

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR ACUERDO No. 3213-25
CON FECHA 13-VI-1997 DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO.

DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR DEPRESIÓN EN PROFESIONISTAS DESEMPLEADOS

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
ELOISA BARRÁN MALDONADO

MÉXICO, D. F.

2007

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR ACUERDO No. 3213-25
CON FECHA 13-VI-1997 DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR
DEPRESIÓN EN PROFESIONISTAS DESEMPLEADOS**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
ELOISA BARRÁN MALDONADO

ASESOR DE TESIS
LIC. MARÍA DEL CARMEN SEGURA MÉNDEZ
CÉDULA PROFESIONAL No. 2484990

MÉXICO, D. F.

2007

DEDICATORIAS

Dedico el presente trabajo de tesis a mi papá por todo el apoyo que me ha brindado para seguir mis estudios y así llegar a la recta final, para cumplir una de mis más grandes metas, mi tesis.

A ti mamita a donde quiera que estés, yo sé que siempre estuviste a mi lado apoyándome.

A mi hermana Lety por ayudarme y por ponerme el ejemplo.

A mi hermana Jasmín por estar conmigo en todo momento.

A mis profesores, ya que gracias a ellos aprendí muchas cosas las cuales me servirán para desarrollarme en mi vida profesional.

A Carmen mi asesora de tesis por apoyarme siempre, por su ayuda y brindarme su amistad incondicional.

A Dios por darme el don de la vida, por brindarme la oportunidad de realizarme como profesionista y por darme unos padres tan maravillosos.

Gracias a todos y a cada uno de ustedes, ya que sin su apoyo y enseñanzas no hubiera podido llegar hasta aquí.

Los Quiero Mucho ELO.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	II
CAPÍTULO 1. DESEMPLEO	
1.1. Definición de Desempleo	2
1.2. Antecedentes del Desempleo	5
1.3. Estadísticas del Desempleo	15
1.4. Causas del Desempleo	20
1.5. Efectos del Desempleo	21
1.5.1. Económicos	22
1.5.2. Sociales	23
1.5.3. Físicos	24
1.5.4. Psicológicos	27
1.5.4.1. Baja Autoestima	29
1.5.4.2. Falta de Motivación	29
1.5.4.3. Depresión	31
CAPÍTULO 2. DEPRESIÓN	
2.1. Definición de Depresión	34
2.2. Antecedentes de la Depresión	36
2.3. Teorías sobre la Depresión	39
2.3.1. Teoría Conductual	40
2.3.2. Teoría Psicoanalítica	41
2.3.3. Teoría Cognitiva	45
2.4. Síntomas de la Depresión	46
2.5. Clasificación de la Depresión	51

2.6. Causas de la Depresión.	53
2.7. Consecuencias de la Depresión	57
2.8. Tratamiento de la Depresión	63
2.8.1 Tratamiento Farmacológico	65
2.8.2. Tratamientos Físicos	67
2.8.3. Tratamiento Psicoterapéutico	68
2.9. Instrumentos previos que miden la depresión	70
2.9.1. Inventario de Beck	71
2.9.2. Escala de Hamilton	74
2.9.3. Escala de Autoevaluación de Zung	76

CAPÍTULO 3. DISEÑO DEL INSTRUMENTO

3.1. Metodología para la elaboración de un instrumento	80
3.1.1. Propósito del instrumento	82
3.1.2. Construcción del Marco Teórico	83
3.1.3. Identificación de variables	84
3.1.4. Definición de variables	84
3.1.5. Definición de indicadores	86
3.1.6. Definición operacional	88
3.1.7. Elaboración de reactivos	89
3.1.8. Análisis de reactivos	92
3.1.9. Validez	93
3.1.10. Piloteo del instrumento de medición	104
3.1.11. Confiabilidad	105

CAPÍTULO 4. INSTRUMENTO FINAL

4.1. Manual del Instrumento	108
4.2. Instrucciones de aplicación	108
4.3. Instrucciones para la calificación	109
4.4. Usos y Limitaciones	111
CONCLUSIONES	114
BIBLIOGRAFÍA	118
ANEXOS	124

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la época moderna se han vivido infinidad de cambios culturales, sociales y tecnológicos que han dejado huella en la humanidad. Después de la Primera Guerra Mundial, se vio afectado el mundo industrializado, y los departamentos de personal desempeñaron funciones de creciente importancia para las empresas. En este proceso se crearon los primeros métodos modernos de aplicación de exámenes médicos y psicológicos a poblaciones de grandes dimensiones. Esto originó que hicieran una selección de personal, dejando a un lado a aquellas personas que también necesitan de trabajo.

Así como los seres humanos experimentan cambios, las empresas también y estás como entes sociales, evolucionan y cambian debido al medio ambiente que les rodea, por lo que las dificultades económicas durante los últimos años son considerables, aún dentro de estas difíciles circunstancias, numerosas empresas han logrado consolidarse, crecer y prosperar. En especial cuando las condiciones económicas son adversas, las personas que laboran en las empresas se esfuerzan por encontrar nuevas respuestas a los desafíos y así conservar su empleo.

Es por ello que el tema del desempleo ha sido una de las principales preocupaciones en la actualidad. En los últimos tres años (2004-2006) el número de personas sin trabajo aumentó considerablemente. (INEGI, 2007).

Pero no solamente la gente desempleada tiene este problema, ya que también los profesionistas egresados recientemente se encuentran en un mundo globalizado en donde existe un alto nivel de competencia y desafíos, los cuales tienen que enfrentar con entereza.

Uno de los factores que se presenta frecuentemente ante el problema del desempleo es la depresión, que es un trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo, primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad, que suele asociarse a síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual) y una reducción de la actividad social. (Dorantes Velásquez; Ramírez Pérez, 1997).

Constituye, junto con los trastornos de angustia, la disfunción mental más frecuente en la población general, por lo que es importante diseñar un instrumento que mida la depresión de profesionistas desempleados ya que existen instrumentos que miden el problema de la depresión pero de manera general, lo cual no satisface del todo las investigaciones que se han realizado sobre depresión en las personas desempleadas, específicamente en profesionistas que sufren dicho problema.

Es importante conocer la depresión de los profesionistas desempleados que aparentemente es transitoria, ya que puede convertirse en un círculo del cual las personas no puedan salir: es decir, a consecuencia del desempleo se genera la depresión y ésta a su vez va a provocar baja autoestima, ocasiona falta de motivación, a su vez trae como consecuencia problemas a nivel personal, familiar, social, económico, entre otros.

Lo anterior da lugar a la siguiente pregunta: ¿Qué elementos se deben considerar para diseñar un instrumento que mida depresión en profesionistas desempleados?

Como siguiente instancia se plantea el objetivo general por el cual se ha realizado la presente tesis que es el identificar y aplicar las fases que se requieren para

elaborar un instrumento que mida depresión en profesionistas desempleados, tomándose en cuenta los conceptos de desempleo y depresión.

El propósito fundamental de la presente tesis es el de diseñar un instrumento para medir depresión en profesionistas desempleados, el cual servirá de base en investigaciones posteriores, el cual será de utilidad para el diagnóstico de aquellas personas que necesitan de un tratamiento psicológico para superar la depresión, de esta manera se ayudará a profesionistas que se encuentren en estas circunstancias.

Esta prueba psicológica puede ser empleada con diferentes finalidades, por ejemplo: evaluación y diagnóstico, con dicho instrumento se observará si los profesionistas sufren depresión debido a su situación de desempleados; selección, al momento de contratar al personal, será de mucha utilidad, ya que se podrá detectar a estas personas que tengan depresión, debido a ello su rendimiento va a ser menor, que el de una persona totalmente sana; investigación, servirá como base en investigaciones posteriores que se hagan sobre el tema de depresión en profesionistas desempleados.

Con el fin de hacer evidente la problemática y sus consecuencias, se dividió el presente estudio en cuatro capítulos, en donde se da a conocer el grado de depresión a la que es objeto la sociedad.

En el Capítulo 1 se da un panorama general del desempleo en México, así como los antecedentes, estadísticas, causas y efectos que ocasiona este problema a la población mexicana, el cual ha sido uno de los principales problemas que se han vivido. Se ha notado que el país se ha estancado considerablemente, en la que persiste la debilidad de la economía mexicana que se ha visto reflejada en el desempleo, intentándose reactivar el crecimiento nacional por medio de la iniciativa privada e

incluso la extranjera para con ello participar en la creación de empresas lo cual permitiría el avance social, tecnológico y cultural de nuestro país.

En el Capítulo 2 se encuentran conceptos generales de la depresión, se sabe que esta enfermedad es uno de los factores psicológicos generado por causa de esta problemática del desempleo ya que se han realizado investigaciones propias a este tema, las cuales se retomán posteriormente. En este capítulo también se abordan los estudios previos y las diferentes teorías sobre la depresión.

En el Capítulo 3 se hace una descripción del proceso que se debe llevar a cabo para realizar un instrumento, así como su elaboración, cuya finalidad sea medir depresión en profesionistas desempleados. Para ello se realizó inicialmente una investigación documental con la utilización de material bibliográfico, hemerográfico y electrónico. Posteriormente se elaboró un instrumento cuya finalidad es medir únicamente la depresión de los profesionistas desempleados, sin que intervenga ningún factor externo que no sea el problema en cuestión.

En el Capítulo 4 se da a conocer el instrumento final, el manual del mismo y los resultados que arrojó esta investigación sirvan para apoyar a profesionistas que se encuentran en dicha situación, y así proponer soluciones al problema de la depresión, que surgió como consecuencia del desempleo.

RESUMEN

En los últimos años se ha vivido en carne propia la situación del desempleo, el cual es uno de los principales problemas por el que atraviesa el país, lo que conlleva a la población a caer en una depresión, esto impide buscar con entereza un trabajo digno. El objetivo por el cual se ha realizado la presente tesis es identificar y aplicar las fases que se requieren para elaborar un instrumento, y así tomar en cuenta los conceptos de desempleo y depresión. El propósito fundamental es el de diseñar un instrumento para medir depresión en profesionistas desempleados, el cual servirá de base en investigaciones posteriores, al ser de utilidad para aquellas personas que necesitan de un tratamiento psicológico para superar la depresión, de esta manera se ayudará a profesionistas que se encuentren en estas circunstancias. Con base a la investigación que se realizó anteriormente se pudo comprobar que el instrumento que se diseñó cuenta con una validez de contenido ya que varios autores hablan sobre el tema de la depresión. En cuanto a la confiabilidad del instrumento, se comprobó que sí cuenta con esta característica de medición ya que tiene un margen de error de .06 y una confiabilidad de .94, se puede decir que esta prueba es confiable.

CAPÍTULO 1
DESEMPLEO

1.1. Definición del desempleo

Uno de los principales problemas que enfrenta la sociedad mexicana es el desempleo, esto debido a diversas causas, una de las principales es la sobrepoblación. Sin embargo, no es un problema nacional, sino también se habla de que existen diversos países del mundo con esta misma situación, ya que el desempleo está ligado a las políticas sociales y culturales de cada país por lo que su importancia está determinada por el grado de participación de cada uno de los Estados.

Las bondades y beneficios que el empleo provee al trabajador quedan automáticamente suprimidas para el desempleado.

El desempleo se puede definir de diferentes maneras una de ellas es: “Circunstancia en la cual las personas se encuentran deseosas de trabajar y en condiciones de iniciar sus labores de inmediato, pero sus habilidades o su formación profesional no se aplican a los puestos disponibles” (Bridges, 1997, p. 164).

De acuerdo con Dorantes (1997), “El trabajo por insignificante que sea, brinda identidad y da al sujeto la posibilidad de adivinar y entender su existencia social en el mundo y finalmente; también, como sujeto que lucha y transforma dentro de su clase social. Por medio del trabajo se producen autoimágenes socialmente significativas” (p. 82 - 83).

El desempleo no significa solamente un individuo sin trabajo remunerado o sin empleo, sino también se ve reflejado en una persona que ha perdido su trabajo. La persona en cierto modo puede sentirse mutilada ya que ha perdido su fuente de trabajo

lo cual podría explicar, al menos parte de las claves, tanto de ciertos comportamientos sociales como de algunos trastornos afectivos o psicofisiológicos (Dorantes, 1997).

Con relación a lo anterior, se puede considerar al desempleo como uno de los fenómenos sociales que hacen evidente el mal manejo de los gobiernos. Cada país tiene leyes distintas en cuanto al empleo, diferencias de una nación a otra, en este sentido es que el empleo requiere de un marco legal que considere el problema con todo lo que ello implica.

Posiblemente en esta época no se encuentre un tema más recurrente en el ámbito corporativo que la pérdida de los empleos; no pasa un día sin que se observe, en diversos medios, que determinada empresa nacional o extranjera estén por implementar un plan de reducción de costos, donde inevitablemente está incluido un severo recorte de personal.

Sin embargo, es necesario conocer cuál es la diferencia entre trabajo y empleo, para no confundirse, todos conocen a personas con empleo que no trabajan y también personas que trabajan y no tienen empleo, por ejemplo, una ama de casa que trabaja todo el día y no tiene un empleo, ni un horario, ni prestaciones, ni sueldo. No contar con todos los elementos que conforman un empleo en nada cambia la realidad indiscutible de que muchas mujeres desarrollan un trabajo por demás importante y fundamental (Orio, 1998).

Los conceptos de empleo y desempleo, al igual que sus parientes cercanos subempleo (desempleo encubierto), y “desempleo disfrazado”, son ambiguos. Al aclarar, en principio, lo que se requiere decir cuando se afirma que una persona está empleada. En primer lugar, al pensar que alguien está empleado cuando dedica parte de su tiempo a una actividad o produce algo de valor para alguien y recibe por ello un

ingreso. En dado caso al ajustarse a cualquiera de estas definiciones pronto se estará en complicaciones. De acuerdo, por ejemplo, con la primera, no habría desempleo: todos hacemos “algo”. Si para ser más precisos se agregara que, para estar empleado, la actividad tiene que producir algo y generar un ingreso, sólo complicaría lo que se busca aclarar. “¿Qué pensamos –en términos de empleo- de un pordiosero que con su actividad procura un beneficio (ingreso) al jefe de su banda?” (Dorantes, 1997).

Es conveniente distinguir entre el “enfoque producción” y el “enfoque ingreso” del empleo. Del “enfoque producción” se deriva la idea de que una persona que no produce nada está en desempleo abierto; y de que si produce relativamente poco (productividad baja) está subempleada. Una variable del concepto del subempleo, que se ha hecho popular entre los economistas, es la del “desempleo disfrazado”. Se dice que una persona está en “desempleo disfrazado” si, cuando abandona la actividad que realiza con otras personas, la producción total no disminuye, o sea que su contribución a la producción conjunta equivale a cero. Esto es, la persona está desempleada, en cuanto a su productividad se refiere, aunque esta situación esté “disfrazada”.

El término “empleo”, está ligado a un puesto, mientras que el término “trabajo” se liga a una o varias actividades que producen riqueza y que, por lo tanto, enriquecen a quien lo realiza (Peñalva, 1996).

El empleo es una forma de trabajar que se creó, es decir, se inventó, hace relativamente muy poco tiempo, apenas a principios del siglo XIX. Se estructuró como una forma de llevar a cabo las tareas que surgían de la naciente industrialización que se daba en ese momento. Con el paso del tiempo, esta forma de trabajar se ha compenetrado en la sociedad, de tal suerte que hoy trabajo y empleo se confunden; pero al unificar estos dos conceptos, se conoce el grave error de pensar que el empleo

es la forma “natural” que tenemos las personas de desarrollarnos (Armida Obregón, 2001, p. 17).

Por ello, vale la pena en esta transición en la que se vive, recordar que una cosa es el empleo que se tenía, otra muy distinta el trabajo que se realizaba, y por su puesto otra también distinta, lo que es y se puede llegar a ser, independientemente de que se tenga empleo o no.

Efectivamente, la pérdida del empleo es uno de los eventos más traumáticos que existe en la vida de las personas, pero como todos los eventos traumáticos, éste también es temporal y remediable.

1.2. Antecedentes del desempleo

En todo el país se sabe que el desempleo es uno de los problemas más agudos de la nación, sin embargo, no existe una cifra confiable acerca del número de desempleados, ya que al gobierno no le conviene que la gente se entere de la realidad de las cosas porque podría volverse en su contra. Por ello, es necesario conocer cuándo empezó a tomar auge esta problemática del desempleo.

De acuerdo con el Censo de Población de 1970, entonces existían en el país 485,187 personas desempleadas de un total de casi 13 millones que formaban la población económicamente activa. Según otro estudio, casi el 45% de la población económicamente activa en 1970, o sea alrededor de 6 millones de personas, estaban subempleadas.

Se ha calculado que en 1980 el 65% de la fuerza de trabajo agrícola, o sea más de 4 millones de personas, se encontraban desempleadas.

En la Secretaría de Trabajo y Previsión Social se han hecho estimaciones que indican que, en 1978, mas del 50% de la población económicamente activa, o sea más de 8 millones de personas, estaban subempleadas. También se hicieron proyecciones según las cuales –si se seguía manteniendo la tendencia actual del crecimiento de la población económicamente activa y la cantidad de mano de obra que puede ser empleada en la economía para el año 2000 habrán cerca de 9 millones de desempleados y 19 millones subocupados (Gollás, 1982, p. 263).

Con relación a lo anterior, se puede decir que el desempleo irá en aumento considerablemente en años posteriores, si se sigue con esta crisis tan devastadora, quién sabe hasta donde se llegará en un futuro.

Se dice que no existe un dato exacto que informe sobre el número de los desempleados en México, aunque coinciden en que es considerablemente alto el índice de desempleados y que representan graves problemas económicos y sociales para el país. Afortunadamente no es necesario medir con exactitud este problema para buscarle solución (Orellano, 2005).

Se sabe que la economía mexicana es capitalista y que, mientras lo siga siendo, los aumentos sustanciales en el empleo de mano de obra sólo se lograrán si los propietarios de empresas agrícolas e industriales, grandes y pequeñas, contratan más trabajadores, si para disminuir el desempleo se propusieran medidas socialistas se haría, en el mejor de los casos, demagogia tercermundista de lo más subdesarrollada (Gollás, 1982, p. 265).

Se ha demostrado en México que una política orientada solo a aumentar el producto nacional bruto no resuelve el problema del desempleo. México vivió una época de optimismo generalizado (1950 – 1968) en la que se suponía que, duplicando

o triplicando la tasa de crecimiento vía inversiones en maquinaria y equipo, se industrializaría al país y por lo tanto, la pobreza y el desempleo desaparecerían. “ ¡Como si la disminución del desempleo fuera un corolario del crecimiento rápido del producto! Pensábamos entonces que la vida comenzaba a los 1,000 dólares en ingreso per capita anual y a este fin dirigimos nuestros esfuerzos. En la subcultura de las organizaciones internacionales y en la literatura sobre desarrollo económico, la tasa – casi mítica- de crecimiento de 6.5% anual, a la que creció el país hasta hace unos años, era más popular que el ballet folklórico” (Gollás, 1982, p. 266).

La realidad, sin embargo, fue otra. Paralelamente al crecimiento del producto el desempleo y subempleo han aumentado y la distribución del ingreso personal se ha deteriorado. Las estadísticas muestran que actualmente hay más pobres que nunca y que, si bien es cierto que los pobres reciben un ingreso mayor, éste aumenta menos rápidamente que el de los ricos. La tierra agrícola también está desigualmente distribuida (Gollás, 1982).

Lo anterior no debe interpretarse como que el crecimiento rápido del producto sea un fenómeno reaccionario, puesto que los porcientos no manifiestan ideología. Estas observaciones indican el error de estar obsesionados con el aumento del producto y no haber incorporado explícitamente, como objetivo de política económica, aumentar simultáneamente el empleo y mejorar la distribución del ingreso. La idea de que primero se puede crecer y después distribuir lo que se produjo es, en el mejor de los casos, ingenua. ¿Cómo se redistribuye la riqueza? Los instrumentos de redistribución del ingreso, como los fiscales, no son particularmente eficientes ni quienes poseen la riqueza permanecen inactivos cuando se intentan medidas redistributivas. Además, la distribución del ingreso que existe determina el tipo de bienes y servicios que se producen en el país, y esto dificulta aún más la redistribución. No se puede fácilmente transformar un producto nacional (que creció

por que aumentó la producción de Mustangs o de mansiones en el Pedregal) en transporte público barato y habitaciones populares (Gollás, 1982, p. 266 – 269).

En resumen, las políticas de empleo y redistribución del ingreso deben incorporarse explícitamente a los planes de desarrollo económico; preocuparse más por la composición del producto y las técnicas empleadas para generarlo, y menos por su ritmo de crecimiento. Consideraciones que apuntan a que en México se debe crear una nueva teoría y práctica del desarrollo económico.

El “enfoque ingreso” del empleo propone que el ingreso se obtiene por medio del empleo o, dicho en otra forma, que el empleo es la fuente principal del ingreso. Con frecuencia ocurre que el aspecto ingreso del empleo no tiene relación alguna con el aspecto producción, o que es muy difícil establecerla; vista así, una manera de aumentar el ingreso de las personas sería emplearlas en cavar zanjas y luego dedicarlas a taparlas. El aspecto producción, en este caso, sería difícil de apreciar.

La inflación representa una forma de redistribuir el ingreso, ya que los empresarios y comerciantes elevan los precios de sus productos con objeto de que no disminuya su tasa de ganancia; al mismo tiempo, las personas que obtienen ingresos fijos (obreros y empleados principalmente) ven disminuido su poder adquisitivo por el incremento de precios (Sacristán, 1982).

La única forma de que no disminuya el poder adquisitivo de los trabajadores es que el salario real se incremente en la misma proporción que los precios. Los precios son reflejo inmediato de la inflación. No existe una metodología unificada para medir la inflación, pues hay varios índices que hacen necesario aclarar siempre de cuál se trata y la fuente de su obtención.

Después de la Segunda Guerra Mundial, todos los países han tenido cierto grado de inflación, lo cual ha sido compatible con el crecimiento económico.

Los analistas han llamado desarrollo estabilizador a este periodo en que los precios crecieron a tasa anuales muy bajas. El promedio anual de crecimiento de precios de 1950 a 1970, de acuerdo con el índice de precios al mayoreo de la ciudad de México, fue de 2.92% que se puede considerar como estabilización, pues aunque los precios crecieron, lo hicieron lentamente (Howard, 1980, p. 148).

Ahora se visualizará cual fue la evolución de la población total y de la población económicamente activa (PEA) en el periodo de 1950 a 1970, ya que no se cuenta con datos precisos del desempleo y el subempleo en tal periodo.

La participación de la población económicamente activa sobre la población total permanece relativamente constante de 1950 a 1962. Alrededor de uno de cada tres mexicanos formaba parte de la PEA. De 1963 en adelante, la participación de la PEA sobre el total de población empieza a declinar año con año, aunque de forma lenta, lo cual se puede deber al crecimiento elevado de la población infantil, a la falta de oportunidades de empleo, o ambas causas. La relación tiende a variar y se acerca a una situación en la que uno de cada cuatro mexicanos forma parte de la PEA (Howard, 1980, p. 149).

Posiblemente haya habido ciertos problemas de desempleo y subempleo en la década de 1970, lo cual se observa al revisar otros datos.

Los datos son uniformes debido a que los censos se hacen cada 10 años: el crecimiento se obtiene de esos 10 años y se promedia anualmente. Se observa que en la década de 1950 el crecimiento de la población total fue similar al de la PEA, lo cual

demuestra que el empleo creció en esa década a ritmos satisfactorios al ser impulsado por el proceso industrializador a través de la sustitución de importaciones.

En la década de 1960, la población económicamente activa creció a un ritmo menor (1.70% anual) que la población total (3.42%), lo que corrobora la hipótesis de que el problema del desempleo y el subempleo se incrementó en dicha década, lo cual aumentó el número de desempleados y subempleados; si a ello se agrega el número de mexicanos incorporados al mercado de trabajo anualmente, el problema se agrava.

Se puede afirmar que en el periodo de desarrollo estabilizador de 1950 a 1970 no hubo problemas de inflación, hacia finales del periodo se empieza a presentar el problema del desempleo, lo cual se debe a que el proceso de industrialización de la economía mexicana iba perdiendo dinamismo. Para terminar este apartado, conviene analizar la evolución de la producción y la productividad nacional, así como los salarios que se otorgaron durante el periodo de estabilización (Howard, 1980, p. 151).

En 1970, cuando Luis Echeverría Álvarez asumió la presidencia del país, criticó el desarrollo estabilizador seguido en las décadas anteriores, se planteó un nuevo modelo de desarrollo que llamó desarrollo compartido. A continuación se verán los resultados de este modelo en lo que se refiere a inflación y desempleo. Así mismo, se analizará el periodo de José López Portillo, de 1976 a 1982, para ver los resultados en cuanto a los problemas planteados.

En primer lugar, es necesario precisar el desarrollo de los precios de 1970 a 1982 para observar la evolución de la inflación, que se ha agudizado en los últimos años.

Durante el sexenio de 1971 a 1976, los precios se elevaron 13.6% en promedio anual, lo cual demuestra que en ese sexenio se desarrolló inflación y que ésta fue en aumento pues empezó con un índice de 6.2% en 1971 y terminó con 22.27% en 1976 (Howard, 1980, p. 154).

El sexenio de López Portillo terminó con un promedio anual de inflación de 29.93%, pues si se considera que el primer semestre de 1982 registró un incremento de precios de 32%, éste se duplicó al finalizar el año. Se destaca que a partir de 1973 la inflación se ha elevado año con año en forma continua y aguda. La economía mexicana ha pasado de un periodo de relativa estabilización (1950 a 1972) a uno de inflación que se ha convertido hiperinflación.

Respecto a la evolución del problema del desempleo, conviene analizar los censos de 1970 y 1980 en lo que se refiere a población económicamente activa, pues no hay datos precisos sobre el desempleo, sino sólo estimaciones. En el análisis se debe relacionar la problemática del desempleo y el subempleo con el de la inflación para determinar la existencia de dicho problema en nuestro país.

El crecimiento promedio anual de la población de 1970 a 1980 fue de 3.29%, en tanto que la PEA total se incrementó 4.64% en promedio anual. Los ritmos de crecimiento anual de la PEA de los sectores fueron: agropecuarios, 2.75%, industrial, 6.84%, y de servicios, 5.94% (Howard, 1980, p. 155).

Aunque no hay datos concretos y confiables acerca del desempleo y el subempleo es evidente que en los últimos años el sistema económico mexicano ha sido incapaz de resolver el problema que se ha acumulado, así como de absorber la creciente mano de obra que año con año se incorpora al mercado de trabajo.

Algunos comentarios sobre el desempleo y el subempleo son:

“Para 1978, el número de desempleados –cubiertos o encubiertos- era de 2,300 000 mexicanos. De éstos, muchos eran profesionistas y técnicos o empleados de oficina, pocos no eran especializados. Estos rasgos relevantes de la situación de empleo y desempleo aparecen en el manual la Población de México, su ocupación y sus niveles de ocupación, editado por el Sistema Nacional de Información, de la Secretaría de Programación y Presupuesto” (Howard, 1980, p. 156).

Si se considera que en 1978 había una PEA de 19,400 000 habitantes y que tenían trabajo remunerado 17,043 360 personas, el número de desempleados abiertos o encubiertos fue de 2,356 640, lo que representó 12.14% de la PEA, cifra bastante alta. Para 1980, de acuerdo con datos y estadísticas del Instituto Nacional del Trabajo (INET), 1,665 000 personas se quedaron sin trabajo por falta de capacitación y fuente de empleo, lo cual originó una tasa de desempleo de 6.2%, en virtud de que había 1,800 000 desempleados y 7,000 000 de subempleados en todo el país (Howard, 1980, p. 156).

A pesar de que el gobierno de López Portillo había anunciado que durante su régimen se crearían 4,000 000 de empleos, el problema de la desocupación y la subocupación persistió tanto en el campo como en la ciudad; inclusive el problema del desempleo afectó a la población calificada, como es el caso de muchos profesionistas, en especial los médicos.

Se puede afirmar que en el periodo de 1973 a 1982, en México hubo inflación, desempleo y subempleo, con altas y bajas. Estos problemas han persistido y no se vislumbra su corrección, por lo que al proceso consecutivo se le ve afectado.

Aunque no siempre he habido estancamientos, dado que en algunos años (1978 – 1981) el crecimiento de la economía fue superior a 8%, han estado presentes el desempleo y el subempleo.

Se crearon muchos empleos a raíz del gran desarrollo de la explotación petrolera, factor que se pensaba que contribuiría a resolver los graves problemas que arrastraba la economía nacional. Sin embargo, en el año de 1982 se ven los resultados de dicha política; disminución brusca del producto interno bruto, incremento el desempleo y subempleo (más de un millón de despidos en la industria de la construcción y en las pequeñas empresas) y un ritmo altísimo de inflación.

Por último, según la opinión de José Luis Ceceña, dice:

“Producir más es indispensable, pero hay que producir mejor, es decir, hay que elevar la productividad en todas las actividades económicas. Mejor organización de la producción, aplicación a la ciencia y a la tecnología, mejor uso del financiamiento y un reparto más justo del producto entre los trabajadores, permitirían aumentar la producción por cada hombre ocupado” (Howard, 1980, p. 166).

Pero no sólo debe producirse más y mejor, sino que deben producirse preponderantemente bienes y servicios necesarios, lo que significa estructurar el aparato productivo a fin de concentrar el esfuerzo en la producción de bienes básicos para el consumo popular, al eliminar o reducir substancialmente la producción de bienes y servicios superfluos y de flujo” (Howard, 1980, p. 166).

Armida (2001, p. 9), señala que: El 18 de marzo de 2001 se publicaron en el portal financiero Patagon, los siguientes datos:

Dell Computer, Intel, Motorola, Cisco y Compaq, entre otras, fueron anunciando paulatinamente que reducirían su fuerza laboral.

La primera de ellas que enfrentó la crisis fue la estadounidense Dell, quien anunció que despediría a 1,700 empleados (4% de la fuerza laboral). Un vocero de la empresa destacó que ésta era la primera vez en la historia que la compañía ejecutaba una reducción en la plantilla de esa naturaleza.

El fabricante de procesadores y dispositivos para computadoras Intel, anunció la reducción de 5,000 puestos de trabajo (6% de su plantilla) durante los próximos nueve meses de 2001.

El 16 de marzo Cisco Systems anunció el despido de 8,000 empleados (16% de su plantilla), lo cual se irá ejecutando a lo largo del año.

Motorola anunció que reduciría su fuerza laboral en 7,000 empleados, decisión que afectaría al 11% de su plantilla. Estos se unen a los 5,000 que fueron despedidos en diciembre de 2000 (Armida Obregón, 2001, p. 9-10).

Datos posteriores que hablan de la cantidad de desempleados, a los ya citados anteriormente son:

Dupont 4,000; Yahoo 420; Danone 1,780; Hewlett – Packard 3,000; Procter & Gamble 9,600; Ericsson 10,000; American Express 5,000 (Armida Obregón, 2001, p. 10).

Con relación a lo anterior, se puede dar cuenta de que el alto índice de desempleos se ha presentado desde hace varios años, el cual afecta considerablemente a toda la población.

Datos similares a los anteriores aparecen todos los días; ya no son una novedad, la realidad es clara, cada día son despedidos cientos de empleados en el mundo, y todo indica que esta situación llega para quedarse.

En los Estados Unidos, desde finales de la década de los ochenta, los recorte de personal se han dado cada vez con más frecuencia y en mayor cantidad. Seguramente, en los próximos años, se verán recortes, ante los cuales el sector afectado es este nuevo mega recorte será el de salud pública, ya que no existe otra manera de reducir los costos de la salud pública en aquel país, que reducen de forma dramática la nómina, tanto de laboratorios, como de hospitales y compañías de seguros (Armida Obregón, 2001, p. 10).

1.3. Estadísticas del desempleo

Para poder entender más acerca de la problemática del desempleo se llevó a cabo una recopilación de datos sobre la tasa de desempleo desde Enero del 2004 hasta Diciembre del 2006, en donde se puede observar claramente que el desempleo ha ido aumentando considerablemente, pues en el año 2006 se ha llegado a una cifra mayor a la de los años anteriores, como se verá más adelante.

Población desocupada

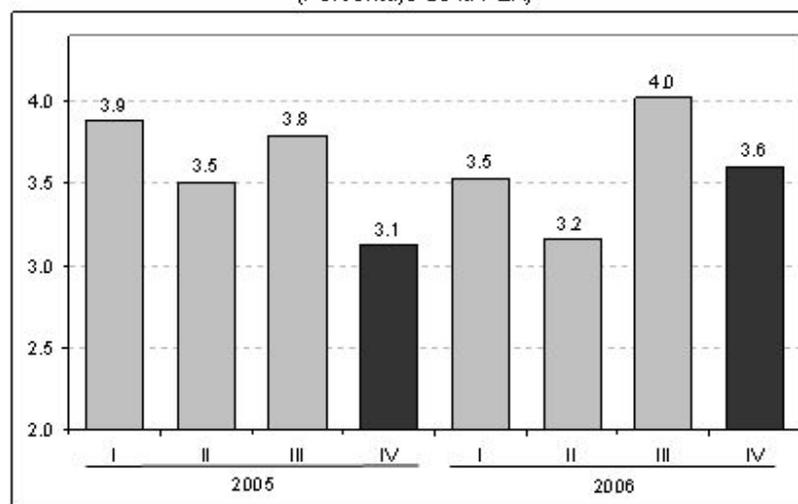
Como se ha reiterado en diversas ocasiones, la ocupación presenta distintos grados de intensidad según sea la perspectiva desde la cual se le observa. Una de éstas es la que se refiere a la población con trabajo cero que se ubica entre la población

ocupada y la no económicamente activa; es decir, la población desocupada, es aquella que no trabaja siquiera una hora durante la semana del levantamiento de la encuesta, pero manifestó su disposición por hacerlo e hizo alguna actividad por conseguirlo (Caselles, 1999).

En el cuarto trimestre del año pasado la población desocupada en el país fue de 1.6 millones de personas y la tasa de desocupación equivalente (TD) de 3.6%; este porcentaje de la población económicamente activa (PEA) es superior al de 3.1% alcanzado en igual trimestre de 2005 (ver gráfica 1.1.). Al estar condicionada a la búsqueda de empleo, la tasa de desocupación es más alta en las localidades grandes, en donde está más organizado el mercado de trabajo; es así que en las zonas más urbanizadas con 100 mil y más habitantes la tasa es de 4.3%, mientras que en las que tienen de 15 mil a menos de 100 mil habitantes es de 3.6%, en las de 2 500 a menos de 15 mil es de 3.1%, y en las rurales de menos de 2 500 habitantes es de 2.1 por ciento (INEGI).

Gráfica 1.1.

TASA DE DESOCUPACIÓN AL CUARTO TRIMESTRE DE 2006
(Porcentaje de la PEA)



Fuente: INEGI.

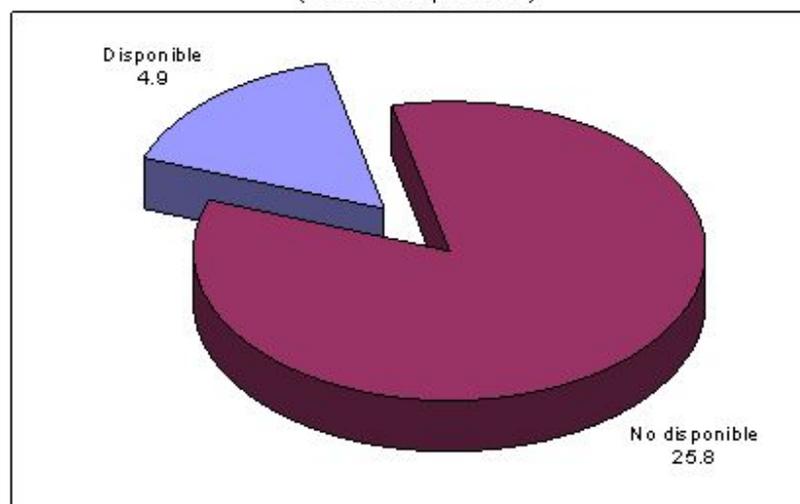
Según cifras desestacionalizadas, la TD a nivel nacional fue 0.13 puntos porcentuales mayor a la del trimestre inmediato anterior.

Población no económicamente activa

La población no económicamente activa (PNEA) agrupa a las personas que no participan en la actividad económica ni como ocupados ni como desocupados. En octubre-diciembre del año que concluyó 30.7 millones de personas, el 40.9% del total de la población de 14 años y más, integraba este sector, del cual 25.8 millones se declararon no estar disponibles para trabajar debido a que tienen que atender otras obligaciones, o tenían interés pero se encuentran en un contexto que les impide poder hacerlo (tiene impedimentos físicos, obligaciones familiares o están en otras condiciones). Por su parte, 4.9 millones se declaran disponibles para trabajar, pero no llevaron a cabo acciones al respecto, por lo que se constituyen en el sector que eventualmente puede participar en el mercado como desocupado u ocupado.

Gráfica 1.2.

**POBLACIÓN NO ECONÓMICAMENTE ACTIVA POR RAZÓN DE NO ACTIVIDAD
EN EL CUARTO TRIMESTRE DE 2006**
(Millones de personas)



Fuente: INEGI.

Según el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática –INEGI- (2007), menciona que: El Negociado de Estadísticas Laborales de México informa periódicamente sobre el nivel de desempleo "oficial" mensual y anual. En el año 2004, el promedio de desempleo oficial era de 5.5 por ciento, lo que representa 8.1 millones de personas. Pero éstas cifras no dicen la historia completa. En ese mismo informe, se encuentran grandes grupos que no se cuentan como desempleados. Las cifras oficiales no incluyen 4.6 millones de personas que trabajan parte del tiempo involuntariamente, quienes querían trabajar pero no podían conseguir trabajo de tiempo completo. Tampoco incluye 4.9 millones de personas que querían trabajar pero no lo han buscado activamente. De ese grupo, 1.6 millones habían buscado trabajo durante el año anterior y estaban dispuestos para trabajar inmediatamente. El resto de las personas querían trabajar pero no habían buscado trabajo porque no esperaban conseguirlo, o no pudieron ir a trabajar por distintas razones, tales como la falta de quién les cuidara a los niños, transportación o por incapacidad. Cambios en la política pública permitiría que muchas de éstas personas pudieran trabajar. En adición, en el año 2003, otros 16.3 millones de personas trabajaron tiempo completo todo el año, pero sus ingresos anuales fueron inferiores al nivel de pobreza para una familia de cuatro personas (INEGI).

Se debe observar que aún éstas cifras no incluyen a la cantidad de personas encarceladas (2.2 millones en 2004), los cuales son jóvenes, carentes de destrezas y miembros de grupos minoritarios. Si los confinados fueran incluidos como desempleados, el nivel de desempleo de las cifras oficiales aumentaría en 1½ puntos de porcentaje. La verdadera historia del desempleo y los salarios bajos en México no muestran un cuadro muy bonito, pero hasta que se deje de negar el tamaño del problema, no se logrará desarrollar programas y políticas oficiales para garantizar empleos con salarios.

Indicadores del desempleo

En México, la tasa de desempleo abierto (TDA) constituye el indicador de coyuntura más utilizado para medir las condiciones del mercado de trabajo. Ésta representa la magnitud de la población económicamente activa que no está ocupada, pero que en los dos meses anteriores a la semana de referencia realizó acciones para encontrar un empleo. En 2004, este indicador alcanzó un valor de 4.1%, el cual ha sido el más alto desde 1997. Las áreas urbanas que registraron menores TDA durante 2004 fueron Tijuana, Acapulco y Campeche, que registraron 0.7%, 1.2% y 1.3%, respectivamente. Por el contrario, en ese mismo período, con tasas de desempleo superiores a 4 puntos porcentuales, se pueden mencionar Celaya, Ciudad de México y Saltillo. Para obtener un panorama más detallado del empleo, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2007) presenta indicadores adicionales que captan aspectos específicos sobre las peculiaridades del desempleo, la ocupación y el subempleo en zonas urbanas. Entre otros, se pueden mencionar la tasa de desempleo abierto alternativa –que considera no sólo a los desocupados abiertos, sino también a la parte de la población no económicamente activa que suspendió la búsqueda de empleo para realizar actividades del hogar o estudio, pero que se encuentra disponible para aceptar un puesto de trabajo–, que registró un incremento de 1.6 puntos porcentuales, al pasar de 2.9% en 2000 a 4.5% en 2004; en tanto que la Tasa de Presión General; la cual incluye, además de los desempleados abiertos, a los ocupados que buscan trabajo con el propósito de cambiarse o tener un empleo adicional; se incrementó de 3.7% a 6.4% entre 2000 y 2004 (INEGI).

1.4. Causas del desempleo

Es conveniente precisar las causas concretas de la inflación y el desempleo en México, pues se sabe que al final dichos problemas se derivan del funcionamiento mismo del sistema capitalista; es decir, son problemas estructurales.

De acuerdo con Howard (1980) las principales causas de la inflación en México de los 80's fueron:

1. Producción agropecuaria insuficiente
2. Excesiva emisión de circulante monetario
3. Desmedido afán de lucro de productores y comerciantes
4. Espiral precios – salarios
5. Especulación y acaparamiento
6. Altas tasas de interés y deficiente canalización de crédito bancario
7. Devaluaciones
8. La inflación misma
9. Excesivo incremento de precios de las importaciones
10. Afluencia excesiva de capitales externos
11. Incremento desmedido de exportaciones
12. Especulación y acaparamiento a nivel mundial

Las ocho primeras causas de inflación son de origen interno, las cuatro últimas son causas externas que afectan en forma extraordinaria, debido al alto grado de dependencia del país con el extranjero, en especial con Estados Unidos (Howard, 1980, p. 157).

También se puede clasificar en dos grupos las causas más frecuentes del desempleo.

La primera destaca la magnitud y estructura de la demanda total de la economía, es decir, la cantidad y tipo de bienes que se demandan. La segunda hace hincapié en las características de los mercados utilizados en la producción y en la tecnología resultante.

Una variante del punto de vista que estudia la demanda total para explicar el desempleo es el enfoque keynesiano. Según éste, el desempleo surge cuando el nivel de demanda total de bienes y servicios en la economía es insuficiente. Para corregir esta deficiencia se recomiendan políticas de aumento del gasto público en caminos, escuelas, presas y habitaciones, así como una política monetaria que aumente la cantidad de dinero en circulación y reduzca la tasa de interés para estimular la inversión privada. En esta forma, se piensa, se estimula la actividad económica y se logra la ocupación plena de la fuerza de trabajo (Gollás, 1982, p. 272).

1.5. Efectos del desempleo

Los problemas de finanzas personales sí tienen solución, pero le corresponde a las personas dar dinero a su justa dimensión y estructurar un plan de acción que les facilitará la transición, para posteriormente seguir con nuestra carrera.

“Según W. Bridges la palabra carrera es sólo para definir nuestro viaje individual, el camino que cada uno sigue para encontrarle significado a nuestras vidas. Todos estamos en este viaje, así que aunque no estemos viviendo una transición profesional, bien podríamos comenzar a vivir una transición personal” (Armida Obregón, 2001, p. 12).

Con relación a lo anterior, se puede mencionar algunos factores que intervienen en la problemática del desempleo; tales son: económicos, sociales, físicos y

psicológicos (baja autoestima, falta de motivación y depresión), los cuales se explicarán brevemente a continuación:

1.5.1 Económicos

La última década ha sido, desde el punto de vista económico, un periodo de continuos cambios. Los cambios suscitados en el mundo se han dado en todos los ámbitos, pero indudablemente el mayor cambio ha sido a lo se le ha llamado globalización; ya los países no son costos cerrados o feudos protegidos, actualmente las economías están abiertas a las fuerzas del mercado mundial, de tal forma que resulta difícil pensar en economías cerradas o protegidas.

Como una consecuencia de esa llamada globalización, el libre flujo de tecnologías, inversiones y materias primas, se ha convertido en elemento imprescindible para el crecimiento de los países.

No contar con una fuente de ingresos fija se puede interpretar de muchas maneras, aunque sin lugar a dudas para la gran mayoría lo anterior significa tener un problema; otros, lo pueden ver como una oportunidad y un muy buen momento para replantear una serie de elementos que conforman su vida, y uno de ellos es justamente lo que tiene que ver con sus intereses personales (Navarro, 1999).

La mayoría de las veces, el dinero no soluciona problemas, únicamente ayuda a cubrir ciertas carencias. Para todos es claro que no es lo mismo tener una carencia que tener un problema, la carencia se puede volver problema, cuando ésta impide el desarrollo integral y armónico como persona, por ejemplo, una carencia que se convierte en problema, sería no tener para alimentarse, o no contar con techo, o con cuidados médicos.

Por lo que el dinero por sí sólo no soluciona los problemas realmente importantes de las personas, sin embargo, el adulto que pierde su dinero, se siente literalmente descobijado, lo mismo sucede cuando pierde su empleo.

1.5.2 Sociales

El hecho de que una persona haya sido despedida de su trabajo, no significa que sea el único que sufre las consecuencias, la familia también se ve involucrada en este proceso, por lo que es importante hablar con la pareja y los hijos de la situación por la que está pasando para que juntos busquen soluciones. Los gastos extraordinarios vale la pena someterlos a un análisis familiar y tomar una decisión en conjunto; mientras dure la transición, se deberá de trabajar más que nunca en equipo para que haya seguridad en el hogar.

La esposa del empleado que ha sido despedido juega un papel definitivo en este proceso; su apoyo, comprensión y optimismo ayudarán a que el trance sea lo más llevadero posible. Pero para que eso suceda, la esposa ha de entender que lo que perdió su marido no fue un trabajo, lo que perdió fue su identidad, por lo tanto, ha de ayudarlo a recuperarla y la mejor forma de hacerlo es manifestándole en los hechos su confianza (Armida Obregón, 2001, p. 105).

El ser humano es capaz de superar cualquier situación adversa, pero también cuesta trabajo asimilar las sorpresas de cualquier tipo. En la transición, más que en ningún otro momento, resulta conveniente mantener abierto un canal de comunicación constante con la familia de tal forma que todo avance o retroceso sea conocido por todos y, de esa forma, no llegar a una situación sorpresa donde inevitablemente se genere otro golpe a la tranquilidad familiar.

1.5.3 Físicos

De acuerdo con Monsivais Ortiz, (1986) señala que: “Uno de los principales factores que presentan las personas desempleadas es el estrés, que surge como consecuencia de las exigencias físicas o psicológicas. Las situaciones familiares que implican estrés aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad y los accidentes. Cuanto más estresantes sean los cambios en la vida de la persona, mayor es la probabilidad de enfermarse dentro del año siguiente o dos años” (p. 18).

El problema mecanismo que interrelaciona desempleo y deterioro de salud física sería, la reducción de ingresos y el mayor riesgo de pobreza, disminución de los cuidados físicos (dieta, vivienda, higiene, etc.) adopción de estilos de vida más nocivos (incremento del consumo de tabaco y alcohol) y, tal vez, modificaciones fisiológicas persistentes (elevación de la presión arterial, colesterol, etc.) (Dorantes, 1997).

Quizá el principal factor de estrés relacionado con el trabajo sea la pérdida del empleo. Aunque a finales de los años noventa el desempleo era bajo, en 1998 más de 6% de familias estadounidenses, dos veces más familias afroamericanas e hispanas que blancas, informaron tener un miembro sin empleo (Bureau of Labor Statistics, 1999, citado por Papalia, 2001, p. 577).

La reducción de las corporaciones ha agregado a la lista del desempleo una gran cantidad de ejecutivos gerenciales de edad madura (Kuttner, 1994, citado por Papalia, 2001, p. 577). Puesto que los empleadores prefieren contratar trabajadores más jóvenes, cuyas habilidades creen más transferibles, muchos de estos empleados de largo tiempo se ven obligados a jubilarse más temprano o aceptar trabajos de menos salario. Los sobrevivientes con frecuencia se sienten desmoralizados, abrumados de

trabajo y temerosos de perder sus propios empleos (Veninga, 1998, citado por Papalia, 2001, p. 577).

La investigación sobre desempleo lo ha asociado a dolores de cabeza, trastornos estomacales y presión arterial elevada; a enfermedad física y mental, incluidos ataques al corazón, apoplejía, ansiedad y depresión; a problemas familiares y matrimoniales; a problemas de salud, físicos y de comportamiento en los niños; y al suicidio, homicidio y otros crímenes (Brenner, 1991, citado por Papalia, 2001, p. 577).

El estrés se produce no sólo por la pérdida de ingresos y las dificultades financieras resultantes sino también por los efectos de esta pérdida en el autoconcepto y las relaciones familiares, ya que pierden un pedazo de sí mismos y su autoestima, y sienten que tiene menos control de sus vidas (Papalia, 2001).

Oficialmente, en la retórica de los funcionarios, México es un país democrático, donde la igualdad es uno de los valores principales, de hecho, presenta una acentuada y muy heterogénea estratificación, donde las mayorías quedan ubicadas dentro la pobreza; son dramáticas las diferencias entre los pocos ricos y los muchos pobres (Rodríguez, 2004, p. 73).

Rodríguez (2004), menciona que hay tres tipos de clases, las cuales son:

1. Los de abajo, que son los marginados, los humillados y en algunas ocasiones con conciencia de explotación.
2. La clase media, suelen ser gente dinámica, pero centrada en su propia promoción, pocos se interesan por entender el país y por resolver los problemas nacionales.

3. La clase poderosa, es la que encarna la auténtica revolución. Es la aristocracia económica que controla los medios de comunicación, las empresas y a los obreros; es aquella que es capaz de anular cualquier rebelión obrera.

La sociedad mexicana se apega al viejo proverbio que dice así: “Nada es verdad, nada es mentira. Todo es del color del sexenio con que se mira. Es por ello que quienes enfrentan mejor el desempleo son los que tienen recursos financieros (ahorros o ingresos de otros miembros de la familia). En vez de culparse o sentirse fracasados, evalúan su situación de manera objetiva. Cuentan con el apoyo de amigos y familiares adaptables que les brindan comprensión. En pocas palabras el sentido de control es esencial para no caer más bajo (Rodríguez, 2004, p. 74).

En una investigación que se realizó con desempleados, se encontró que 190 de ellos creían que tenían alguna influencia sobre sus circunstancias, estaban menos ansiosos y deprimidos, presentaban menos síntomas físicos, mayor autoestima y satisfacción vital que quienes creían que las fuerzas externas controlaban todo (Cvetanovski y Jex, 1994, citado por Papalia, 2001, p. 578).

Con relación a lo anterior se puede observar que las personas desempleadas conscientes de la situación por la que pasan y que tienen ahorros para subsistir mientras encuentran otro trabajo, es menos probable que pierdan el control sobre sus expectativas hacia el futuro, respecto a las que no saben cómo salir de esta desagradable situación, éstas tienen mayor probabilidad de presentar algún problema ya sea: baja autoestima, falta de motivación, depresión, entre otros. Los cuales se ve con más detenimiento posteriormente.

1.5.4 Psicológicos

La amplia variación del impacto del desempleo en la salud mental de las personas no está en función de las estrategias individuales para superar las adversidades, ya que mucho depende de las actitudes que tengan las personas para salir adelante de la situación que les aqueja; es decir, debido al estado anímico de las personas, éstas puedan salir de una depresión ya sea de una manera más rápida o lenta.

La existencia del desempleo repercute sobre toda la población, al elevar el nivel de malestar psíquico generado por inestabilidad en el propio empleo y así deteriorar las condiciones económicas y laborales de los mismos.

Dorantes (1997, p. 87), cita a Iversen y Sabroe (1988), quienes plantean que el desempleo influye directa o indirectamente sobre el bienestar psicológico. La influencia directa del desempleo constituye en la persona afectada un estresor psicosocial que amenaza la identidad del individuo, autoestima, círculo social y la economía personal, y es analizada a través del cambio de empleado a desempleado. La influencia directa del desempleado afecta la salud de los individuos empleados, mediante el miedo de llegar a ser desempleados.

Con base a lo anterior se puede llegar a la conclusión de que no solo las personas que se encuentran desempleadas presentan síntomas de depresión, angustia, estrés, etc. sino que también afecta a los empleados que están con la incógnita a llegar a ser desempleados en un futuro.

Buendía (1989), citado por Dorantes (1997, p. 85), establece que: “Las consecuencias del desempleo no se presentan de igual forma en todas las personas, sino que dependen de variables como el sexo, la edad, la duración tanto del empleo

como del desempleo, así como los rasgos idiosincráticos y las diferencias individuales”.

Con relación a la edad como mediador de los efectos del desempleo, Warr, Jackson y Banks plantean que la respuesta estará en función de la responsabilidad del rol en el que el sujeto se encuentra a través del ciclo de vida. En un estudio realizado por estos autores en 1982, encontraron que el Cuestionario General de Salud (que explora aspectos de depresión, ansiedad, baja autoestima y niveles severos de estrés), las puntuaciones más bajas (lo que indica mejor salud mental) las tenían los grupos de personas que se encontraban entre los 16 y 19 años y el grupo de personas que tenían entre 60 y 64 años. Esto debido a que los jóvenes tienen pocas presiones financieras y que aún muchos de ellos vivían en casa de sus padres. Los desempleados que se encuentran cerca de la edad de retiro probablemente tiene pocos compromisos financieros y responsabilidades familiares que los hombres de mediana edad (Dorantes, 1997).

El desempleo es un evento altamente estresante en la vida. Estudios demuestran que el desempleo está asociado con un temporal pero significativo incremento en síntomas tales como, la percepción de enfermedades físicas, hostilidad, paranoia, problemas de alcoholismo, conflictos familiares y desmoralización, así como depresión, ansiedad y síntomas somáticos.

En relación al sentimiento de culpa, Kals (1982), citado por Dorantes (1997, p. 92), encontró que éste no se presenta inmediatamente después de que la persona es despedida, sino a medida que pasa el tiempo; dicho autor registró que a los seis meses el sentimiento de culpa era sumamente significativo.

Se debe de tomar en cuenta que al estar en contacto con el aspecto psicológico de una persona se observan las actividades mentales, afectivas y la conducta, tanto desde el punto de vista general, individual, social y genético, por lo que es de vital importancia adentrarse en los conceptos de baja autoestima, falta de motivación y la depresión en entes sociales para conocer más de esta problemática.

1.5.4.1 Baja autoestima

La autoestima se ve afectada cuando las personas no valoran su ser físico. El esfuerzo por mantener la juventud y el vigor puede ser positivo si no es obsesivo y refleja preocupación por la salud y la conducción física.

Los hombres y mujeres que pueden permanecer en buena condición física tanto como sea posible mientras aceptan de manera realista los cambios que ocurren en sus cuerpos, y que pueden apreciar la madurez como un logro positivo para ambos sexos, son más capaces de sacar el máximo provecho de la adultez inmediata, época en que el funcionamiento cognitivo y el físico pueden presentar un alto nivel.

Por lo que comúnmente las personas que se encuentran desempleadas, suelen perder el interés por su apariencia física y sin ganas de hacer ninguna actividad que conlleve algún esfuerzo, presentándose esto generalmente en personas mayores ya que sienten que han perdido su identidad (Sheeman, 2000).

1.5.4.2 Falta de motivación

Muchas personas consideran erróneamente a la motivación como una característica personal, es decir, que algunos cuentan con ella y otros no. En la práctica, esto caracterizaría al gerente que etiqueta a cierto empleado como con falta de motivación,

sin embargo, se sabe que esto no es cierto. La motivación es el resultado de la interacción entre el individuo y la situación.

La motivación es la disposición de emplear grandes niveles de esfuerzo para alcanzar las metas de la organización, a condición de que la capacidad del esfuerzo satisfaga alguna necesidad individual. El proceso de motivación se inicia con una necesidad insatisfecha que crea tensión e impulsa un individuo a buscar metas que si son alcanzadas, al satisfacer la necesidad y reducirán la tensión. Los tres elementos clave de nuestra definición son esfuerzo, metas organizacionales y necesidades (Stephen, 2005, p. 530).

El esfuerzo es una medida de intensidad o impulso. Cuando alguien está motivado se esfuerza más, por tanto se debe considerar tanto la calidad del esfuerzo como su intensidad. Finalmente, aborda la motivación como un proceso que satisface una necesidad.

Una necesidad, significa algún estado interno que hace que ciertos resultados parezcan atractivos. Una necesidad insatisfecha genera tensión que estimula impulsos dentro del individuo. Estos impulsos generan un comportamiento de búsqueda para encontrar metas particulares que si se logran, satisfarán la necesidad y reducirán la tensión.

Se puede decir que los desempleados motivados están en estado de tensión. Para aliviar esta tensión, ejercen un esfuerzo. Mientras mayor sea la tensión, más alto será el nivel de esfuerzo por conseguir trabajo. Se reduce la tensión si este esfuerzo lleva exitosamente a la satisfacción de la necesidad (Sturgeon, 1979).

Por lo que se deduce que las personas desempleadas que presentan falta de motivación, tienen un estado de tensión bajo, ya que no ejercen ningún esfuerzo por conseguir otro empleo, lo cual puede llegar a causar depresión.

1.5.4.3 Depresión

De acuerdo con Hamilton (1993, citado por Dorantes, 1997, p. 92), plantea que la depresión es la consecuencia más permanente del desempleo. La depresión es la consecuencia que potencialmente pertenece más a la salud mental como consecuencia del desempleo. El máximo de ansiedad aparece relativamente temprano, en general, el estrés puede igualmente aparecer temprano pero la depresión es relativamente duradera.

Otro aspecto comentado por Kasl (1982, citado por Dorantes, 1997, p. 92), se refiere a que en grupos de hombres que se mantuvieron en la situación de desempleo durante uno o dos años aparecieron elevados niveles de depresión, lo cual es asociado con una pobre salud mental.

Con relación a lo anterior Dorantes (1997, p. 93), cita a Amara (1996), quien dice que:

“La depresión surge cuando hay pocos sucesos en la vida del sujeto, pocos estímulos, pocos hechos satisfactorios y que por lo tanto al estar desempleado mengua la vida, se hace árida y por otra parte el desempleado vive en un clima de pesimismo, le faltan intereses, ven la atmósfera general de la sociedad cada vez más negra, más absurda, más sin esperanza y esto lo afecta. Por otra parte en situaciones económicas críticas la gente tiende a aislarse, cada quien se salva por sí mismo y no hay esos afectos solidarios que deberían caracterizar una comunidad sana. Por tanto el desempleado se encuentra cada vez más sólo, sin recursos de afecto y de estímulos que son tan importantes para la

depresión; sus habilidades se van perdiendo no sólo por que no las practica sino por que pierde fe en sí mismo y en ser capaz de hacer cosas, por lo tanto cae en un síndrome moderno llamado desamparo aprendido, aquella persona que empieza a perder la fe de que puede realizar con dignidad y eficiencia su trabajo, entonces como fracasa repetidas veces y sus ensayos acaban en el ridículo o en la impotencia, el individuo ya tiene miedo de un nuevo reto y un nuevo empleo. Por lo tanto el desempleado no los se debe a las pocas oportunidades sino también a la depresión”.

Aunado a lo anterior se puede decir que cuando las personas se encuentran en la etapa de aceptación, entonces están en la posibilidad de reconocer sus emociones como parte de un proceso natural, esto les permitirá avanzar y enfocar su energía hacia una búsqueda efectiva de otro empleo.

Todo lo anterior da pauta para suponer que la situación del país, así como el problema del desempleo, contribuyen a que las personas muestren depresión. Dicho interés está enfocado a profesionistas desempleados, al observarse depresión como consecuencia de este problema actual.

CAPÍTULO 2

DEPRESIÓN

2.1. Definición de depresión

La depresión ha sido considerada como una enfermedad de la era actual aunque ésta ya existía desde tiempos remotos; se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. En otros momentos de la historia se pensaba que la depresión era una característica de las personas de la tercera edad, pero a últimas fechas se ha llegado a comprobar fehacientemente que los adolescentes, adultos y hasta los niños están propensos a ella; dicha enfermedad conlleva una carga de problemas e incertidumbre relacionados con todos sus aspectos, desde sus síntomas hasta su diagnóstico e inclusive, durante su tratamiento y sus efectos secundarios.

La depresión puede durar un corto tiempo o puede persistir durante meses o incluso años. Una de las cosas más importantes es que el individuo acepte que tiene la enfermedad y que necesita ayuda profesional para poder superarla, ya que la depresión es un estado emocional sumamente doloroso, a veces puede hacer la vida pesada y difícil de soportar para quien la sufre, las personas se sienten aisladas, incomprendidas y no queridas de modo que la gente tiende a apartarse de ellas, llegando a un sentimiento de frustración (Chave, 2002, p. 9).

El fenómeno depresivo se ha convertido en una enfermedad recurrente dado que afecta a individuos de cualquier edad, no respeta sexo ni clases sociales, simplemente se apodera de las personas susceptibles a padecerla por lo que un diagnóstico oportuno y la intervención de un profesional en el ramo pueden ayudar a reducir en gran parte el peligro que puede traer consigo la depresión; el suicidio o simplemente la falta de ganas de vivir.

Polaino (1985, p. 59), señala que: La depresión es una enfermedad que se caracteriza por el estado de ánimo triste y melancólico; su origen es psicofisiológico y a veces suele acompañarse de angustia y ansiedad. El tratamiento es psiquiátrico, y como todas las enfermedades tiene un comienzo en diversos síntomas, tanto físicos como psicológicos y afecta todos los aspectos del individuo (social, laboral y familiar).

También es considerada como un conjunto de:

“Trastornos de la afectividad con tristeza vital, trastornos de la psicomotricidad, pérdida del impulso, trastornos del sueño, pérdida del apetito y de peso, sentimientos de culpabilidad, pérdida de interés, trastornos en la concentración y otros síntomas. Se diferencian diversas formas de depresión según la variedad y evolución de los síntomas y según las causas” (Freyberger, 1995, p. 88).

Mac Laren (2000, p.8), la define como el “estado anímico decaído o forma de tristeza que puede ser muy ligera y temporal”.

Depresión es todo lo concerniente a cómo es que los sentimientos íntimos de las personas son alterados y cómo sucede que esta alteración tiene una repercusión no sólo en su humor, sino también en sus capacidades mentales, sus actitudes y su forma de apreciar a las demás personas y a todas las cosas que los rodean, pero especialmente, cómo es que ellos mismos se conciben (Mac Laren, 2000, p. 11).

La depresión ocurre como una reacción a la pérdida real o imaginaria de un objeto emocionalmente significativo, de un atributo o habilidad personal. El término depresión se utiliza a menudo para designar un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta, que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido.

La depresión es el resultado de determinadas fuerzas biológicas y sociales que en un medio complejo, actúan en forma nociva sobre el funcionamiento del sistema nervioso de una persona (Ehrenberg, 2000).

Con base a las definiciones mencionadas anteriormente, se puede concluir que la depresión es la forma más común del sufrimiento mental, la cual causa serios problemas en la vida familiar, social y laboral de los pacientes que la padecen. Tienen un impacto muy negativo en la calidad de vida de estas personas.

2.2. Antecedentes de la depresión

Esta enfermedad es conocida desde los comienzos de la historia. La Biblia está repleta de inscripciones de gente apesadumbrada y de los sentimientos de angustia experimentados por hombres y mujeres que han perdido la fe en Dios y en sí mismos y han quedado despojados de toda esperanza en el futuro.

En el siglo IV a. C., Hipócrates, el padre de la medicina, describió cuatro tipos de temperamentos humanos, uno era el **melancólico** (el depresivo). Aún se emplea el término melancolía para definir el estado desesperanzado y abatido de la persona deprimida (Mendels, 1977, p. 17).

La depresión también era conocida en la Edad Media, aunque, como ocurría en la antigüedad, la interpretaban como un hechizo llevado a cabo como una fuerza maligna. Sólo a fines del siglo XVIII los estudios llevados a cabo en nuevos hospitales e instituciones para enfermedades mentales, relevan la naturaleza médica de los trastornos anímicos (Mendels, 1977).

El trastorno depresivo se ha descrito desde tiempos muy remotos y en diferentes culturas. Estas descripciones son muy parecidas aunque son expresadas en diferente lenguaje y con interpretaciones religiosas, mágicas o científicas según cada época.

Hipócrates fue el primero que dio referencias conceptuales y clínicas de este trastorno, al diagnosticar al filósofo Demócrito, quien aparentemente se había vuelto loco, pero en realidad había sufrido de una fase depresiva. Demócrito confesó que sufría mucho con su enfermedad y que deseaba descubrir un tratamiento para curarla y prevenir recaídas, entonces pensó que al buscar en los cadáveres de los animales la sede de la “bilis negra”, encontraría la fuente de la melancolía (de ahí que la palabra proviene de *melas* – negro, *chole* - *bilis* = melancolía).

Hipócrates, Homero, Aristóteles, Aareteo, Aaclepiades, Plutarco entre otros pensadores de esa época realizaron escritos en donde se han encontrado descripciones de procesos depresivos (Mac Laren, 2000).

Estos estudios fueron de gran importancia para la ciencia moderna, ya que al descubrir que la melancolía era el comienzo de una manía y que ésta formaba parte de ella, dieron un gran paso para el estudio del trastorno maniaco – depresivo.

También en la Edad Media los místicos y teólogos tropiezan con una fuente de desorientación: las ideas de culpa y condenación que tiene el deprimido, en donde se empeña en que ha pecado gravísimamente y en que esa es la causa de sus males. Se desprecia a sí mismo (que podría sea una virtud en aquél entonces), pero también se odia, además desea la muerte y para colmo piensa insistidamente en el suicidio (Mac Laren, 2000).

Evidentemente esto demuestra la terrible presión social que existía en esa época, en la cual las normas religiosas obligaban al pecador a sentirse culpable de sus faltas, creándoles un episodio depresivo en sus vidas, el cual culminaría a veces en el suicidio, por el simple hecho de no sentirse merecedor del cielo de Dios.

Celsos y Anates (1980), citados por Ledesma (1989, p. 105), mencionan que: en los primeros siglos de esta era, también hablan de la depresión como un problema médico, dejando atrás las creencias místicas o satánicas, de igual forma como lo afirmaba Santo Tomas de Aquino. Por otra parte, Philippe Renel dijo que como causas del suicidio, los enfermos de Melancolía concentraban su pensamiento obsesivamente en un objeto y que la memoria y la asociación de ideas estaban perturbados, además de que los primeros síntomas de la enfermedad era la tristeza, suspicacia acentuada, los deseos de morir, tendencia al llanto e irritabilidad.

En el siglo XIX los avances del pensamiento médico se centran en Francia. Dos psiquiatras, padre e hijo, Falret, dejan establecido en concepto de “locura circular” y de su carácter hereditario; además de que se describe claramente a la melancolía y la manía no como dos enfermedades independientes, sino como dos fases opuestas de la misma dolencia (de ahí el término circular).

El paso del siglo XIX al siglo XX está marcado en Psiquiatría por dos grandes talentos, Kraepelin y Freud (Gold Mark, 1988, p. 34).

El término Depresión es utilizado por primera vez por Emil Kraepelin, quien junto con muchos de sus seguidores rechazaron la interpretación psicoanalítica de Freud con respecto a la depresión, ya que para ellos las depresiones, muy especialmente las englobadas en la psicosis maniaco – depresivo, eran de causa

orgánica vinculada a factores hereditarios (depresiones endógenas). Argumentando que: “la esencia está en una alteración del metabolismo de los sectores que afectan al sistema nervioso.” Sin embargo, no podían demostrar cuál era ese elemento químico alterado, por el cual muchos traumas psíquicos y depresivos manifestaban cierta dependencia (Gold Mark, 1988, p. 35).

Fue hasta que Kretschmer en los años veinte, estaba convencido de que existía un trastorno químico o endocrino que podría ser si no el origen, algún estado de la depresión. Por lo que en esencia intentaba volver a la antigua interpretación “humoral” a la “bilis negra que causa la melancolía” de los griegos.

No fue sino hasta que apareció el científico austriaco Sigmund Freud (1856 – 1939) que se logró un mejor conocimiento, tanto de la naturaleza de la melancolía y la depresión, como de otros aspectos de los desórdenes mentales. En un ensayo intitulado Duelo y melancolía (1917), Freud puso énfasis en las características más comunes de la pena y la depresión, así como del sentimiento de desesperanza por una pérdida y la falta de interés en el mundo externo (Mac Laren, 2000, p. 18).

Con base a lo anterior, se pueden dar cuenta que la depresión es considerada una enfermedad desde hace mucho tiempo, sin embargo, hasta hace poco fue que se empezó a conocerse más a fondo tanto su naturaleza como otros aspectos de los desórdenes mentales.

2.3. Teorías sobre la depresión

Hablar de la depresión implica una serie de cuestiones que influyen en el comportamiento de las personas que la padecen, sin embargo no solo se ve afectada

dicha persona, sino que también se ve reflejado a su alrededor, al dañar así a familiares, amigos, relaciones interpersonales y su entorno laboral, por lo que es conveniente comentar las distintas teorías que hablan de la depresión, mencionándose algunas de ellas a continuación:

2.3.1. Teoría Conductual

La teoría conductista se enfoca en la insuficiencia de reforzadores positivos como la causa principal de la depresión.

Seligman y Maier (1967), citados por Dorantes (1997, p. 57), mencionan que: Al trabajar con perros, descubrieron una reacción a la que llamarían desamparo aprendido. Después de exponer a los perros a estímulos negativos llegaba un momento en que se daban por vencidos, ya no los eludían, más bien aprendían a soportarlos resignadamente.

Según Seligman (1967, citado por Dorantes, 1997, p. 58), aplicó estos hallazgos a la depresión del ser humano y sugirió que el manejo de las técnicas adaptativas, que sirven para enfrentar situaciones dolorosas, se hallan bloqueadas en el depresivo, que en cambio aprende a ser indefenso. En la base de esta teoría se observa la hipótesis de que el depresivo no ve relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del ambiente. La experiencia de repetidas vivencias de prueba, en las que comprobó que sus esfuerzos no le redituaban recompensa alguna, hace que este conjunto de actitudes aprendidas se generalice y quede internalizado como un rasgo de la personalidad. La depresión surge cuando el individuo siente haber perdido todo control sobre las respuestas de los otros, y debido a su reconocida indefensión se considera incapaz de modificar su situación negativa.

Staats y Herby (1985, citados por Dorantes, 1997, p. 60), crean una teoría que establece como causas de la depresión lo siguiente:

- Los repertorios individuales de la personalidad.
- El ambiente actual del individuo, ya que éste determina los estímulos emocionales positivos o negativos que el individuo puede experimentar. La depresión se da en base a la cantidad en que éstos se presentan.

Se puede observar que los autores que se interesaron en esta misma teoría llegan a la misma conclusión, al usarse reforzadores negativos, lo cual aparentemente lleva a las personas a la depresión, ya que no cuenta con la motivación suficiente para realizar las cosas que hacían antes de perder el objeto, ser querido o trabajo con lo que se sentían satisfechos.

2.3.2. Teoría Psicoanalítica

La teoría psicodinámica resalta los aspectos inconscientes de la personalidad y sobre todo la influencia en el adulto de lo vivido durante su infancia, que en términos generales es la etapa en la cual se determina si el sujeto padecerá la enfermedad o no.

Varios autores representantes dan su opinión acerca de lo que es la depresión, a continuación veremos a qué conclusión llegaron cada uno de ellos:

Karl Abraham

Karl Abraham (1911, citado por Dorantes, 1997, p. 52), publicó lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. Compara la depresión con la ansiedad, se considera que ambas son el resultado de instintos reprimidos. La ansiedad surge cuando la depresión impide el logro de la gratificación

deseada, cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales.

El menciona que la depresión es debida al odio reprimido que tiene el sujeto. Se siente odiado por sus defectos, señala la frecuente correlación entre el comienzo de una depresión y un desengaño amoroso.

Considera como factores predisponentes de la depresión:

1. Un factor constitucional ligado con una excesiva acentuación del erotismo oral.
2. Una especial fijación al nivel oral, expresada en la vida diaria por lamentaciones ante las frustraciones.
3. Un daño severo al narcisismo infantil producido por sucesivos desengaños amorosos.
4. Aparición del primer desengaño amoroso.
5. Repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida.

Sigmund Freud

La melancolía es un término con el que se ha conocido históricamente a Freud, en la actualidad se le conoce como depresión mayor con síntomas melancólicos, caracterizados por la pérdida de placer en todas o casi todas las actividades. Es por eso que Freud (1917, citado por Dorantes, 1997, p. 53), identifica tres factores condicionales para la melancolía:

1. La pérdida del objeto.
2. Un alto grado de ambivalencia.
3. Una regresión libidinal en el yo.

Aunque los tres factores son necesarios, sólo el último es específico en la melancolía.

Este autor postula que en la infancia, el futuro melancólico estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada, y que el líbido liberada por la ruptura se retrajo hacia el yo, por lo que las pérdidas ulteriores reactivan la pérdida original haciendo que los impulsos agresivos del paciente se descarguen contra el objeto que infligió la decepción original, que ha quedado fusionada con parte de su propio yo. En estos casos el sadismo es tan grande que el paciente llega al suicidio en su afán de destruir por completo la imagen interna del objeto.

Fenichel

Para Fenichel (1945, citado por Dorantes, 1997, p. 54), el factor clave de la depresión era la caída de la autoestima, la cual es la vivencia que refleja la discrepancia entre la personalidad real y un estado ideal deseado. Este enfoque ha sido adoptado por los autores que se describen a continuación:

Edith Jacobson

Jacobson (1946, citado por Dorantes, 1997, p. 54), postula que: “Las imágenes internalizadas del propio sujeto y de otros individuos, pueden ser caracterizadas con energía libidinal, agresiva o neutralizada, determinándose así los sentimientos del sujeto hacia sí mismo y hacia los demás según el tipo de energía recibida por cada representación”.

La depresión se produce debido a una caracterización agresiva de sí mismo, con escasa diferenciación superyoica y ausencia de una adecuada separación entre las representaciones objetales y el ideal parental de la infancia.

Bibring

Dorantes (1997, p. 55), cita a Bibring (1953), quien define la depresión como la expresión emocional de un estado de indefensión e impotencia del yo. Señaló que una de las características de los estados depresivos es la expresión emocional de un estado de indefensión e impotencia del yo. Señaló que una de las características de los estados depresivos es la anulación del amor propio, el descenso de la autoestima. Reúne las depresiones normales, neuróticas y psicóticas bajo el común denominador de ser causadas por un mismo mecanismo básico, y pone énfasis en los factores ambientales y caracterológicos como predisponentes a las reacciones depresivas.

Sandler y Joffe

Sandler y Joffe (1965), citados por Dorantes (1997, p. 55), consideran también que la depresión es un efecto básico, que es experimentado cuando el individuo cree haber perdido algo que era especial para su bienestar y se siente incapaz de anular esa pérdida. Postulan que en la depresión se pierde la sensación de integridad narcisista y no un objeto específico. De acuerdo a estos autores, la depresión produce un bloqueo de la agresión.

Norman Alexander Cameron

Según Cameron (1982, citado por Dorantes, 1997, p. 56), indica que las reacciones neuróticas depresivas son desórdenes del humor en las que se expresan la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repentinas acerca del sentirse inferior, desesperado y despreciado.

S. Rado

Rado (1956, citado por Dorantes, 1997), “estudió la depresión y la manía en función de una red de interrelaciones entre el yo, el super yo y el objeto amado. La autoestima era el derivado directo de las reacciones parentales positivas y el niño internaliza la figura parental, fuente de autoestima, en una instancia intrapsíquica: el super yo” (p. 56).

2.3.3. Teoría Cognitiva

La teoría cognitiva propone que la manera que tiene el sujeto de ver la vida y ver a sí mismo, es lo que determina su padecimiento. Si su visión o sus pensamientos son negativos, le sobrevendrá la depresión.

Dorantes (1997, p. 57), cita a Beck (1963), quien divide la conceptualización de los pacientes depresivos en la “triada cognitiva”: el paciente ve su mundo, a sí mismo y su futuro de una manera negativa. Estas percepciones van en incremento, al aumentar así la depresión de la persona, que al sentirse rechazada se siente triste. Le sobreviene una disminución de su voluntad y desea escapar. Cuando estos sentimientos se intensifican y se unen a la desesperanza, el sujeto se vuelve dependiente en extremo y puede intentar el suicidio.

Beck (1988), citado por Dorantes (1997, p. 57), menciona que durante la depresión se da un cambio en la manera en que la gente elabora la información, lo cual conduce a una predisposición negativa para hacer observaciones. Además surge una tendencia a sacar conclusiones rápidas con base en fragmentos de pruebas que conducen a un juicio repentino basado en el leve hilo de una prueba o de ninguna, y se

tiende a exagerar la manera de pensar. Indica que el sistema de codificar sucesos particulares está predispuesto de un modo uniforme.

El mismo autor vincula la depresión con una pérdida significativa, que a su vez la lugar a distorsiones cognitivas. Menciona que la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica.

Su teoría habla de los resultados de la depresión más no de sus causas. Afirma que una vez lograda la recuperación clínica, el individuo deja de distorsionar sus experiencias.

2.4. Síntomas de la depresión

Las enfermedades depresivas pueden diferenciarse enormemente unas de otras, la gravedad de la enfermedad, los sucesos de la vida y de la sociedad que la condicionan o la desencadenan, así como la edad a la que aparece por primera vez, son solo algunos de los factores. En medicina, y especialmente en psiquiatría, se distinguen hoy en día entre cinco y diez formas diferentes de depresión que, en parte, precisan de un tratamiento muy diferente.

El espectro de las enfermedades depresivas van, por decirlo de forma simple, desde unos estados de ánimo leves y, sin embargo, serios, que se le presentan debido a una vivencia especialmente opresora, hasta trastornos depresivos graves, en los que el enfermo pierde al menos en parte el contacto con su familia y con la realidad exterior. Las condiciones de vida y los acontecimientos sociales pueden cambiar aquí tanto la realidad de la vida de una persona y puede sobrepasar de tal forma su

capacidad de adaptación, que de ello resulta casi forzosamente un trastorno depresivo (Freyberger, 1995, p. 21).

Sólo se habla de una enfermedad depresiva cuando el trastorno es tan intenso o de tan larga duración, que se convierte en una grave carga personal o social.

Los siguientes puntos de referencia indican una enfermedad:

- El estado depresivo dura de forma interrumpida semanas o meses.
- El cuadro de gravedad depresiva es debido por el afectado con sufrimiento e impide sus actividades personales y sociales.
- Los estados de ánimo del afectado no se pueden cambiar mediante acontecimientos especiales en su entorno (fiestas, vacaciones, etc), o bien el afectado apenas reacciona a una dedicación especial por parte de sus familiares.

Según Freyberger (1995) entre los síntomas más comunes se encuentran los siguientes:

- ❖ Pérdida de interés por las cosas
- ❖ Incapacidad para alegrarse o para participar en las actividades de otras personas
- ❖ Falta de decisión
- ❖ Intranquilidad o paralización interna
- ❖ Cavilación y estrechés de mente
- ❖ Abatimiento o cansancio
- ❖ Inhibición psicomotriz o pérdida de la energía
- ❖ Temores
- ❖ Falta de apetito con pérdida de peso
- ❖ Trastorno del sueño

- ❖ Diferentes dolencias físicas (sensación de presión en la cabeza y en el vientre, sequedad de boca, estreñimiento y otras)

La depresión es una enfermedad que hay que tomar en serio y que precisa de tratamiento médico o terapéutico, por ello las esperanzas de curación, son buenas. Por regla general, los trastornos depresivos pasan sin dejar rastro en la persona afectada (Cammer, 1987, p. 95).

Se ha consolidado el criterio de reunir los síntomas de la enfermedad en grupos constituidos por aquellos síntomas que se dan con mayor frecuencia entre los pacientes. Este grupo de síntomas, que se denomina síndrome, se consideran entonces característicos de una enfermedad. Los síntomas típicos de una depresión se pueden resumir bajo diferentes puntos de vista.

Son síntomas especialmente importantes los trastornos de la psicomotricidad interna y externa, y el miedo. Se le denominan también síntomas guía y se intenta diferenciar así a un llamado síndrome depresivo agitado de un síndrome depresivo inhibido, según el tipo de trastorno de la psicomotricidad y del miedo. El síndrome agitado se presenta en primer plano la intranquilidad interna y la tensión. Los afectados dan la impresión de estar acelerados y apenas se dejan tranquilizar por las personas que los rodean (Freyberger, 1995, p. 23).

Según Freyberger (1995) los síntomas más comunes de la depresión son los que se describen a continuación:

Síntomas afectivos

Se denomina así a los síntomas que afectan al ánimo. A estos pertenecen la tristeza, el abatimiento y la falta de alegría. El depresivo siente su entorno como gris o falto de color, tiene el ánimo sobrio, opresivo y desesperado, puede llorar amargamente sin motivo aparente, o ser tan mecánico en sus reacciones emocionales, que ya ni si quiera dispone de esa forma de expresión. Contempla su propio futuro como lleno de oscuridad y falto de esperanza. Las personas depresivas pueden hallarse emocionalmente indecisas frente a su entorno, o bien sentir en su interior una falta de sentimientos, un vacío profundo.

Trastorno de la psicomotricidad

El impulso interno está fuertemente disminuido. Otras veces está dominado por una gran agitación interior. El afectado puede sentirse cansado, sin energía, sin fuerza, como si por la mañana se le presentara el día como una montaña imposible de escalar. El depresivo no se decide tampoco a realizar aquellas actividades que le gustaban antes de su enfermedad. Puede faltar completamente el interés por lo sexual y apenas es capaz de realizar ya los trabajos cotidianos.

Trastornos del sueño

Pueden estar perturbadas tanto la facilidad para conciliar el sueño (trastorno del inicio del sueño), como también la capacidad de reanudarlo una vez que uno sea despertado (despertar precoz). Los enfermos depresivos cuentan frecuentemente que no pueden dormirse, porque a veces se ponen a pensar durante horas. Con frecuencia ven reducidas considerablemente sus horas de sueño (los llamados madrugadores).

Los afectados se despiertan muy pronto por la mañana sin lograr volver a dormirse después.

Trastornos de la atención, de la concentración y de la memoria

El depresivo puede padecer mermas y alteraciones en su capacidad de atención y de concentración. A las personas de su entorno les llama la atención que el deprimido esté tan distraído y ajeno a su propia existencia que apenas pueda ya dedicarse a sus tareas habituales. Puede verse afectada la capacidad de recordar cosas sucedidas hace poco (memoria a corto plazo), o bien, cosas sucedidas hace mucho tiempo (memoria a largo plazo).

Sentimientos de culpa y de inferioridad, delirio y pérdida del sentido de la realidad

El sentimiento de autoestima de las personas depresivas está condicionado por la enfermedad y generalmente, muy debilitado. Las personas depresivas se pueden sentir inservibles y sin valor alguno, como si fueran una gran carga para su familia. Se acusa así misma de acciones que se sitúan muy lejos en el tiempo, que ahora se ven desde una perspectiva diferente y que a los familiares les parecen, por lo general, irreales y exageradas. Se recriminan así mismas “faltas” y “delitos” anteriores. El depresivo se siente malo y “perdedor”. En ocasiones ven el conjunto de su vida como a través de un velo depresivo.

Síntomas físicos

El enfermo depresivo puede padecer un sin fin de síntomas físicos, que despiertan en él el convencimiento de estar enfermo, no de forma psíquica sino física. La presunta enfermedad puede localizarse en cualquiera de los aparatos fisiológicos del organismo y todos los órganos pueden verse afectados. Así experimenta dolores en diferentes partes del cuerpo, dificultad para respirar, sensación de agobio en la caja torácica, diferentes dolencias del corazón, como taquicardia y arritmias. También son características las sensaciones más diversas, como el frío en los brazos y en las piernas, accesos de calor y pesadez.

Otros síntomas

Un enfermo depresivo puede experimentar también otro tipo de síntomas o variación en la mezcla de los mismos. El afectado se queda sin apetito y, por ello, pierde peso. Puede estar tan desesperado que piense en suicidarse. Puede desarrollar unos temores irrefrenables, y puede dañarse gravemente a sí mismo o a sus familiares, a través de sus acciones o de sus dejaciones (omisiones). El miedo puede presentarse con mayor fuerza, como temor ante determinadas situaciones o cosas.

La persona depresiva puede parecer cansada, tener aspecto de haber recibido una paliza sin la viveza de expresión de la cara y sin los gestos, que tenía quizás antes, normalmente. A veces se hallan tan abatidos la energía y el ánimo, que apenas le importan la higiene personal o el orden en la casa, que antes solían cuidar.

2.5. Clasificación de la depresión

Existen distintos tipos de depresión, así como también diferentes grados. Es un desorden del estado de ánimo que puede intensificarse, se ha llegado a la desesperación sobria del suicida, o convirtiéndose en una aguda manía.

Freyberger (1995) dice que según las causas de la depresión se puede hacer tres grandes grupos con las enfermedades depresivas:

A. Depresión psicógena. Es la forma más frecuente de la depresión, tal y como expresa su nombre, se ha de buscar su origen esencialmente en causas psíquicas. Están relacionadas con sucesos vividos recientemente o lejanos en el tiempo, pero que pesan de forma extraordinaria. Para el diagnóstico se diferencia entre:

- **Reacción depresiva y depresión reactiva.** Se entiende como tal el estado depresivo distorsionado que se produce debido a un suceso vivido y extremadamente doloroso.
- **Depresión neurótica.** Se entiende como tal una forma de depresión que dura largo tiempo o que se repite con frecuencia y que tiene su origen en un problema de crecimiento y maduración personal en la infancia y juventud.
- **Depresión por agotamiento.** Esta forma de depresión se produce en el marco de una sobrecarga excesiva y constante, personal o profesional, “agotadora”.

B. Depresiones endógenas. Son las que en el estudio de las enfermedades psiquiátricas se consideran como la forma “clásica” de depresión, en la que los factores externos no son proporcionados o no tienen una relación comprensible con respecto a la gravedad de la dolencia. El término “endógeno” significa “que viene de dentro”.

En las depresiones endógenas se diferencian también tres formas para el diagnóstico:

- **Depresión monopolar.** Ésta es una forma de depresión en la que la enfermedad aparece en épocas limitadas en el tiempo. La duración de estas fases depresivas puede variar desde pocas semanas hasta varios meses.

- **Depresión bipolar (cíclica).** En esta enfermedad alternan las fases depresivas y maníacas en cuanto a duración y la sensación experimentada también aquí se dan intervalos de tiempo entre las fases, en las que no hay síntomas. En las fases maníacas, el afectado aparece irritado y superestimulado, hiperactivo en sus pensamientos y en sus actos.

- **Depresión tardía o de la edad senil.** La depresión aparece cuando la persona ya es mayor de edad, son casos leves o de gravedad media. La enfermedad puede durar mucho tiempo.

C. Depresiones somáticas (las llamadas físicas o que tiene su origen en el organismo). Se trata de enfermedades depresivas que están relacionadas con una enfermedad corporal o con una alteración de funciones físicas que causan o que originan la depresión. Se distinguen entre:

- **Depresiones orgánicas,** en las que el cuadro depresivo es consecuencia de una lesión directa del cerebro, causada quizás por un derrame cerebral, un tumor cerebral, una arteriosclerosis o por procesos degenerativos condicionados por enfermedades cardíacas de mala circulación, por otros trastornos físicos o condicionado también por la toma de determinados medicamentos.

Con base a lo anterior no es común llamar “depresión” a un gran número de enfermedades que no lo son. Un trastorno simple del estado general, como la sensibilidad a los cambios de tiempo o de estación, los miedos esporádicos o un estado difuso de malestar no son enfermedades depresivas, aún cuando muchos se empeñan en denominarlas así. Igualmente hay que separar de las enfermedades depresivas de numerosos trastornos psicosomáticos, aún cuando estos tengan manifestaciones depresivas por causa de la larga duración de la enfermedad.

2.6. Causas de la depresión

Nada que esté relacionado con la depresión parece estar libre de problemas, y las causas que la producen no son la excepción. Los médicos coinciden en decir que no existe una causa para la depresión, pero tal aseveración, les hace pensar que el asunto

se vuelve aún más complicado. Se han dado a conocer varias teorías, pero la verdad es que ninguna de ellas es concluyente.

Los médicos sienten que cuando sepan más acerca de las causas de la depresión, serán capaces de diagnosticarla en menos tiempo y más acertadamente, por lo que podrán tratarla con mayor eficacia y eficiencia y con ello apoyar a sus pacientes dándoles posibles soluciones. Por el momento, esperan los resultados de una futura investigación, aunque Anthony Clare, en su citado libro (Depresión), menciona que “...sólo en un pequeño número de casos, los síntomas de la depresión son identificables” (Mac Laren, 2000, p. 87).

Algunos de los factores que son considerados la causa de la depresión son mencionados a continuación:

Detonadores potenciales

Probablemente la clase de depresión que al parecer es más comprensible, desde el punto de vista de las causas, es la llamada “depresión reactiva”. Como el nombre lo indica, esta depresión parece ocurrir como respuesta a un determinado evento en nuestras vidas, que los trastorna y que comúnmente es doloroso. En estos casos, algo parece actuar como detonante que inicia el periodo depresivo.

Semejante detonador puede ser cualquier hecho angustioso de la vida, como la muerte de un miembro cercano de la familia, o un amigo íntimo, un divorcio especialmente desagradable, o la pérdida repentina de un empleo que la persona creía que era para toda la vida, particularmente, cuando estas personas están en cierta edad en la que no sería fácil conseguir otro empleo.

El detonador, sin embargo, puede ser algo que en apariencia no debiera provocar angustia o dolor, como es el cambio de casa o el cambio de empleo, que les haga mudarse a otra ciudad, pese a que el cambio fue promovido por ellos mismos y lo interpreten como algo positivo.

Aislamiento o soledad

No es de sorprenderse que las personas que han estado desempleadas por un largo tiempo estén propensas a la depresión. Aunque esto no es atribuible a la pérdida de esperanza en tener un empleo en el futuro, pero sí se puede decir que la persona ha caído en un estado de aislamiento. Dado que ha perdido contacto con sus antiguos compañeros de trabajo y colegas, y aunque se reúna con ellos en algunas ocasiones, pronto se quedará sin los recursos económicos para poder seguir frecuentándolos.

Motivos sociales

Desafortunadamente ya no existe ese sentido humanístico que solía imperar en la mayor parte de los lugares de trabajo. Esto se puede ver claramente en el alto índice de desempleo que existe y en la inseguridad de mantenerse en un puesto; pues debido al constante pánico a ser despedido, el deseo del bienestar y la cooperación entre colegas se ha convertido en una competencia feroz que debilita el sentido humanista dentro de la empresa.

Aunado a esto, la plantilla de empleados se ha reducido considerablemente, al obligar a las personas a pasar más horas en el trabajo; y por lo tanto, es menos probable que se sientan con el deseo de quedarse a platicar con un colega o de salir a tomarse una copa con sus compañeros después del trabajo.

Factores psicológicos

Como ya se ha comentado con anterioridad, es poco lo que se sabe con relación a las causas de la depresión; pero a partir de Sigmund Freud se ha postulado que la depresión puede estar relacionada con ciertos tipos de vivencias experimentadas a edades tempranas; tales como una infancia infeliz, mala relación con uno de los padre o con ambos, rechazo, abuso y otras experiencias desagradables. Esta teoría sobre la depresión suele centrarse en algunas pérdidas sufridas en la primera infancia.

Causas físicas

Enfermedad

Se cree que algunas enfermedades físicas son la causa de la depresión. Algunos tipos de cáncer, como el que ataca a los intestinos y el estómago, pueden iniciarse acompañados de la depresión. El saber que se tiene cáncer de seno puede actuar como el detonador para que de comienzo la depresión. También en los casos de enfermedades crónicas deshabilitantes como la artritis, la diseminación de la esclerosis y el mal de parkinson, son padecimientos que conducen a la depresión.

Causas bioquímicas

Algunos científicos piensan que la depresión puede atribuirse, por lo menos en parte, a un defecto relacionado con el balance químico de los neurotransmisores en el cerebro. Este punto es discutido por Colin Blakemore (1988, citado por Mac Laren, 2000, p. 110), en El mecanismo de la mente:

Los neurotransmisores son sustancias químicas que son liberadas en pequeñas cantidades por los extremos de las fibras nerviosas, como respuesta al arribo de un

impulso nervioso. Estos impulsos nerviosos o mensajes son transferidos de una neurona o célula nerviosa hacia a otra, y el funcionamiento del cerebro depende de esta comunicación entre ellas.

Se dice que la depresión se genera a partir de una baja producción de las sustancias químicas llamadas serotoninas y noradrenalina, y la tendencia a una sobreproducción de las mismas, pero especialmente de la noradrenalina.

Causas genéticas

Por mucho tiempo se ha tenido la creencia de que la depresión es un mal hereditario que se manifiesta a lo largo de las generaciones.

Muy recientemente, los científicos han declarado que existen pruebas que indican que una falla genética puede hacer a las personas más susceptibles a la depresión. Se piensa que una de cada diez personas que sufren depresión, portan el defecto genético que interfiere con el desempeño normal del cerebro (Mac Laren, 2000, p. 113).

2.7. Consecuencias de la depresión

Las consecuencias de la depresión pueden ser muy graves para las personas que la padecen, así como también para la familia y los amigos, además de tener enormes implicaciones para la sociedad. Entre las consecuencias más comunes se encuentran las siguientes:

Angustia personal

La persona que tiene depresión debe soportar una gran carga de angustia, pero al no estar consciente de que es la depresión la que causa esos cambios mentales y emocionales, su nivel de angustia y ansiedad van en aumento.

Es común que las personas deprimidas que no han sido diagnosticadas lleguen a la conclusión de que se están volviendo locas y que no existe cura para eso. Precisamente por esto es importante que todos se hagan conscientes de la naturaleza de la depresión, y lograr que la angustia que causa una depresión no diagnosticada se convierta en cosa del pasado.

Suicidio

Mac Laren (2000, p. 192), sostiene que: “Lamentablemente, muchas personas se suicidan justo cuando están en la cresta de una depresión aguda. Ésta hace que los que la padecen sufran de una extrema desesperación, que se sientan totalmente devaluados, y con la convicción de que el mundo, en general, y sus familias en particular, estarían mucho mejor sin ellos”.

No se puede saber el estado exacto de la mente del individuo que comete suicidio, aún en los casos donde se ha dejado una nota. Sin embargo, parece ser que ellos llegan al extremo de quitarse la vida porque piensan que tienen una enfermedad terrible e incurable de la mente, en vez de pensar que se trata de depresión, la cual, en muchos casos es perfectamente curable. En otras ocasiones, su temor proviene de la idea de que ellos puedan atravesar por una enfermedad física terminal, convicción que

es uno de los posibles síntomas de la depresión y por lo tanto, desean salvar a sus familias del dolor de verlos agonizar lentamente.

Cualquiera que sea la distorsión de los pensamientos que sustentan las ideas suicidas de los sujetos, es extremadamente importante que la sociedad en general tome más en serio el problema del suicidio, puesto que actualmente existe una creencia popular, que en realidad se ha convertido en mito y que es el pensar que las personas que hablan del suicidio jamás lo van a cometer, esto puede ser cierto para aquellos que gustan de hacer declaraciones melodramáticas como respuesta a un hecho relativamente trivial que les haya sucedido, pero aun así, no hay que estar tan seguros ya que los individuos que sufren depresión sí lo llegan a consumir. Los pensamientos negativos y las ideas suicidas son algunos de los síntomas relacionados con la depresión aguda, y algunas veces quienes padecen la enfermedad llegan a comunicárselo a sus amigos.

Raramente se consuma un suicidio sin que existan señales de alarma. La mayor parte de las personas que cometen suicidio contactan a su médico familiar un mes antes de que ocurra el incidente, además de que lo han hecho saber de alguna manera, tal vez al hablar del tema del suicidio o llevar a cabo comportamientos que hablan claramente de querer quitarse la vida.

Otro mito relacionado con el suicidio es que las personas tienen uno o varios intentos fallidos para quitarse la vida nunca llegarán a consumarlo. De hecho, el 40% de aquellos que se han suicidado, tienen una larga historia de intentos fallidos, y son conocidos como para suicidas (Mac Laren, 2000, p. 192 – 193).

Obviamente, el peor resultado de la depresión es el suicidio, sin embargo, para aquellos que logran recuperarse y seguir viviendo, existen obstáculos que son

complejos de resolver, uno de ellos es la situación laboral, la cual se ve afectada por la ausencia de interés en el trabajo por parte de los empleados que sufren ataques de depresión.

Entorno laboral

Muchas personas pierden sus trabajos mientras están en el proceso de la enfermedad, sobre todo si ésta no ha sido diagnosticada. Varios síntomas relacionados con la depresión afectan la productividad y habilidad que las personas solían tener en sus trabajos, impidiéndoles desempeñarse apropiadamente. Estos síntomas incluyen la pérdida de la capacidad de concentración, mala memoria e indecisión, entre otros. Si a causa de esto el trabajo de la persona ha sido enormemente afectada, la consecuencia inmediata será el despido.

Por otra parte, las personas afectadas pueden renunciar a su empleo porque sienten que no son capaces de hacer su trabajo. Ellos no están conscientes de que los síntomas de la depresión son parte de una enfermedad que es curable. Lo único que ellos saben es que no pueden seguir con su trabajo habitual, o que les es difícil laborar como lo han hecho últimamente y simplemente, renuncian, acción de la que se arrepienten una vez que logran sentirse mejor.

Cuando las personas se recuperan de una depresión y ya no tienen trabajo, sea porque han renunciado a él o porque los han despedido, se enfrentan a una situación crítica ya que debido a esto pueden volver a recaer en la depresión, trayendo como consecuencia una desestabilización emocional. En la situación actual en la que se vive, en cuanto a optimización de recursos y recorte de personal por parte de las empresas, el pensar que se les recontractará suena más que ilusorio, a pesar de que la

persona afectada haya sido considerada un empleado brillante y útil para la compañía. Por otro lado, es posible que durante el proceso depresivo que vivieron mientras seguían con su trabajo, hayan llegado a ganarse la fama de empleados de bajo rendimiento, aunque esto haya sido debido a su enfermedad. Este asunto puede ocasionarles el que se den malas referencias, o por lo menos, la indiferencia, lo cual afecta enormemente su progreso profesional en el mercado de trabajo (Mac Laren, 2000, p. 201).

Estigma

Las personas que han perdido sus trabajos o que han renunciado a ellos durante su enfermedad depresiva, en caso que haya enfermado por esta causa el encontrar un nuevo empleo podrían verse recuperados de la depresión ya que les serviría de terapia en algún momento dado.

Esta estigmatización es aún peor cuando la persona ha cursado la enfermedad depresiva sin ser diagnosticada a tiempo, al llegar a grados de severidad que la obligaron a ser internada en un hospital mental.

Esto no sólo tiene un efecto negativo en la vida profesional de la persona y en su estabilidad económica futura, sino también en su estado mental en general; así sucede que se encuentran perfectamente bien de salud y consigo mismos, cuando de pronto toda su confianza se hacen pedazos en el momento en que se dan cuenta de que no pueden encontrar un empleo (Mac Laren, 2000, p. 202).

En el caso de que la persona afectada tenga familiares que dependan de ella, también sufrirán las limitaciones económicas, además de haber experimentado el trauma emocional y mental de vivir con alguien que ha sufrido de una depresión aguda. Estas circunstancias combinadas pueden producir una gran tensión en las relaciones familiares.

Relaciones interpersonales

Cuando las personas están padeciendo esta enfermedad no son en realidad ellos mismos, por lo cual se deben hacer algunas concesiones. Ellos pueden actuar muy mal y decir cosas terribles que en realidad no han querido decir, hacen citas y no se aparecen, o bien, sufren un cambio en su personalidad, y en vez de seguir siendo divertidos comienzan a ser melancólicos y no se alegran con nada; pueden ocurrir muchos cambios. Desafortunadamente, las personas que entran en contacto con ellos rara vez se muestran tolerantes, y es que tampoco saben qué es lo que está sucediendo, ni entienden las implicaciones y los síntomas de la depresión (Mac Laren, 2000, p. 203).

Relaciones familiares

Cuando un miembro de la familia está sufriendo esta enfermedad, pueden originarse disputas familiares que algunas veces nunca se resuelven. Parece extraño que otros miembros de la familia no estén dispuestos a comprender y a perdonar a la persona una vez que ésta se recupera, aún cuando se esté consciente de que se trataba de una enfermedad. Es triste el hecho, pero sucede muy a menudo, que pase mucho tiempo antes de que la familia pueda olvidar las cosas que el enfermo depresivo hizo o dijo en el período en que éste se encontraba gravemente enfermo (Mac Laren, 2000, p. 203).

Amigos

Es común que se presenten riñas entre los amigos cuando uno de ellos tiene esta enfermedad. Las personas que la padecen se vuelven casi siempre irritables y pueden tener comportamientos que no se presentarían si estuvieran sanos. Esto puede tener efectos adversos en las amistades.

La amistad es primordialmente una relación que va en dos direcciones, pero la persona afectada no está en condiciones de ponerse en contacto con la gente, porque se siente exhausta. Esto puede malinterpretarse fácilmente por sus amigos, que concluirán

que éstos no desean su compañía, o que no desean recibir más invitaciones de ellos. Pero todo esto sucede, como ya se dijo, por la falta de energía y motivación que sufre la persona que padece depresión.

Los amigos suelen molestarse después de que los han dejado plantados en varias citas, ya que no entienden que este comportamiento se debe a su enfermedad. Lamentablemente, también los amigos optan por evitar a las personas que padecen depresión, porque sus conversaciones son constantemente reiterativas, al hablar una y otra vez sobre sus problemas. Es justamente en estos momentos cuando más los necesitan, ya que ellos no saben qué es lo que pasa.

Lo óptimo sería que una vez recuperado el paciente, los problemas que se gestaron con sus amigos durante su enfermedad puedan aclararse, pero desafortunadamente, la mayoría de las veces éste no es el caso y vemos que viejas amistades quedan truncadas para siempre (Mac Laren, 2000, p. 204).

Con base a lo anterior se puede decir que la depresión tiene una fuerza devastadora; destruye a las personas, sus relaciones, a sus amistades, y destruye también sus carreras. Por desgracia, la mayoría de las veces la destrucción que ésta crea es irreversible.

Por lo tanto, al comprender su poder destructivo podremos identificarla, ya sea en los demás o en nosotros mismos. Solamente privándola de sus mitos se podrá luchar contra esta enfermedad, además de reconocerla y actuar en consecuencia, dado que se trata de un padecimiento común y que con el debido tratamiento es perfectamente curable.

2.8. Tratamiento de la depresión

Antes de plantearse el tratamiento hay que confirmar que se trata de una depresión y no de otra cosa. La presencia de síntomas que pueden asemejar a la depresión, como tristeza, cansancio, ganas de llorar, nerviosismo, dificultad para dormir, etc., son habituales en situaciones de dificultad personal grave o mantenida, o en situaciones de pérdida o duelo. Para diferenciar una depresión de un duelo no complicado hay que

tener en cuenta que en el duelo no suele observarse la presencia constante de ideas de culpa o inutilidad, no existe una alteración del funcionamiento diario importante y no suelen aparecer las ideas de suicidio, que sí suelen ser frecuentes en la depresión (Saludalia, 2007).

Depende de la gravedad de los síntomas o de la presencia de otros factores que compliquen la evolución de la depresión, como puede ser la existencia de rasgos alterados de la personalidad, es como se puede saber quién debe tratar la depresión.

Inicialmente la depresión leve o moderada puede ser valorada por el médico de cabecera. En el caso de falta de respuesta a distintos tratamientos o de persistencia o empeoramiento de los síntomas deberá ser evaluado por un especialista en psiquiatría (Polaino, 1985).

La mayoría de las depresiones pueden ser tratadas a nivel ambulatorio. Solamente en aquellas donde existan fuertes tendencias suicidas, o que provoquen importante incapacidad para mantener una vida normal, o que precisen un estudio diagnóstico diferencial con otras enfermedades orgánicas, puede considerarse su tratamiento a nivel de ingreso en un hospital.

En cualquier caso, siempre la medicación ha de ser indicada y controlada por un médico. No es aconsejable la automedicación de modo que ante una recaída se vuelva tomar por cuenta propia un medicamento que anteriormente fue eficaz. Además, aunque casi todos los antidepresivos son igualmente efectivos, actúan de modo diverso sobre diferentes síntomas. Por ello, es importante que el médico conozca bien las características de la depresión para poder recomendar el fármaco más adecuado (Calderón, 2001).

Existen diversos tipos de tratamiento, los más importantes serán mencionados a continuación:

2.8.1. Tratamiento farmacológico

Desde la introducción de los fármacos antidepresivos a mediados de los años cincuenta se ha producido una mejora significativa en la perspectiva de tratamiento de los pacientes con depresión. Se considera que estos fármacos son eficaces en el 60 a 80 % de los pacientes, siendo la respuesta variable en función de la gravedad de la depresión y de la presencia de otros factores que pueden "entorpecer" la acción del fármaco como pueden ser acontecimientos vitales estresantes mantenidos, características de personalidad alteradas de base o mal cumplimiento del tratamiento. Además, hasta el 90% de las depresiones responderán a algún tipo de tratamiento antidepresivo (Mac Laren, 2000, p. 115).

La depresión parece estar asociada a la existencia de niveles bajos de determinadas sustancias a nivel cerebral tales como la serotonina, la noradrenalina o la dopamina. Por ello, los fármacos antidepresivos aumentan alguna de estas sustancias en el cerebro a través de distintos mecanismos de acción.

Al momento de seleccionar un fármaco antidepresivo hay que tener en cuenta algunos factores como son: la experiencia conocida de un episodio anteriormente tratado, el subtipo de depresión, el perfil de efectos secundarios propio de cada medicamento y la posibilidad de interacción con otros medicamentos que ya se estén tomando (Biopsicología, 2006).

También es necesario conocer de antemano que todos los fármacos antidepresivos tienen un período entre que se inicia su toma y comienza la respuesta

antidepresiva, tiempo que se denomina *latencia de respuesta*, y que puede variar entre dos y cuatro semanas. El paciente, en este período, además de no notar importante mejoría, percibirá los efectos secundarios posibles de la medicación, lo cual añade frustración y desconfianza hacia la eficacia del tratamiento. Se ha de ser, por tanto, paciente y esperar la mejoría de la depresión dentro de ese plazo de tiempo. Si es posible observar, en ocasiones, una cierta mejoría a los pocos días de iniciar la toma del medicamento, pero este efecto que no es antidepresivo, posiblemente se deba a cierta acción sedativa o inductora del sueño que mejora aspectos que suelen presentarse asociados a la depresión como es la ansiedad o el insomnio (Mac Laren, 2000).

Fundamentalmente, y de manera resumida, existen dos grandes grupos de fármacos antidepresivos:

- ***Antidepresivos tricíclicos.*** Fueron de los primeros antidepresivos en aparecer, presentan una elevada eficacia aunque por su potencial de producir efectos secundarios como sedación, sequedad de boca, estreñimiento, temblores, hipotensión, etc. se recomienda iniciarlos a dosis bajas e ir en aumento en función de la tolerancia del paciente y del efecto antidepresivo, hasta conseguir la dosis que equilibre la mayor eficacia posible con los menores efectos secundarios. Se tienden a utilizar en casos graves de depresión. Por su perfil sedante, alguno de ellos se indica también en depresión con elevado nivel de ansiedad.
- ***Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y/o noradrenalina.*** De introducción reciente en los últimos diez años. Se ha extendido mucho su uso. Por tener un mecanismo de acción más selectivo, son fármacos con un perfil de efectos secundarios mejor tolerados que los clásicos fármacos tricíclicos y por lo tanto pueden empezar a tomarse a la dosis normalmente efectivas. Al poder

indicarse desde el primer día a dosis terapéuticas es posible que necesiten menor tiempo de inicio de la acción antidepresiva.

Una vez conseguida la remisión completa del cuadro depresivo es necesario continuar el tratamiento y no abandonarlo aunque el paciente ya se sienta totalmente bien. Con ello se intenta disminuir en lo posible el riesgo de recaída. Así, cualquier tratamiento antidepresivo ha de durar por lo menos de 6 a 9 meses tras la recuperación de la depresión.

En el caso de un primer episodio depresivo se plantea al cabo de este tiempo la retirada del tratamiento, al hacerse de modo progresivo, tanto para evitar la posibilidad de síntomas de abstinencia como el posible resurgimiento de la depresión si la decisión de retirada del fármaco fuera prematura (Cammer, 1987).

Respecto a la abstinencia es necesario recordar que los antidepresivos no generan adicción, pero pueden producir los denominados síntomas de retirada del medicamento si ésta se realiza de manera brusca.

Ante un segundo episodio depresivo habitualmente se deberá mantener la medicación durante uno o dos años antes de pensar en retirarlo. A partir del tercer episodio depresivo el médico deberá plantearse, y plantear al paciente, la necesidad de tomar el medicamento a dosis de mantenimiento durante varios años, incluso de por vida, con el fin de disminuir la posibilidad de nuevas recaídas, ya que cuanto mayor es el número de episodios mayor es la probabilidad de recaer en la depresión.

Se ha comprobado que la dosis de mantenimiento debe ser la misma cantidad que se administraba al final del episodio agudo, ya que esta dosis es más protectora frente a la recurrencia (Mac Laren, 2000, p. 18).

Aunque la eficacia de la mayoría de los antidepresivos es similar, existen diferencias respecto a su perfil clínico, de efectos secundarios y tolerabilidad, lo cual permite seleccionar su indicación.

2.8.2. Tratamientos físicos

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento de comprobada eficacia para la depresión. Por otra parte, las condiciones en las que se realiza actualmente, con

anestesia, relajantes musculares y monitorización de las funciones básicas permite aplicarlo en un entorno controlado y seguro, con un nivel de efectos secundarios, en muchas ocasiones, inferior a los observados con algunos fármacos como pueden ser los antidepresivos tricíclicos (Mac Laren, 2000, p. 126).

Habitualmente son necesarias un total de 9 a 12 sesiones continuadas de tratamiento para lograr la remisión del episodio depresivo. Con un número de sesiones habitualmente de dos o tres a la semana se consigue evitar la conocida latencia de respuesta del tratamiento antidepresivo y lograr una considerable mejoría en un plazo relativamente breve. También se ha estudiado la posibilidad de realizar tratamientos de mantenimiento con una sesión administrada habitualmente cada mes para prevenir las recurrencias y recaídas.

No todas las depresiones tienen indicación de tratamiento con TEC. Se limita a aquellas depresiones endógenas resistentes al tratamiento farmacológico, las que presentan un elevado riesgo de suicidio, las depresiones graves con importante afectación somática por desnutrición o deshidratación que requieran intervención rápida, la depresión que se acompaña de síntomas psicóticos (presencia de ideas delirantes y alucinaciones) y cuando existe la experiencia previa de buena respuesta al tratamiento con TEC. También puede valorarse en caso de depresión en el embarazo, en el cual la toma de fármacos puede conllevar un riesgo de malformaciones en el feto (Mac Laren, 2000).

2.8.3. Tratamiento psicoterapéutico

Cuando la depresión precisa tratamiento, éste puede realizarse solo con fármacos, solo con psicoterapia o con una combinación de ambas. Se considera que la combinación

de fármacos con psicoterapia, es la mejor elección de tratamiento en algunos casos de depresión.

Muchas de las técnicas de psicoterapia para la depresión tienen el inconveniente de la mayor dificultad para comprobar su eficacia de un modo científico. Es más fácil controlar y objetivar la eficacia de un medicamento que una técnica concreta de intervención psicoterapéutica. Por otra parte, la mayor parte de las psicoterapias no han sido desarrolladas para ser aplicadas en depresiones con sintomatología psicótica o en fases depresivas del trastorno bipolar, caracterizado por la presentación de episodios de depresión y manía alternantes (Mac Laren, 2000).

La *psicoterapia de apoyo* intenta ayudar al paciente al lograr el mejor nivel de funcionamiento posible al tener en cuenta los problemas concretos que le genera la enfermedad en su actividad habitual y en su entorno. Trata de aportar un soporte emocional al paciente y conseguir de él la mayor colaboración posible con el tratamiento.

Se basa en técnicas de explicación de la enfermedad, de adecuación de las expectativas de recuperación con la realidad, de educación para solventar problemas que la enfermedad genera, de desarrollo de sistemas de apoyo al enfermo y de apoyo afectivo del terapeuta hacia el paciente (Cechinato, 2003).

Dos de las psicoterapias más estudiadas y de eficacia contrastada son la *psicoterapia interpersonal* y la *psicoterapia cognitiva*. La primera busca mejorar la depresión a través de la mejora de las relaciones interpersonales, las cuales pueden estar alteradas y se consideran relacionadas con el inicio de los síntomas. La terapia cognitiva es un técnica dirigida y bien estructurada que busca corregir aquellos pensamientos alterados por su carga negativa o pesimista que se cree que están en el

origen de la depresión, dado que el pensamiento se conecta intensamente con la afectividad y la conducta. Se trataría de localizar estos pensamientos y sustituirlos por otros más reales y positivos.

Casi todas las psicoterapias requieren un plazo largo de tratamiento, desde pocos meses a varios años, lo cual conlleva el problema de la continuidad de la terapia por parte del paciente cuando éste ya se cree encontrar bien. En este sentido es necesario tener en cuenta que la psicoterapia no busca solo resolver un episodio depresivo sino también generar los cambios necesarios en la persona para intentar prevenir la recaída (Mac Laren, 2000).

Con base a lo anterior se puede decir que el paciente depresivo tiende a plantearse la duda y el miedo a una recaída, miedo que puede dificultar la recuperación. La tendencia a repetir episodio depresivo depende del número de episodios previos, de la existencia de antecedentes familiares de depresión, de la duración del episodio actual y de la existencia de alguna causa externa para el episodio actual. El paciente debe de plantearse como objetivo inmediato recuperarse del episodio actual sin pensar excesivamente en futuras recaídas, para las cuales ya se pondrán los medios posibles de tratamiento.

Se deben evitar en la medida de lo posible la tendencia a pensamientos negativos o a culpabilizarse por el estado clínico en que se encuentra el paciente. También ayuda mucho la confianza que se pone en el tratamiento. Los datos apoyan la afirmación de que la mejoría tras el tratamiento es la regla y no la excepción.

2.9. Instrumentos previos que miden la depresión

Existen varios instrumentos que miden la depresión aunque de manera general, ya que abarcan distintos aspectos de ésta. Las escalas de evaluación deben considerarse como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar en

forma sencilla la evolución del cuadro psicopatológico ante un tratamiento determinado.

Actualmente hay un gran número de escalas que ayudan a medir la depresión, pero las más conocidas y utilizadas son: el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, la Escala de Hamilton, el Inventario de Beck y la escala de Autoevaluación de Zung. En años recientes la Organización Mundial de la Salud elaboró una escala para medir la depresión y la utilizó en su investigación internacional del problema; sin embargo, aún no se encuentra en disponibilidad para su uso general (Cechinato, 2003, p. 91).

A continuación se muestra una breve reseña de algunos de los instrumentos que miden depresión ya mencionados con anterioridad.

2.9.1. Inventario de Beck

A principios de los años sesenta Aarón T. Beck dio a conocer un inventario para medir la depresión, el cual fue utilizado en el Centro para Terapia Cognitiva de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensylvania (Beck y Steer, 1987, citados por Dorantes, 1997, p. 108).

Fue elaborado originalmente para ser administrado por un entrevistador y se utilizaba con una doble copia, una que se entregaba al enfermo y la otra, que era leída en voz alta por la persona que aplicaba la prueba. Después de enunciar las declaraciones que correspondían a cada reactivo, se pedía al entrevistado que indicara “cuál de esas definía mejor cómo se sentía en ese instante”.

En ningún momento debería de sugerirse la respuesta, y si el paciente indicaba que había dos o más afirmaciones que correspondieran a la manera como se sentía, debía registrarse el número más alto. El puntaje de depresión es la suma de las respuestas.

El instrumento fue diseñado para valorar lo severo de la depresión en pacientes psiquiátricos adolescentes y adultos, no para comprobar ninguna teoría sobre depresión; sin embargo, al tomar las debidas precauciones puede ser usado para dar seguimiento a un cuadro depresivo y para determinar si existen síntomas de depresión en personas “normales”.

En 1978 Beck publicó la versión revisada, y uno de los cambios es que ya puede ser un instrumento autoaplicable ya que contiene las instrucciones perfectamente claras al principio del inventario, por lo que no es imprescindible que el aplicador esté con el entrevistado, sin embargo, es de suma importancia observar el hecho de que debe ser calificado y evaluado por personas capacitadas para ello.

El Manual del Inventario de Depresión Beck (1993, citado por Dorantes, 1997, p. 108), indica que el inventario original estaba basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes psiquiátricos deprimidos, los cuales eran contrastados con los síntomas que los pacientes psiquiátricos no deprimidos mencionaban ocasionalmente. Esto vino a consolidar los 21 síntomas y actitudes que comprenden el inventario, mismos que son cuantificados con valores numéricos del 0 al 3, siendo lo máximo que se puede obtener 63.

La puntuación final es la suma de los valores de cada reactivo. En el caso de que en un reactivo se hayan marcado dos respuestas, se contabilizará la más alta. Se

debe tener cuidado con el reactivo que se refiere a la pérdida de peso (núm. 19), ya que si la persona indica que está en tratamiento para bajar de peso, su valor será de cero.

Las puntuaciones del cero al 9 son consideradas dentro del rango mínimo de depresión; de 10 a 16 indican una depresión leve; de 17 a 29 una depresión moderada y de 30 a 63 una depresión severa. Las puntuaciones mayores al 15 ya deben ser tratadas como depresivas.

Se debe tener mucho cuidado, ya que la puntuación total sólo nos da un estimado de la severidad total de la depresión. Es muy importante poner mucha atención al contenido del reactivo, en especial a los que se refieren al suicidio.

El inventario consta de 21 items que cubren las áreas afectiva, cognitiva, motivacional y psicológica de la sintomatología depresiva. Las categorías sintomático – conductuales que evalúan son: 1) ánimo, 2) pesimismo, 3) sensación de fracaso, 4) insatisfacción, 5) sentimiento de culpabilidad, 6) sensación de castigo, 7) descontento, 8) autoacusación, 9) deseos autopunitivos, 10) llanto, 11) irritabilidad, 12) aislamiento, 13) indecisión, 14) imagen corporal, 15) inhibición laboral, 16) trastornos del sueño, 17) fatigabilidad, 18) pérdida del apetito, 19) pérdida de peso, 20) preocupación somática y 21) pérdida de la libido. Los primeros catorce apartados se refieren a síntomas afectivo – cognoscitivos y los siete restantes a síntomas vegetativos y somáticos que pueden también ser el resultado de una enfermedad física.

El instrumento está diseñado con un vocabulario que puede ser comprendido por personas con nivel de escolaridad mínimo de quinto grado de primaria. Debe ser

administrado en un lugar con suficiente iluminación y aire, y sin distractores. Su duración no debe pasar de quince minutos. Su aplicación también puede ser oral.

Ha habido muchos estudios con relación a la validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck., Dorantes (1997, p. 111), cita a Weissman, Lester y Trexler (1974), quienes encontraron que la escala de desamparo de Beck está relacionada positivamente con el Inventario.

La estandarización del Inventario de Depresión de Beck, para población mexicana ha sido realizada por Méndez Salvatore (1995), citado por Dorantes (1997, p. 112), la cual dio lo siguiente:

Nivel de Depresión	Puntaje	Rango percentilar
Mínima	0 a 9	4 – 61
Leve	10 a 16	66 – 81
Moderada	17 a 29	83 – 96
Severa	30 a 63	98 – 99

Los resultados de este estudio indican que el Inventario de Depresión de Beck presenta una alta confiabilidad en población mexicana, con un Alpha de .8734, o sea una probabilidad de error de .13 (Dorantes, 1997).

2.9.2. Escala de Hamilton

Cechinato (2003, p.94) cita a Max Hamilton (1960), quien hizo un análisis de las escalas existentes para medir síntomas de trastornos mentales. Consideró que podían dividirse en cuatro grupos:

1. Algunas fueron elaboradas para hacer estudios de enfermos mentales y tenía el inconveniente de que al aplicarse a individuos normales, muchos de los síntomas no podían ser identificados, por no ser equiparable un trastorno psiquiátrico con una variación ligera de la conducta o del humor.
2. Las escalas existentes de autoaplicación, si bien eran fáciles de administrar, tenían el inconveniente de que los enfermos con trastornos psiquiátricos acentuados tenían limitada su capacidad para resolverlas.
3. Muchas escalas de conducta se utilizaron para medir la capacidad de adaptación en instituciones hospitalarias, pero dieron poca o ninguna información acerca de síntomas de depresión.
4. Otras escalas habían sido diseñadas para cuantificar síntomas de enfermedad mental, por lo que cubrían todo el rango de trastornos psiquiátricos. La desventaja de estas escalas consistió en la dificultad para identificar algunos síntomas, por ejemplo, para establecer la diferencia entre apatía, retardo y estupor. En síntomas como “ideas delirantes”, el significado era muy diferente si se refería a cuadros depresivos, esquizofrénicos, paranoides o hipocondriacos.

Por tal motivo, Hamilton elaboró su escala, que se utiliza hasta la fecha, sobre todo para medir la intensidad de la depresión en investigaciones con antidepresivos.

La escala consta de 17 variables; algunas se definen como categorías de interés creciente; otras, por términos equivalentes. La forma como se cuantifica el registro incluye cuatro variables adicionales: variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos; esto da un total de 21 reactivos. Las variables se miden con una escala de cinco o de tres puntos. Cuando la cuantificación es difícil no

se establece una distinción entre frecuencia e intensidad de los síntomas, y la persona que califica debe tomar en cuenta ambos elementos al hacer su valoración.

En ocasiones se presentan problemas al valorar ciertos síntomas, por ejemplo, en la tríada depresiva: tristeza, culpa y tendencias suicidas, tan estrechamente ligadas que su descripción e interpretación es difícil de separar, pudiéndose otorgar a todas ellas puntajes altos o bajos en forma global, sin analizar cada síntoma por separado.

El autor recomienda que dos personas independientes califiquen al paciente en la misma entrevista, para obtener una calificación promedio y evitar errores de interpretación personal (Calderón Narváez, 1990, p. 94 – 95).

2.9.3. Escala de Autoevaluación de Zung

Cechinato (2003, p. 102), cita a Zung y Durham (1964), quienes realizaron una investigación de la depresión, y en 1965 publicaron los resultados. Esta prueba es una escala para la automedición de la depresión (EAMD); destinada a medir cuantitativamente la depresión. Fue desarrollada por William Zung en 1965. Se compone de 20 preguntas, diez que están hechas para obtener una respuesta sintomática positiva y diez para una respuesta sintomática negativa. Las preguntas se relacionan a situaciones, sentimientos y pensamientos que pudieran ocasionar malestar o bienestar.

En el proyecto debían correlacionar la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, como la facilidad para despertar del sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento. Zung y Durham se dieron cuenta de que las escalas para medir la depresión existentes hasta entonces, eran inadecuadas, pues por su extensión requerían de mucho tiempo para su aplicación, eran especialmente

difíciles de resolver para enfermos depresivos con trastornos psicomotores y, por otra parte, no eran autoaplicables, por lo que los resultados obtenidos podían ser matizados por la interpretación personal del entrevistador.

Por tanto, Zung y Durham decidieron elaborar una escala que reuniera los siguientes requisitos:

1. Que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.
2. Que incluyera, por tanto, los síntomas más representativos de depresión.
3. Que fuera breve y sencilla.
4. De aplicación más cuantitativa.
5. Que pudiera ser autoaplicada por el enfermo, a fin de recabar su respuesta directa.

Con tal finalidad, el primer paso fue la elaboración de una lista de síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión (Calderón Narváez, 1990, p. 102 – 103).

Con base a lo anterior podemos decir que “La Escala de Autoevaluación de Zung, pese a que tiene algunas características que no corresponden a nuestro medio, es sencilla y de fácil aplicación, por lo que, además de ser útil en algunos programas de investigación, podría ser un buen auxiliar en la clínica para diagnosticar la depresión, especialmente cuando ésta se presenta en su forma enmascarada (Calderón Narváez, 1990, p. 111).

Por su parte, el empleo del MMPI, del Inventario de Beck y de la Escala de Hamilton implica un proceso de cuantificación más complejo y su aplicación más amplia en estudios de investigación que en el campo clínico. Se consideran estos

estudios previos, cabe la posibilidad de diseñar un instrumento que mida únicamente la depresión en profesionistas desempleados, ya que hasta la fecha no existe ningún instrumento que se enfoque solamente a este problema. Sin embargo se tomarán en cuenta algunas aportaciones de dichos instrumentos.

El ritmo de trabajo en nuestros días ha provocado que muchas veces las personas se olviden de sí mismos, que los problemas que debieran solucionar como la falta de tiempo para pensar en nuestras decisiones cotidianas, impiden aprovechar repetidas veces al máximo la oportunidad de vivir ya que el simple hecho de sentirnos deprimidos hace que nuestra propia vida cambie de tal forma que baje nuestra autoestima; por ello se debe de tener una actitud mental positiva para lograr proyectar optimismo, hacer sentir bien a los demás y sobre todo el hacer de su vida lo mejor que puedan.

CAPÍTULO 3
DISEÑO DEL INSTRUMENTO

3.1. Metodología para la elaboración de un instrumento

La metodología representa la manera de organizar el proceso de la investigación, de controlar sus resultados y de presentar posibles soluciones a un problema que conlleva la toma de decisiones.

La función básica de las pruebas psicológicas es medir diferencias de conducta entre los individuos o diferencias en la conducta de un mismo individuo en distintos momentos (Anastasi, 1998).

Existen distintos tipos de instrumentos de medición con características diferentes, sin embargo, el procedimiento para construirlos es semejante. Es necesario aclarar que en una investigación hay dos opciones respecto al instrumento de medición:

- 1) Elegir un instrumento ya desarrollado y disponible, el cual se adapta a los requerimientos del estudio en particular.
- 2) Construir un nuevo instrumento de medición de acuerdo con la técnica apropiada para ello.

En ambos casos es importante tener evidencia sobre la confiabilidad y validez del instrumento de medición. (Hernández Sampieri, 2003, p. 252).

El procedimiento para la elaboración de un instrumento es el siguiente:

- Definir el propósito del instrumento: explicar la finalidad de la investigación
- Elaborar el Marco Teórico que sustentará el instrumento: se analizan teorías, investigaciones y antecedentes que se consideren válidos para el encuadre del estudio
- Identificar las variables: propiedad que tiene una variación que puede medirse u observarse
- Revisar su definición conceptual y comprender su significado: por ejemplo, comprender bien que es la motivación intrínseca y que dimensiones la integran
- Elaborar la definición consensual: se encuentra elaborada por autores
- Elaborar la definición de indicadores: se elaboran por autores y uno mismo
- Elaborar los reactivos: habiendo definido la o las variables desde el punto de vista conceptual, consensual, indicativa u operacional, se procede a llevar a cabo la redacción de los reactivos
- Crear las normas de calificación: dar el valor correspondiente a cada uno de los reactivos para su evaluación
- Análisis de reactivos: es el primer paso estadístico que se lleva a cabo al inicio de la construcción de un instrumento
- Se sustenta su validez: grado en el que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir
- Piloteo: se aplica a personas con características semejantes a las de la muestra o a la población objetivo de la investigación
- Se comprueba su confiabilidad: grado en el que la aplicación repetida de un instrumento de medición mismo fenómeno genera resultados similares

- Se identifican sus usos y limitaciones: dar a conocer la utilidad con la que cuenta el instrumento
- Y para finalizar se elabora el Manual: se hacen las especificaciones pertinentes para una adecuada aplicación y calificación del instrumento (Hernández Samieri, 2003).

Los objetivos básicos en el diseño de instrumentos son:

1. Obtener información relevante a los propósitos de la investigación
2. Recoger esta información con la máxima confiabilidad y validez

3.1.1. Propósito del instrumento

El propósito de construir un instrumento sobre la depresión en profesionistas desempleados surgió a partir de que hay diversos tipos de pruebas que miden una infinidad de trastornos; sin embargo, es conveniente contar con un instrumento que mida depresión en profesionistas desempleados, además de que los test psicológicos constituyen uno de los instrumentos básicos de trabajo del Psicólogo.

Son muchas las definiciones que se han propuesto para el término “prueba psicológica”, sintetizándolas, pueden considerarse como un instrumento de medición psicológica aquél que posee tres características fundamentales:

1. Sirve de estímulo para extraer un segmento de la conducta de un sujeto.
2. Es rigurosamente estandarizado, o sea se construye, se administra y se califica según reglas preestablecidas.
3. Permite comparar estadísticamente la conducta de un sujeto con un grupo de sujetos de una población definida y clasificarla cuantitativa, cualitativa y/o tipológicamente.

Así, la medición implica “la utilización de determinados procedimientos (operaciones), según reglas especificadas, para obtener como resultado la asignación de valores numéricos a la ejecución de una prueba” (Costa Neiva, 1996, p. 17).

3.1.2. Construcción del Marco Teórico

El segundo paso para la elaboración de un instrumento es la construcción del Marco Teórico, en el cual se habla del desempleo en México, así como los antecedentes, estadísticas, causas y efectos que ocasiona este problema a la población mexicana, el cual ha sido uno de los principales problemas que se han vivido. Se ha notado que el país se ha estancado considerablemente, en la que persiste la debilidad de la economía mexicana que se ha visto reflejada en el desempleo, intentándose reactivar el crecimiento nacional por medio de la iniciativa privada e incluso la extranjera para con ello participar en la creación de empresas lo cual permitiría el avance social, tecnológico y cultural de nuestro país.

Así como el desempleo, otro factor relevante es la depresión que es una enfermedad que se caracteriza por el estado de ánimo triste y melancólico; su origen es psicofisiológico y a veces suele acompañarse de angustia y ansiedad. El tratamiento es psiquiátrico, y como todas las enfermedades tiene un comienzo en diversos síntomas, tanto físicos como psicológicos y afecta todos los aspectos del individuo (social, laboral y familiar). Se sabe que esta enfermedad es uno de los factores psicológicos generados por causa de esta problemática del desempleo ya que se han realizado investigaciones propias a este tema.

Tanto el desempleo como la depresión, son aspectos fundamentales para la elaboración del instrumento. Estos puntos se encuentran referidos a fondo en los capítulo uno y dos del presente trabajo de tesis.

3.1.3. Identificación de variables

De todo el marco teórico se tienen que extraer aquellas variables por medio de la cual se pueda medir la depresión por causa del desempleo, los indicadores que se detectaron fueron; Baja autoestima, Trastornos físicos, Relaciones interpersonales y Ansiedad.

3.1.4. Definición de variables

Para poder elaborar un instrumento se requiere desarrollar las tres definiciones siguientes:

a) Definición Conceptual

Depresión

Es la tristeza profunda que se manifiesta con sueño excesivo, susceptibilidad de enfermedades, introversión, etc. Cuando no hay una atención adecuada, en ocasiones puede llegar al suicidio. También puede reflejarse apatía en actividades que comúnmente se realizaban.

b) Definición Consensual

Depresión

La depresión es considerada como un conjunto de “trastornos de la afectividad con tristeza vital, trastornos de la psicomotricidad, pérdida del impulso, trastornos del sueño, pérdida del apetito y de peso, sentimientos de culpabilidad, pérdida de interés, trastornos en la concentración y otros síntomas. Se diferencian diversas formas de depresión según la variedad y evolución de los síntomas y según las causas (Freyberger, 1995, p. 88).

El fenómeno depresivo se ha convertido en una enfermedad recurrente dado que afecta a individuos de cualquier edad, no respeta sexo ni clases sociales, simplemente se apodera de las personas susceptibles a padecerla por lo que un diagnóstico oportuno y la intervención de un profesional en el ramo pueden ayudar a reducir en gran parte el peligro que puede traer consigo la depresión, el suicidio o simplemente la falta de ganas de vivir.

La depresión puede durar un corto tiempo o puede persistir durante meses o incluso años. Una de las cosas más importantes es que el individuo acepte que tiene la enfermedad y que necesita ayuda profesional para poder superarla, ya que la depresión es un estado emocional sumamente doloroso, a veces puede hacer la vida pesada y difícil de soportar para quien la sufre, las personas se sienten aisladas, incomprendidas y no queridas de modo que la gente tiende a apartarse de ellas, llegando a un sentimiento de frustración (Chave, 2002, p. 9).

La depresión es el desorden funcional más común de los adultos de todas las edades, se presenta en diferentes grados. Los episodios depresivos mayores son caracterizados por una pérdida de interés y placer en casi todos los pasatiempos y actividades. La persona se siente triste, sin esperanza, abandonada a su suerte e irritable y ese estado de ánimo es dominante y persistente (Ehrenberg, 2000).

Con base a las definiciones mencionadas anteriormente, podemos concluir que la depresión es la forma más común del sufrimiento mental, la cual causa serios problemas en la vida familiar, social y laboral de los pacientes que la padecen. Tiene un impacto muy negativo en la calidad de vida de estas personas.

3.1.5. Definición de indicadores

Para poder elaborar el instrumento es necesario definir los indicadores que se tomarán en cuenta para su redacción, a continuación se definen cada uno de ellos:

Baja Autoestima

Una baja autoestima se caracteriza por no saberse valorar y dejar que los demás los hagan sentir menos, creer que nadie los puede querer y además que nunca pueden alcanzar sus metas.

Para que una persona tenga una baja autoestima, ésta tiene que ser afectada por un grupo de factores tales como: insultos de otros, rechazo de familiares o amigos, solo reconocer sus errores y no las cosas buenas que hacen, rechazo de otras personas cuando cometen un error, amenazas violentas, etc.

Además el comportamiento de una persona con baja autoestima, es el siguiente: no se aprecia a sí misma, siente temor y preocupación por la aceptación de los demás, siempre controla su propia actuación y sus emociones, por temor a ser criticada, se defiende constantemente y amenaza a los demás, realiza su trabajo con insatisfacción, no se evalúa, espera que otros la evalúen, no toma decisiones, responsabiliza a los demás de lo malo que le sucede, tiene problemas para relacionarse con personas del sexo opuesto, y si lo hace, actúa de forma destructiva, posesiva y superficial (Calderón, 1990).

Trastornos Físicos

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas, pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado (Mac Laren, 2000, p. 64).

Los síntomas de la depresión pueden incluir un estado de ánimo deprimido, desesperación, inutilidad, mal apetito con pérdida de peso, aumento de apetito con aumento de peso, incapacidad para dormir o dormir demasiado, agitación, desaceleración general, pérdida del interés o placer en las actividades que solían ser agradables, pérdida de energía, cansancio, fatiga, sentimientos de falta de valor, autorreproche, culpa excesiva, incapacidad para pensar o concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio, deseo de estar muerto, irritabilidad, agitación, alucinaciones, ansiedad, preocupación por la salud física, fobias, consumo de drogas callejeras, resentimiento, problemas en la escuela o en el trabajo, mayor sensibilidad, pérdida de la memoria, apatía, distracción, ilusiones, lloriqueo, intranquilidad, ataques de pánico, uso excesivo de alcohol, agresividad, retiro social, mala apariencia o desorientación. Estos síntomas son lo bastante severos como para causar una dificultad o deficiencia significativa en el funcionamiento.

Relaciones Interpersonales

Las relaciones interpersonales en el trabajo (y fuera, también) constituyen un papel crítico en las empresas. Aunque la calidad de las relaciones interpersonales en sí no bastaban para incrementar la productividad, sí pueden contribuir significativamente a ella, para bien o para mal.

La unidad más básica de una sana interacción humana es la caricia psicológica. Por medio de ésta le hacemos saber a otra persona que nos hemos percatado de su presencia. Este reconocimiento generalmente abarca una cierta dosis de aprobación. El saludo es la caricia psicológica más común (Mac Laren, 2000, p. 203).

Ansiedad

La ansiedad es una emoción que sienten los seres humanos. Sin embargo, en determinados casos se convierte en un trastorno que requiere tratamiento. Es un estado de miedo y aprensión que puede aparecer como síntoma en los trastornos psiquiátricos y otras patologías, pero también puede constituir un cuadro singular.

Se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como temblor, hipertonia muscular, inquietud, hiperventilación, sudoración, palpitaciones, etc (Calderón, 1990).

3.1.6. Definición Operacional

- **Baja Autoestima;** para llevar a cabo esta definición es necesario tomar en cuenta aspectos específicos de cada uno de los reactivos, por ejemplo: falta de

aceptación de sí mismo, culpabilidad, frustración y dejarse pisotear por los demás.

- **Trastornos Físicos;** en este indicador encontramos consecuencias tales como el ánimo, su manera de comer, dormir, cansancio, la manera de pensar, fatiga, indecisión, irritabilidad, preocupación por la salud física, apatía, agresividad, etc.
- **Relaciones Interpersonales;** es la pérdida del interés por convivir con sus semejantes ya sean amigos o familiares, por ejemplo: aislamiento, pérdida del interés, irritabilidad, tensión, etc.
- **Ansiedad;** es un estado de miedo y aprensión, como por ejemplo: temblores, inquietud, sudoración, palpitaciones, preocupación, nerviosismo, estrés, indecisión, etc.

3.1.7. Elaboración de reactivos

La función que tiene una pregunta en un instrumento es la de provocar o facilitar una comunicación particular. Se espera que la persona que responde tenga cierta información, o actitudes sobre el tema de la investigación, y se quiere obtenerla con la mínima distorsión posible (Anónimo, 2000, p. 34).

Las preguntas o reactivos deben ser adecuadas para este proceso de muestreo; deben ser imparciales, deben hacer que sea fácil que el respondiente conteste en forma completa. Primero que nada, su contenido debe ser correcto; segundo, el lenguaje o palabras empleadas deben ser adecuadas; y tercero, el contexto, la secuencia y las

categorías de respuesta, deben ayudar al que responde sin sesgar sus respuestas (Anónimo, 2000, p. 35).

Ya definida la o las variables desde el punto de vista conceptual, consensual, indicativa u operacional, se procede a llevar a cabo la redacción de los reactivos.

Una vez realizado el nivel de las dimensiones, se sugiere que se escojan las preguntas o reactivos con cuidado (Anonimo, 2000, p. 42). Algunas recomendaciones serían:

- Asegurarse que el vocabulario y la sintaxis de las preguntas sean las adecuadas
- Asegurarse que las instrucciones sean claras y precisas
- Cerrar preguntas abiertas y determinar si las preguntas cerradas (con opciones) no presentan muchas respuestas en la opción: nunca
- Establecer una primera aproximación respecto al tiempo que se llevará la aplicación del instrumento final
- Determinar si se requiere entrenar de manera especial a los aplicadores o si es tan sencillo que cualquiera lo puede aplicar
- Averiguar si la secuencia de las preguntas es la adecuada
- Detectar reactivos que son respondidos de la misma manera por todos los sujetos, o por nadie, para así eliminarlos
- Solicitar sugerencias a los sujetos a los que se les aplicó el instrumento
- Afinar y corregir el instrumento
- Inclúyanse sólo preguntas o reactivos directamente relacionados con la variable de interés
- No se incluyan preguntas si se puede obtener la información en forma más exacta o efectiva de otras fuentes, a menos de que se deseen como chequeo de

la muestra o se vayan a emplear en tabulaciones cruzadas como variable control o factores de prueba

- Hay que tener cuidado en la forma en que se hacen preguntas personales o aquellas que puedan avergonzar al respondiente
- La información muy personal, se puede obtener con frecuencia, al llevar hacia la pregunta deseada, por medio de una serie de preguntas impersonales preliminares
- Háganse sólo aquellas preguntas factuales cuyas respuestas conozcan o se espere que sean conocidas por la mayoría de los informantes o respondientes
- Evítense preguntas con alta probabilidad de producir respuestas inexactas
- No se hagan preguntas que requieran de mucho trabajo extra por parte del respondiente.

El tipo de preguntas que se tomó como base para realizar los reactivos de Opción Múltiple, los cuales se presentan de tal manera que el respondiente tiene que escoger entre las varias respuestas, aquellas que mejor represente su opinión, creencia, o lo que sea.

Las preguntas de opción múltiple pueden adoptar diferentes formas. Las más populares son las escalas de clasificación o intensidad, que pueden emplear tres, cuatro o cinco opciones de respuesta (Anónimo, 2000, p. 39).

Para la elaboración de este instrumento, se tomó como base de respuesta la escala de clasificación de cuatro puntos, en esta escala se proporciona la posibilidad de elegir entre cuatro puntos o grados de opinión.

Algunos de los términos, entre los muchos que se pueden emplear son:

a) Muchos	Algunos	Pocos	Ninguno
b) Excelente	Bueno	Regular	Malo
c) Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
d) Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca

La que se utilizó para responder a los reactivos elaborados fue la que aparece en el inciso d de esta lista (ver anexo 1).

Una vez realizados los reactivos que van a conformar el instrumento, se procede a realizar el parámetro de la norma de calificación, en donde se establece la asignación del valor numérico a cada uno de los reactivos (ver anexo 2).

3.1.8. Análisis de reactivos

El primer paso estadístico que se lleva a cabo al inicio de la construcción de un instrumento es el análisis de reactivos. Existen diferentes procedimientos para un análisis de reactivos, y se ha visto que existe concordancia entre los resultados obtenidos por los diferentes métodos (Anónimo, 2000, p. 44).

El método de análisis de reactivos más adecuado depende de la preferencia del investigador, de sus posibilidades en cuanto a uso de programas, tiempo de máquina y costos. Para aquellos que no cuentan con un adecuado equipo de cómputo, programas y dinero, quizá el más adecuado sea el de la distribución de frecuencias en términos de porcentajes de respuesta por cada opción de todos los reactivos del instrumento. Para aquellos que cuentan con todo lo necesario, quizá lo más pertinente sea emplear alguna combinación de los métodos de análisis. (Nunnally, 1999).

Para poder iniciar el proceso de análisis, se requiere evaluar si el instrumento es válido.

3.1.9. Validez

La validez de una prueba es el grado en que ésta mide lo que se quiere medir y solo lo que se quiere medir. La validez puede ser de diferentes tipos dependiendo de la forma en que se construye el instrumento, o de los objetivos del investigador.

El tipo de validez que se utilizó en la elaboración de este instrumento es el de Validez de Construcción, a través de ella se verificó si los reactivos de la prueba realmente constituyen “una muestra representativa del universo de las conductas o de los contenidos que se requiere medir (Costa Neiva, 1996, p. 32).

El procedimiento utilizado para verificar la validez de construcción de una prueba consiste en:

- Precisar las habilidades, conocimientos y comprensiones que corresponden al contenido enseñado y que ha sido el objetivo de un curso o entrenamiento.
- Examinar cuidadosamente la prueba (muestra de tareas) para ver qué conocimientos, habilidades y comprensiones requiere.
- Verificar qué tanto contenido de la prueba representa el contenido y los objetivos del curso o entrenamiento (Costa Neiva, 1996, p. 32).

Enseguida se muestra la Validez de Construcción del instrumento que se elaboró. Dicha validez se realizará por indicador siguiendo el orden en que se mencionaron anteriormente:

Los reactivos que consideran el indicador de Baja Autoestima son los siguientes: 2, 6, 11, 15, 19, 24, 28, 31, 33, 35, 37 Y 39.

Según Sheeman (2000), la persona que se desestima suele manifestar alguno de los síntomas siguientes:

Autocrítica rigorista y desmesurada que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma.

Hipersensibilidad a la crítica, por la que se siente exageradamente atacada, herida; echa la culpa de sus fracasos a los demás o a la situación; cultiva resentimientos pertinaces contra sus críticos.

Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.

Culpabilidad neurótica, por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y / o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo.

Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por cosas de poca monta, propia del **supercrítico** a quien todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.

Tendencias depresivas, un negativismo generalizado (todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma (Sheeman, 2000, p. 39).

Una persona con baja autoestima suele ser alguien inseguro, que desconfía de las propias facultades y no quiere tomar decisiones por miedo a equivocarse. Además, necesita de la aprobación de los demás pues tiene muchos complejos. Suele tener una imagen distorsionada de sí mismo, tanto en lo que se refiere a rasgos físicos como de su valía personal o carácter. Todo esto le produce un sentimiento de inferioridad y timidez a la hora de relacionarse con otras personas. Le cuesta hacer amigos nuevos y está pendiente de qué dirán o pesarán sobre él, pues tiene un miedo excesivo al rechazo, a ser juzgado mal y a ser abandonado. La dependencia afectiva que posee es resultado de su necesidad de aprobación (Vila; Fernández, 1990, p. 95).

Este problema, extraordinariamente frecuente, es debido siempre a un déficit de amor, seguridad y valoración a lo largo de la infancia de la persona, que ha sido, por el contrario, excesivamente ignorada, humillada, reprimida, o castigada, etc.

Cabe por último destacar que una baja autoestima puede ser un factor de predisposición para no encontrar un trabajo, si bien es posible que, individuos con una alta autoestima tiendan a ocupar un estatus ocupacional más elevado debido a otros factores tales como la habilidad y logros académicos obtenidos o el nivel socioeconómico de la familia. Las personas con una baja autoestima tienden, también, a ser más flexibles a la hora de aceptar empleos peor retribuidos y con menor relación a su experiencia y trabajos previos.

Los siguientes reactivos corresponden al indicador de Trastornos Físicos: 1, 3, 7, 9, 12, 16, 20, 22, 25, 29, 32, 34, 36, 38 y 40.

Las siguientes afirmaciones sustentan estos reactivos:

Cuando las personas están sufriendo depresión, algunas veces experimentan problemas de salud como el estreñimiento, y desórdenes en su sistema digestivo, como acidez y gases, así como dolores de cabeza persistentes (Mac Laren, 2000).

Mac Laren (2000), dice que: “Es común que se presenten dolencias sin ninguna causa física definida, por lo que tales padecimientos no responden al tratamiento. Debido a su enfermedad, estas personas no están en posición de pensar razonablemente, como lo harían en circunstancias normales, en ocasiones se convence de que algunos dolores físicos son, de hecho, la señal de una terrible enfermedad que el médico, no ha podido diagnosticar o simplemente ha diagnosticado, pero que aún no se las ha revelado (p. 64).

Además, las personas depresivas experimentan sudoración como parte de los ataques de pánico, ahora se piensa que tales episodios están asociados con la depresión, aunque son normalmente ligados a la ansiedad.

La tendencia de indagar a partir del estado físico cuando se presenta un padecimiento depresivo es propiciada por la forma en la que algunas personas que tienen depresión expresan en esa primera cita los síntomas de sus dolencias al médico; ya que el paciente puede estar sufriendo de algunos síntomas físicos que pueden asociarse con la depresión, el paciente se enfoca en describir, por ejemplo, desórdenes digestivos, en vez de comentarle cómo es que se siente de ánimo o cuáles han sido sus sentimientos íntimos. De esta forma el médico puede pasarse un tiempo tratando de encontrar la causa de los síntomas y dando tratamiento para su curación, pero de manera errática. El doctor podría prescribirle a una persona que está sufriendo de una depresión mayor, que haga comidas variadas y ricas para curarlo de un desorden digestivo; esto, por su puesto, toma tiempo y distrae la atención del médico para llegar a un diagnóstico preciso. También el médico puede pasar un tiempo

considerable tratando de encontrar el origen físico de una jaqueca persistente, muy común en la depresión (Mac Laren, 2000, p. 74).

Además estas búsquedas para identificar las causas de un determinado síntoma físico y el consecuente fracaso en la tarea, pueden convencer al paciente depresivo de que existe una enfermedad terminal, una forma particular de cáncer. El hecho de que los pacientes lleguen a este tipo de conclusiones fatalistas es un indicador de que están sufriendo de una depresión severa.

Resulta nefasto para un paciente depresivo si su médico, aunque sea de manera táctica, le hace creer que tiene un tipo de padecimiento que amenaza su vida, sin antes haber emprendido un exhaustivo examen físico y lo haya sometido a diversas pruebas. Dado que las personas que sufren una fuerte depresión son propensas a tener ideas suicidas, las deducciones de su médico de que tiene una enfermedad terminal causan que estos pensamientos se intensifiquen.

Los reactivos 4, 8, 13, 17, 21 y 26, corresponden al indicador que se refiere a las Relaciones Interpersonales, el cual será sustentado por lo siguiente:

El que la mayoría de los trabajos necesiten para su realización de una interacción con otras personas, explica que la pérdida del puesto de trabajo suponga para muchos trabajadores una situación de aislamiento social. Cabe mencionar el estudio realizado por Warr y Payne (1983) citados por Dorantes (1997, p. 75), en el que se señala que el desempleo aumenta las relaciones sociales; conclusión a la que llegan otros estudios como el realizado por Frölich (1983), citado por Dorantes (1997, p. 75).

Al mismo tiempo, en otras investigaciones se indica que la frecuencia de relaciones sociales con amigos, familiares o compañeros de trabajo no parece contribuir en la predicción de cambios psicológicos en personas desempleadas.

La explicación de estos contradictorios resultados puede deberse a que, al establecer comparaciones, no se han tenido en cuenta diferentes variables para explicar en qué situaciones de desempleo está asociado a una disminución de las relaciones sociales. Los sentimientos de vergüenza o deslegitimación, el tipo de hábitat (rural o urbano), la edad y las dificultades económicas son algunas de las variables que pueden afectar la reducción de contactos sociales tras la pérdida del empleo.

Jackson y Walsh (1987) citados por Dorantes (1997, p. 77), señalan que: “Como consecuencia de la pérdida del empleo, se producen tres cambios importantes: una disminución de ingresos económicos, una transformación en las relaciones sociales y un cambio en el lugar donde residía en ejercicio de la autoridad. Estos cambios provocan una desensibilización en las relaciones entre los miembros de la familia y entre ésta y el medio en que se desarrolla su vida cotidiana, dando lugar a un proceso de adaptación y cambio. En el primero, los cambios producidos como consecuencia del desempleo, serían asimilados dentro del funcionamiento normal de la familia. En el segundo de los procesos descritos, la experiencia del desempleo tendría una función positiva, al ser utilizada como una oportunidad para realizar actividades que implican un cambio en los roles familiares”.

El grado de estabilidad familiar depende a su vez de factores tales como el momento en que se produce la pérdida del trabajo dentro del proceso de desarrollo del ciclo de vida familiar.

Asimismo, la tensión familiar producida tras la aparición del desempleo parece ser más acusada cuando afecta a personas con un bajo estatus ocupacional y con un periodo de desempleo superior a los seis meses (Armida Obregón, 2001).

En definitiva, si bien el desempleo puede ser considerado como un factor importante de desestabilización en las relaciones familiares, tal y como señalan Bergere y Sana Rueda (1984) citados por Dorantes (1997, p. 79), el aumento de la tensión familiar no debe ser siempre considerado como una consecuencia directa del mismo. Éste actúa como un factor que acentúa el tipo de relaciones familiares existentes con anterioridad, intensificando el estrés y la tensión en aquellas familias en las que ya se daba un deterioro de las relaciones entre sus miembros. La familia puede ser tanto el origen de tensión como de apoyo social, lo que explica el que ni en todos los estudios el desempleo esté asociado a un incremento en la tensión familiar ni en todos los casos se dé un deterioro en dichas relaciones.

Por último, los reactivos que contemplan el indicador de Ansiedad son: 5, 10, 14, 23, 27 y 30. Sustentándolos con la siguiente información:

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite ponerlos en alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarlos a mantenerlos concentrados y afrontar los retos que tienen por delante.

En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de

indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno.

Tipos de trastornos de ansiedad

Según López (2000), existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad, cada uno con sus propias características:

Trastorno de ansiedad generalizada: se trata de una tensión crónica aún cuando nada parece provocarla. Esta preocupación o nerviosismo excesivo es casi diario y se diagnostica como tal cuando tiene una duración mínima de seis meses.

Trastorno de pánico (o ataque de angustia): el paciente experimenta crisis recurrentes de angustia que surgen espontáneamente. Se trata de una ansiedad aguda y extrema en la que es frecuente que la persona que la padece crea que va a morir. Estos ataques repentinos de miedo intenso no tiene una causa directa. En ocasiones, los pacientes que sufren este trastorno desarrollan angustia a experimentar el próximo ataque, cuya ocurrencia no pueden prever, es la llamada ansiedad anticipatoria.

Trastorno fóbico: trastorno que tiene como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante un objeto específico, actividad o situación con la consecuente evitación del objeto temido. Por ejemplo: el miedo a volar, a los pájaros o a los espacios abiertos.

Trastorno obsesivo – compulsivo: se trata de pensamientos o acciones no voluntarios que el paciente no puede dejar de pensar o hacer para no generar ansiedad.

En todo caso, el sujeto reconoce el carácter absurdo de sus pensamientos o acciones. Por ejemplo: lavarse las manos a cada rato.

Trastorno por estrés post – traumático: se da en aquellos casos en los que se presentan secuelas psicológicas desagradables tras el impacto de un trauma emocional, una guerra, una violación, etc. Se caracteriza por los recuerdos persistentes del suceso traumático, un estado emocional con exaltada vigilancia y la reducción general de interés por los sucesos cotidianos.

En una cultura que se enorgullece de la bandera de los derechos humanos, la carencia estructural de empleo es no sólo un asunto de los desempleados, sino también una señal de alerta para el estado de derecho, un reflejo de las tensiones, contradicciones, conflictos y transformaciones que inquietan las sociedades industriales contemporáneas.

Según muchos autores, para el ciudadano medio actual, el trabajo constituye un valor de primer orden, la profesión su identidad y el empleo retribuido el factor aglutinante de sus creencias, actitudes y opciones fundamentales. La conciencia del problema del desempleo no es, de hecho, tan nueva: hasta el siglo XIX, el fenómeno del paro aparece disfrazado junto a la pobreza. Según Garraty (1978), citado por Dorantes (1997, p. 81), el paro es como una terrible calamidad de naturaleza específica. Su compatriota Durkheim (1893, 1897), citado por Dorantes (1997, p. 81), refuerza esa tesis en su sociología de la división del trabajo anómica. Ya a principios del presente siglo el inglés Beveridge (1909), citado por Dorantes (1997, p. 81), publica su clásico estudio sobre el desempleo: un problema de la industria. Pero es en los últimos decenios que parece haber calado más hondo en la conciencia colectiva el hecho de que el trabajo integra y el desempleo segrega, de que el ejercicio laboral normaliza, desarrolla y legitima, mientras el desempleo frena y aparca al desempleado

en la excedencia social. El mismo Parlamento Europeo reconoce el carácter deplorable y alarmante de las consecuencias psicológicas, patológicas y sociales del desempleo, al tiempo que urge la adopción de medidas para el acceso a un mejor conocimiento de la naturaleza del problema.

Un factor que agranda aún más este desempleo desmesurado es la crisis económica que con todas las consecuencias inciden sobre el sistema productivo, justamente con la aceleración de los avances tecnológicos, eliminando fuerza de trabajo humano, lo que afecta directamente el mercado de contratación laboral. Este desempleo masivo que afecta a todos los países industrializados además de su carácter de fenómeno permanente, manifiesta otros rasgos comunes, cuyas características acentúan la gravedad del problema y la dificultad en la búsqueda de soluciones. Así, el predominio del empleo – de larga duración, el cual excluye a una gran parte de los trabajadores de forma casi permanente de la fuerza de trabajo; el tener repercusiones más intensas en los colectivos menos protegidos por el sistema de relaciones laborales y de Seguridad Social (jóvenes, mujeres, minorías étnicas, - etc.); el incremento de la segmentación de los mercados de trabajo y la expansión de las formas de empleo precarias, del trabajo negro y de la economía subterránea.

Los estudios en los que se ha utilizado el GHQ, el “General Health Questionnaire” Goldberg (1972), citado por Dorantes (1997, p. 83), muestran que los jóvenes que acaban sus estudios y no encuentran un empleo tienen un alto riesgo de sufrir trastornos psíquicos menores, mientras que aquellos otros que encuentran trabajo tienen unas puntuaciones significativamente menores y, por tanto, una mejor salud mental.

Se ha demostrado que es la experiencia del desempleo lo que causa dicho deterioro y no una previa salud mental deficitaria la causante de no encontrar trabajo (Armida Obregón, 2001, p. 50).

Otros estudios realizados con muestras de trabajadores adultos obtienen resultados similares. Así, por ejemplo, Miles (1983), citado por Dorantes (1997, p. 85), en una muestra formada por más de 300 trabajadores desempleados y 100 empleados, confirma la asociación encontrada en otros estudios entre desempleo y salud mental.

De estas investigaciones se deduce una clara conclusión: el desempleo en causa de un deterioro en la salud mental. Las consecuencias psicológicas negativas que se derivan de estar desempleado, pueden, a su vez, incrementar el riesgo de sufrir trastornos que requieren tratamiento psiquiátrico.

De manera general, se puede sustentar teóricamente el diseño del instrumento, ya que existen varios autores que abordan la relación que existe entre el desempleo y la depresión.

Según Eisenberg y Lazarsfeld (1938, citados por Dorantes, 1997, p. 87), destacan las reacciones de carácter depresivo como uno de los efectos principales provocados por el desempleo sobre personalidad. Estudios más recientes también han tratado de establecer una relación entre las variables desempleo y depresión.

Dorantes (1997, p. 87), cita a Feather (1982), en una investigación sobre 650 estudiantes acerca de sus creencias y atribuciones sobre las causas del desempleo, encuentra una asociación positiva entre falta de motivación por encontrar empleo y déficit depresivos.

Muchas investigaciones han comparado los niveles de sentimiento depresivo entre poblaciones diferenciadas por su estatus de desempleo, llegando, en la mayoría de las mismas, a la conclusión de que los desempleados padecen mayores síntomas depresivos que aquellas personas que tienen empleo.

Feather y Bond (1983), citados por Dorantes (1997, p. 88), en otro estudio transversal, y en una muestra de 219 jóvenes, obtienen resultados que muestran que los jóvenes desempleados tenía puntuaciones significativamente más altas en estado depresivo que sus compañeros empleados.

De forma similar, Perruci y otros (1987), citados por Dorantes (1997, p. 89), al comparar también un grupo de 328 trabajadores desempleados con un grupo de control de 48 trabajadores con una historia laboral de empleo continuado, concluyen que la pérdida del puesto de trabajo tiene como resultado un incremento en los niveles de depresión observados con anterioridad.

3.1.10. Piloteo del instrumento de medición

Ahora bien, dentro de este proceso de análisis de reactivos se requiere evaluar si el instrumento es confiable, para ello se tuvo que llevar a cabo el piloteo, es decir, la aplicación del instrumento a un grupo de personas que se encontraban desempleadas.

El piloteo se llevo a cabo en dos fases:

En la primera fase se requirió aplicar la prueba de Beck (ver anexo 3), que mide depresión a 94 personas desempleadas (egresados del politécnico sin buscar un rango de edad, ni el nivel socioeconómico). Cuyo objetivo era seleccionar exclusivamente aquellas personas que obtuvieran como resultado estar deprimidas.

Se aplica a personas similares con características semejantes a las de la muestra o población objetivo de la investigación (Hernández Sampieri, 2003, p. 262).

En la segunda fase de este grupo de personas, 60 resultaron deprimidas a las cuales se les aplicó el instrumento que se diseñó para detectar la depresión a consecuencia del desempleo. Esto se realizó para poder hacer el análisis de la confiabilidad del instrumento.

3.1.11. Confiabilidad

En las ciencias sociales, así como en todas aquellas ciencias donde se utilicen instrumentos para llevar a cabo mediciones, una de las preocupaciones más importantes que tienen los científicos, es la de que sus instrumentos de medición sean confiables. En general, por confiabilidad se entiende el hecho de poder “confiar” en que las mediciones realizadas sean correctas. Que las magnitudes de aquellos aspectos medidos, sean de confiar. Es decir, que si se vuelve a medir estos mismos aspectos, se obtendrían magnitudes, si no idénticas, por lo menos si semejantes (Pick, 1994, p. 51).

Se dice que la confiabilidad de un instrumento se refleja en el que el mismo instrumento empleado en dos o más ocasiones para medir los mismo atributos de los mismos objetos o sujetos, arroja magnitudes iguales (Thorndike, 1989).

La confiabilidad tiene que ver con el error de medición. Como ya se señaló al principio de este texto, todos los instrumentos están acompañados de error; se establece que este error puede ser de dos tipos: aleatorio y sistemático. La mayoría de los investigadores han adoptado por aceptar como confiables, a los instrumentos que tengan 15% o menos de error sistemático. En otras palabras, se dice que un instrumento es confiable si su coeficiente arroja un valor de 0.85 o más. Un

instrumento perfectamente confiable tendría un coeficiente de confiabilidad de 1.00 (Anastasi, 1998).

El tipo de confiabilidad que se utilizó en este estudio fue el de consistencia interna, para la cual se requiere contar con un instrumento con tres o más opciones de respuesta.

Para llevar a cabo la confiabilidad de este instrumento, se necesitó verificar los resultados en el programa SPSS versión 12, aplicando la fórmula de Alpha de Cronbach, en el cual se obtuvo una confiabilidad de .94 con un margen de error de .06.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.941	.948	40

Por esta razón, se sostiene que el instrumento es confiable.

CAPÍTULO 4
INSTRUMENTO FINAL

4.1. Manual del Instrumento

Este instrumento sirve para medir la depresión que pueda existir en profesionistas desempleados. Puede utilizarse en el área laboral de la Psicología para identificar a aquellas personas que manifiesten síntomas de depresión.

Tiene como finalidad medir depresión en profesionistas desempleados, es una prueba que se utiliza para detectar si las personas que se encuentran desempleadas sufren de depresión a consecuencia de su estado de inactividad laboral.

4.2. Instrucciones de Aplicación

Puede ser administrado por un entrevistador o por cualquier persona que tenga los estudios necesarios para su aplicación. Se puede aplicar de forma colectiva; o personal sólo se requiere contar con el instrumento y una pluma. Al momento de la aplicación no se requiere marcar un tiempo específico para contestarla, nada más se debe sugerir que lo contesten lo más rápido posible y marcando la respuesta que consideren que esta pasando en su vida de acuerdo a su comportamiento y emociones. En ningún momento debe sugerirse la respuesta, y si la persona indica que hay dos o más afirmaciones que corresponden a la manera como se siente, debe registrarse el número más alto. Su administración puede ser individual o colectiva, por esa parte no hay problema, en cuanto al lugar de aplicación solo hay que revisar que tengan en donde recargarse, que haya buena iluminación y que esté ventilado.

Los reactivos que componen el instrumento están basados en los síntomas centrales de la depresión, agrupados en cuatro indicadores los cuales son: Baja

Autoestima, Trastornos Físicos, Relaciones Interpersonales y Ansiedad. El tiempo de aplicación oscila alrededor de unos 20 minutos, aunque realmente no se lleva un control ya que es sin límite de tiempo.

El instrumento consta de 40 reactivos con formato de respuesta tipo Lickert, cada uno de ellos tiene la posibilidad de ser respondido valorando la respuestas de Siempre, Casi Siempre, Algunas Veces y Nunca, eligiendo la puntuación de cuatro como máxima y la puntuación de uno como mínima, dependiendo del reactivo ya que algunas preguntas son contrarias.

Cabe mencionar que para poder aplicar este instrumento se requiere que el responsable de la aplicación, dé las instrucciones precisas, siguiendo las del propio instrumento (ver anexo 1). Al recoger el instrumento ya contestado se deberá revisar si no tiene respuestas faltantes, ya que es de suma importancia que éste sea contestado en su totalidad.

4.3. Instrucciones para la calificación

Una vez aplicado se procede a realizar la evaluación, la cual debe basarse en la norma de calificación (ver anexo 2) para asignar el valor a cada una de las respuesta que la persona evaluada haya contestado. Estos valores se vaciarán en la hoja de respuesta (ver anexo 4).

El indicador que se refiere a Baja Autoestima se está considerando en los siguientes reactivos: 2, 11, 15, 24, 28, 31, 33, 35 y 37. Tomando en cuenta que la norma de calificación para cada uno es la siguiente:

Siempre = 4, Casi Siempre = 3, Algunas Veces = 2, Nunca = 1

Por ejemplo: si una persona contestará en el reactivo 2, la respuesta “Siempre”, el valor que se debe asignar a la hoja de respuesta será 4. Otro ejemplo es: si la persona contestará en el reactivo 15 la respuesta “Algunas Veces” el valor que se asignará a la hoja de respuesta será 2.

En cuanto a los reactivos 6, 19 y 39 su calificación varía ya que corresponde a: Siempre = 1, Casi Siempre = 2, Algunas Veces = 3, Nunca = 4. Es decir, los resultados son contrarios a los reactivos anteriores.

Los reactivos que consideran el indicador de Trastornos Físicos son los siguientes: 3, 7, 12, 16, 20, 22, 25, 29, 32, 34, 36, 38 y 40. Cuya norma de calificación es la siguiente:

Siempre = 4, Casi Siempre = 3, Algunas Veces = 2, Nunca = 1

Los reactivos 1 y 9 la calificación que reciben es la siguiente: Siempre = 1, Casi Siempre = 2, Algunas Veces = 3, Nunca = 4.

Los reactivos 4, 8, 13, 17, 21 y 26 corresponden al indicador de Relaciones Interpersonales, y la norma de calificación es:

Siempre = 4, Casi Siempre = 3, Algunas Veces = 2, Nunca = 1, para cada uno de los reactivos.

Por último, los reactivos que corresponden al indicador de Ansiedad son los siguientes: 5, 10, 14, 18, 23 y 27 la norma de calificación es:

Siempre = 4, Casi Siempre = 3, Algunas Veces = 2, Nunca = 1

A diferencia del reactivo 30 cuya calificación es la siguiente: Siempre = 1, Casi Siempre = 2, Algunas Veces = 3, Nunca = 4.

Para poder vaciar los resultados, es necesario apoyarse en la hoja de respuestas (ver anexo 4), otorgando a cada uno de los reactivos el valor correspondiente y haciendo la suma total de cada uno de los indicadores para así conocer el grado de depresión en el que se encuentran.

4.4. Usos y Limitaciones

La utilidad que tiene dicho instrumento es que con él se puede detectar si existe depresión o no en los profesionistas que se encuentran desempleados, la gran ventaja que tiene es que en cuanto a su forma de aplicación puede ser de manera individual o colectiva, la única desventaja con la que cuenta es que sólo se puede aplicar a profesionistas desempleados.

Varios autores afirman que una prueba psicológica puede ser empleada con diversas finalidades, algunas de ellas son:

- Evaluación y diagnóstico
- Selección
- Investigación

Con base a lo anterior, dicho instrumento puede ser empleado en el área industrial ya que, lo que se va a medir es depresión en profesionistas desempleados, y con base en eso se verá el rendimiento que desempeñará en el trabajo debido a la presencia o ausencia de la depresión.

Además, dicho instrumento servirá de base en investigaciones posteriores que estén interesados en temas relacionados con el presente trabajo de tesis, ya que aparte de este instrumento no existe otro que mida depresión en profesionistas desempleados.

CONCLUSIONES

El desempleo es uno de los fenómenos sociales que hacen evidente el mal manejo de los gobiernos. Cada país; en una u otra ley, hace patente el interés de favorecer el empleo, pero en la instrumentación de las políticas públicas hay obvias diferencias entre una nación y otra.

En este sentido es que el empleo requiere de un marco legal que considere, con todo lo que ello implica, el derecho al trabajo, así como las condiciones del mismo, la consideración de la seguridad social y la participación del Estado y los empresarios en este entorno. Con esta consideración respuestas a cómo enfrentar este fenómeno dan lugar a la adopción de medidas orientadas a la atención de los intereses de los desocupados.

Dentro de cada una de las sociedades, el trabajo es uno de los factores más importantes para el desarrollo humano y económico tanto a nivel social como individual, por lo que ante situaciones por las que ha atravesado el país, en las que el empleo se ve amenazado, el individuo podría presentar un desequilibrio emocional, en este caso depresión; debido a su situación de desempleado.

La depresión tiene una fuerza devastadora; destruye a las personas, sus relaciones, a sus amistades, y también sus carreras. Por desgracia, la mayoría de las veces la destrucción que ésta crea es irreversible (Ledesma, 1989).

Por lo tanto, comprendiendo su poder destructivo podrán reconocerla, ya sea en los demás o en ellos mismos. Solamente privándola de sus mitos se tendrá la capacidad de luchar contra esta enfermedad, reconociéndola y actuando en

consecuencia, dado que se trata de un padecimiento común y que con el debido tratamiento es perfectamente curable.

Es por ello que surgió la idea de realizar un instrumento que mida depresión en profesionistas desempleados, tomándose en cuenta indicadores que mencionan algunos autores que están relacionados con el estudio de la depresión, los cuales son:

- Baja Autoestima
- Trastornos Físicos
- Relaciones Interpersonales
- Ansiedad

Con base a la presente investigación se llegó a la conclusión de que sí existe depresión en los profesionistas desempleados. Por lo que se pudo comprobar que el instrumento que se diseñó cuenta con una validez de contenido.

En cuanto a la confiabilidad del instrumento, se comprobó que sí cuenta con dicha característica de medición ya que tiene un margen de error de .06 y una confiabilidad de .94, dado que según varios investigadores afirman que para que un instrumento sea confiable se necesita que su confiabilidad sea de .85 como mínimo con un margen de error de .15. Con base a lo anterior, se puede decir que el porcentaje que se obtuvo en la confiabilidad fue alto en cuanto a lo establecido por los expertos.

En lo que se refiere al diseño del instrumento, se mencionaron los elementos para la construcción del mismo, llevándose a cabo paso a paso cada uno de ellos para poder obtener resultados positivos, cumpliendo así con la finalidad de este estudio.

Una de las limitaciones que se encontró en la realización de esta investigación, fue el aspecto del tiempo, las personas muchas veces estaban dispuestas a contestar el instrumento, sin embargo no tenían el tiempo necesario para hacerlo, por lo que se sugiere que se utilice otro tipo de población así como reducir el número de reactivos del instrumento ya que se les hace muy pesado y tedioso estar contestando tantos items.

Para ampliar más esta investigación, se sugiere que para estudios posteriores se utilicen variables diferentes a las usadas en esta investigación, tales como edad, escolaridad, estado civil, tiempo de desempleo, entre otras.

Una de las sugerencias para reducir el impacto que el desempleo genera en los profesionistas que se ven afectados por éste, es la de implementar tanto a nivel público como privado, servicios de apoyo a la transición profesional, que como ya se ha visto en otras investigaciones, generan herramientas para facilitar tanto la búsqueda como el encuentro o la creación de un nuevo empleo; originando así, una posibilidad más de desarrollo para el psicólogo.

Cabe mencionar que los objetivos que se plantearon al inicio de la tesis, se llevaron a cabo en el transcurso de la misma, cumpliéndose así la finalidad de la presente tesis.

BIBLIOGRAFÍA

Anastasi, A; Urbina, S. (1998). *Tests Psicológicos*. México: Prentice Hall.

Antología varios autores. (2000). *Medición en las Ciencias Sociales*. México: UNAM.

Armada, D. (1994). *Desempleo Problema Mundial*. México: EDAMEX, S. A.

Armida Obregón, C. (2001). *El trabajo no se pierde ... se pierde el empleo*. México: Instituto Mexicano de Contadores Públicos.

Bridges, W. (1997). *Como crear nuevas oportunidades de trabajo*. México: Prentice – Hall Hispanoamericana, S. A.

Calderón Narváez, G. (2001). *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*. (2^a ed.). México: Trillas.

Cammer, L. (1987). *Salgamos de la depresión*. México: Javier Vergara editor.

Caselles, A. (1999). *Control del desempleo por simulación*. Valencia: Universidad de Valencia.

Cechinato, P. (2003). *Cómo salir de la depresión*. México: Diana.

Chave, J. M. (2002). *Para superar la depresión*. México: Siglo Veinte.

Costa Neiva, K. M. (1996). *Manual de pruebas de inteligencia y aptitudes*. México: Plaza y Valdés Editores.

Dorantes Velásquez, I. (1997). *Ansiedad y Depresión en un grupo de empleados y desempleados*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, México, D. F.

Ehrenberg, A. (2000). *Depresión y sociedad*. Argentina: Ediciones Nueva Visión Buenos Aires.

Freyberger Harald, J. (1995). *La depression*. Villalónquér: Mensajero.

Gold Mark, S. (1988). *Buenas noticias sobre la depresión*. Argentina: Javier Vergara editor.

Gollás, M. (1982). *La economía desigual. Empleo y distribución en México*. México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Hernández Sampieri, R. (2003). *Metodología de la Investigación*. (3ª. ed.). México: Mc Graw – Hill.

Howard, J. S. (1980). *Estanflación. Una teoría radical del desempleo y la inflación*. México: Harla.

Ledesma, A; Melero L. (1989). *Estudios sobre las depresiones en España*. España: Salamanca.

López, J. (2000). *DSM – IV – TR*. Masson.

Mac Laren, L. (2000). *Cómo entender y aliviar la depresión*. México: Grupo editorial Tomo S. A. de C. V.

Mendels, J. (1997). *La Depresión*. (4ª. ed.). España: Herder.

Monsivais Ortiz, S. (1986). *Efectos Psicológicos del Desempleo*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, México, D. F.

Morales, M. L. (2002). *Psicometría Aplicada*. (2ª. ed.). México: Trillas.

Navarro, P. (1999). *El futuro del empleo*. España: Galaxia Gutenberg, S. A. Barcelona.

Nunnally Jum, C. (1999). *Teoría Psicométrica*. (3ª. ed.). México: Mc Graw - Hill.

Orellano, M. H. (2005). *Trabajo, Desocupación y Suicidio. Efectos psicosociales del desempleo*. Buenos Aires: Lumen.

Orio, G. y Patrick, M. (1998). *El dilema del desempleo*. España: Galaxia Gutenberg, S. A.

Papalia, D. (2001). *Desarrollo Humano*. (8ª. ed.). Colombia: Mc Graw Hill.

Pick, S; López, A. L. (2000). *Como Investigar en Ciencias Sociales*. México: Trillas.

Polaino – Lorente, A. (1985). *La Depresión*. España: Ediciones Martínez Roca.

Peñalva, S. y Rofman, A. (1996). *Desempleo estructural, pobreza y precariedad*. Argentina: Ediciones Nueva Visión Buenos Aires.

Rodríguez, M; Ramírez, P. (2004). *Psicología del Mexicano en el trabajo*. (2ª. ed.). México: Mc Graw – Hill.

Sacristán Colás, A. (1982). *Inflación, desempleo, desequilibrio comercial externo*. México: Centro de investigación y docencia económicas, A. C. CIDE.

Sheeman, E. (2000). *Cómo mejorar tu autoestima*. Madrid: Océano.

Stephen, P. (2005). *Administración*. (8ª. ed.). México: Mac Graw – Hill.

Sturgeon, W. (1979). *Depresión: Cómo identificarla, cómo curarla, cómo superarla*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, S. A.

Thorndike, R. (2001). *Medición y evaluación en psicología y educación*. México: Trillas.

Vila, J. y Fernández, M. (1990). *Activación y conducta*. Madrid: Alambra.

Zorrilla, A. S. y Torres, X. M. (1992). *Guía para elaborar la tesis*. (2ª. ed.). México: Mc Graw – Hill.

Fuentes Electrónicas

Hernández, L. (s.f.). *Biopsicología*. Recuperado Enero de 2007, de <http://www.biopsicología.net>

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática – INEGI – (2007). Recuperado Febrero de 2007, de <http://www.inegi.gob.mx>

Jiménez, O. (2006). *Vida y Salud*. Recuperado 8 de Diciembre de 2006, de <http://www.saludalia.com>

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA MEDIR DEPRESIÓN EN PROFESIONISTAS DESEMPLEADOS

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Carrera: _____

¿Tienes experiencia laboral? _____

SI

NO

¿Cuántos trabajos has tenido? _____

¿Cuánto tiempo llevas buscando empleo? _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y escoja solo una de las respuestas que están a su derecha, colocando una X en el recuadro que conteste a dicha pregunta según lo que crea conveniente, tomando en cuenta que S = Siempre, CS = Casi Siempre, AV = Algunas Veces, N = Nunca.

1	Duermo bien todas las noches	S	CS	AV	N
2	Cuándo lleno una solicitud de trabajo, pienso que me van a rechazar	S	CS	AV	N
3	Desde que no tengo trabajo he perdido el apetito	S	CS	AV	N
4	Los demás piensan que me enojo con facilidad	S	CS	AV	N
5	Me siento preocupado cuando tengo que comprar algo	S	CS	AV	N
6	Tengo confianza en mí mismo	S	CS	AV	N
7	Tengo problemas para conciliar el sueño	S	CS	AV	N
8	Al no tener trabajo creo haber decepcionado a la gente que me rodea	S	CS	AV	N
9	Cuándo me levanto, tengo mucha energía	S	CS	AV	N
10	Al sentir que estoy desempleado me siento ansioso	S	CS	AV	N
11	Cuándo no tengo trabajo creo que no valgo nada	S	CS	AV	N
12	Mis sueños me generan intranquilidad	S	CS	AV	N
13	He perdido interés por convivir con la gente que me rodea	S	CS	AV	N
14	Me encuentro más nervioso que la mayoría de la gente	S	CS	AV	N
15	Cuándo mis amigos platican de sus trabajos, me siento incomodo por que yo no tengo trabajo	S	CS	AV	N
16	Cuándo no tengo empleo, pierdo peso	S	CS	AV	N
17	Cuándo estoy con mis amigos, me notan ausente	S	CS	AV	N
18	Cuándo pienso en mis preocupaciones me altero	S	CS	AV	N
19	Tengo suficiente confianza en mí mismo para obtener empleo	S	CS	AV	N
20	Me canso al realizar actividades que no requieren mucho esfuerzo	S	CS	AV	N
21	Mesiento irritado desde que perdí mi trabajo	S	CS	AV	N
22	Me enfermo más que antes	S	CS	AV	N
23	Cuándo estoy desempleado, estoy más irritable de lo común	S	CS	AV	N
24	Cuándo tengo una oportunidad de trabajo, me cuesta trabajo decir si acepto o no el empleo	S	CS	AV	N
25	Despierto por la mañana más cansado que nunca	S	CS	AV	N
26	He perdido el interés por los demás	S	CS	AV	N
27	Pierdo oportunidades de trabajo por no aceptar rápidamente	S	CS	AV	N
28	Siento que valgo menos que los demás	S	CS	AV	N
29	Cuándo recuerdo cosas de mi último empleo, lloro más que de costumbre	S	CS	AV	N
30	Ante una situación de estrés me mantengo tranquilo	S	CS	AV	N
31	Cuándo recuerdo mi trabajo anterior me siento culpable por haberlo perdido	S	CS	AV	N
32	Sudo con facilidad aún cuando hace frío	S	CS	AV	N
33	Me siento frustrado, por estar desempleado	S	CS	AV	N
34	He subido de peso desde que no tengo empleo	S	CS	AV	N
35	He tenido ideas recurrentes de que soy una persona fracasada	S	CS	AV	N
36	Estoy preocupado por problemas físicos como: dolores, molestias estomacales o estreñimiento	S	CS	AV	N
37	Me he decepcionado de mí mismo por no lograr mis metas	S	CS	AV	N
38	He descuidado mi vida sexual	S	CS	AV	N
39	Considero que soy una persona exitosa aunque no tenga empleo	S	CS	AV	N
40	Ultimamente me he enfrentado con más frecuencia	S	CS	AV	N

ANEXO 2

NORMA DE CALIFICACIÓN

REACTIVO	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Nunca
1	1	2	3	4
2	4	3	2	1
3	4	3	2	1
4	4	3	2	1
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	4	3	2	1
8	4	3	2	1
9	1	2	3	4
10	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	4	3	2	1
13	1	2	3	4
14	4	3	2	1
15	4	3	2	1
16	4	3	2	1
17	4	3	2	1
18	4	3	2	1
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1
21	4	3	2	1
22	4	3	2	1
23	4	3	2	1
24	4	3	2	1
25	4	3	2	1
26	4	3	2	1
27	4	3	2	1
28	4	3	2	1
29	4	3	2	1
30	1	2	3	4
31	4	3	2	1
32	4	3	2	1
33	4	3	2	1
34	4	3	2	1
35	4	3	2	1
36	4	3	2	1
37	4	3	2	1
38	4	3	2	1
39	4	3	2	1
40	4	3	2	1