lo expuesto en el párrafo anterior lo que la paciente deseaba de la terapia era:

- “Conseguir tranquilidad y paz” .
- “Ver qué voy a hacer con mi vida”.
- “Alguien con quien hablar y no me va defraude”, no como las compañeras de trabajo o conocidos.
- “Ayudar a mis hijos en sus decisiones”, pues están en una etapa difícil.

11. CONCLUSIONES

Rosa, es una mujer de 49 años, con dos hijos, casada, desde hace alrededor de 25 años, afectada por la depresión desde hacía algún tiempo, la que relacionada, especialmente, con la disputa de rol que tenía con su esposo. Una relación que según ella, había estado caracterizada por el respeto mutuo y el compartimiento, la que sintió decae por causa de la relación extramarital que tenía su esposo. Se sentía especialmente culpable por esta relación, creía que su educación sexual había sido pobre, por lo que fue muy reacia a todo lo que implicara caricias o incitación sexual.

Su vida social se vio afectada, la relación con sus compañeras y compañeros de trabajo era escasa, se circunscribía a las actividades

culturales que se planeaba e iba obligada, su vida familiar estaba restringida, ella misma había cedido en algunas metas personales, en las que estaba trabajando.

Al final, se veía más tranquila, con menos irritabilidad y con mayor motivación personal, social y laboral, aceptó que las relaciones de pareja pueden cambiar con el transcurso de los años, por lo que, analizando las experiencias negativas que ellos habían tenido, era preciso replantearse seriamente la relación futura.

CASO 6.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente: Querube (6)

Edad: 38 años.

Lugar de Nacimiento: Panamá.

Raza: Mestiza.

Religión: Católica.

Estado Civil: Casada.

Ocupación: Educadora de Primaria.

Dirección Actual: Los Santos.

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta

Informa que consulta por: "problemas conyugales. Después de 10 años de casados, 2 hijos pequeños, mi esposo era todo para mí...

hace solo unas semanas tuvimos un problema serio en donde se comportó muy agresivo, ha cambiado..”

Tiempo de evolución

Manifiesta, que los problemas que le han llevado a sentirse deprimida, se iniciaron hace como 4 meses, pero que hace tres su situación ha empeorado. Es la primera vez que busca ayuda.

Manifestaciones clínicas

Tristeza.

Llanto fácil.

Concentración disminuida.

Irritabilidad.

Fatiga..

Pérdida de apetito.

Pérdida de peso.

3. HISTORIA PERSONAL

Niñez

De sus primeros años sabe que fue muy enfermiza por causa de alergias y problemas respiratorios. Es la segunda de tres hermanos, una hermana mayor, de 42 años, y un hermano varón de 35 años, cada uno de diferentes papás. Sabe que su desarrollo psicobiológico fue normal.

Escolar

De primero a sexto grado estuvo en una misma escuela, donde tuvo un rendimiento regular, su madre no la ayudaba en ningún momento. Manifiesta, que su manera de interrelacionarse con otros, estaba caracterizada por la timidez, no se atrevía ni a pedir permiso para ir al baño, los compañeros y demás niños la molestaban por estar "obesa... sobrepeso", le decían pelota, hipopótamo y otros sobrenombres. Señala que, a pesar de haber crecido con su familia, no se sentía apoyada por la misma.

Adolescencia

Inició su secundaria a los 12 años, estuvo en el mismo colegio toda su secundaria., su rendimiento mejoró en esta etapa, su comportamiento era más activo y con una dieta logró bajar de peso.

A los 12 años tuvo su menarquia, su hermana mayor le había hablado de ello y en la escuela también.

Inició su bachiller en letras a los 15 años y mantuvo un buen rendimiento. Continuaba con su dieta para no subir de peso.

Para esta edad empezó a conocer a muchachos y compartir un poco más con ellos. No tenía novio porque le tenía miedo a la reacción de la mamá.

Señala, que su adolescencia no la vivió de manera "descontrolada", como otros de sus compañeros; conoció a otras personas con las que compartía en algún momento. No se centraba sólo en casa, salía a

algunas actividades y fiestas con la hermana o con amistades del mismo sexo.

Adulthood

Terminado su bachiller en letras, a los 18 años, inició su educación universitaria en Profesorado de Educación Primaria y Secundaria. Durante 5 años estudió en la universidad, donde conoció a un joven 10 años mayor que ella, con el que tuvo una relación de pareja de varios años. Señala, que esta relación fue bastante extraña, ella pensaba que lo quería y que estaba enamorada, pero un buen día él, le planteó terminar la relación y ella estuvo de acuerdo.

A los 27 años conoció a un joven, con el que salió por más de un año, luego se casaron y se mudaron al interior.

La relación con esta persona lleva ya 10 años.

Manifiesta, que la decisión de casarse y mudarse la tomaron los dos, su madre no se opuso y parecía que "no le importaba". Al mudarse al interior, como es lógico, ha establecido nuevas relaciones sociales y se ha alejado de su madre.

Un año después de casada salió tuvo su primera hija, que a la fecha cuenta con 7 años. Al año siguiente tiene a su hijo varón, que tiene 6 años.

En éstos últimos diez años manifiesta, que ha estado sola con su esposo; su madre la visita alguna vez al año y por poco tiempo.

4. AMBIENTE (FAMILIAR, SOCIAL, ESCOLAR, ECONÓMICO).

El ambiente familiar, está conformado por su esposo y sus dos hijos.

Su esposo tiene 40 años y trabaja de Guardia de Seguridad.

Manifiesta, que al iniciar la relación la misma era buena y bastante llevadera. Posteriormente, ella se percató de lo machista y mujeriego que es él, además de que la fue maltratando psicológicamente. Él, buscaba cualquier situación como motivo para desvalorizarla y criticarla. Es muy apegado a los hijos, pero con ella es "ordinario".

Sus hijos asisten a la escuela primaria. Manifiesta, que es ella quien lleva la disciplina de sus hijos y que trata de pasar la mayor parte del tiempo junto a ellos, tiene temor que los hijos vivan lo que ella vivió cuando niña.

Vive en un ambiente social urbano, donde, según ella no mantiene relaciones estrechas. A raíz de su problema conyugal, ha tenido serios problemas con la vecindad. Sus amistades se restringen a algunos colegas, con los que comparte fiestas y otras actividades de recreación, manifiesta también, que comparte muy estrechamente relaciones con su familia política.

Referente al aspecto escolar, inició su educación primaria a los 6 años de edad y terminó en la misma escuela, donde tuvo un rendimiento académico regular; no contaba con apoyo en su hogar. La secundaria la inició a los 12 años y la terminó a los 17 años. Durante esta época su rendimiento académico mejoró, al igual que sus relaciones sociales. Cursó estudios universitarios en Educación, donde mantuvo un buen rendimiento.

En el ámbito económico, nos señala que creció en un hogar con escasos recursos económicos. Sus hermanos, de padres diferentes y ninguno de éstos los apoyaba económicamente ni mucho menos afectivamente. Solo su madre trabajaba, la paciente le recuerda “sentada en la máquina de cocer”, por lo que descuidó enormemente la relación con los hijos.

Actualmente, su trabajo constituye la principal entrada y segura de su hogar. Manifiesta, que su esposo no gana mucho, pero gasta demasiado.

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES: DROGA, ALCOHOL, SOCIALES.

Nos refiere que su padre “tomaba mucho”. De parte de la línea materna, no conoce antecedentes.

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: PERSONALES Y FAMILIARES.

No conoce de antecedentes familiares patológicos.

Ella tuvo que someterse a una operación de mamas.

7. EXAMEN MENTAL

Inspección

Se presenta con buen aseo personal, su vestimenta es de mayor talla lo que demuestra que ha bajado de peso en los últimos meses. Su estado físico poco saludable. Con actitud y postura adecuada.

Lenguaje

Habla buen español, con dicción clara, buen tono y bradipfásico (lento).

Orientación

Sin alteraciones en su orientación alopsíquica y autopsíquica.

Memoria

Conservada tanto su memoria reciente como la remota.

Afectividad

Presenta labilidad afectiva y humor irritable y depresivo.

Pensamiento

Conservado.

Sensopercepción

No se evidencia alteración.

Inteligencia

La paciente presenta una impresión diagnóstica de inteligencia normal.

Consciencia

Adecuada consciencia de sí misma y de su realidad.

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Pruebas aplicadas

Test de Hamilton de la Depresión (D-Ham).

Interpretación de las pruebas aplicadas

En el Pre-test obtuvo 35 (Depresión Grave)

En el Pos-test obtuvo 09 (Normal-No Deprimido)

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico Multiaxial

- Eje I: Síndromes Clínicos
Trastorno depresivo mayor, episodio único moderado.
- Eje II: Trastornos del Desarrollo y de la personalidad
Ninguno. Z03.2 (V71.09)
- Eje III: Trastornos o Enfermedades Físicas
Ninguna.
- Eje IV: Factores de Estrés Psicosocial
Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
- Eje V: Evaluación Global del Funcionamiento Actual
EEAG: 73 (actual).

10. PLAN DE TRATAMIENTO

Querube, una mujer casada de 38 años, maestra de profesión, trabajaba como maestra de Tercer grado de primaria. Se quejaba sobre todo de que en los últimos meses se encontraba con menos energía y motivación diaria. Permanecía irritable en casa, en el trabajo,

tenía dificultades con su esposo, dormía menos y tenía menos interés por el sexo. Además presentaba: pérdida del apetito y un profundo sentimiento negativo de ser menos que nadie, de no ser valiosa. Enfatizaba que no tenía ganas de arreglarse, todo le molestaba o le daba igual y sus relaciones sociales estaban afectadas.

Cuando habló de su matrimonio expresó nostalgia por los “buenos viejos tiempos”, cuando su esposo se interesaba en el hogar y eran felices.

Después de recoger información de la sintomatología que nos llevara a identificar los acontecimientos en torno al inicio de la depresión, se investigó lo que la paciente deseaba de las sesiones y manifestó lo siguiente:

- “Quiero resolver mi problema de pareja”, tomando una decisión sensata.
- “Aprender a quererme y aceptarme a mí misma, tal cual soy”.
- Obtener mayor “tranquilidad en mi vida”.

Al final de la sesión, se llegó al acuerdo de enfocarnos a trabajar sobre la **disputa interpersonal** de rol de la paciente y su esposo. Se le planteó a la paciente el contrato, con el que estuvo de acuerdo y muy animada a trabajar.

11. CONCLUSIONES

Es una paciente madre de dos niños escolares, maestra de profesión, presentaba un cuadro depresivo relacionado con una disputa interpersonal de rol con su esposo. Éste le había sido infiel con una

vecina, siendo esto el tema central de sus conversaciones. No se sentía capaz de tomar una decisión sola, se sentía poca cosa y que era pisoteada por su esposo.

Al explorar y analizar con mayor detenimiento su estado fue cerciorándose de lo positivo y negativo de su relación conyugal, tenía mucho miedo a la soledad y a ser una mujer divorciada. No tener en el hogar al padre de sus hijos, significaba para ella: "fracasar igual que mi madre", por lo tanto, una vida infeliz para los hijos y para ella, como la que le había tocado vivir con su madre. Al principio no veía un presente positivo, ni un futuro prometedor, se sentía castigada y culpable por lo que le pasaba.

Fue difícil el trabajo con esta paciente, dado sus sentimientos contradictorios en relación con su pareja y sus propios sentimientos de minusvalía.

El trabajo al final se centró en fortalecer a la paciente misma, por si tuviera que vivir otra situación parecida, fuera capaz de tomar una decisión correcta.

CASO 7.**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del paciente: Lucy (07

Edad: 47 años.

Lugar de Nacimiento: Los Santos

Raza: Mestiza.

Religión: Católica.

Estado Civil: Soltera.

Ocupación: Educadora de Primaria.

Dirección Actual: Chitré, Prov. De Herrera

2. ENFERMEDAD ACTUAL**Motivo de consulta**

La paciente consulta por: "Depresión fuerte. A veces me siento triste, sola, estafada, utilizada en lo personal. No tengo ganas de trabajar, cumplo con mi trabajo porque sí. Mi vida es un enredo".

Tiempo de evolución

Manifiesta, que estos últimos cinco meses ha sentido un cambio en su forma de ser. Estos cambios los ha notado, sobre todo, en la tristeza, pero le ha preocupado más en los últimos dos meses.

Manifestaciones clínicas

Sensación de inutilidad.

Tristeza.

Fatiga.

Baja concentración.

Irritabilidad.

Sentimientos de Soledad.

3. HISTORIA PERSONAL

Niñez

De sus primeros años refiere que sabe poco, ya que no le ha preguntado a su mamá.

Según le han dicho familiares, tuvo problemas en el área del lenguaje, pensaban que era "muda", situación que mantuvo como 4 años, para comunicarse, sólo miraba, no hacía señas.

Escolar

Un aspecto importante que recuerda en esta época es que a los 6 años su padre muere.

Ingresó a la primaria a los 7 años en su tierra natal, continuaba con las dificultades para hablar, sobre todo para pronunciar la "r". Al igual que sus hermanas mayores que estaban en un internado de Monjas en Panamá, ella también fue llevada a ese lugar a cursar estudios primarios, donde estuvo desde sus 8 años hasta los 12, sólo salía para vacaciones. Durante esta etapa reflejó buen rendimiento académico y comportamiento.

Como pasó la mayor parte de sus años en Panamá, lejos de su familia, no recuerda detalles de disciplina. Cuando venía de vacaciones, las relaciones familiares eran buenas. En el internado había muchas cosas que no le gustaban, pero tenía que aguantárselas, siente que esta experiencia fue buena y mala para ella; buena porque tenía el modelo de personas profesionales, lo que la incentivó a estudiar; mala porque le mostraron un mundo que no existía, lleno de "tabúes y mentiras".

Adolescencia

De 12 a los 14 años, luego de sus vacaciones de sexto grado, se quedó en casa, no asistió a la secundaria, no recuerda con exactitud por qué se quedó en casa, ya que tenía oportunidades de irse a Panamá.

A los 15 años ingresó a Primer Ciclo, hasta los 17 años, de aquí ingresó a la Normal de Azuero, con la única motivación de que ésta profesión prometía por lo menos un trabajo seguro, graduándose de maestra a los 19 años.

Terminó sus estudios y se hizo novia de un joven con el que se casó, sólo fueron novios por un mes y su mamá no quería que se casara. La familia le decían que estaba como dormida, "como embrujada"

Adulter

Al terminar sus estudios empezó a trabajar inmediatamente. Reitera que esto era algo muy importante para ella, por aquellos años sólo pensaba en trabajar, tener plata y pasear.

Informa que su primer año de matrimonio fue bueno, que tal vez no conocía a su pareja y sólo veía la "aparente tranquilidad". Al año de estar casada quedó embarazada, luego del nacimiento de su primer hijo, descubre la realidad de su vida matrimonial, de su esposo y de su familia política.

Hubo años en los que trabajó lejos de su casa y sólo pasaba algunos fines de semana con la familia, lo que pudo haber afectado la relación; no obstante a los 30 años nació su hija, relata que su esposo fue cambiando y por todo formaba un problema.

Pidió traslado a un lugar más cercano a su casa, de donde viajaba todos los días; pero su relación de pareja siguió igual

Por años sólo estuvo dedicada a sus hijos y de cierta manera a soportar a su familia política. Se trasladó una vez más, donde trabaja actualmente, para ella este fue un primer intento de ir arreglando su vida. Prontamente detecta que la relación con su pareja seguía igual o peor, por lo que decidió comprar su propia casa e irse con sus hijos.

Manifiesta, que su vida de pareja ha sido un intento de mantener algo que no existe.

4. AMBIENTE (FAMILIAR, SOCIAL, ESCOLAR, ECONÓMICO)

Actualmente vive con sus dos hijos, se separó de su esposo hace cuatro años, después de aproximadamente 22 años de matrimonio.

El mayor de sus hijos tiene 25 años y asiste a la Universidad, dice no tener problemas con éste a pesar, de todas las dificultades familiares.

Se describe como una madre estricta con sus hijos.

La menor de sus hijas tiene 16 años y asiste a la secundaria, mantiene una relación estrecha ella y es quien le ayuda en la atención de la casa cuando ella no está.

Hace cuatro años atrás que vivió con su esposo e hijos cerca de su familia política y de esta convivencia recuerda que fueron años desastrosos, porque tanto su suegra como su cuñada se involucraban en la relación matrimonial y en todo lo que concernía a la familia. Éstas ante cualquier situación familiar, buena o mala, eran las primeras en enterarse y criticar los asuntos del hogar, además de manejar la vida de su esposo.

La vida familiar con su esposo la recuerda poco placentera, por la falta de atención, cariño y consideración. Para su esposo, su madre y su hermana siempre fueron más importantes que su propia familia (esposa e hijos).

El ambiente social donde vive es urbano, donde mantiene pocas relaciones con la vecindad, debido a que fue criada bajo restricciones y reglas estrictas.

A los 7 años inició su educación primaria, culminándola a los 12 años.

Su primer grado lo cursó en una escuela rural, mantuvo un

rendimiento regular debido, quizás, a problemas de lenguaje. El resto de la primaria, en un Internado de monjas, en la Ciudad capital. Su rendimiento en esta etapa fue bueno.

La educación secundaria la inició a la edad de 15 años, en un colegio distrital. Al terminar su Primer Ciclo, ingresó en la Escuela Normal de Azuero para su preparación como Maestra de Educación Primaria y siempre mantuvo un rendimiento adecuado.

En el aspecto económico, señala que debido a que su familia era numerosa fue necesario internarla al igual que a sus hermanas, ya que los ingresos económicos eran escasos y sus padres deseaban que se prepararan en alguna profesión. Creció en un ambiente familiar con una economía limitada a las necesidades básicas.

Al casarse, ya ella trabajaba, por lo que apoyaba enormemente a su esposo con las obligaciones de la casa. Manifiesta, que esto ha sido un aspecto conflictivo con su esposo, al principio él la apoyaba, posteriormente, le fue delegando las responsabilidades a ella y excusándose.

Actualmente es ella quien lleva la responsabilidades de su hogar y de los hijos.

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES: DROGA, ALCOHOL, SOCIALES

No refiere hábitos de consumo de drogas en su familia de origen. Sabe que su familia, sus hermanos, ingieren bebidas alcohólicas para fiestas. Ella nunca ha consumido alcohol u otras drogas.

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: PERSONALES Y FAMILIARES

Refiere que no los hay en su familia.

Esta es la primera vez que asiste a una consulta psicológica.

7. EXAMEN MENTAL

Inspección

Se presenta a la primera entrevista con buen arreglo personal, actitud y posturas adecuadas.

Lenguaje

Habla buen español, con dicción clara, tono bajo y bradipfásico (lento).

Orientación

Conservada su orientación alopsíquica y autopsíquica.

Memoria

Conservada tanto su memoria reciente como la remota.

Afectividad

Presenta humor depresivo. También se presenta enojada.

Pensamiento

Conservado tanto su curso, forma y contenido.

Sensopercepción

No se evidencia alteración.

Inteligencia

La paciente da la impresión diagnóstica de tener inteligencia normal.

Consciencia

Adecuada consciencia de sí misma y de su realidad.

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Pruebas aplicadas

Test de Hamilton de la Depresión (D-Ham).

Interpretación de las pruebas aplicadas

En el Pre-test obtuvo 31 (Depresión Grave)

En el Pos-test obtuvo 09 (Normal-No Deprimido)

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Síndromes Clínicos

Trastorno depresivo mayor, episodio único moderado.

Eje II: Trastornos del Desarrollo y de la personalidad

Ninguno. Z03.2 (V71.09)

Eje III: Trastornos o Enfermedades Físicas

Ninguna

Eje IV: Factores de Estrés Psicosocial

Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Problemas económicos.

Eje V: Evaluación Global del Funcionamiento Actual

EEAG: 66 (actual).

10. PLAN DE TRATAMIENTO

Después de recabar la información sobre la depresión actual de Lucy, se investigaron los acontecimientos en torno al inicio de la misma. De cierta manera Lucy sabía que sus síntomas depresivos tenían mucho que ver con la relación de pareja que ella había establecido.

Cuando se le investigó sobre lo que ella esperaba de las sesiones terapéuticas, manifestó:

- Quería aprender a “hacerme valer como persona”, sentía que la utilizaban y no la respetaban.
- Quería tomar una decisión en relación con su vida marital.

Al final de la sesión, no estaba segura todavía sobre qué área problema de la TIP enfocarnos en el trabajo de Lucy. A pesar de que estaba “separada de su pareja”, en ocasiones convivía con él, ella lo buscaba; también había buscado ayuda debido al problema específico de una disputa interpersonal de rol con el marido. Se observaba el estadio de impasse en la disputa de pareja, en el cual teníamos que enfocarnos, aunque también se podía enfocar en la transición de rol, ya que la paciente había dejado a su esposo y se calificaba de “soltera”, sin embargo, convivía maritalmente con él algunos fines de semana. Reflejaba contradicción en su decisión y sus actos. Para tener claro su área focal a trabajar, se le hizo una síntesis sobre los

problemas que ella había manifestado en la sesión y se le reiteró sobre qué área ella deseaba concentrarse, manifestó que sobre **la disputa de rol**. La información brindada hasta aquí denotaba que había un **impasse en la disputa interpersonal**.

Considerando la historia de su relación matrimonial y de familia, en varias sesiones, se fue percatando de que no valía la pena invertir tiempo en esa relación y pidió enfocarse, mejor, en otros objetivos (**la transición de rol**).

Bajo este parámetro, se prosiguió con los objetivos pertinentes.

11. CONCLUSIONES

Lucy, es una señora de 47 años, con buen aspecto físico, pero que con el trastorno depresivo había abandonado su cuidado personal. Desde el principio ella planteó la disputa de rol que tenía con su pareja, en supuesto estadio de **impasse**. Al abordar este foco temático, se concientizó que verdaderamente ella mantenía la esperanza de una relación de pareja cuando no la había, porque se había disuelto la relación y que lo único que tenía era temor al cambio. Se decidió trabajar en la transición de rol de una mujer casada a una separada (con perspectivas de divorcio).

El trabajo con esta paciente fue difícil, **estaba tanto irritable como triste**, avanzaba un paso y luego regresaba al principio. En ocasiones, quería concentrarse en los síntomas depresivos para no hablar de sus sentimientos respecto a la relación matrimonial y a ella misma.

Le costó llegar a reconocer que tenía miedo a estar sola, de que era una persona valiosa y con recursos personales. Finalmente, se concentró en construir nuevas fuentes de apoyo y de trabajar en las metas que ella tenía cuando joven.

CASO 8.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente: Elena (8)

Edad: 41 años.

Lugar de Nacimiento: Chitré, Prov. de Herrera.

Raza: Mestiza.

Religión: Evangélica.

Estado Civil: Separada.

Ocupación: Educadora de Primaria.

Dirección Actual: Chitré, Prov. de Herrera.

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta

La paciente consulta porque: "casi siempre me siento como tensa, no puedo dormir, estoy nerviosa, no puedo respirar, tengo dolor, mareos, tensión en la espalda".

Tiempo de evolución

Hace más o menos un año se entera de la infidelidad de su esposo; y es cuando empieza a sentir malestares, éstos se han agudizado en los últimos 6 meses, a raíz de la separación.

Manifestaciones clínicas

Insomnio.

Apetito disminuido.

Llanto fácil.

Tristeza.

Sensación de soledad.

3. HISTORIA PERSONAL**Niñez**

Es la tercera de 5 hermanos.

Su madre le ha informado su embarazo fue normal, sin complicaciones. Nació por parto vaginal a término, tomó pecho por un corto período de tiempo y su desarrollo psicobiológico fue normal.

Describe que desde siempre fue una niña que se portaba bastante bien, le gustaba jugar con sus hermanos y como tal se peleaban.

Señala que de chiquita no se alimentaba bien, no le gustaba todo tipo de comida, sólo comía arroz y alguna carne.

Escolar

Inició su primaria a los 6 años, con un buen rendimiento. Su conducta era buena, a veces se tornaba inquieta, juguetona, pero no se salía de los controles, la maestra no se quejaba.

Para esta época señalaba, que su "disciplina en casa era mala, era inquieta", su madre le pegaba bastante: tres veces al día, a veces sin razón "por sí acaso".

La mayor parte del tiempo la pasaba con su abuela paterna, quien la "quería mucho"; cuando tenía nueve años su abuela murió.

Hasta los 10 años, ella era la preferida del papá, en adelante las cosas cambiaron, ella se volvió contestona y reclamaba cuando le pegaban a ella o a sus hermanos sin razón aparente.

Los recuerdos de familia que le vienen a la mente, de éstos primeros diez años de vida, son los de una madre castigadora hacia los hijos y dominada por el padre. La madre, no estando el padre, era quien llevaba la disciplina diaria, pero, cuando éste estaba, prevalecía la autoridad de él.

Adolescencia

Inició su secundaria a los 13 años, con un rendimiento bajo.

A los 14 años tuvo su menarquia y sabía de esto porque en la escuela le habían hablado del tema y por algunas amigas que habían pasado por ello. Su madre no se tomó el tiempo de explicarle los temas relacionados con la sexualidad.

Su conducta era igual que antes, no hubo cambios significativos.

Algo que siempre recuerda es que en casa no se servía la comida hasta que el padre no estuviera, así que, no importaba a que hora llegara su papá, a esa hora tenían que comer.

En cuarto año tuvo problemas con dos materias (fundamento de ciencias básicas y matemáticas), finalmente las aprobó. Su rendimiento para esta etapa fue de regular a malo.

Las relaciones familiares y con las experiencias vividas fueron cambiando: de hijos obedientes y callados, a hijos que no se dejaban castigar y oprimir por los padres.

Adulthood

Una vez terminó su secundaria, inició la universidad en la carrera de Inglés y luego, cambió a Educación.

Lo que no se aparta de su mente, es que siempre sus padres los educaron en la religión evangélica, y cuando tenía 22 ó 23 años el padre sale con la historia de que se va a separar de esta doctrina, porque "la tribulación no va a pasar", el fin del mundo. Esto cambió radicalmente la calidad de las relaciones familiares. Los hijos, y sobre todo ella, deciden continuar la doctrina evangélica aún en contra de los deseos del padre. Ante este hecho el padre reacciona estrictamente con sus hijos y les niega el apoyo económico.

Como a los 25 años termina su preparación en educación y prosigue sus estudios del inglés.

Nunca había tenido novio, porque no quería problemas en su casa, además pensaba "no me voy a casar", decía esto debido a la imagen

que tenía de la relación de sus padres y para ella era preferible quedarse sola.

Posteriormente fue nombrada como maestra en Bocas del Toro, por dos años; para este tiempo conoció a un joven colega, que se interesó en ella, fueron novios por un año y se casaron. Señala que ella no estaba muy convencida de casarse, no tenía buena imagen de los hombres: "los hombres son así, dejan a las mujeres y se van con otras".

Luego fue trasladada a la Escuela de Cañazas, donde trabajó durante dos años. En este lapso quedó embarazada y tuvo a su única hija, que tiene 9 años.

Los primeros 5 años de matrimonio fueron buenos. El esposo era amoroso y compartían metas en común. El propósito de trasladarse de Cañazas, a un lugar donde pudieran estar los tres juntos, al principio la idea fue compartida y cuando le salió el traslado, su esposo buscó pretextos y no se mudó con ella. Pasaron algunos años en los que se veían sólo cada quince días a cada mes, hasta que se enteró que tenía otra mujer.

Hace 6 meses que decidieron separarse definitivamente.

4. AMBIENTE (FAMILIAR, SOCIAL, ESCOLAR, ECONÓMICO).

Vive con su hija, cerca de la casa de sus padres.

Creció en un ambiente familiar numeroso, conformado por ambos padres y 4 hermanos (dos mujeres y dos varones). Este ambiente familiar estuvo centrado alrededor de la práctica de la religión

evangélica. Además se practicaba diariamente el castigo físico hacia los hijos.

La relación entre los hermanos era regular.

Su hija tiene 9 años y asiste a la primaria. La paciente manifiesta que le preocupa la relación con la niña, ya que se torna muy irritable en su trato, la regaña demasiado y la castiga. A veces se siente culpable por lo que le pasa a su hija y se arrepiente de lo que ha hecho.

El ambiente social donde se desenvuelve la paciente es rural en donde cuenta con estrechas relaciones sociales, que giran en torno a su religión. Su vida en general está regida por esta religión. Si las actividades son planificadas y llevadas a cabo por su iglesia, ella participa.

Como se ha señalado la paciente cursó sus estudios primarios en una misma escuela, donde tuvo un adecuado rendimiento académico y de comportamiento. Su secundaria fue más complicada: bajó su rendimiento y su conducta cambió.

En la universidad, inició en una carrera y luego cambió. Señala que la carrera de Inglés en algún momento le fue difícil y, dada la problemática familiar, prefirió algo más rápido, como educación primaria.

El ambiente económico donde creció la paciente se caracterizó por recursos limitados. La única entrada de dinero era la de su padre.

Actualmente, ella tiene su casa propia y trabaja para solventar sus gastos diarios y los de su hija. Su expareja la apoya económicamente en la manutención de la hija.

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES: DROGA, ALCOHOL, SOCIALES

La paciente creció en un ambiente familiar donde se practicaba la religión evangélica, la cual ella continúa.

Según ella manifiesta en su familia no hay hábitos de consumo de licor.

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: PERSONALES Y FAMILIARES.

Los niega la paciente. Esta es la primera vez que se atiende psicológicamente.

7. EXAMEN MENTAL

Inspección

La paciente se presenta a la entrevista con buen arreglo personal, buen estado físico y actitud adecuada.

Lenguaje

Habla buen español, con dicción clara y buen tono.

Orientación

Conservada tanto su orientación alopsíquica y autopsíquica.

Memoria

Conservada tanto su memoria reciente como la remota.

Afectividad

Con humor depresivo.

Pensamiento

Sin alteración.

Sensopercepción

No se evidencia alteración.

Inteligencia

Impresiona que la paciente tiene inteligencia normal.

Consciencia

Adecuada consciencia de sí misma y de su realidad.

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Pruebas aplicadas

Test de Hamilton de la Depresión (D-Ham).

Interpretación de las pruebas aplicadas

En el Pre-test obtuvo 30 (Depresión Moderada)

En el Pos-test obtuvo 08 (Normal-No deprimido)

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Síndromes Clínicos

Trastorno depresivo mayor.

Episodio único leve.

Eje II: Trastornos del Desarrollo y de la personalidad

	Ninguno. Z03.2 (V71.09)
Eje III:	Trastornos o Enfermedades Físicas
	Ninguna.
Eje IV:	Factores de Estrés Psicosocial.
	Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
Eje V:	Evaluación Global del Funcionamiento Actual
	EEAG: 73 (actual).

10. PLAN DE TRATAMIENTO

Elena, una mujer separada de 41 años, acudió al tratamiento por depresión. Desde los problemas con su esposo, hace alrededor de un año, padecía síntomas depresivos. Desde el principio establecía una relación entre su depresión y la insatisfacción de su matrimonio, aspecto que le costaba reconocer. Elena veía poco claro la relación entre su depresión y la dificultad para terminar con su matrimonio, divorciarse de su esposo. Hacía 6 meses que se habían separado, por decisión de ella y como una manera de darse tiempo, pero el esposo ha continuado la relación extramarital; por lo que la paciente considera pertinente divorciarse definitivamente.

Al cuestionarla sobre lo que deseaba de la intervención, contestó:

- Una “ayuda profesional que me permita una buena decisión”.
- “reestablecerme emocionalmente, es decir sentirme, aunque sea un poquito, como antes (alegre, que disfrutaba de las actividades, que compartía con mi hija.)”.

En este punto se puede notar que la paciente deseaba divorciarse, pero le costaba tomar esta decisión, tanto por razones de crianza, religiosas y de ella misma. Se llegó a un acuerdo, entre ambas, de enfocarnos a trabajar sobre el foco temático de la **transición de rol**. Se le planteó el contrato terapéutico y ella estuvo de acuerdo.

11. CONCLUSIONES

Esta es una paciente joven, separada, con una hija y que tiene 10 años desempeñando el trabajo de maestra de primaria. Desde el principio relacionó sus síntomas depresivos con su relación de pareja que estaba en un punto de disolución; pero disidió enfocarse en la transición del rol de casada a divorciada. Por sus propias opiniones y creencias le era difícil considerar un divorcio. El divorcio significaba fallarle a sus padres (que habían permanecido casados a pesar de todos los conflictos), a la iglesia y a ella misma.

Cuando ella fue relacionando sus pensamientos con sus sentimientos respecto de su vida matrimonial se fue dando cuenta la necesidad de darse una nueva oportunidad de vivir la vida que ella quería, sin ataduras. Deseaba disfrutar de los años infantiles de su hija, que los estaba perdiendo, deseaba terminar sus estudios universitarios y sobretodo dedicarse un tiempo para ella misma.

CASO 9.**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del paciente: Silvia (9)

Edad: 44 años

Lugar de Nacimiento: Los Santos.

Raza: Mestiza.

Religión: Católica.

Estado Civil: Casada.

Ocupación: Educadora de Primaria.

Dirección Actual: Chitré, Prov. de Herrera.

2. ENFERMEDAD ACTUAL**Motivo de consulta**

Silvia consulta por: "Me siento deprimida. Por problemas familiares y porque me siento triste, sola, sin ganas de hacer nada, con problemas de sueño, concentración..."

Tiempo de evolución

Informa que desde que su hija se mudó para la ciudad, hace 6 meses, empezaron sus síntomas.

Manifestaciones clínicas

Insomnio.

Concentración baja.

Sentimientos de tristeza.

Sentimientos de soledad.

Pérdida del interés en actividades cotidianas.

3. HISTORIA PERSONAL

Niñez

Es la primera de cuatro hermanos, dos hermanas mayores y dos varones.

Señala que su embarazo, parto y desarrollo psicobiológico fue normal, según le ha contado su madre.

Refiere que a pesar que sus padres eran analfabetos le brindaron una buena educación y cuidado.

Fue una niña bastante saludable, tenía buen comportamiento y buena relación con sus padres y hermanos.

Escolar

Inició su primaria a los 6 años y terminó a los 12. En este período siempre tuvo buen rendimiento y comportamiento. Sus padres no la podían ayudar en las tareas académicas, por el motivo expuesto arriba, pero siempre estaban pendientes de que las hiciera y estudiara; además la alentaban a que siguiera estudiando.

Su casa y familia eran humildes y los lazos afectivos estrechos.

Adolescencia

Asistió a la secundaria inmediatamente al terminar sexto grado. Le gustaba la secundaria, al terminar su tercer año, decidió ingresar al magisterio, lo más que sus papás le podían pagar.

Terminó su magisterio y no pudo trabajar por dos años.

Su adolescencia fue tranquila. Le llamaban la atención los muchachos, pero no fue novia de ninguno, estaba más concentrada en los estudios. Las relaciones familiares continuaron siendo estrechas y de apoyo. Contaba con algunas amistades del colegio y sus salidas eran con la madre o con familiares mayores.

Adulthood

A los 20 años inició labores en Ocú, donde trabajó por 16 años. A esta edad conoció a un muchacho, se hicieron novios y cuando tenía 23 años se casaron.

Le ha ido bien en el matrimonio, sus planes siempre fueron casarse bien, es decir, con una persona que la apoyara en todo, no ha tenido problemas con él.

Cuando cumplió 25 años nació su hija.

Señala que su vida ha sido bastante tranquila, giraba en torno al trabajo y a su hija. Ahora que su hija se ha mudado a Panamá, siente que no ha podido manejar este hecho.

4. AMBIENTE (FAMILIAR, SOCIAL, ESCOLAR, ECONÓMICO).

Desde pequeña creció junto a sus padres y hermanos. En reiteradas ocasiones señala que a pesar de que sus padres eran analfabetas se

preocuparon por brindarles el apoyo emocional que necesitaban para el futuro.

Actualmente, vive con su esposo, su hija vive en la capital, donde cursa estudios universitarios, viene algunos fines de semana.

El esposo de Silvia es un señor de 61 años que trabaja de ayudante general. Lo describe como una persona pasiva, callada, trabajadora que se preocupa mucho por la familia. Llevan 25 años de casados, durante los cuales la relación entre ambos ha sido estable.

En el aspecto social señala que tiene pocas amistades cercanas. Desde que su hija se fue para Panamá, su vida cambió, no sale y no tiene el deseo de compartir con familiares ni amigos.

Su educación primaria la inició a los seis años y la terminó a los 12. Durante este periodo mantuvo buen rendimiento académico y conductual. Siempre se caracterizó por ser obediente y tranquila. Por razones económicas, después de terminar su primer ciclo a los 15 años, ingresó al Magisterio. Enfatiza que, al principio, no le gustaba mucho, pero que con el tiempo le fue agradando la carrera. Actualmente le gusta ser maestra y le preocupa que por su estado de ánimo no le esté rindiendo a los niños de primer grado.

En el plano económico, trabaja como maestra desde hace 23 años y su esposo también trabaja formalmente. Señala que, como su hija está viviendo en Panamá, esto representa un gasto doble; por lo que se sienten, actualmente, "en aprietos económicos".

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES: DROGA, ALCOHOL, SOCIALES

No los hay en su familia, según la paciente.

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: PERSONALES Y FAMILIARES

No los refiere la paciente.

7. EXAMEN MENTAL

Inspección

Se presenta con poco aseo personal y la vestimenta es adecuada para la situación.

Lenguaje

Habla buen español, con dicción clara y buen tono.

Orientación

Sin alteraciones en su orientación alopsíquica y autopsíquica.

Memoria

Conservada tanto su memoria reciente como la remota.

Afectividad

Presenta labilidad afectiva y humor depresivo.

Pensamiento

Conservado.

Sensopercepción

No se evidencia alteración.

Inteligencia

Impresiona diagnóstica de inteligencia normal.

Consciencia

Adecuada consciencia de sí misma y de su realidad.

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Pruebas aplicadas

Test de Hamilton de la Depresión (D-Ham).

Interpretación de las pruebas aplicadas

En el Pre-test obtuvo 32 (Depresión Grave)

En el Pos-test obtuvo 13 (Depresión Leve)

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Síndromes Clínicos

Trastorno depresivo mayor.

Episodio único leve.

Eje II: Trastornos del Desarrollo y de la personalidad

Ninguno. Z03.2 (V71.09)

Eje III: Trastornos o Enfermedades Físicas

Ninguna

Eje IV: Factores de Estrés Psicosocial

Problemas económicos.

Eje V: Evaluación Global del Funcionamiento Actual

EEAG: 66 (actual).

10. PLAN DE TRATAMIENTO

Silvia, tiene 44 años y es madre de una joven de 18 años. Busca atención dado que se ha venido sintiendo bastante mal luego de la partida de su hija para la ciudad capital a cursar estudios universitarios.

Se investiga para conocer que es lo que siente: manifiesta que su relación con su hija siempre fue buena, no sabe por qué desde que se fue se ha sentido mal. Explica lo que ella siente que ha perdido, señala las cosas buenas de tener a su hija en casa y las malas. Llega a la conclusión que durante todo el tiempo su vida giró en torno a su hija, a sus necesidades, que se había abandonado a ella misma y a su pareja. Reitera la depresión, desde su punto de vista, surge luego de la partida de su hija. En este momento relacionan los síntomas con el hecho en particular.

Una vez recabada la información pertinente, se llega al acuerdo de trabajar sobre la transición de rol: de un nido vacío. La paciente manifiesta estar de acuerdo y señala qué espera de la terapia:

- Quería tener nuevas fuentes de apoyo emocional.

- Quería explorar su temor a estar sola, así como su tendencia a no confiar en la capacidad de su hija de valerse sola.
- Quería mejorar su relación de pareja y aprender a cuidarse.

11. CONCLUSIONES

Es una paciente adulta media, casada y con una hija adulta joven. Sus síntomas depresivos iniciaron a raíz de la partida de su hija hacia la Ciudad. Cursaba con un episodio depresivo moderado, muy relacionado con la transición de rol que le imponía la vida en ese momento.

Durante muchos años la paciente había volcado todas sus energías hacia su hija y había dejado de lado otras relaciones importantes. Al ver que su hija viviría relativamente lejos, temía a que ésta fracasara en esta nueva etapa de su vida, lejos de su madre. Posteriormente, comprendió que su hija sí era capaz y podía sobrevivir sin ella y analizando esta situación entendió que ella debía confiar más en las capacidades de su hija y en las enseñanzas que se le había impartido en casa. Analizó que ella misma tenía mucho miedo.

Empezó a invertir más en su relación matrimonial y en ella misma.

CASO 10.**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del paciente: Analisa (10)

Edad: 30 años.

Lugar de Nacimiento: Los Santos.

Raza: Mestiza.

Religión: Católica.

Estado Civil: Soltera.

Ocupación: Educadora de Primaria.

Dirección Actual: Los Santos.

2. ENFERMEDAD ACTUAL**Motivo de consulta**

Señala que consulta porque: “estoy nerviosa. Me pongo irritable fácilmente, lloro con facilidad... no sé que me pasa, estoy muy sensible. Me siento mal por las cosas que me han pasado, el divorcio y la muerte de mi padre...”.

Tiempo de evolución

Hace 5 años que tuvo un episodio depresivo, que mejoró con el tiempo; hace 4 meses, cuando, su exesposo le presentó la demanda de divorcio, volvió a sentirse mal con ella misma.

Manifestaciones clínicas

Irritabilidad.

Sentimientos de inutilidad.

Sentimientos de tristeza.

Llanto fácil.

Disminución del apetito.

3. HISTORIA PERSONAL**Niñez**

Nació de la segunda unión de la madre. Es la sexta hija. No sabe mucho acerca de sus primeros años, informa que su parto fue normal, al igual que su desarrollo psicobiológico.

Los primeros 4 ó 5 años vivió con ambos padres; después de la separación de sus padres, fueron a vivir con sus abuelos maternos y su madre a otro lugar.

Estos primeros años fueron problemáticos para ella y sus hermanos por el problema entre sus padres.

Escolar

Inició su educación primaria a los 6 años, se describe como una persona tímida, que le daba miedo compartir con otros, se quedaba parada en un sólo lugar.

Alcanzando sus 7 años, sus padres se reconciliaron y con esto nuevamente los problemas, porque en el período de separación su padre convivió con otra mujer que tenía 7 hijos y de la cual no se

separó formalmente. Ella absorbía casi todo su capital económico. Debido a esto no apoyaba económicamente a su verdadera familia. Su madre tenía que trabajar "duro" (lavar ajeno, planchar, limpiar y vender comidas), para solventar los gastos de manutención de la casa. En la escuela, a pesar de todo lo que pasaba, le iba bien académicamente y su comportamiento era bueno. Paulatinamente con el paso del tiempo, conoció más a sus compañeros y compartía con ellos: en juegos y tareas. Para entonces ella tenía un hermano en quinto grado y por los problemas económicos y familiares tuvo que abandonar la escuela.

Terminó la primaria y se graduó con honores, por lo que se sintió motivada a iniciar su educación secundaria. Piensa que si no se hubiera ganado esta beca no fuera una profesional actualmente.

Adolescencia

Toda su educación secundaria fue en un mismo colegio, donde mantuvo un buen rendimiento. Su conducta cambió: perdió un poco la timidez, era más sociable, compartía más con sus compañeros, tenía amistades cercanas y era capaz de dar "el primer paso" en sus relaciones sociales.

No hubo graduación de sexto año debido a la invasión, pero ella deseaba que su madre asistiera a su graduación. Esto fue un logro muy importante en su vida, que la hacía sentirse motivada.

Adulthood

Terminó su secundaria a los 18 años y al año siguiente inició sus estudios universitarios en Educación Primaria. En esta época conoció a "una persona", con la que se unió. Éste era 15 años mayor que ella y señala que fue con quien tuvo su primera relación sexual y se convirtió en alguien muy importante en su vida, que no se dio cuenta cuando ya vivían como pareja. Era divorciado y tenía dos hijos adolescentes.

Empezó a trabajar en un negocio de éste y asistía a la universidad.

Cuando estaba por presentar su trabajo de tesis consiguió un trabajo formal.

Manifiesta que su relación para ese tiempo era "normal", tanto ella como él eran reservados y él no era celoso.

Después de cinco años de unión salió embarazada y al poco tiempo se separaron, este embarazo no había sido planificado, ella quería tener un hijo pero nunca lo había hablado con su pareja. Considera que esta fue la causa que provocó un cambio significativo en la relación de pareja.

Su embarazo y parto lo pasó junto a su madre, los problemas se habían agudizado y se dio la separación. Sufrió mucho durante este período porque no se explicaba lo que estaba pasando.

4. AMBIENTE (FAMILIAR, SOCIAL, ESCOLAR, ECONÓMICO)

Actualmente vive con su madre e hijo. Su madre es viuda, de 61 años, goza de buena salud y la ayuda en la crianza de su hijo, es una

persona que demuestra poco "carifio", muy rívida que espera que los demás sepan lo que ella desea.

Su hijo tiene 5 años y asiste al kinder. Lo describe como un niño muy inteligente y desenvuelto, siente que no lo está criando como ella hubiera querido. Cuando ella se torna irritable, se desahoga con el niño: le grita y lo castiga rívidamente.

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES: DROGA, ALCOHOL, SOCIALES

En su familia según ella, ha visto que ingieren bebidas alcohólicas para tiempo de fiestas solamente. No ha habido problemas de drogas u alcohol.

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: PERSONALES Y FAMILIARES

No los hay según la paciente.

Es la primera vez que consulta a un psicólogo.

7. EXAMEN MENTAL

Inspección

Analisa se presenta con buen arreglo personal, adecuado para la ocasión. Con estado físico saludable y actitud adecuada.

Lenguaje

Habla buen español, con dicción clara y buen tono.

Orientación

No se evidencia trastorno en su orientación alopsíquica y autopsíquica.

Memoria

Conservada tanto su memoria reciente como la remota.

Afectividad

Lábil afectivamente..

Pensamiento

Conservado.

Sensopercepción

No se evidencia alteración.

Inteligencia

Impresiona diagnóstica de inteligencia normal.

Consciencia

Adecuada consciencia de sí misma y de su realidad.

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Pruebas aplicadas

Test de Hamilton de la Depresión (D-Ham).

Interpretación de las pruebas aplicadas

En el Pre-test obtuvo 27 (Depresión Moderada)

En el Pos-test obtuvo 09 (Normal-No Deprimido)

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico Multiaxial

- Eje I: Síndromes Clínicos
Trastorno depresivo mayor, episodio único moderado.
- Eje II: Trastornos del Desarrollo y de la personalidad
Ninguno. Z03.2 (V71.09)
- Eje III: Trastornos o Enfermedades Físicas
Ninguna
- Eje IV: Factores de Estrés Psicosocial
Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
- Eje V: Evaluación Global del Funcionamiento Actual
EEAG: 68 (actual).

10. PLAN DE TRATAMIENTO

Analisa tiene 30 años y es madre de un niño de cinco años. Manifiesta que busca ayuda porque ha observado que no ha logrado superar pérdidas pasadas.

Después de revisar la historia de la paciente, sus síntomas depresivos y las relaciones con las personas de referencia, acordamos enfocar el trabajo terapéutico sobre la **transición de rol**, que conlleva la aceptación de la partida de su pareja.

Al abordársele sobre lo que ella esperaba de la intervención terapéutica señaló:

- Que alguien me ayude a superar lo que me está pasando.
- Quiero "cambiar"..., "avanzar".
- Quiero mejorar la relación con mi hijo

11. CONCLUSIONES

Analisa, una paciente joven, que luego de cinco años de separada mantenía la esperanza de regresar con su pareja. El hecho de desprenderse definitivamente, con el divorcio, significaba para ella perder seguridad afectiva y protección, pues no se sentía capaz de valerse por sí misma, pensaba que esta pareja le brindaba confianza y estabilidad, por lo que se le hacía imposible considerar un fracaso con esta persona.

Cuando analizó que su relación había estado basada en ideales, más que en metas concretas y alcanzables, su ideal de perfección absoluta fue bajando de intensidad y asimismo, sus deseos de mantener la esperanza de la reconciliación. Le dolía mucho, el hecho de sentirse despreciada, lo que nunca había pensado, pero que consideró básico en su meta de desprendimiento matrimonial.

CASO 11.**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del paciente: Nivia (11)

Edad: 33 años.

Lugar de Nacimiento: Chitré, Prov. De Herrera.

Raza: Mestiza.

Religión: Católica.

Estado Civil: Soltera.

Ocupación: Educadora de Primaria.

Dirección Actual: Chitré, Prov. De Herrera

2. ENFERMEDAD ACTUAL**Motivo de consulta**

Refiere que consulta porque: "Es con mi madre con quien desde muy pequeña siempre tengo problemas de comunicación. Siempre he pensado que mi hermana era la preferida de mi mamá y yo de mi papá, no sé por qué... esto ha sido motivo de muchas lágrimas para mí".

Tiempo de evolución

Los problemas con su madre se han empeorado desde el último año y medio, dado que ahora es la única hija que está cien por ciento con ella.

Manifestaciones clínicas:

Insomnio.

Concentración disminuida.

Apetito aumentado.

Sentimientos de tristeza.

Llanto fácil.

Irritabilidad.

3. HISTORIA PERSONAL**Niñez**

Refiere que no sabe nada acerca de su embarazo.

Al nacer, su papá se volvió "loco", se emocionó, porque la niña se parecía mucho a la abuela paterna.

Su parto fue por cesárea por cesárea anterior y tomó pecho por unos días.

Sus familiares le han dicho que era su papá quien le cambiaba los pañales y estaba pendiente que no llorara.

Hasta los 5 años de edad vivió cerca de la casa de la abuelita paterna, porque su mamá estudiaba. Su madre era enfermera por lo que ella y sus hermanas estaban más al cuidado de sus familiares: abuela, tías y el papá.

Escolar

Los dos años siguientes se trasladaron de lugar, donde cursó sus dos primeros grados de educación primaria. Durante este tiempo estaba

muy apegada a su papá, con él jugaban y con él aprendieron muchas de las responsabilidades hogareñas. Faltó a la escuela una temporada porque se enfermó de hepatitis.

A los 8 años nuevamente se mudaron de lugar, por lo que obligatoriamente cambió de escuela. Hasta la fecha ha vivido en este lugar, junto a su madre.

Adolescencia

Cuando ingresó a la secundaria, tuvo problemas con dos materias (matemáticas y español). Cursó hasta su tercer año con rendimiento regular. En el cuarto año su rendimiento fue regular y durante los siguientes bimestres le fue peor, por lo que decidió ingresar a la escuela normal a estudiar magisterio.

Aspectos importantes de su adolescencia, recuerda que le hablaron poco de sexualidad, no la dejaban ir sola a la tienda, no podía usar pantalones cortos y no podía ver novelas, esto también aplicaba para sus hermanas.

Su menarquia fue a los 13 años.

Culminó estudios en Santiago, esperaba que su papá la fuera a buscar, lo que no sucedió pues sus padres se habían separado y ella no lo sabía. En esa época a su padre lo habían votado del trabajo y estaba saliendo con otra mujer, por lo cual su esposa le dijo que se fuera de la casa y así lo hizo. Su madre se ha arrepentido de haberle hecho esto a su esposo y se culpa por la separación.

Adulthood

A su regreso de Santiago, ingresa a la universidad, su hermana mayor se casa y se va de la casa, y su hermana menor se va a estudiar a la Universidad de Panamá, por lo que Nivia se queda sola con su madre.

A los 24 años le diagnostican que tiene un quiste ovárico que requiere intervención quirúrgica, a la que se somete. En esta época empieza a trabajar dictando seminarios.

Dos años más tarde es nombrada como educadora en Tonosí, por lo que tiene que viajar todos los fines de semana. En este tiempo su madre es hospitalizada por una crisis psicótica, que luego fue diagnosticada como trastorno bipolar. A mediados de este período se detecta que Nivia, tiene que ser intervenida quirúrgicamente otra vez por un quiste. Con esta intervención se entera que sólo le quedaba un ovario, el otro se lo habían extirpado en la operación anterior, de esta manera pierde su segundo ovario, por lo que no podrá tener hijos. Le reclamó a su madre el porqué le habían ocultado que le habían extirpado un ovario en la operación anterior y ella hubiera decidido tener un hijo no importaba si no se hubiera casado, su madre le responde que no se lo había dicho por temor a su reacción.

Hace un año que está saliendo con un joven con el que manifiesta le va bastante bien en la relación. Tienen planes de unirse.

4. AMBIENTE (FAMILIAR, SOCIAL, ESCOLAR, ECONÓMICO).

El ambiente familiar de la paciente está conformado por su madre y una hermana de 35 años, con sus dos niños escolares, que llega a la casa todos los días.

Siempre vivió con su madre y con su padre sólo hasta los 18 años. Fue criada en un ambiente estricto, regido por el padre. A pesar, de que el padre le impuso órdenes estrictas, siente que ella era más apegada a su padre que a su madre.

Su madre, por ser enfermera, hacía turnos rotativos y viajaba a Panamá con frecuencia, por lo que la relación desde un principio fue distante. A lo largo de los años siente que su madre ha mostrado clara preferencia por su hermana mayor, por lo que la relación entre las hermanas ha sido distante y con la madre conflictiva.

Vive actualmente en un lugar urbano, donde mantiene pocas relaciones con la vecindad, sostiene que con tantas cosas por hacer, le queda poco tiempo para compartir con amistades o conocidos. En la universidad y en el trabajo mantiene relaciones cordiales con sus compañeros. Sale poco a fiestas y actividades recreativas.

En el plano escolar, inició su primaria a los 6 años. Dadas las mudanzas de la familia hubo la necesidad de cambiarla de escuela en varias ocasiones, su rendimiento y comportamiento en este plano fueron aceptables. Para su estudio y tareas era apoyada mayoritariamente por su padre.

Nivia, creció en una familia solvente económicamente. Su madre se dedicaba a la enfermería y su padre tenía un negocio propio. Cuando el matrimonio se disolvió, el aspecto económico cambió drásticamente,

señala que su madre, por el motivo que fuera hizo gastos innecesarios, como el de regalarle a su hermana una casa valorada en “treinta y cinco mil dólares” y hacer préstamos innecesarios. Todas estas transacciones su madre las está pagando con su sueldo de pensionada, por lo que la entrada económica se restringe al sueldo de maestra de Nivia. Su hermana mayor esta casada, pero ni su marido ni ella trabajan, por lo que la madre de Nivia los ayuda. Esto es motivo de conflicto para la paciente.

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES: DROGA, ALCOHOL, SOCIALES

La paciente los niega.

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: PERSONALES Y FAMILIARES.

Un antecedente familiar importante es el diagnóstico de trastorno bipolar de su madre desde hace unos años.

7. EXAMEN MENTAL

Inspección

Se presenta a la primera entrevista con buen arreglo personal, actitud y posturas adecuadas.

Lenguaje

Habla buen español, con dicción clara, buen tono y bradipfásico (lento).

Orientación

Conservada su orientación alopsíquica y autopsíquica.

Memoria

Conservada tanto su memoria reciente como la remota.

Afectividad

Presenta labilidad afectiva y humor depresivo.

Pensamiento

Conservado tanto su curso, forma y contenido.

Sensopercepción

No se evidencia alteración.

Inteligencia

Da una Impresión diagnóstica de inteligencia normal.

Consciencia

Adecuada consciencia de sí misma y de su realidad.

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Pruebas aplicadas

Test de Hamilton de la Depresión (D-Ham).

Interpretación de las pruebas aplicadas

En el Pre-test obtuvo 29 (Depresión Moderada)

En el Pos-test obtuvo 07 (Normal-No Deprimido)

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico Multiaxial

- Eje I: Síndromes Clínicos
Trastorno depresivo mayor, episodio único leve.
- Eje II: Trastornos del Desarrollo y de la personalidad
Ninguno. Z03.2 (V71.09)
- Eje III: Trastornos o Enfermedades Físicas
Ninguna
- Eje IV: Factores de Estrés Psicosocial
Problemas económicos.
Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
- Eje V: Evaluación Global del Funcionamiento Actual
EEAG: 68. (actual).

10. PLAN DE TRATAMIENTO

Nivia tiene 33 años y vive actualmente con su madre. Trabaja como maestra y mantiene una relación de pareja estable. Su queja principal era estar muy irritable, tener problemas de relación con su madre de larga data y de haber perdido el interés en las actividades diarias. Se sentía mal porque a veces era dura con su madre y sabía que ésta estaba enferma, por lo que posteriormente se recriminaba.

Al contar la historia de su relación con su madre expresó tristeza y enojo, por la falta de consideración de la señora para con ella. La madre mostraba clara preferencia por su hija mayor, por lo que Nivia siempre se había sentido rechazada por la madre. Ante estos sentimientos de rechazo, la paciente no se sentía cómoda con el papel que tenía que desempeñar para con su madre. No le cabía en la cabeza, que su madre teniendo a una hija preferida que no trabajaba y que tenía una casa grande, prefiriera vivir con la hija que se parecía a su exesposo y a la que siempre había apartado y rechazado.

La paciente no recordaba haberse sentido cerca de su madre, desde el divorcio de sus padres, sus sentimientos eran de soledad y abandono.

Después de obtener la información sobre las posibles causas de la depresión y los aspectos relacionales de la paciente, se le interrogó lo que deseaba de la intervención:

- "Alguien con quien conversar sobre lo que me está pasando", no tengo con quien hablar.
- Quiero explorar cambios.

Al final de las sesiones de evaluación, parecía claro que el foco temático sería una disputa interpersonal de rol de la paciente con su madre.

11. CONCLUSIONES

Es una paciente joven, soltera, maestra, vive con su madre, que presenta un trastorno depresivo mayor, relacionado con las disputas interpersonales con su madre. Estaba enojada con su madre por el

trato que le había dado desde pequeña, además de que le había mentido. A esta paciente le costó manifestar sus sentimientos respecto a su madre. Tenía creencias muy cerradas acerca del respeto a sus padres, de la obediencia sin reproches y de reprimir sentimientos negativos hacia la figura de éstos.

Al enterarse que no podía tener hijos, consideró que su mundo se había terminado, que no servía para nada, que su pareja se le había acercado y continuaba con ella por lástima. Tenía un pobre concepto de sí misma. Jamás se le habían brindado la posibilidad de hablar de lo que ella pensaba y sentía. Todos sus sentimientos negativos debió guardarlos en lo más recóndito de su ser. Al principio no sabía qué era lo que sentía por su madre: amor, rabia o lástima.

En la medida que fue avanzando en el tratamiento su capacidad introspectiva fue creciendo, se tomaba el tiempo necesario para hacer las cosas que a ella le gustaba, si no podía cumplir con su madre, no se sentía tan culpable como antes. Se volvió más empática. Sus relaciones laborales mejoraron, se mostraba más contenta y participaba de las actividades académicas. Le costaba ser espontánea, ya que siempre se le había reprimido.

FICHA CLÍNICA BÁSICA**Grupo Cuasi-Control****CASO 1. (Sonia)**

Edad: 50 años
Estado Civil: Casada
Hijos: Dos hijos mayores de edad.
Educación: Universitaria
Experiencia: Maestra por 25 años
Act. Maestra de III grado.
D-Ham. Pre-test: 45 (Depresión Grave)
Post-test. 45 (Depresión Grave)

CASO 2. (Flor)

Edad: 45 años
Estado civil: Divorciada, con dos hijos mayores de edad: un varón y una mujer
Educación: Universitaria
Experiencia: Maestra por 25 años
Act. Maestra de VI grado
D-Ham. Pre-test: 30 (Depresión Moderada)
Post-test. 28 (Depresión Moderada)

CASO 3. (Norma)

Edad: 45 años

Estado civil: Divorciada
 Hijos: Dos, un varón y una mujer mayores de edad.
 Educación: Universitaria
 Experiencia: Maestra por 28 años
 Act. Maestra de II grado
 D-Ham. Pre-test: 40 (Depresión Grave)
 Post-test. 41 (Depresión Grave)

CASO 4. (Carla)

Edad: 46 años
 Estado civil: Separada
 Hijos: Tres, mayores de edad: dos mujeres y un varón
 Educación: Universitaria
 Experiencia: Maestra por 13 años
 Act. Maestra de V grado
 D-Ham. Pre-test: 31 (Depresión Grave)
 Post-test. 29 (Depresión Moderada)

CASO 5. (Edilma)

Edad: 45 años
 Estado civil: Casada
 Hijos: Tres, adultos.
 Educación: Universitaria
 Experiencia: Maestra por 24 años
 Act. Maestra de I grado

D-Ham. Pre-test: 54 (Depresión Grave)

Post-test. 53 (Depresión Grave)

CASO 6. (Gloria)

Edad: 48 años

Estado civil: Divorciada,

Hijos: Una mujer, mayor de edad

Educación: Universitaria

Experiencia: Maestra por 28 años

Act. Maestra de I grado

D-Ham. Pre-test: 33 (Depresión Grave)

Post-test. 30 (Depresión Moderada)

CASO 7. (Sol)

Edad: 47 años

Estado civil: Divorciada

Hijos: Un varón mayor de edad

Educación: Universitaria

Experiencia: Maestra por 28 años

Act. Maestra de II grado

D-Ham. Pre-test: 28 (Depresión Moderada)

Post-test. 33 (Depresión Moderada)

CASO 8. (Rosaida)

Edad: 44 años

Estado civil: Casada
 Hijos: No
 Educación: Universitaria
 Experiencia: Maestra por 23 años
 Act. Maestra de religión
 D-Ham. Pre-test: 29 (Depresión Moderada)
 Post-test. 25 (Depresión Leve)

CASO 9. (Mercedes)

Edad: 44 años
 Estado civil: Casada.
 Hijos: Tres mujeres
 Educación: Universitaria
 Experiencia: Maestra por 22 años
 Act. Maestra de VI grado
 D-Ham. Pre-test: 32 (Depresión Grave)
 Post-test. 34 (Depresión Grave)

CASO 10. (Norma)

Edad: 46 años
 Estado civil: Casada
 Hijos: Dos varones, uno mayor de edad y otro adolescente
 Educación: Universitaria
 Experiencia: Maestra por 25 años
 Act. Maestra

D-Ham. Pre-test: 50 (Depresión Grave)

Post-test 53 (Depresión Grave)

CASO11. (Vielka)

Edad: 47 años

Estado civil: Separada, hace 2 años.

Hijos: Una hija mayor de edad

Educación: Universitaria

Experiencia: Maestra por 12 años

Act. Maestra de VI grado

D-Ham. Pre-test: 30 (Depresión Moderada)

Post-test. 27 (Depresión Moderada)

ANEXO 2.**GUÍA PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA AL PACIENTE****1. INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del paciente:

Edad:

Lugar de Nacimiento:

Raza:

Religión:

Estado Civil:

Ocupación:

Dirección Actual:

2. ENFERMEDAD ACTUAL

- ❖ Motivo de consulta
- ❖ Tiempo de evolución
- ❖ Manifestaciones clínicas

3. HISTORIA PERSONAL

Embarazo

Parto

Neonato

Niñez

- ❖ Desarrollo psicomotor
- ❖ Logros Sociales

- ❖ Antecedentes

Escolar

Adolescencia

Adultez

4. AMBIENTE

- ❖ Familiar
- ❖ Conyugal
- ❖ Social
- ❖ Económico
- ❖ Laboral
- ❖ Escolar
- ❖ Religioso

5. HÁBITOS Y COSTUMBRES:

- ❖ Drogas
- ❖ Alcohol
- ❖ Sexuales
- ❖ Sociales
- ❖ Cigarrillo

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: PERSONALES Y FAMILIARES

7. EXAMEN MENTAL

Inspección

Lenguaje

Voluntad

Orientación

Autopsíquica: en cuanto a: persona, situación y temporalidad.

Alopsíquica: en cuanto a: tiempo, lugar y espacio.

Atención

Memoria

Afectividad

Pensamiento

Sensopercepción

Inteligencia

Consciencia

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Pruebas aplicadas

Interpretación de las pruebas aplicadas

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Síndromes Clínicos

Eje II: Trastornos del Desarrollo y de la personalidad

Eje III: Trastornos o Enfermedades Físicas

Eje IV: Factores de Estrés Psicosocial

Eje V: Evaluación Global del Funcionamiento Actual

ANEXO 3.

ESCALA DE VALORACIÓN DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

Ítems.

1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad):

- 0. Ausente.
- 1. Sensaciones que expresa solamente si le preguntan como se siente.
- 2. Sensaciones que relata espontáneamente.
- 3. Sensaciones que no comunica verbalmente, sino con su expresión facial, postura, voz y la tendencia al llanto.
- 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.

2. Sensación de culpa:

- 0. Ausente.
- 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
- 2. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.
- 3. Siente que la enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
- 4. Escucha voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3. Suicidio:

- 0. Ausente.
- 1. Siente que vivir no vale la pena.
- 2. Desea estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
- 3. Tiene ideas de suicidio o amenazas.
- 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio).

4. Insomnio precoz:

- 0. No hay dificultad.
- 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormir, por ejemplo, más de media hora.
- 2. Presenta dificultades para dormirse cada noche.

5. Insomnio medio:

- 0. No hay dificultad.
- 1. Se siente inquieto durante la noche.
- 2. Se mantiene despierto durante la noche.

6. Insomnio tardío:

- 0. No hay dificultad.
- 1. Despierta en horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse.
- 2. No puede volverse a dormirse si se levanta de la cama.

7. Trabajo y actividades:

- 0. No hay dificultades.
- 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionadas con el trabajo o pasatiempos.

<ol style="list-style-type: none"> 2. Pérdida del interés en sus actividades, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación. 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.
8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y de palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora).
<ol style="list-style-type: none"> 0. Palabra y pensamientos normales. 1. Ligeramente retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Dificultad para expresarse. 4. Incapacidad para expresarse
9. Agitación psicomotora:
<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna. 1. Juega con sus dedos. 2. Juega con sus manos, cabello, etc. 3. No puede quedarse quieto, ni permanecer sentado. 4. Retuerce sus manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.
10. Ansiedad psíquica:
<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Terrores expresados sin preguntarle.
11. Ansiedad somática (signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: gastrointestinales: sequedad en la boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):
<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales:
<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes.
13. Síntomas somáticos en general:
<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Pérdida de energía y fatigabilidad.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido, trastornos menstruales):

- 0. Ausente.
- 1. Débil.
- 2. Grave.

15. Hipocondría:

- 0. Ausente.
- 1. Preocupado por sí mismo (corporalmente).
- 2. Preocupado por su salud.
- 3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda.

16. Pérdida de peso:

- 0. No hay pérdida de peso.
- 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad.

17. "Insight" (consciencia de sí mismo):

- 0. Siente que está deprimido y enfermo.
- 1. Reconoce su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso etc.).
- 2. No se percata que está enfermo.

18. Variación diurna:

- 0. Ausente.
- 1. Ligera.
- 2. Grave.

19. Despersonalización y falta de realidad:

- 0. Ausente.
- 1. Ligera. Como sensación de irrealidad.
- 2. Moderada.
- 3. Grave.

20. Síntomas paranoides:

- 0. Ninguno.
- 1. Sospechosos.
- 2. Leves.
- 3. Ideas de referencia.
- 4. Delirios de referencia y de persecución

21. Síntomas obsesivos y compulsivos:

- 0. Ausentes.
- 1. Ligeros
- 2. Graves