

## Depresión y la vulnerabilidad femenina\*

### *Depression and vulnerability in women*

**DANIELA ABELLO LUQUE\*\***

Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

---

#### **Resumen**

Partiendo de los estudios epidemiológicos, identificamos que la depresión es uno de los trastornos que se padecen dos veces más en mujeres que en hombres. A lo largo del presente artículo, se expondrá de forma descriptiva y crítica la temática de la depresión desde la mirada cognitivo-conductual. Mostrando a su vez datos epidemiológicos que lo sustentan, la vulnerabilidad de la mujer ante la depresión y cómo esta problemática es identificada en las mujeres, como principales consultantes en la población de adultos en el Hospital de la Universidad del Norte.

*Palabras clave:* Depresión, Modelo cognitivo-conductual, Datos epidemiológicos, Mujer.

#### **Abstract**

Based on epidemiological studies, we identified that depression is a disorder in which sufferers are twice more in women than in men. Throughout this article, we will present a descriptive and critical issues of depression via cognitive-behavioral view. Showing turn epidemiological data that support it, women's vulnerability to depression and how this problem is identified in women, as major consultants in the population of adults in the Hospital Universidad del Norte.

*Key words:* Depression, Cognitive-Behavioral model, Epidemiological data, Women.

---

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

RECIBIDO: OCTUBRE DE 2009

ACEPTADO: NOVIEMBRE DE 2009

\* Artículo desarrollado en el marco de estudios de postgrados en Psicología Clínica en la Universidad del Norte.

\*\* Correspondencia: dabello1@cuc.edu.co



La depresión es uno de los problemas psicológicos más frecuentes en la historia del ser humano. El patriarca bíblico Job padeció una importante depresión y desde el Antiguo Testamento este describe la tristeza hacia el siglo VX a.C. Entre todos los intentos para abordar el tema Hipócrates (siglo IV a.C.), es quien utiliza el término “melancolía” para referirse a la tristeza, abatimiento e inhibición. Dicho término es usado como etiqueta diagnóstica, lo que años más tarde se llamaría depresión a mediados del siglo XIX (Vásquez y Sanz, 1998).

Las antiguas civilizaciones egipcias hicieron mención del problema. En la segunda mitad del siglo XX, Leonhard y otros autores propusieron la existencia de dos enfermedades diferentes: los trastornos afectivos unipolares y los trastornos afectivos bipolares (Leahey, 1999).

En el 2007 la estadística sanitaria mundial realizada por la OMS nos muestra que la depresión empeora la salud de las personas con enfermedades crónicas, y la prevalencia de padecerle es alta a lo largo de la vida. “En 2002 fue responsable del 4,5% de la carga mundial de morbilidad sin tratamiento, la depresión tiende a hacerse crónica, a recurrir y a causar una discapacidad que se acentúa con el tiempo” (OMS, 2007). Por otra parte, todas las observaciones realizadas en los estudios indican que la población femenina es la más afectada, ya que tienen dos veces más probabilidades de presentar este trastorno. Según, Pérez y García (2001), la edad de inicio es cada vez más temprana, empezando a darse mayor incidencia entre los 15 y 19 años, la cual se mantiene elevada hasta los 40 años en los hombres y los 50 en las mujeres.

A lo largo de la historia de la salud mental, se

han desarrollado clasificaciones diagnósticas en diferentes contextos, se han generado interrogantes y una diversidad de terapias. La intervención sobre los estados de ánimo comienza a ser psicoterapéuticamente más eficaz a partir del surgimiento de las amplias investigaciones de los modelos cognitivo-conductuales, en el cual el campo de acción es activo, amplio y flexible, abarcando de forma integral al individuo, la familia y el grupo (Pérez y García, 2001).

El modelo cognitivo-conductual establece que la evaluación y tratamiento están íntimamente integrados y apuntan a las conductas maladaptativas específicas y actuales, utilizando técnicas y procedimientos concertados al problema específico y características particulares de cada paciente. A la concepción del modelo, se le añade que la conducta puede estar en función de las cogniciones y estas se reestructuran en la intervención en procesos cognitivos adecuados (Caro, 1997).

*“Los problemas de salud es una razón que depende de causas orgánicas, circunstancias estresantes de la vida y necesidades en general, así como de los recursos disponibles para hacer frente al problema”* (Durand y Barlow, 2007).

Partiendo de lo anterior, podemos entender la intervención sobre el paciente con alteraciones en el estado de ánimo, se da desde una perspectiva biopsicosocial, teniendo en cuenta las áreas que la evaluación considere más afectadas en el margen conductual, cognitivo, afectivo, social y/o biológico.

#### *Datos epidemiológicos*

La epidemiología psiquiátrica ha avanzado durante los últimos años según lo reportan los



estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, todavía se presentan dificultades en las categorías y los criterios diagnósticos y sumado a esto las resistencias de los encuestados en admitir los síntomas.

También se presentan problemáticas en el estudio de poblaciones especiales, como los jóvenes y los ancianos y las personas de los países menos desarrollados.

A pesar de estos vacíos se hará una descripción de los datos epidemiológicos de los trastornos en el estado de ánimo a nivel mundial y se especificará con más detalle cómo se presentan en Colombia.

A nivel mundial, podemos partir del **Nuevo estudio sobre el estado de la salud mundial** (OMS, 2008). Realizado por OMS, el cual publica que la depresión afecta a unos 120 millones de personas en todo el mundo y se prevé que este número aumente. Menos del 25% de los afectados tienen acceso a un tratamiento adecuado y a la asistencia sanitaria.

Según lo reportado en los estudios en las enfermedades mentales se identifican unas diferencias en los países desarrollados, que los que están en vía de desarrollo. Ya que la asistencia sanitaria en países en vía de desarrollo no es oportuna en la intervención o simplemente muchos de estos pacientes no son atendidos o diagnosticados. Como por ejemplo, actualmente en el mundo hay más de 20 millones de refugiados, con otro tanto de personas desplazadas, que presentan altas tasas de depresión, trastornos de ansiedad y estrés postraumático en países con un alto índice de violencia.

A continuación se presentarán algunas características de la prevalencia de las enfermedades mentales. Según la OMS:

- a) El trastorno depresivo es el más frecuente en el mundo occidental con una prevalencia de vida de 10 a 25%, en especial en las mujeres y en el grupo de edad de 25 a 44 años.
- b) Se estima que del 20 al 25% de los problemas psiquiátricos corresponden a alguna forma de trastorno depresivo.
- c) En el mundo, entre un cuarto y un tercio del total de consultas de nivel primario tienen como causa los trastornos depresivos y de ansiedad.
- d) El suicidio se encuentra habitualmente entre las diez primeras causas de muerte en las sociedades que proveen información al respecto a la ONU. En la población joven, según informes de la OPS, se encuentra entre las tres primeras causas de muerte. Las estadísticas oficiales subestiman las tasas reales de suicidio hasta en un 200%. Aclaremos, que el suicidio es un síntoma conductual que hace parte de la depresión.

Según lo citado en la *Revista Colombiana de Psiquiatría* (2003): “En la medida en que la transición epidemiológica en que se encuentra Latinoamérica continúe y la región se aleje del predominio relativo de las enfermedades infecciosas, indudablemente la carga relativa de la enfermedad mental aumentará de manera extraordinariamente significativa de la fecha actual al año 2020”.

Partiendo de lo anterior, en nuestro país, Colombia, si esto es así, es necesario identificar los datos actuales de prevalencia, ya que, se estima que estas tasas pueden aumentar considerablemente.

En general, en prevalencias se observa que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres.

En cuanto a los trastornos individuales en prevalencias de alguna vez en la vida, se puede observar que en la muestra total las fobias específicas fueron las más comunes (12,6%), seguidas por el trastorno depresivo mayor (12,1%), el trastorno de ansiedad por separación (8,2%) y el abuso de alcohol (6,7%).

#### *La depresión desde la perspectiva cognitivo-conductual*

Las teorías cognitivo-conductuales recurren a la interacción del estrés de la vida y las respuestas idiosincrásicas y/o exageradas de la persona ante la adversidad así como la importancia del estrés interpersonal en la génesis de la depresión (Beck, 1997).

Partiendo de la afirmación anterior, otros autores como Barlow y Durand (2007) reportan que el 60 a 80% de las causas de la depresión se atribuyen a experiencias psicológicas, siendo cada una de estas, únicas en el individuo. Estas pueden ser por ejemplo el divorcio, la ruptura de relaciones amorosas o de otras relaciones crónicamente conflictivas. Dichas causas, activan cogniciones erróneas surgiendo y acentuando la depresión.

También, se observa en este tipo de paciente lo que llamamos escasas habilidades sociales y pobres habilidades en la solución de problemas como un reflejo a las respuestas desadaptativas de los estímulos estresantes (Bellack, 1981;

Nezu, 1986; Wolpe, 1979). El resultado que obtenemos ante un déficit en habilidades sociales es una prolongación de problemas sin resolver teniendo como consecuencia la consolidación del estado de ánimo.

Con la evolución de la depresión se intensifican los síntomas, generando disminución de las conductas pro-sociales. Siendo este último, un factor que refuerza al paciente su incapacidad y así manteniendo sus percepciones erróneas de los eventos.

Los demás no toleran este tipo de comportamiento depresivo y mencionan la famosa frase "tú no pones de tu parte", de esta forma los problemas interpersonales incrementan y el paciente manifiesta progresivamente menos control sobre su estado de ánimo debido a la baja tasa de refuerzos sociales y a las circunstancias, surgiendo las percepciones o cogniciones de indefensión.

Siguiendo con la mirada cognitivo-conductual de la depresión, identificamos autores como Aaron Beck el cual, se destaca entre los demás terapeutas cognitivos por dos aspectos: por una parte, fue el primero en sustentar que la depresión es un desorden del pensamiento más que del afecto, con lo cual resaltó la cognición como principal causal de la depresión y también fue el primero que postuló un modelo informacional en psicopatología, el cual se basó en un paradigma integrado de esquema, distorsiones cognitivas y pensamientos negativos.

Beck, sostuvo que las personas depresivas se caracterizan por la manera como procesan la información y que factores tanto genéticos, evolutivos, hormonales o bioquímicos, entre otros,



contribuían en la etiología del trastorno. También, postuló que los pacientes con depresión poseen un autoesquema derrotista y pesimista, el cual puede permanecer invariable por períodos prolongados de tiempo e incluso reafirmarse una y otra vez y cuya organización estructural está caracterizada por una actitud extrema, categórica e inmadura. El pensamiento del depresivo por lo tanto se podría catalogar como inmaduro o primitivo caracterizado por ser un pensamiento global, absolutista y moralista, negativo y catastrofista, invariable e irreversible (Risso, 1992).

El esquema del paciente depresivo, daría lugar a sesgos permanentes de la percepción e interpretación de la información del medio. A estos errores que son de carácter sistemático e involuntario, Beck los llamó distorsiones cognitivas e incluyen inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización y pensamiento absolutista o dicotómico (Beck, 1996).

En los estados depresivos se activan los esquemas funcionales negativos que tienen una gran influencia en el pensamiento del individuo. Estos esquemas se forman poco a poco por medio de diversas experiencias, un esquema puede permanecer inactivo durante un tiempo y puede ser activado por situaciones específicas.

En estados depresivos las conceptualizaciones que puede hacer un individuo sobre determinada situación pueden ser distorsionadas de tal manera que se ajustan a esquemas inadecuados. A medida que el estado depresivo empeora, los esquemas facilitan una mayor deformación de la realidad, y los pensamientos repetitivos y negativos aumentan con frecuencia e intensidad,

hasta convertirse en características permanentes del funcionamiento de la persona afectada (Harrison, R.; Beck, A. y Buceta, J., 1995).

Es de esperarse entonces que todos estos errores en la asimilación y en el procesamiento de la información, darían como resultado un producto cognitivo como una conducta maladaptativa y pensamientos distorsionados. Bajo todos estos principios explicativos, Beck crea la terapia cognitiva cuyos orígenes se remontan a Zenon de Citio, Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio, quienes convergirían en que los hombres no se perturban por los eventos como tales, sino por la interpretación que le hacen a estos (Beck, 1996).

Como su mismo nombre lo indica, la terapia cognitiva de Beck, le otorga una importante atención a la exploración y modificación de la estructura cognitiva de los pacientes. Sin embargo, para lograr este cambio o modificación de los esquemas Beck parte de lo procesual (atención, memoria, recolección) para llegar a lo estructural. Desde esta perspectiva se afirma que la supresión del estilo negativo de pensamiento, tiende a aliviar la sintomatología depresiva en las esferas afectiva y conductual.

Otros aspectos importantes que resalta Beck, es el identificar los síntomas que presenta el paciente y es importante para transformar sus quejas en posibles soluciones. Según, Beck (1979) los principales síntomas objetivos son:

*Síntomas Afectivos:* como la tristeza; los pacientes depresivos en su mayoría reportan síntomas de tristeza e infelicidad. También, los sentimientos de culpabilidad, vergüenza, cólera, ansiedad.

*Síntomas motivacionales:* deseo de escapar (normalmente, vía suicidio), deseo de evitar problemas y actividades cotidianas, desmotivación.

*Síntomas cognitivos:* dificultad para concentrarse, problemas de atención, dificultades de memoria, tríada cognitiva.

*Síntomas conductuales:* pasividad, evitación o huida del contacto con otras personas, lentitud, agitación, problemas en las habilidades sociales.

Por lo tanto, el objetivo de la terapia es disminuir el sufrimiento del paciente mediante la sustitución de las estructuras cognitivas disfuncionales por cogniciones más racionales que constituirían la búsqueda de un pensamiento maduro. El punto central de la intervención es que el individuo depresivo conozca y sea capaz de detectar las deformaciones propias del procesamiento que mantienen en últimas los constructos negativos.

En este intento, se utilizan durante el proceso terapéutico de estos pacientes tanto técnicas cognitivas como conductuales, el fin es que el individuo llega a procesar la información de forma funcional.

Teniendo en cuenta esta postura, en resumen se menciona la importancia del contenido de los esquemas para la depresión, sosteniendo que este contenido es básicamente aprendido de diferentes formas. Partiendo de la base de las relaciones que se establecen con el mundo del cual el sujeto va seleccionando información, construyendo conceptos y teorías sobre sí mismo y sobre los otros.

### *La mujer y la depresión*

En la última década se han generado pro-

puestas y reflexiones sobre los intereses de las mujeres y la forma en que son asumidos por la sociedad. Teniendo en cuenta la naturaleza variable, diversa, afectiva y emocional de las mujeres, las cuales están inmersas en un contexto, donde sus experiencias generan cambios en cada una de ellas (Di Liscia, 1996).

En la actualidad, se han dado unos cambios que inciden en los roles y en las funciones de la mujer. Sin embargo, desde la perspectiva psicológica el “ser mujer” siempre ha implicado una serie de procesos psicológicos que son los que van a determinar los diversos roles que va a asumir la mujer en la vida. Aunque, sabemos que como seres individuales y particulares que somos cada mujer llevará su vida de diferente manera.

Las mujeres de estos tiempos reparten su tiempo entre trabajo, familia, hijos y amigos. Desde los 90 las mujeres se mueven en estas esferas sin descuidar su feminidad, es decir, su cuerpo y placeres.

Según Hyde (1991), hay dos factores que son relevantes cuando se estudian las causas de la depresión femenina: en primer lugar los papeles de las mujeres y en segundo la indefensión aprendida. Se ha identificado como uno de los inicios de la depresión el papel de ama de casa. Muchas de sus tareas rutinarias, repetitivas, y carentes de sentido terminal. Muchas de estas funciones las realizan en solitario, lo cual puede constituir otro factor. También, la crianza y el cuidado de los hijos pueden contribuir a la depresión. Por otro lado, los papeles asignados a los géneros también pueden intervenir en las formas de afrontar la depresión de mujeres y hombres.



La teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975), es ilustrativa para comprender la depresión en las mujeres. Para este autor “*los depresivos tienen una historia de aprendizajes en la que son incapaces de salir airosos y controlar su vida. Han aprendido a considerarse indefensos cuando se enfrentan a una situación difícil, estas personas creen que no la pueden enfrentar con éxito, apareciendo la depresión*”. Según Hyde (1991), la sensación de indefensión y la falta de control a la que se refiere Seligman se asemeja mucho a indefensión que hace parte de las características de la mujer. El hecho que en la sociedad las mujeres carezcan de poder en aspectos que van desde las relaciones interpersonales hasta en el plano de lo político. Esto contribuye a la sensación de indefensión, por ende, a la depresión.

Otro subtema, dentro de los múltiples roles que cumple la mujer es la vida en pareja, la cual tiene un significado a nivel psicológico y social en las personas, y satisface las necesidades emocionales más profundas. En gran medida la alegría se encuentra relacionada con la capacidad de amar, con la posibilidad de sentirse amado y de poder promover una vida en pareja placentera, saludable, que propicie el desarrollo humano. Sin embargo, la pareja está constantemente puesta a prueba por las contradicciones, crisis, infidelidad y factores externos (crisis económica, el trabajo, la sociedad y los hijos). Estos son los factores, que hemos identificado en consulta los psicólogos clínicos recurrentemente como desencadenantes en la depresión femenina. Sumado a la poca valía al rol femenino, a pesar de los cambios en la sociedad moderna en nuestra cultura y como país en vía de desarrollo, todavía aparece activando consecuencias sobre todo a nivel psicológico en la mujer.

Por otro lado, algunos datos que nos sustentan la vulnerabilidad femenina ante la depresión son:

- a) Entre el 20 y el 26% de las mujeres experimentan alguna depresión diagnosticable como tal en algún momento de su vida, en comparación con la proporción del hombre entre el 8 y el 12% de los varones (Wetzell, 1984).
- b) Según la OMS (2007), el trastorno depresivo es el más frecuente en el mundo occidental con una prevalencia de vida de 10 a 25%, en especial en las mujeres y en el grupo de edad de 25 a 44 años.
- c) Una de las razones por las cuales las mujeres sufren más de depresión que los hombres hace referencia a los factores: del rol social, el postparto y lo orgánico (Fernández, 1996).
- d) En el caso de autores como Freud, exponía que las mujeres tendían a ser más dependientes que los hombres por naturaleza, esto revelaría el alto grado de las depresiones en la mujer, apoyándose en la dependencia.
- e) Los conductistas desde su modelo expresarían que la incidencia de la depresión en la mujer se debía a la baja tasa de refuerzos. La falta de acontecimientos reforzantes y/o ausencia de condiciones sociales necesarias para conseguir refuerzo. La diferencia en aptitudes sociales hace que unas personas se depriman y otras no, ante la pérdida de reforzamiento y la conducta depresiva se mantiene, una vez instaurada, por su nocividad para los integrantes de su entorno, quienes evitan la interacción con la persona afectada (Burguess-Lewinsohn, 1982).

Teniendo en cuenta la situación actual en

términos de los trastornos psicológicos específicamente la depresión y cómo afecta en gran medida a la población femenina el interrogante es: ¿cómo se puede enfrentar esta problemática? En primera instancia, mediante los programas de promoción y prevención, ya que, se deben examinar los patrones de crianza y otros factores que inciden en la depresión en la mujer y así modificarse. Según Beck (1974), las mujeres jóvenes deberían concentrarse en impedir futuras depresiones cultivando hábitos de respeto a sí mismas y autoconfianza y llevando una vida equilibrada, participando en diversas actividades, en vez de ser exclusivamente de los vínculos familiares para su apoyo emocional e intelectual. A pesar de los cambios que quieran realizar las mujeres es pertinente, que la sociedad realice un cambio ante esta problemática. También, otro factor que repercute a la depresión femenina es la violencia contra ellas y la pobreza. Según Hyde (1991), una proporción creciente de personas que viven por debajo del límite de pobreza son mujeres o madres con sus hijos, fenómeno conocido como la *feminización de la pobreza*.

Las investigaciones indican que las mujeres sometidas a estrés económico y que tienen la responsabilidad de niños pequeños experimentan depresión. Un estudio descubrió que cerca del 50% de las madres de niños pequeños con rentas bajas mostraban suficientes síntomas como para catalogarlas como deprimidas (Pearlin y Johnson, 1977. Citados en Hyde, 1991).

Otro de los factores que han acompañado históricamente las alteraciones psicológicas en la mujer son la *dependencia*. Siendo la dependencia parte que prima en el papel femenino tradicional, el cual define las conductas dependientes

como las expresiones de indefensión y fragilidad. En el caso de la dependencia psicológica los autores la definen, *como la persona que es tan emocionalmente dependiente de otra que carece de identidad y puede sentirse indefensa sin la otra* (Ellis, 1986). Por lo tanto, según Hyde (1991), una de las orientaciones futuras en el campo de la salud mental de la mujer, refiere la necesidad de que se supere la dependencia, teniendo siempre presente que es un problema personal que con frecuencia se está generando por las desigualdad entre hombres y mujeres.

#### *Mujeres con depresión en el Hospital Universidad del Norte*

Partiendo de la experiencia clínica, se observa algo que no es nuevo para los psicoterapeutas. Sabemos que los mayores consultantes de la población adulta son mujeres, aspecto que se puede revelar en el servicio de psicología del Hospital Universidad del Norte [HUN].

También autores como Ellis (1986), nos menciona con respecto a la temática: *“en el campo de la psicoterapia en cuanto al tema de la mujer se refiere, se encuentran diversas investigaciones, en donde revelan indudablemente que las mujeres asisten más a consulta psicológica que los hombres”*.

Según Garay (2004), en los hospitales psiquiátricos hay 1,33 mujeres por cada hombre. Esto cuestiona al punto que los estudiosos del tema formulen dos posibilidades de esta situación. Puede deberse, o por consecuencia del estrés del papel femenino o que las mujeres están más dispuestas a reconocer sus problemáticas y someterse a tratamiento.



Si bien contamos con esta realidad, se ilustrará cómo en lo que ha corrido del año desde el mes de enero hasta mayo de 2009, se reportaron casos de mujeres con depresión en el servicio de psicología del HUN.

A continuación, se ilustrará en la siguiente ta-

bla las pacientes con sus respectivas edades y los síntomas objetivos tales como los afectivos, motivacionales, fisiológicos, cognitivos y conductuales; así como Beck postula en la terapia cognitiva de la depresión mencionado en un apartado anterior. Los siguientes datos fueron recolectados mediante las entrevistas con las pacientes:

Paciente/Edad	Síntomas Cognitivos	Síntomas Afectivos	Síntomas Motivacionales	Síntomas Fisiológicos	Síntomas Conductuales
E. S. 49 años	Percepción negativa de sí misma.	Tristeza.	Pérdida de interés por actividades.	Alteraciones en el sueño (por déficit).	Lentitud.
Y. G. 21 años	Presenta tríada cognitiva* (percepción negativa de sí misma, de los demás y del futuro).	Tristeza. Irritabilidad. Miedos.	Pérdida de interés por actividades. Deseo de escapar.	Alteraciones en el sueño (por déficit). Alteraciones en la alimentación (por exceso).	Intentos de suicidio. Llanto fácil.
N. V. 35 años	Percepción negativa de sí misma.	Tristeza.	Pérdida de interés por actividades.	No reporta.	Llanto fácil.
L. S. 26 años	Percepción negativa de sí misma.	Tristeza.	Pérdida de interés por actividades.	Pérdida de apetito sexual.	Dificultades en el contacto con su pareja (evitación).
M. R. 33 años	Presenta tríada cognitiva. Ideación suicida.	Tristeza.	Pérdida de interés por actividades. Deseo de escapar.	Alteraciones en el sueño y alimentación (por déficit).	Llanto fácil.
Y. Ch. 42 años	Presenta tríada cognitiva. Ideación suicida.	Tristeza. Irritabilidad. Miedos. Ansiedad.	Pérdida de interés por actividades. Deseo de escapar.	Alteraciones en el sueño (por déficit) y alimentación (por exceso). Dolores de cabeza, mareos.	Llanto fácil. Dificultades en el contacto con los otros. Agitación.
M. G. 43 años	Pensamientos negativos hacia sí misma de poca valía.	Tristeza. Miedos. Ansiedad.	Pérdida de interés por actividades. Deseo de escapar.	Alteraciones en el sueño (por déficit). Taquicardias.	Llanto fácil. Dificultades en el contacto con los otros.
C. M. 48 años	Presenta tríada cognitiva.	Tristeza.	Pérdida de interés por actividades. Deseo de escapar.	Alteraciones en el sueño (por déficit). Dolores de cabeza.	Llanto fácil.
J. C. 50 años	Ideación suicida.	Tristeza.	Pérdida de interés por actividades. Deseo de escapar.	Alteraciones en el sueño (por déficit).	Intento suicida. Llanto fácil.

sigue →

**Tabla I. Síntomas objetivos de la depresión en las pacientes del HUN**

→ viene

Paciente/Edad	Síntomas Cognitivos	Síntomas Afectivos	Síntomas Motivacionales	Síntomas Fisiológicos	Síntomas Conductuales
C. G. 34 años	Percepción negativa hacia la vida.	Tristeza.	Pérdida de interés por actividades.	Alteraciones en el sueño (por déficit).	Lentitud psicomomora.
M. S. 27 años	Percepción negativa hacia el futuro.	Tristeza.	Pérdida de interés por actividades.	Alteraciones en el sueño (por déficit). Opresión en el pecho. Problemas gastrointestinales.	Llanto fácil.
S. L. 23 años	Tríada cognitiva. Baja autoestima.	Tristeza.	Pérdida de interés por actividades.	No reporta.	Llanto fácil.
A. P. 24 años	Tríada cognitiva. Falta de concentración.	Tristeza. Irritabilidad.	Pérdida de interés por actividades.	No reporta.	Dificultades en las relaciones interpersonales.
T. M. 54 años	Tríada cognitiva.	Tristeza.	Pérdida de interés por actividades.	Alteraciones en el sueño y en la alimentación (por déficit).	Llanto fácil.

Teniendo en cuenta los datos recolectados, corresponde a una amplia gama de casos en donde los principales causantes o factores desencadenantes de su problema son: el divorcio, infidelidad, problemas de pareja, disfunción sexual, maltrato intrafamiliar, exigencias laborales, educación de los hijos, entre otras. Todos estos causantes, son una realidad que vive la mujer en sus roles como madre, esposa, trabajadora.

Por esta razón, es pertinente que las instituciones de salud como el HUN contemos con un programa de evaluación e intervención tanto a nivel individual como grupal, que apunte a la mejora de la calidad de vida de estas mujeres. Si bien contamos, hasta el momento con la intervención individual, se nos hace urgente realizar intervenciones grupales que se dirijan a trabajar esta problemática de la depresión en las mujeres de forma integral. Teniendo en cuenta que la depresión, se ha constituido como un grave

problema de impacto psicosocial y salud pública, lo que la convierte en un problema importante a intervenir oportunamente, con el fin de reducir los riesgos y los casos de suicidio.

### Conclusión

A partir de lo anterior, se concluye que es evidente el impacto de la depresión en la mujer como los datos epidemiológicos nos lo sustentan.

Así mismo, en nuestras instituciones de salud como el HUN, observamos esta creciente población. Se requiere de estudios más rigurosos que nos den indicios sobre los datos epidemiológicos exactos, pero si bien contamos con una realidad que atender y de forma eficaz.

Por esta razón, siguiendo con lo planteado en el modelo cognitivo conductual, nos da la vía



para llegar a evaluar e intervenir oportunamente con nuestro personal asistencial.

A pesar de ello, se sigue con la proyección a corto plazo de incluir programas de intervención grupal que fortalezcan el servicio de psicología para proporcionar una herramienta práctica para ayudar a estas mujeres con su misma vulnerabilidad, para poder efectuar cambios cognitivos y conductuales amplios con el fin de desarrollarse como seres humanos totales.

### Referencias

- Beck, A. (1997). *Terapia cognitiva de la depresión*. Ed. Desclée de Brower. Novena edición.
- Cañas, A. (2007). *Caracterización teórico metodológica de las intervenciones grupales con mujeres víctimas de violencia en la pareja*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado el 8 de noviembre de 2008, en <http://www.cybertesis.cl>
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapia cognitiva*. España: Paidós.
- Di Liscia, M. (1996). *Democracia: una interpretación desde las mujeres*. Santa Rosa, Argentina, I. La aljaba, Universidad Nacional de Luján. Recuperado el 23 de enero de 2009, en <http://www.redalyc.org/>
- Durand, M.; BARLOW, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la Psicología anormal*. México: Ed. Thompson.
- Ellis y Grieger (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower.
- Ellis y Abrahams (1986). *Terapia racional emotiva*. México: Edit. Pax.
- Fernández, J. (1996). *Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. España: Pirámide.
- Garay, V. (2004). Algunos factores en la salud mental de la mujer rural temporera y su abordaje desde la terapia grupal. *Revista de Psicología*. Universidad de Chile. 13, 103-113. Recuperado el 24 de enero de 2009, en <http://www.redalyc.org/>
- Hyde, J. (1991). *Psicología de la mujer, la otra mitad de la experiencia humana*. Morata.
- Leahey, T. (1999). *Historia de la psicología: principales corrientes en el pensamiento psicológico*. Madrid: Prentice-Hall.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1998). *Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas*. Versión Preliminar. Santa Fe de Bogotá, Oficina de Comunicaciones.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Estadística sanitaria mundial 2007. Recuperado el 22 de diciembre de 2009, en <http://www.who.int/>
- Pérez, M.; García, J. (2001). Tratamientos eficaces para la depresión. *Revista de Psicología*, Universidad de Oviedo, Recuperado enero de 2009, en <http://www.redalyc.org/>
- Riso, W. (1992). *Depresión. Avances recientes de la cognición y el procesamiento de la información*. Medellín: Centros de estudios avanzados en psicología.
- Vásquez, C.; Sanz, J. (1998). *Trastornos del estado de ánimo*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 12 de enero de 2010, en <http://www.ucm.es/>