



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA: MEDICINA

TEMA:

“Estudio de crisis depresivas, en mujeres económicamente activas y la estabilidad familiar. Instituto de Neurociencias de Guayaquil, primer trimestre, año 2015.”

AUTORA:

Alcívar Navarrete Gladys Alicia

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
MÉDICO**

TUTOR:

Andrade Marshall Ray Edison

Guayaquil, Ecuador

2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Gladys Alicia Alcívar Navarrete, como requerimiento parcial para la obtención del Título de MÉDICO.

TUTOR (A)

OPONENTE

Dr. Ray Edison Andrade Marshall

Dr. Roberto Briones

**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS**

**DIRECTOR DE LA CARRERA DE
MEDICINA**

Dr. Gustavo Ramírez Amat

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, a los 27 días del mes de abril del año 2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Gladys Alicia Alcívar Navarrete**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **“Estudio de crisis depresivas, en mujeres económicamente activas y la estabilidad familiar. Instituto de Neurociencias de Guayaquil, primer trimestre, año 2015”**, previo a la obtención del Título de Médico, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 27 días del mes de abril del año 2015

LA AUTORA:

Gladys Alicia Alcívar Navarrete



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Gladys Alicia Alcívar Navarrete**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“Estudio de crisis depresivas, en mujeres económicamente activas y la estabilidad familiar. Instituto de Neurociencias de Guayaquil, primer trimestre, año 2015”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 27 días del mes de abril del año 2015

LA AUTORA:

Gladys Alicia Alcívar Navarrete

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradezco a mis padres José Simón Alcívar Párraga y Lorena Navarrete Álava, por estar siempre para mí en los buenos momentos y sobre todo en los difíciles. Ser mi apoyo incondicional y darme el empuje necesario para lograr mis sueños enseñándome a no rendirme nunca y ser fuerte a pesar de todo. Sin ellos yo no estaría aquí y no sería la persona que soy ahora. Gracias por darme la vida, ser mis guías y buen ejemplo en este largo camino que es la vida.

En segundo lugar quiero agradecer a mi hermano, José Simón Alcívar Navarrete, quien a pesar de ser el menor es casi como un segundo padre y siempre me dice las cosas como son y al mismo tiempo me acolita todas las locuras que solo un hermano puede hacer. Gracias por ser un buen amigo, un buen hermano y estar siempre dispuesto a ayudarme cuando lo necesito.

Quiero agradecer también a mi tía. Zenaida Alcívar Párraga, por ayudarme con este proyecto y ser mi mano derecha en la realización del mismo, por darse el tiempo de ayudarme incondicionalmente y estar siempre dispuesta a brindarme su apoyo y sus conocimientos para terminar satisfactoriamente mi trabajo de titulación.

Agradezco a mi familia entera, a mis abuelos Valentín, Alicia y Roque mis ángeles en el cielo, a mi abuelita Gladys que espero siga teniendo muchos años de vida, a mis tíos, tías, primos, primas y familia en general. Por ser una familia unida y tener corazones bondadosos y fuertes que me animan a salir adelante, que me apoyan en las buenas y en las malas.

Gracias a mis amigos, a aquellos que casi nunca veo y a aquellos que veo siempre, gracias a todos por estar siempre ahí sufriendo los insomnios de las

largas noches de estudio y también celebrar los triunfos de las batallas ganadas.

Finalmente quiero agradecer a todos mis maestros y especialmente a aquellos que no solo me enseñaron a estudiar sino que además me ayudaron con sus consejos y experiencia a ser una mejor persona, una mejor profesional en la medicina.

Gladys Alicia Alcívar Navarrete

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de titulación a aquellos que me cuidan y velan por mí desde el cielo y en la tierra:

A mi Abuelito Valentín Alcívar (+), aunque fue muy corto el tiempo que pude gozar de su presencia siempre anhelaré el sabor de sus frutas recién cosechadas y de su cariño y alegría desbordante con todos sus nietos.

A mi abuelita Alicia Álava (+), por ser quien me enseñó que un alma guerrera jamás se deja vencer y lucha hasta el final, y sin importar la enfermedad que tengas siempre puedes ser feliz y hacer feliz a alguien más. Gracias por consentirme, quererme y contarme historias que nunca olvidaré.

A mi abuelito Roque Navarrete (+) quien me enseñó que el trabajo duro y la constancia siempre llevan al éxito.

Y a mi abuelita Gladys por ser paciente, divertida, darme su cariño siempre, consentir a todos sus nietos y tener un gran corazón.

Gladys Alicia Alcívar Navarrete

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dr. Ray Edison Andrade Marshall

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

Dr. Gustavo Ramírez Amat

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

Dr. Roberto Briones

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA**

CALIFICACIÓN

Dr. Ray Edison Andrade Marshall
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

Dr. Gustavo Ramírez Amat
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez
DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

Dr. Roberto Briones
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
Portada.....	
Certificación.....	
Declaración de responsabilidad.....	
Autorización.....	
Agradecimiento	i
Dedicatoria	iii
Tribunal de sustentación	iv
Calificación	v
Índice General	vi
Índice de Tablas	viii
Índice de Gráficos	x
Resumen	xii
Abstract	xiv
Introducción	1
Capítulo I: Metodología	3
1.1 Tipo y nivel de investigación	3
1.2 Universo y muestra	3
1.2.1 Muestra	4
1.3 Variables del estudio	4
1.4 Técnicas para la recolección de datos	5
1.5 Procedimiento y análisis de datos	5
Capítulo II: Resultados y Discusión	7
Capítulo III: Conclusiones y Recomendaciones	36
3.1 Conclusiones	36
3.2 Recomendaciones	38
Bibliografía	40
Lincografía	42

Glosario 43
Anexos 49

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS	Pág.
Tabla N° 1: Usted siente que tiene problemas en el hogar por su trabajo	7
Tabla N° 2: Ha dejado de ir al trabajo por sentirse triste	9
Tabla N° 3: Se siente culpable porque deja abandonado el hogar para trabajar	10
Tabla N° 4: Se ha puesto en riesgos innecesarios como manejar sin cinturón de seguridad o cruzar la calle sin fijarse	11
Tabla N° 5: Ha perdido el interés en salir con sus amigas	12
Tabla N° 6: Se siente triste aun cuando le suceden cosas buenas en la familia	13
Tabla N° 7: Ha pensado en cómo se quitaría la vida.....	14
Tabla N° 8: Se siente vacía porque no tiene el apoyo de la pareja	15
Tabla N° 9: Siente que es un fracaso en su vida de hogar.....	16
Tabla N° 10: Requiere de mucho esfuerzo para llevar a cabo tareas que son sencillas.....	17
Tabla N° 11: Ha perdido el interés en el sexo.....	18
Tabla N° 12: Ha tenido pensamientos de suicidio.....	19
Tabla N° 13: Su peso ha aumentado o bajado sin que se haya hecho ningún esfuerzo.....	20
Tabla N° 14: Quisiera morirse.....	21
Tabla N° 15: Tiene problemas al dormir (duerme mucho, poco, se despierta muy seguido.....	22
Tabla N° 16: Le cuesta más trabajo concentrarse y recordar cosas	23
Tabla N° 17: Se siente ansiosa.....	24
Tabla N° 18: Ha perdido el interés en cosas que antes eran importantes para Usted.....	25
Tabla N° 19: Su futuro parece sombrío y sin sentido.....	26

Tabla N° 20: Siente ganas de llorar sin razón aparente.....	27
Tabla N° 21: Cuál es el tratamiento que sigue actualmente.....	28
Tabla N° 22: Cuánta mejoría en sus relaciones con las personas que la rodean ha notado tras el tratamiento recibido.....	29
Tabla N° 23: Cuánto tiempo lleva con el tratamiento antidepresivo	30
Tabla N° 24: Presenta alguna enfermedad asociada además de su cuadro depresivo.....	31
Tabla N° 25: Cuántos años tiene.....	32
Tabla N° 26: Usted trabaja o no tiene ningún trabajo actualmente	33
Tabla N° 27: Cuál es su estado civil.....	34
Tabla N° 28: Usted trabaja o no tiene ningún trabajo actualmente	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS	Pág.
Gráfico N° 1: Usted siente que tiene problemas en el hogar por su trabajo.....	7
Gráfico N° 2: Ha dejado de ir al trabajo por sentirse triste.....	9
Gráfico N° 3: Se siente culpable porque deja abandonado el hogar para trabajar.....	10
Gráfico N° 4: Se ha puesto en riesgos innecesarios como manejar sin cinturón de seguridad o cruzar la calle sin fijarse.....	11
Gráfico N° 5: Ha perdido el interés en salir con sus amigas.....	12
Gráfico N° 6: Se siente triste aun cuando le suceden cosas buenas en la familia.....	13
Gráfico N° 7: Ha pensado en cómo se quitaría la vida.....	14
Gráfico N° 8: Se siente vacía porque no tiene el apoyo de la pareja.....	15
Gráfico N° 9: Siente que es un fracaso en su vida de hogar.....	16
Gráfico N° 10: Requiere de mucho esfuerzo para llevar a cabo tareas que son sencillas.....	17
Gráfico N° 11: Ha perdido el interés en el sexo.....	18
Gráfico N° 12: Ha tenido pensamientos de suicidio.....	19
Gráfico N° 13: Su peso ha aumentado o bajado sin que se haya hecho ningún esfuerzo.....	20
Gráfico N° 14: Quisiera morir.....	21
Gráfico N° 15: Tiene problemas al dormir (duerme mucho, poco, se despierta muy seguido.....	22
Gráfico N° 16: Le cuesta más trabajo concentrarse y recordar cosas.....	23
Gráfico N° 17: Se siente ansiosa.....	24

Gráfico N° 18: Ha perdido el interés en cosas que antes eran importantes para Usted.....	27
Gráfico N° 19: Su futuro parece sombrío y sin sentido.....	26
Gráfico N° 20: Siente ganas de llorar sin razón aparente.....	27
Gráfico N° 21: Cuál es el tratamiento que sigue actualmente.....	28
Gráfico N° 22: Cuánta mejoría en sus relaciones con las personas que la rodean ha notado tras el tratamiento recibido.....	29
Gráfico N° 23: Cuánto tiempo lleva con el tratamiento antidepresivo.....	30
Gráfico N° 24: Presenta alguna enfermedad asociada además de su cuadro depresivo.....	31
Gráfico N° 25: Cuántos años tiene.....	32
Gráfico N° 26: Usted trabaja o no tiene ningún trabajo actualmente	33
Gráfico N° 27: Cuál es su estado civil.....	34
Gráfico N° 28: Usted trabaja o no tiene ningún trabajo actualmente	35

RESUMEN

La depresión es uno de los problemas de Salud Pública más comunes con los que se enfrenta la sociedad actualmente. Puede aparecer desde su forma leve y por cortos periodos, hasta su forma crónica, repetitiva o grave. En el Instituto de Neurociencias es cada vez más frecuente, que las mujeres económicamente activas se atiendan por presentar un cuadro depresivo por los problemas existentes en el núcleo familiar, por lo que la depresión se ha convertido en una de las principales enfermedades causantes de la pérdida del mayor número de años de vida saludable, ya que afecta a 350 millones de personas en el mundo. En el Ecuador, al menos 20 por ciento de las mujeres económicamente activa se encuentran deprimidas, según algunos estudios realizados en el país. La Organización Mundial de la Salud calcula que en el año 2020 ocupará el segundo sitio como causa de enfermedad. Las consecuencias son de importancia, pues la falta de atención de manera oportuna del padecimiento puede llevar a las personas con depresión a tomar decisiones equivocadas. En la Encuesta realizada a 50 mujeres con estado crítico depresivo se observó que la depresión es el trastorno mental más frecuente en estas mujeres. Los factores familiares que originan que este mal, presente un crecimiento acelerado. Es importante reconocer e identificar que a esta época le rodea una serie de circunstancias que paulatinamente van minimizando el estado de ánimo de las mujeres económicamente activa, ya que no existe el apoyo familiar, originando que las mismas adquieran un sentimiento de soledad e inclusive repercuta desfavorablemente en la autoestima. El objetivo fue la caracterización de personas que padecen trastornos depresivos que consultan En el Instituto de Neurociencia por medio de un estudio Descriptivo de corte Transversal. El universo fue de cincuenta mujeres, la totalidad atendidas en consulta externa y área de emergencia en el primer trimestre del año 2015, a quienes previa autorización se entrevistó para la medición de la gravedad y se solicitó expediente clínico para captura de datos en ficha.

PALABRAS CLAVE: trastorno, obsesión, compulsión, depresión, mujeres, familia.

ABSTRACT

Depression is one of the most common public health problems which is currently facing. Depression can appear from his mild form and for short periods, to chronic, repeated or severe form. In the Institute of neuroscience, it is increasingly more frequent, that economically active women attend is by presenting a depression by the problems in the family, so the depression has become one of major illnesses that cause the greatest number of years of healthy life lost, since it affects 350 million people in the world. In Ecuador, at least 20 per cent of women economically active are depressed, according to some studies carried out in the country. The World Health Organization estimates that by 2020 it will occupy the second place as a cause of disease. The consequences are of importance, as lack of attention in a timely manner of the condition can lead to people with depression to take wrong decisions. The survey of 50 women with depressive critically noted that depression is more common in these women mental disorder. Familial factors causing this bad, this rapid growth. It is important to recognize and identify this period surrounding him a series of circumstances that will gradually minimizing mood of women economically active, since there is no family support, causing them to acquire a feeling of loneliness and it even adversely impact on self-esteem. The objective was the characterization of people who suffer from depressive disorders consulting in the Institute of neuroscience through a descriptive study of transverse cutting. The universe was fifty women attended all outpatient and emergency area in the first quarter of the year 1015, who prior authorization were interviewed for the measurement of gravity and requested clinical record for capturing data at tab.

KEYWORDS: obsession, compulsion, disorder, depression, women, family.

INTRODUCCIÓN

Por conocimiento de las personas se sabe que la ansiedad mental de las personas se demuestra de diferentes formas, la Depresión es la más común que ha preexistido y que coexistirá y que se ha convertido en una enfermedad habitual en sinnúmero de personas por diferentes situaciones, requieren de urgencia vigilancia médica las cuales presentan síntomas de depresión. Con frecuencia la depresión es el "resfrío común" de la psiquiatría.

En ciertas circunstancias a las personas que padecían esta ansiedad mental se les trataba de curar con hierbas o por falta de energía por los síntomas como: cansancio, fatiga, desánimo, falta de energía, también se pensaba que eran nada más que personas flojas y que por tal motivo no querían realizar alguna actividad, hasta que un día Hipócrates de Koss (padre de la medicina moderna) empezó a analizar este estado de ánimo pasajero, llegando a la conclusión de que esta enfermedad provenía de una pérdida del equilibrio de los cuatro humores del cuerpo humano, que era la bilis negra(tierra) y fue entonces que se tomó más énfasis e importancia a esta enfermedad.

Desde entonces la palabra depresión ha ido cambiando con el transcurso de los años como consecuencia de muchos investigadores que se han interesado en estudiar la depresión, han creado el concepto de acuerdo a sus características y síntomas que presenta, definiendo y explicando el por qué de estos trastornos, una de las cuales es el abandono en sí mismo.

Las causas y síntomas que se pueden presentar en la depresión son muchas; la mayoría de los autores que han tratado la depresión generalmente se enfocan en detallar por una parte a los síntomas y por otra a los diferentes tipos de depresiones sin que se encuentre un orden, o comúnmente los agrupan por las etapas de la vida, debido a que también hay depresiones que son resultado

de otras que se generan desde la infancia o que un tipo de depresión puede presentarse en un niño como en un adulto.

En las siguientes hojas se podrán apreciar algunos datos estadísticos generales que se presentan en el mundo y en algunos países, en donde veremos que el porcentaje de mujeres es mayor que el porcentaje de hombres, las que presentan más depresiones quizá por el ritmo de vida tan acelerado que hoy en día llevan.

Por lo tanto el objetivo general y compromiso del presente trabajo es que el lector pueda entender y comprender de forma detallada el más común sufrimiento mental de las personas para que así tenga una idea clara de lo que en realidad significa la depresión y de esta manera proporcionarle cultura para que algún día pueda solucionar su problema o el problema de otros a través de esta monografía que consiste en organizar las definiciones, las causas de las depresión y que tipo de depresión se presenta en cada una, así como también los síntomas y diagnósticos, el tratamiento y consejos para ayudar a un ser querido víctima de este mal, y por ultimo algunas estadísticas.

CAPÍTULO I

1. Metodología

1.1. Tipo y nivel de Investigación.

Esta investigación se basó en el paradigma cualitativo por que se buscó estudiar los trastornos depresivos en la mujer económicamente activa y la estabilidad familiar en el Instituto de Neurociencias, el tipo de beneficios que este tratamiento produjo, la clase de medicación y sus variantes de acuerdo con el contexto cultural y social en que la mujer se desenvuelve, también se la enmarcó en el paradigma cuantitativo porque se tomó en base a las encuestas y datos que permitieron cuantificar datos y tabularlos.

Aquí intervino el método inductivo deductivo con un proceso analítico sintético y viceversa por cuanto a partir de la problemática se presentó principios, definiciones, conceptos etc. De todo esto he extraído conclusiones que permitieron elaborar un plan para desaparecer poco a poco los trastornos de la depresión en las mujeres económicamente activa para garantizar una mejor conciliación familiar que proporcione regocijo en la misma.

1.2. Universo y muestra.

El universo para este estudio fueron 50 mujeres víctimas de la tensión laboral y malos tratos por parte de sus parejas que solicitaron ayuda pública e ingresaron al Instituto de Neurociencia, por tanto, a toda la población, se aplicaron los instrumentos de recolección de datos.

Población y muestra

ESTRATOS	CANTIDAD
Mujeres con cuadro depresivo	50
TOTAL	50

1.2.1. Muestra.

La muestra objeto de estudio la componen 50 mujeres víctimas de la tensión laboral y malos tratos por parte de sus parejas que solicitaron ayuda pública e ingresaron al Instituto de Neurociencia de acogida para mujeres en situación de riesgo de la provincia del Guayas, cantón Guayaquil.

La edad promedio de mujeres es desde los 18 a 64 años en su mayoría poseen estudios primarios bachillerato y superior, pertenecen a un nivel socioeconómico entre bajo, medio y alto, tienen trabajo pero eso no las desliga de las ocupaciones que tienen que llegar hacer a sus hogares y tienen hijos a su cargo.

1.3. Variables del Estudio.

Para la hipótesis o idea a defender que fue, un adecuado tratamiento de la depresión en mujeres económicamente activa, en el Instituto de Neurociencia y con ayuda de la familia, mejora las relaciones en el núcleo del hogar se desprendieron las dos variables. Variable independiente, que es la causa del problema un adecuado tratamiento de la depresión en mujeres económicamente activa, en el Instituto de Neurociencia y con ayuda de la familia, como la variable dependiente, esta dependió de la independiente cuyo mejorar las relaciones en el núcleo del hogar.

El objetivo de este trabajo fue analizar la contribución de las variables de trastornos depresivos en la mujer económicamente activa en el impacto psicológico de la experiencia de maltrato así como identificar los estilos de personalidad que se asocian a un mayor o menor nivel de sintomatología depresiva, evaluada a través del Inventario de Depresión, en una muestra de 50 mujeres víctimas de la incomprensión familiar y maltrato psicológico por parte de su pareja.

1.4. Técnicas para la Recolección de Datos.

Se elaboró una entrevista estructurada con el objetivo de recabar datos sociodemográficos, de la historia de violencia, apoyo social y eventos estresantes adicionales a la situación de maltrato.

Para obtener una medida del nivel de violencia física, psicológica y sexual sufrida se incluyó una escala de 28 ítems de elaboración propia, a partir de la revisión de los instrumentos más utilizados y de mayor aceptación en la investigación sobre malos tratos. Se pidió a las mujeres que indicaran con qué frecuencia su pareja realizó las conductas definidas en los distintos ítems de cada tipo de maltrato durante los últimos doce meses de convivencia, a través de un formato de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: Nunca, poco, a veces, mucho y Siempre.

1.5. Procesamiento y Análisis de Datos.

Una vez concluidas las etapas de colección y procesamiento de datos se inició con una de las más importantes fases de una investigación: el análisis de datos. En esta etapa se determinó como analizar los datos y que herramientas de análisis estadístico fueron adecuadas para éste propósito. El tipo de análisis de los datos dependió de los siguientes factores.

Los resultados de una investigación basados en datos muestrales requirieron de una aproximación al verdadero valor de la población. Para lograr lo anterior se necesitó de una serie de técnicas estadísticas. La primera tuvo como supuestos que la población estudiada poseyó una distribución normal y que los datos obtenidos se midieron en una escala de intervalo y de razón. La segunda no estableció supuestos acerca de la distribución de la población de los trastornos depresivos en la mujer económicamente activa y la estabilidad familiar en el Instituto de Neurociencias, sin embargo requirió que las variables estudiadas se midieran a nivel nominal u ordinal.

CAPÍTULO II

Resultados y Discusión

Encuesta dirigida a las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos en el Instituto de Neurociencias.

Pregunta N° 1. Usted siente que tiene problemas en el hogar por su trabajo.

CUADRO N° 1

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	1	2
4	Poco	4	8
3	A veces	10	20
2	Mucho	14	28
1	Siempre	21	42
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 1



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 42% de las mujeres con depresión siempre sienten que tienen problemas laborales y en el hogar. El 28% muchas veces, el 20% a veces, el 8% pocas veces y el 2% nunca.

ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres con trastornos depresivos concordaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas sienten que tiene problemas en el hogar por su trabajo, por lo que se hace necesario una ayuda de especialistas para superar el problema.

Pregunta Nº 2. Ha dejado de ir al trabajo por sentirse triste

CUADRO Nº 2

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	2	4
4	Poco	3	6
3	A veces	11	22
2	Mucho	16	32
1	Siempre	18	36
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 2



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 36% de las mujeres con depresión siempre faltan al trabajo por sentirse triste. El 32% muchas veces faltan al trabajo. El 22% a veces faltan al trabajo. El 6% pocas veces. El 4% nunca faltan.

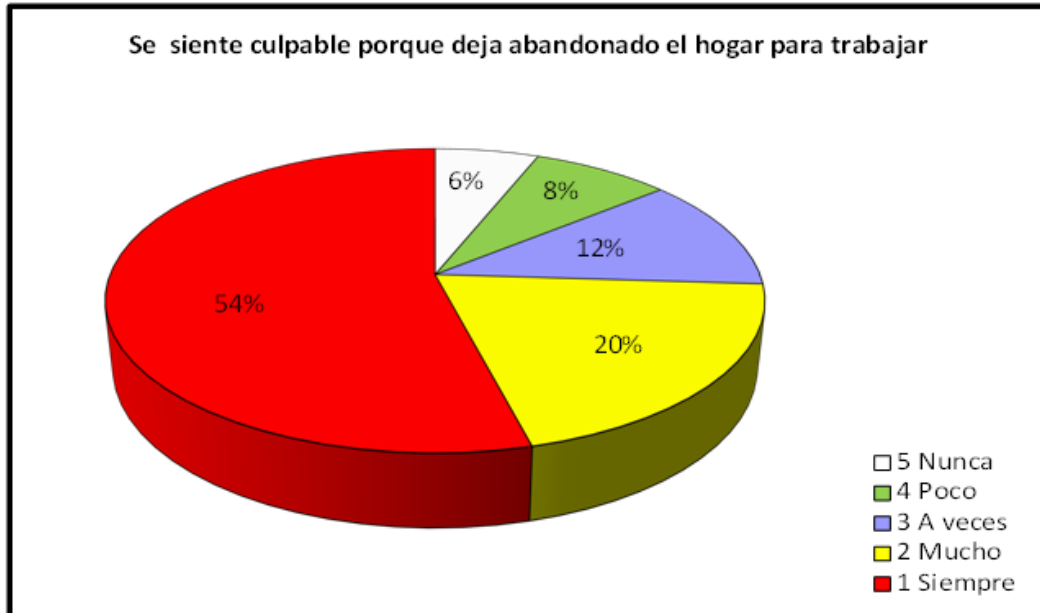
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos razonaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas han dejado de ir al trabajo por sentirse triste adema porque la familia no las entiende de allí su melancolía en todo momento.

Pregunta N° 3. Se siente culpable porque deja abandonado el hogar para trabajar.

CUADRO N° 3

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	3	6
4	Poco	4	8
3	A veces	6	12
2	Mucho	10	20
1	Siempre	27	54
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 3



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 54% de las mujeres con depresión siempre se sienten culpables por dejar su hogar para ir a trabajar. El 20% muchas veces se sienten culpables. El 12% pocas veces sienten culpabilidad. El 8% pocas veces. El 6% nunca.

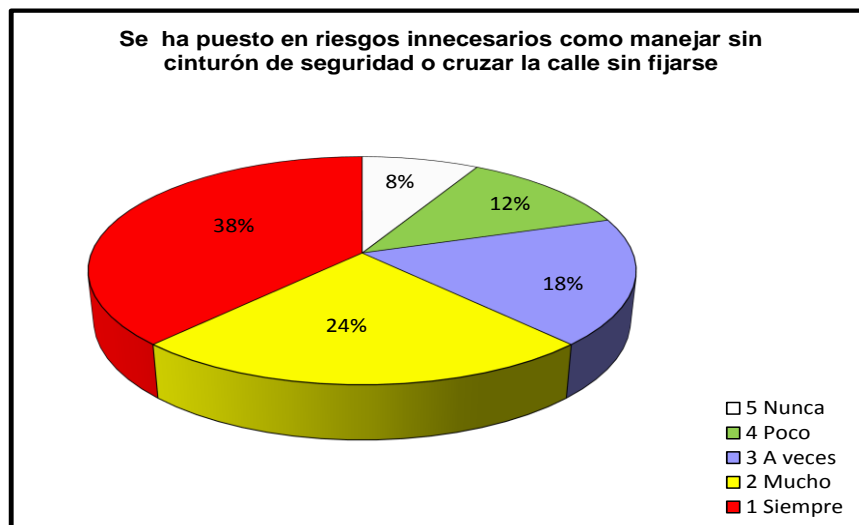
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos concordaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas se sienten culpables porque dejan abandonado el hogar para trabajar, sus esposos no les comprenden y tienen serios problemas por ello.

Pregunta Nº 4. Se ha puesto en riesgos innecesarios como manejar sin cinturón de seguridad o cruzar la calle sin fijarse

CUADRO Nº 4

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	4	8
4	Poco	6	12
3	A veces	9	18
2	Mucho	12	24
1	Siempre	19	38
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº4



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 38% de las mujeres con depresión siempre arriesgan sus vidas innecesariamente. El 24% muchas veces arriesgan sus vidas. El 18% a veces arriesgan sus vidas de forma innecesaria. El 12% pocas veces. El 8% nunca arriesgan sus vidas.

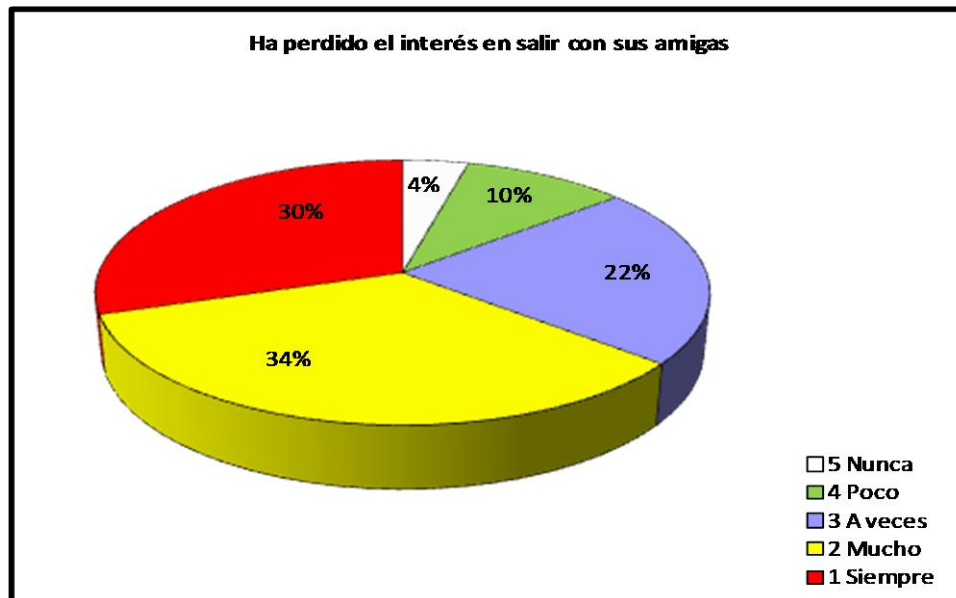
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos acordaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas han puesto en riesgos innecesarios su vida como manejar sin cinturón de seguridad o cruzar la calle sin fijarse por lo que se hace necesario tomar mayor preocupación para evitar tragedias mayores.

Pregunta Nº 5. Ha perdido el interés en salir con sus amigas

CUADRO Nº 5

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	2	4
4	Poco	5	10
3	A veces	11	22
2	Mucho	17	34
1	Siempre	15	30
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 5



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 30% de las mujeres con depresión siempre tienen desinterés en salir con sus amigas. El 34% muchas veces no quieren salir con sus amigas. El 22% a veces pierden el interés en salir. El 10% pocas veces. El 4% nunca han perdido el interés en salir.

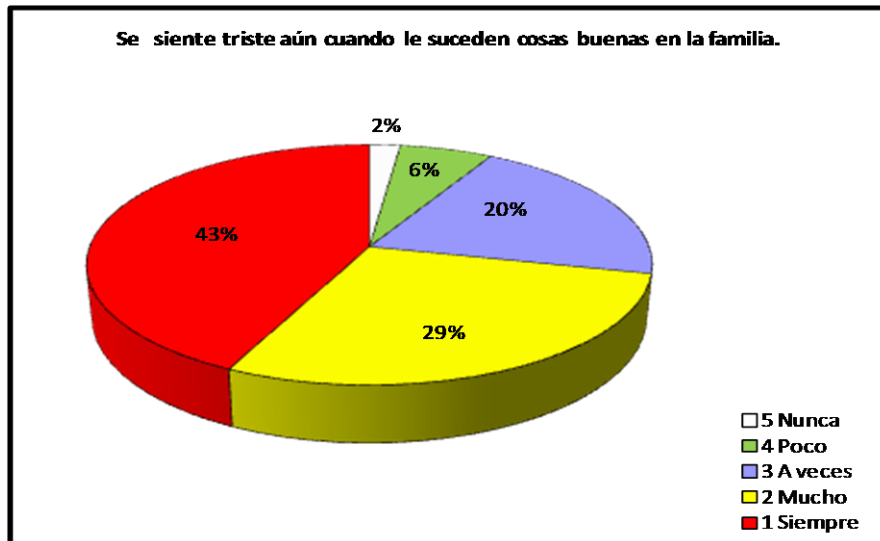
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos razonaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas han perdido el interés en salir con sus amigas, es necesario volver a tomar esa convivencia social con ellas para elevar su autoestima.

Pregunta Nº 6. Se siente triste aun cuando le suceden cosas buenas en la familia.

CUADRO Nº 6

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	1	2
4	Poco	3	6
3	A veces	10	20
2	Mucho	15	29
1	Siempre	21	43
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 6



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 43% de las mujeres con depresión siempre están tristes aún cuando le suceden cosas buenas en la familia. El 29% muchas veces están tristes. El 20% a veces están tristes. El 6% pocas veces. El 2% nunca se sienten tristes.

ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos reflexionaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas se sienten tristes aun cuando le suceden cosas buenas en la familia de allí la necesidad de contactarse con un especialista médico para esos trastornos.

Pregunta N° 7. Ha pensado en cómo se quitaría la vida

CUADRO N° 7

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	3	6
4	Poco	5	10
3	A veces	14	28
2	Mucho	17	34
1	Siempre	11	22
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 7



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 22% de las mujeres con depresión siempre piensan en cómo quitarse la vida. El 34% muchas veces tienen esas ideas para quitarse la vida. El 28% a veces. El 10% pocas veces. El 6% nunca tienen ideas de cómo quitarse la vida.

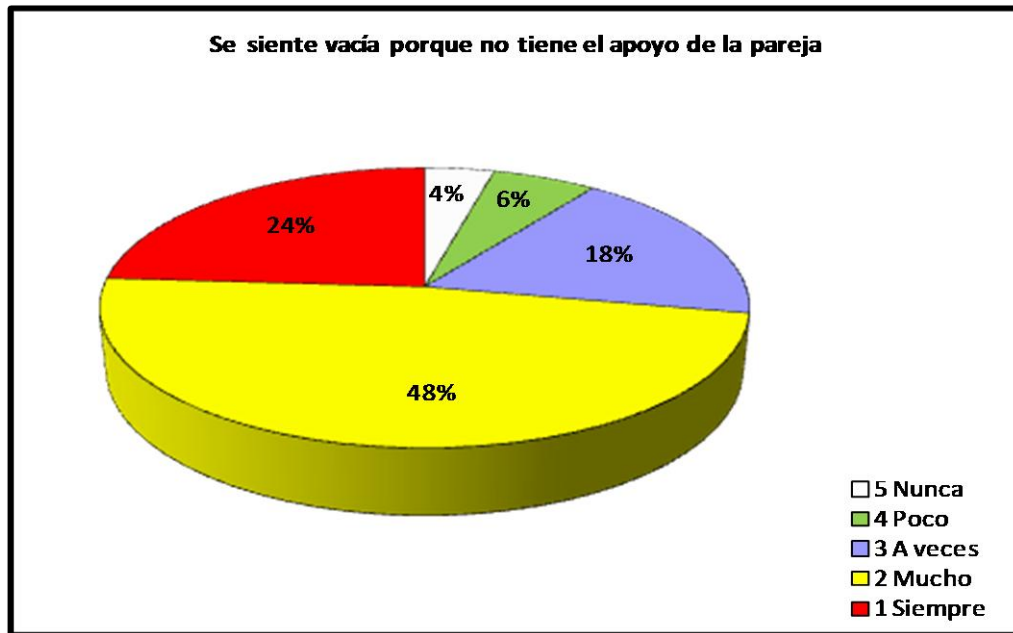
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos pensaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas en algún momento han pensado quitarse la vida, pero por sus creencias religiosas y por los hijos que tiene no pudieron hacerlo.

Pregunta Nº 8. Se siente vacía porque no tiene el apoyo de la pareja

CUADRO Nº 8

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	2	4
4	Poco	3	6
3	A veces	9	18
2	Mucho	24	48
1	Siempre	12	24
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 8



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 24% de las mujeres con depresión siempre sienten que no tienen el apoyo de su pareja. El 48% muchas veces se sienten sin apoyo de la pareja. El 18% a veces. El 6% pocas veces. El 4% nunca.

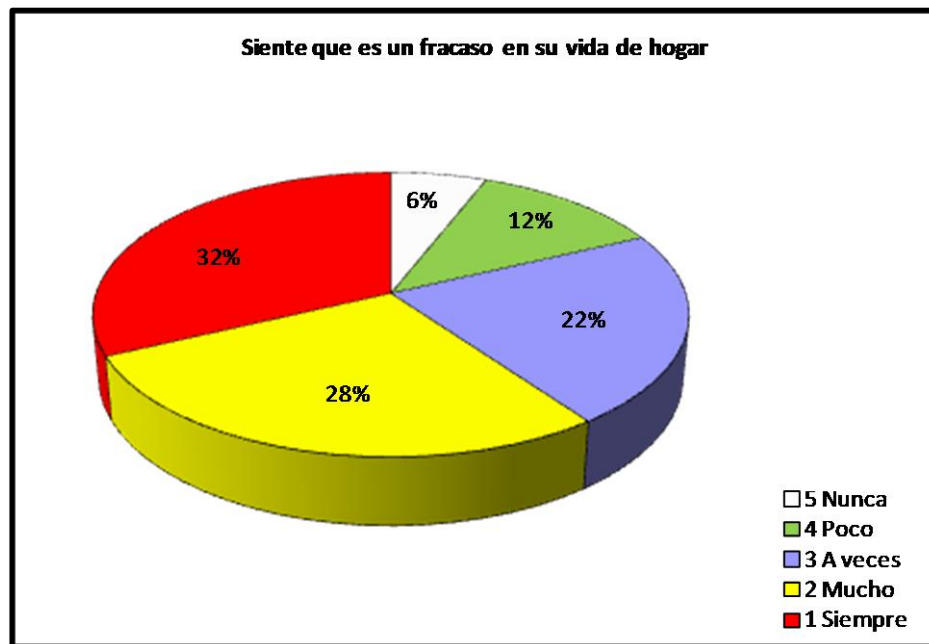
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos concordaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas se sienten vacías porque no tiene el apoyo de la pareja, sería bueno que los especialista también les den terapia a su pareja para ver si encuentra algo de entendimiento.

Pregunta Nº 9. Siente que es un fracaso en su vida de hogar

CUADRO Nº 9

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	3	6
4	Poco	6	12
3	A veces	11	22
2	Mucho	14	28
1	Siempre	16	32
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 9



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 32% de las mujeres con depresión siempre sienten que han fracasado en el hogar. El 28% muchas veces sientes que han fracasado. El 22% a veces. El 12% pocas veces. El 6% nunca sienten que han fracaso en el hogar.

ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos razonaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas sienten que son un fracaso en su vida de hogar por el poco tiempo que tiene para dedicar a sus hijos y a su pareja.

Pregunta Nº 10. Requiere de mucho esfuerzo para llevar a cabo tareas que son sencillas

CUADRO Nº 10

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	3	6
4	Poco	6	12
3	A veces	8	16
2	Mucho	17	34
1	Siempre	16	32
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 10



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 32% de las mujeres con depresión siempre se esfuerzan demasiado incluso en tareas sencillas. El 34% muchas veces hacen grandes esfuerzos innecesarios. El 16% a veces. El 12% pocas veces y el 6% nunca se esfuerzan demasiado.

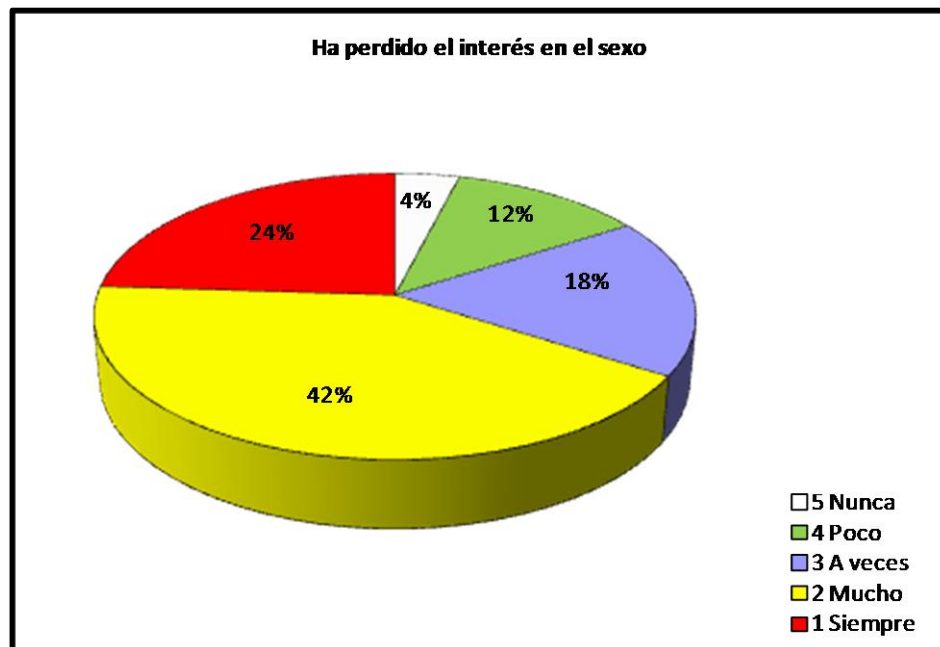
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos acordaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas requieren de mucho esfuerzo para llevar a cabo las tareas que son sencillas, solo necesitan algo de comprensión para ejecutarlas.

Pregunta Nº 11. Ha perdido el interés en el sexo

CUADRO Nº 11

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	2	4
4	Poco	6	12
3	A veces	9	18
2	Mucho	21	42
1	Siempre	12	24
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 11



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 24% de las mujeres con depresión siempre tienen desinterés en el sexo con sus parejas. El 42% muchas veces tiene desinterés en el sexo. El 18% a veces. El 12% pocas veces. El 4% nunca han perdido el interés.

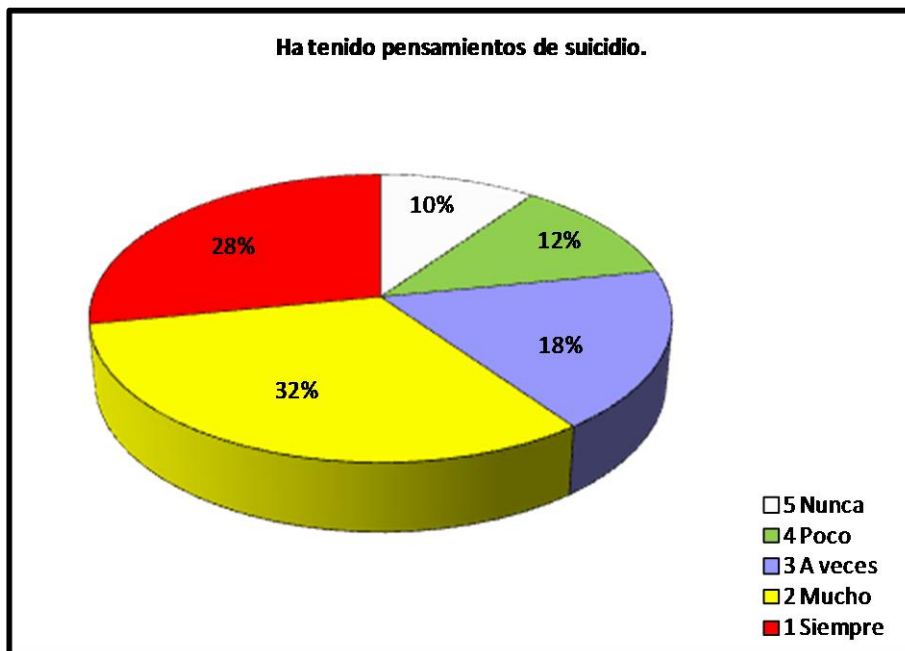
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos razonaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas han perdido el interés en el sus parejas se molestan pues piensan que ellas pueden tener otro romance.

Pregunta Nº 12. Ha tenido pensamientos de suicidio.

CUADRO Nº 12

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	5	10
4	Poco	6	12
3	A veces	9	18
2	Mucho	16	32
1	Siempre	14	28
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 12



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 28% de las mujeres con depresión siempre tienen pensamientos suicidas. El 32% muchas veces tiene estos pensamientos. El 18% a veces tienen pensamientos sobre suicidio. El 12% pocas veces. El 10% nunca tienen ideas de suicidio.

ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos concordaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas han tenido pensamientos de suicidio, especialmente cuando se sienten muy presionadas en el trabajo y en sus hogares.

Pregunta N° 13. Su peso ha aumentado o bajado sin que se haya hecho ningún esfuerzo.

CUADRO N° 13

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	3	6
4	Poco	8	16
3	A veces	13	26
2	Mucho	18	36
1	Siempre	8	16
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 13



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 16% de las mujeres con depresión siempre aumentan o bajan su peso sin realizar esfuerzos. El 36% muchas veces suben o bajan de peso sin realizar esfuerzo alguno. El 26% a veces. El 16% pocas veces. El 6% nunca.

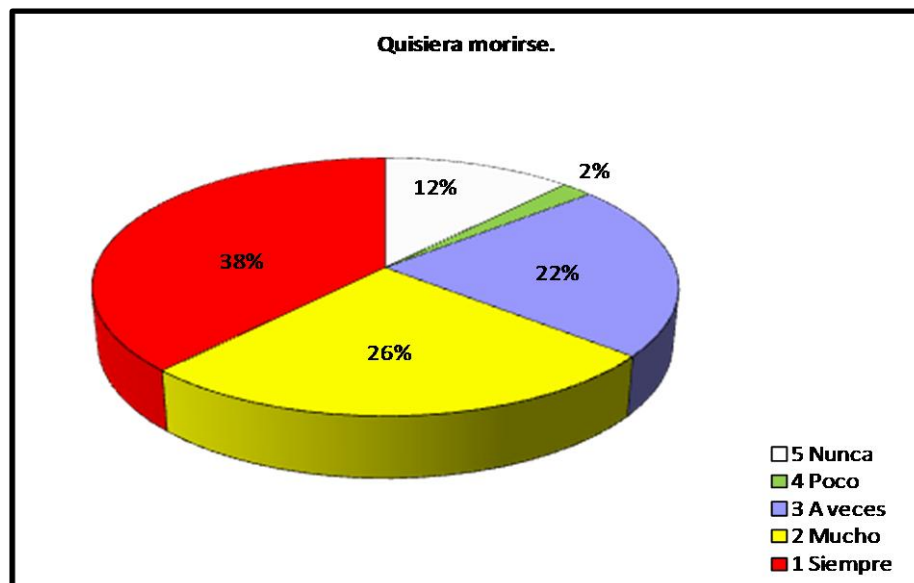
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos contestaron que mucho y siempre están de acuerdo que su peso ha aumentado o bajado sin que se haya hecho ningún esfuerzo, será por el estado de nerviosismo en que se encuentran el atender el trabajo y el hogar a la vez.

Pregunta Nº 14. Quisiera morirse.

CUADRO Nº 14

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	6	12
4	Poco	1	2
3	A veces	11	22
2	Mucho	13	26
1	Siempre	19	38
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 14



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 38% de las mujeres con depresión siempre quieren morirse. El 26% muchas veces desean morirse. El 22% a veces. El 2% pocas veces. El 12% nunca han deseado morirse.

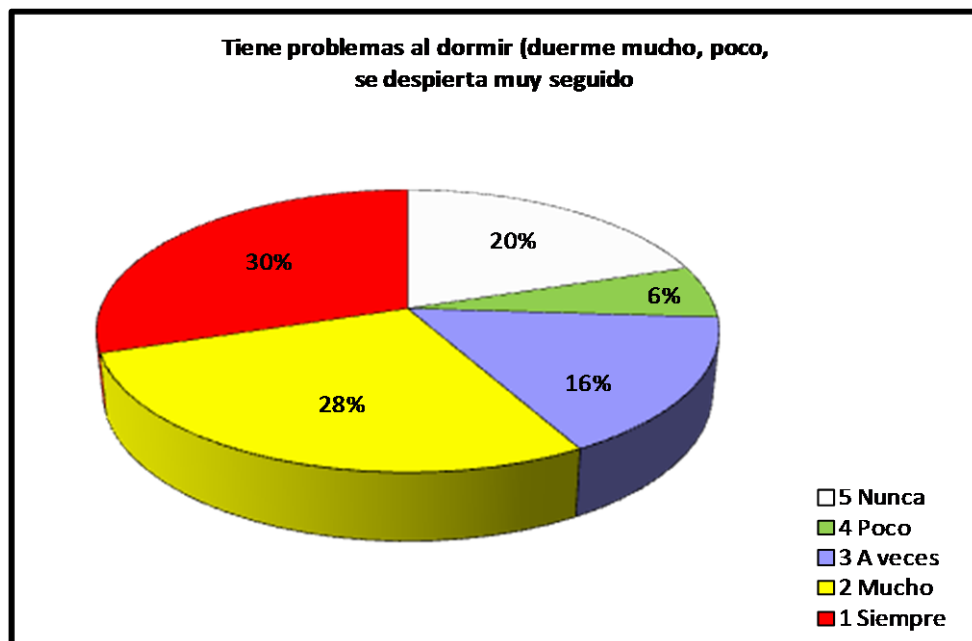
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos respondieron que mucho y siempre están de acuerdo que quisieran morirse, por los múltiples problemas que tiene el atender a los hijos, al esposo y al trabajo.

Pregunta Nº 15. Tiene problemas al dormir (duerme mucho, poco, se despierta muy seguido)

CUADRO Nº 15

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	10	20
4	Poco	3	6
3	A veces	8	16
2	Mucho	14	28
1	Siempre	15	30
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 15



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 30% de las mujeres con depresión siempre tienen problemas para dormir. El 28% muchas veces tienen problemas para dormir. El 16% a veces. El 6% pocas veces. El 20% nunca tienen problemas para dormir.

ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos reflexionaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas tiene problemas al dormir, se despierta muy seguido al otro día, andan como autómatas en las labores cotidianas.

Pregunta Nº 16 Le cuesta más trabajo concentrarse y recordar cosas.

CUADRO Nº 16

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	4	8
4	Poco	6	12
3	A veces	7	14
2	Mucho	18	36
1	Siempre	15	30
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 16



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 30% de las mujeres con depresión siempre tiene problemas para concentrarse y recordar cosas. El 36% muchas veces. El 14% a veces. El 12% pocas veces. El 8% nunca se desconcentran y olvidan cosas.

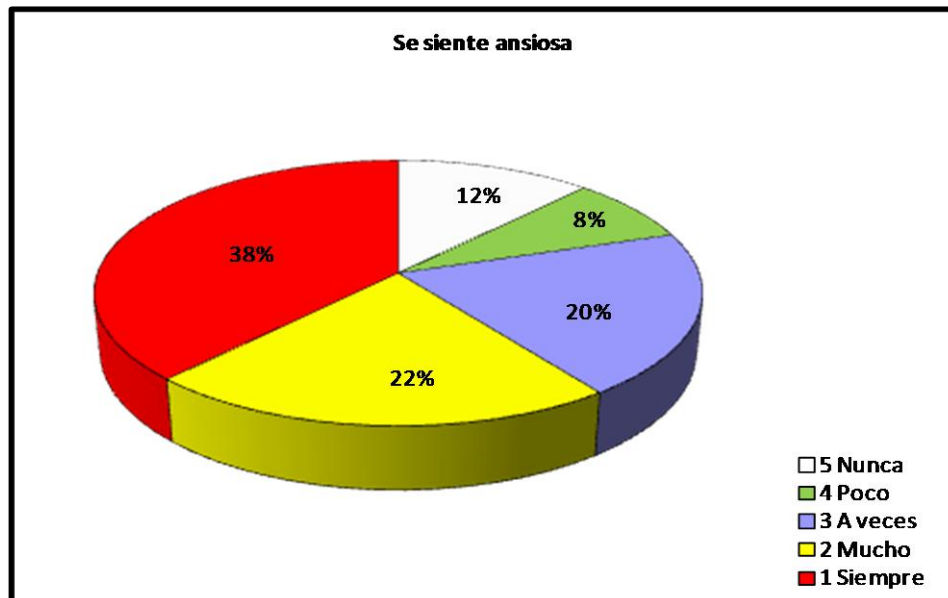
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos razonaron que mucho y siempre están de acuerdo que a ellas les cuesta más trabajo concentrarse y recordar cosas por las múltiples ocupaciones que ocupan su tiempo.

Pregunta Nº 17. Se siente ansiosa

CUADRO Nº 17

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	6	12
4	Poco	4	8
3	A veces	10	20
2	Mucho	11	22
1	Siempre	19	38
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 17



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 38% de las mujeres con depresión siempre están ansiosas. El 22% muchas veces tienen ansiedad. El 20% a veces. El 8% pocas veces. El 12% nunca sienten ansiedad.

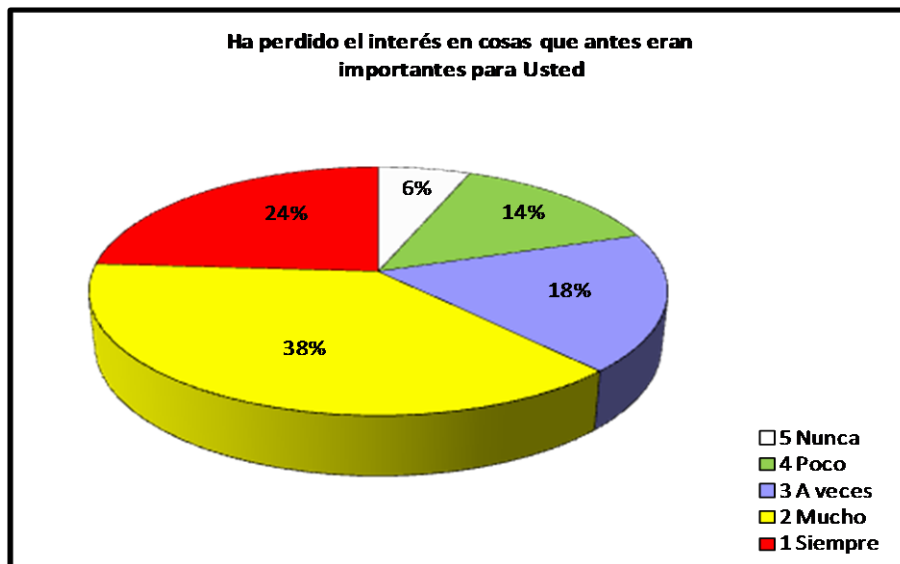
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos convinieron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas se siente ansiosas por lo que se hace necesario tomar medidas drásticas acudiendo donde el especialista.

Pregunta N° 18. Ha perdido el interés en cosas que antes eran importantes para Usted

CUADRO N° 18

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	3	6
4	Poco	7	14
3	A veces	9	18
2	Mucho	19	38
1	Siempre	12	24
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 18



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 24% de las mujeres con depresión siempre refieren desinterés en las cosas que antes eran importantes. El 38% muchas veces. El 18% a veces. El 14% pocas veces han perdido el interés en cosas importantes. El 6% nunca han perdido el interés.

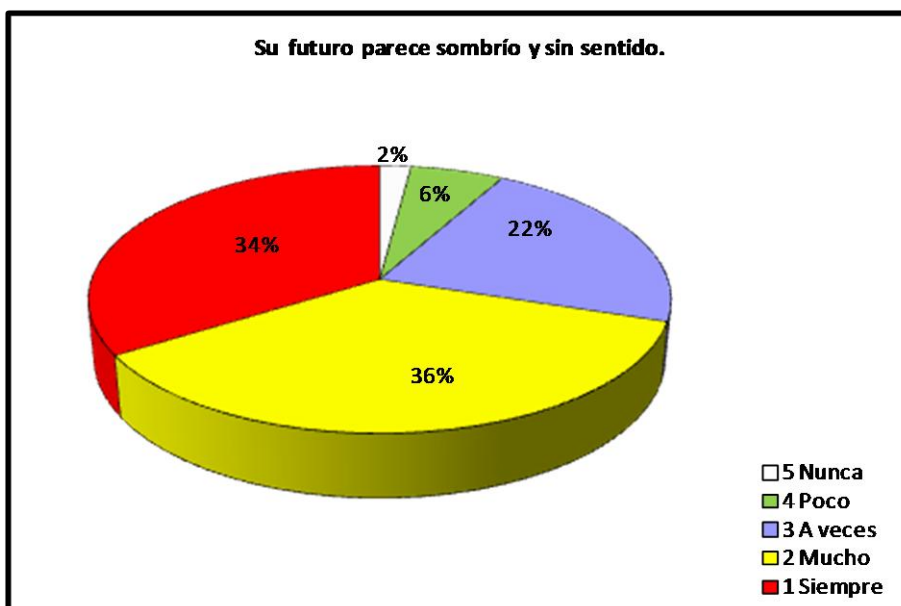
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos reflexionaron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas han perdido el interés en cosas que antes eran importantes y que lamentan mucho el tiempo perdido que jamás volverán a recuperar.

Pregunta Nº 19. Su futuro parece sombrío y sin sentido.

CUADRO Nº 19

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	1	2
4	Poco	3	6
3	A veces	11	22
2	Mucho	18	36
1	Siempre	17	34
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 19



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 34% de las mujeres con depresión siempre ven su futuro sombrío y sin sentido. El 36% muchas veces ven su futuro incierto. El 22% a veces. El 6% pocas veces. El 2% nunca.

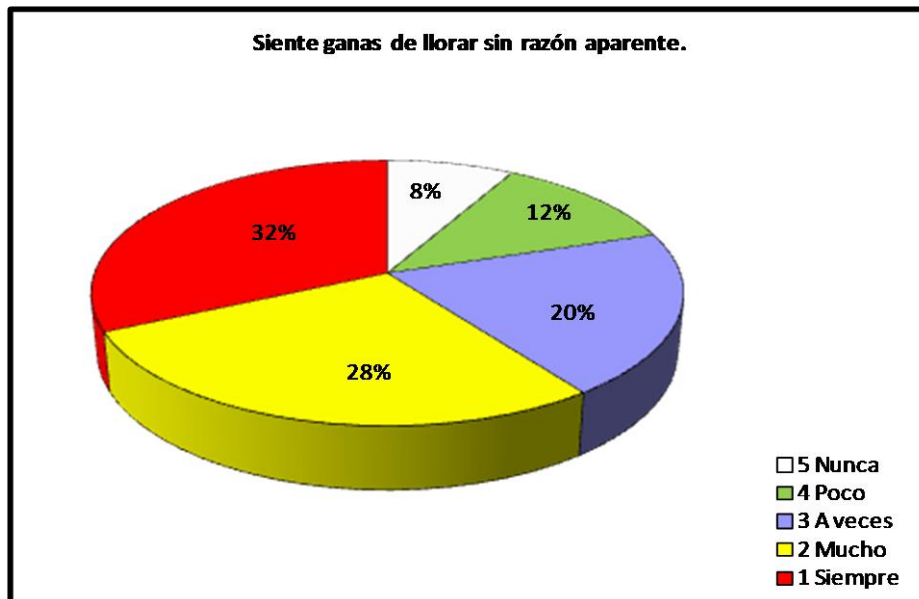
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres económicamente activa con trastornos depresivos convinieron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas tienen un futuro que parece sombrío y sin sentido a veces hasta quisieran irse de este mundo porque esta vida ya no es vida para ellas.

Pregunta Nº 20. Siente ganas de llorar sin razón aparente.

CUADRO Nº 20

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	Nunca	4	8
4	Poco	6	12
3	A veces	10	20
2	Mucho	14	28
1	Siempre	16	32
	TOTAL	50	100

GRÁFICO Nº 20



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 32% de las mujeres con depresión lloran sin razón siempre. El 28% muchas veces lloran sin causa aparente. El 20% a veces lloran. El 12% lloran pocas veces. El 8% nunca lloran sin razón.

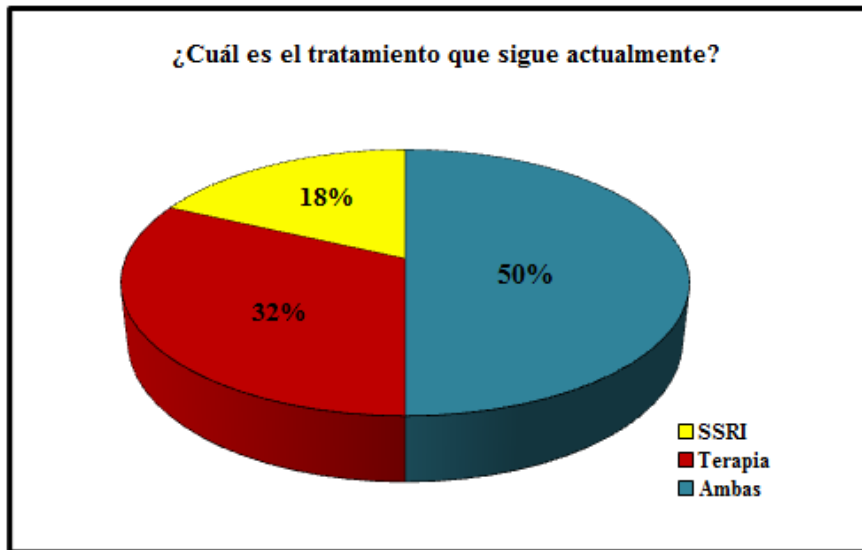
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- Las mujeres con trastornos depresivos coincidieron que mucho y siempre están de acuerdo que ellas sienten ganas de llorar sin razón aparente por la más mínima razón se van en llanto y ni sabe en por qué.

Pregunta N° 21. ¿Cuál es el tratamiento que sigue actualmente?

CUADRO N° 21

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	Fármacos	9	18
2	Terapia	16	32
1	Ambas	25	50
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 21



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 50% de las mujeres con depresión reciben tratamiento combinado de terapia psicológica y medicamentosa. El 32% solamente recibe terapia psicológica. Y el 18% solamente reciben terapia medicamentosa.

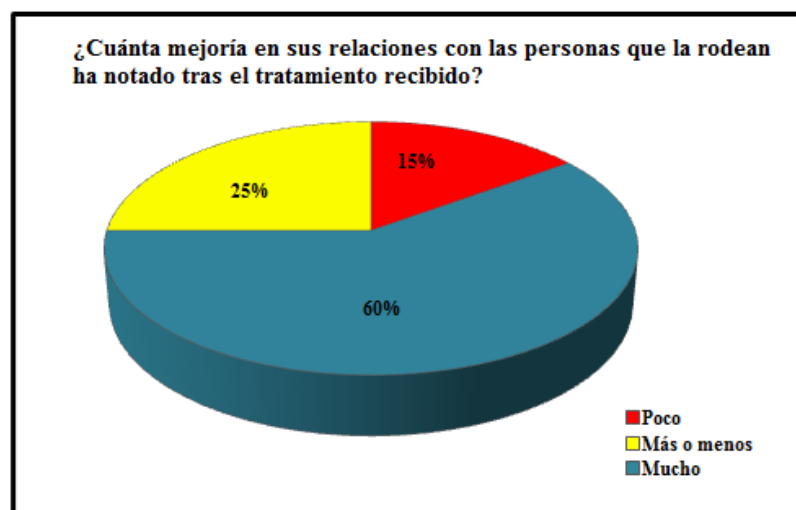
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mitad de las mujeres con depresión reciben una terapéutica combinada de terapia psicológica y tratamiento con medicamentos, tipo SSRI, en menor porcentaje reciben solamente terapia psicológica y la minoría recibe sólo tratamiento con SSRI.

Pregunta N° 22. ¿Cuánta mejoría en sus relaciones con las personas que la rodean ha notado tras el tratamiento recibido?

CUADRO N° 22

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	Poco	8	15
2	Más o menos	12	25
1	Mucho	30	60
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 22



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 60% de las mujeres con depresión han mejorado sus relaciones familiares y sociales tras recibir tratamiento antidepresivo. El 25% han notado un mejoría de leve a moderada. El 15% ha notado poca mejoría.

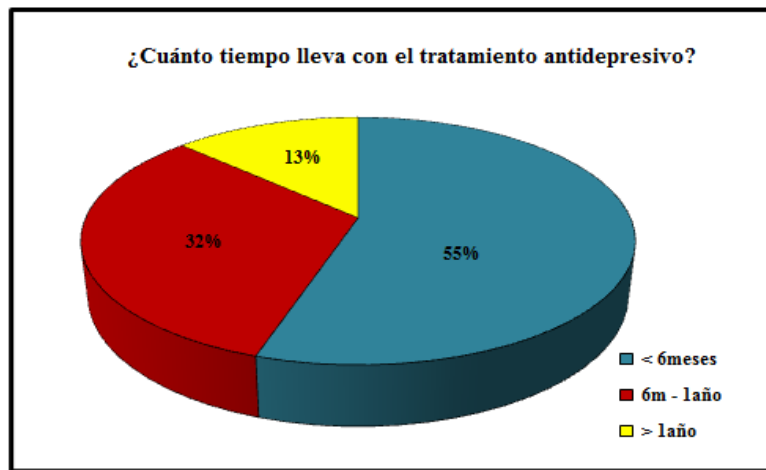
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres con depresión han tenido una mejoría notable en sus relaciones familiares y sociales tras recibir terapéutica para su cuadro clínico, un porcentaje muy bajo no han notado mejoras en su cuadro depresivo.

Pregunta N° 23. ¿Cuánto tiempo lleva con el tratamiento antidepresivo?

CUADRO N° 23

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	Más de 1 año	7	13
2	6 meses - 1 año	16	32
1	Menos de 6 meses	27	55
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 23



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 55% de las mujeres estudiadas con depresión tienen menos de 6 meses con su cuadro depresivo. El 32% entre 6 meses y 1 año. El 13% más de un año con depresión.

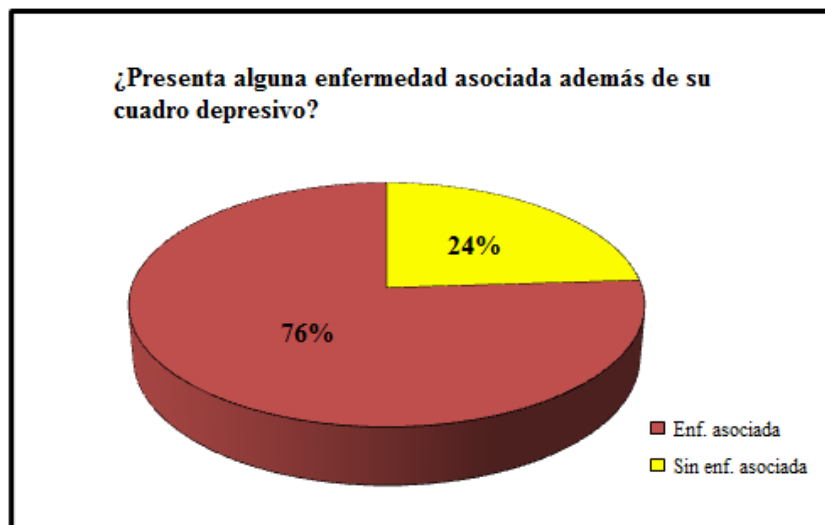
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las mujeres con depresión tienen menos de 6 meses con su cuadro depresivo. Le siguen las mujeres con depresión entre 6 meses y 1 año. En menor porcentaje se encuentran mujeres con depresión de más de un año de evolución.

Pregunta N° 24. ¿Presenta alguna enfermedad asociada además de su cuadro depresivo?

CUADRO N° 24

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	Sin enfermedad	12	24
1	Con enfermedad	38	76
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 24



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 76% de las mujeres estudiadas con depresión no presentan ninguna enfermedad asociada a su cuadro depresivo. El 24% si presentan alguna enfermedad asociada a la depresión, entre las enfermedades más frecuentes están la hipertensión arterial y diabetes.

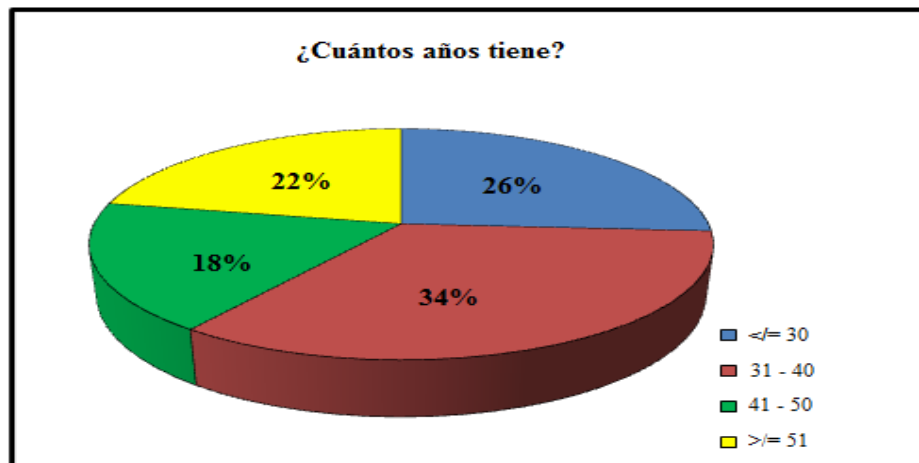
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las pacientes no presentan ninguna enfermedad asociada que pueda influenciar en su cuadro depresivo. Una minoría sí presenta alguna enfermedad asociada, de tipo metabólica.

Pregunta N° 25. ¿Cuántos años tiene?

CUADRO N° 25

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4	>/= 51 años	11	22
3	41-50 años	9	18
2	31-40 años	17	34
1	</= 30 años	13	26
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 25



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 34% de las mujeres estudiadas con depresión tienen entre 31 a 40 años de edad. El 26% son menores de 30 años. El 22% son mayores de 51 años. Y el 18% se encuentran entre los 41 a 50 años de edad.

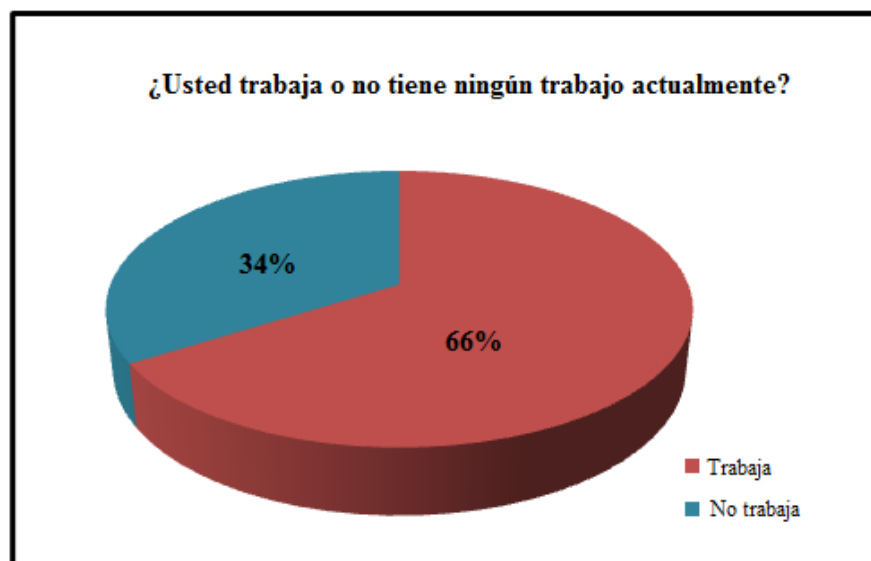
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las pacientes con depresión tienen entre 31 y 40 años de edad, considerada como edad adulta temprana. Le siguen las mujeres jóvenes menores de 30 años y las mujeres mayores de 51 años. En menor porcentaje se encuentran con depresión las mujeres entre 41 y 50 años edad.

Pregunta N° 26. ¿Usted trabaja o no tiene ningún trabajo actualmente?

CUADRO N° 26

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	No trabaja	17	34
1	Trabaja	33	66
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 26



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 66% de las mujeres con depresión tiene un trabajo actualmente. Mientras que el 34% de las mujeres estudiadas con depresión no tienen trabajo.

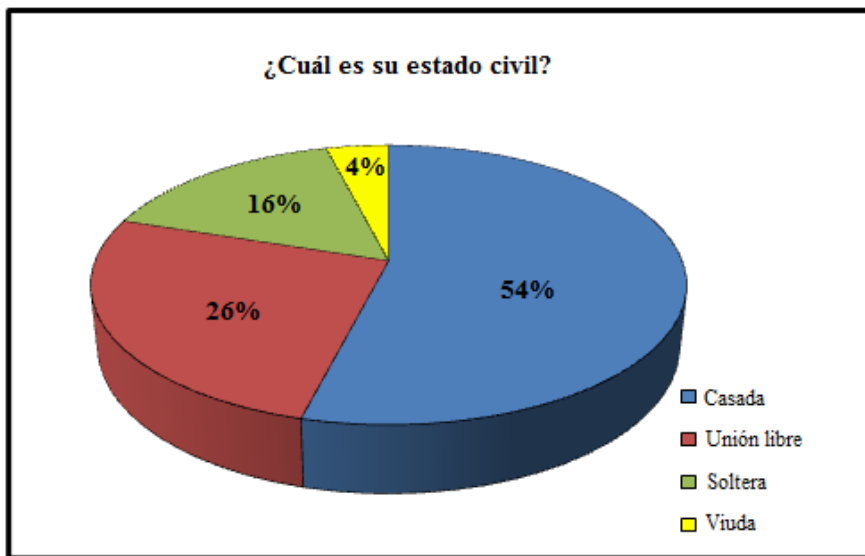
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- La mayoría de las pacientes con depresión tienen un trabajo. La minoría no posee un trabajo o se dedican a estudiar.

Pregunta N° 27. ¿Cuál es su estado civil?

CUADRO N° 27

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4	Viuda	2	4
3	Soltera	8	16
2	Unión Libre	13	26
1	Casada	26	54
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 27



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 54% de las mujeres estudiadas con depresión son casadas. El 26% se encuentran en unión libre. El 16% son solteras y el 4% son viudas.

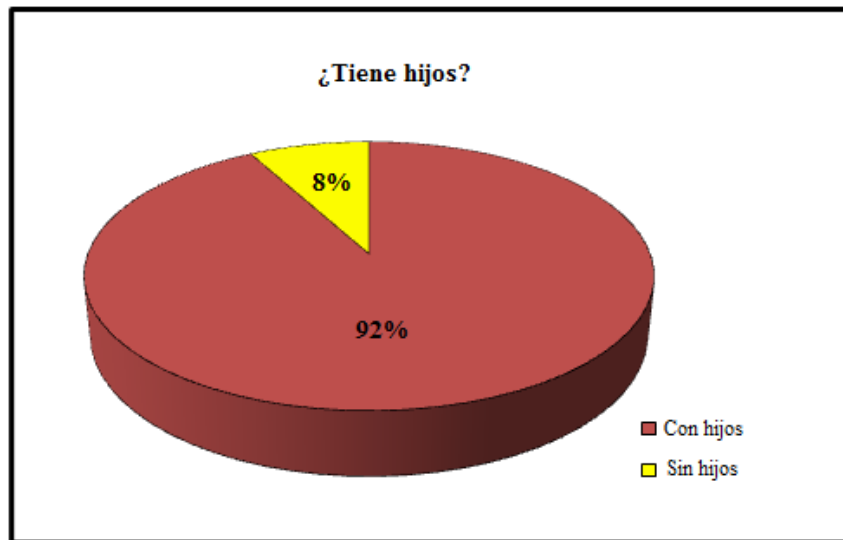
ANÁLISIS CONCEPTUAL.- Más de la mitad de las pacientes con depresión tienen un relación matrimonial, casadas. Le siguen las mujeres en unión libre. En menor cantidad las mujeres con depresión son solteras y una minoría son viudas.

Pregunta N° 28. ¿Usted tiene hijos?

CUADRO N° 28

ESCALA DE VALORES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	Sin hijos	4	8
1	Con hijos	46	92
	TOTAL	50	100

GRÁFICO N° 28



ANÁLISIS NUMÉRICO.- El 92% de las mujeres con depresión tienen hijos. Mientras que el 8% de las mujeres estudiadas con depresión no tienen hijos.

ANÁLISIS CONCEPTUAL.- Casi la totalidad de las pacientes con depresión tienen hijos. Y una minoría no tiene hijos.

CAPÍTULO III

Conclusiones y recomendaciones

3.1 Conclusiones

La investigación planteada una vez ejecutadas las encuestas, tabulaciones y análisis, se reflejó que:

- Las mujeres con trastornos depresivos no han sido preparadas para enfrentar los dos roles que es la de atender el hogar y el trabajo, de allí la crisis reflejada.
- El problema de las mujeres, es un fenómeno socio-cultural que ha devorado insaciablemente muchos matrimonios que se creían estables, de manera justa o injusta el trabajo en la mujer, es el ente principal dentro de la sociedad inestable, se puede decir que debido al doble trabajo, las mujeres están expuestas a caer en una crisis depresiva profunda, y esta viene a ser la causa de la terminación de todo vínculo que una al hombre y a la mujer siendo este un derecho obtenido por la parte que lo propone.
- Las mujeres económicamente activas, ocasionan y ocasionarán el gran desequilibrio en la balanza de la vida familiar. De tal manera que es muy importante educar a la familia para poder salir de esta crisis.
- La solución principal es brindarles a las mujeres que se encuentra en estado depresivo, una orientación de primera y dentro de los hogares mantener siempre la armonía de familia como si fuera el primer día de matrimonio teniendo en cuenta siempre que la depresión es un enemigo silencioso que espera solo un descuido para entrar al aseo.

- El tratamiento con mejor resultado es la terapia familiar, el apoyo de la familia y de las personas que rodean a la persona depresiva son los que logran evitar recaídas y mejores resultados a futuro, para casos más severos se agrega medicamentos antidepresivos junto también con la terapia familiar. Aquellas pacientes que no cuentan con apoyo familiar y que sus familiares no asisten a la terapia, solamente reciben tratamiento farmacológico, lo cual hace más frecuente que estas pacientes no superen fácilmente su trastorno depresivo.
- Una buena terapéutica y un seguimiento adecuado logran que las pacientes presenten mejorías en sus relaciones tanto familiares como sociales y el continuo apoyo de su entorno hacen que las pacientes superan satisfactoriamente su depresión.

3.2 Recomendaciones

Las conclusiones elaboradas recomiendan lo siguiente:

- Se debe preparar a las mujeres mediante terapias de los especialistas para así evitar los trastornos depresivos y puedan enfrentar los dos roles: en el hogar y en el trabajo.
- Procurar un tratamiento psiquiátrico con la presencia primero de la mujer afectada, luego con la pareja, finalmente hijos y demás miembros de la familia, para ir dando solución al problema de las mujeres, transformándolo en un fenómeno socio-cultural positivo que permita la reunificación familiar y así salvar muchos matrimonios para que sean estables, donde puedan tener ese ente abarcador, el de ejercer las dos tareas sin perjudicar ni abandonar el núcleo familiar, ya que es la entidad principal dentro de la sociedad.
- Se puede decir que debido al doble trabajo, las mujeres están predispuestas a no dejarse abatir en la crisis depresiva, asumiendo el rol con fortaleza y mucho dinamismo, esto viene a ser el principio de un hogar estable lleno de amor, comprensión y felicidad.
- Tendrían mayor seguridad en sí mismas y en sus capacidades. De esta manera se puede predecir que las mujeres ya no provocarán el gran desequilibrio en la balanza de la vida familiar, por el contrario se convertirían en fortaleza para sacar adelante esa gran nave que es la familia., educándola para poder salir adelante.
- Con una orientación de primera y dentro de los hogares mantener siempre la armonía, contando con el apoyo familiar y social para ir eliminando poco a poco la crisis.

- Con el apoyo familiar y de su entorno social, las pacientes depresivas tienen mejores probabilidades de superar su trastorno psicoafectivo. Se aconseja que antes de aplicar un tratamiento farmacológico, se inicie en primera instancia la terapia familiar y psicológica, excepto en casos severos donde hay más riesgo de suicidios o daños físicos auto producidos en donde se utiliza primeramente antidepresivos.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSICHYATRIC ASSOCIATION. Directrices para el tratamiento de pacientes con trastorno depresivo mayor. 2da ed. Septiembre 2007.
- BARRIÓ C, TAMAYO C. Intoxicaciones y otras situaciones críticas. En: Martín Zurro A, Cano FARRERA, Medicina Interna, 2008
- BIGARDÓN GALLEGOS Lourdes; El pensamiento del suicidio en la adolescencia. Ed; Bilbao 2005.
- BLEICHMAR Hugo B; La depresión un estudio psicoanalítico E.d. 2 da; Buenos Aires; año 2008.
- CALDERÓN NARVÁEZ Guillermo; Depresión, causas manifestaciones y tratamiento. México, Ed; trillas 2004
- ESTADÍSTICAS de intentos de suicidios y suicidios, instituto de neurociencias Guayaquil 2012
- FRANCISCO LEIVA ZEA, Nociones de Metodología de Investigación Científica, 2002.
- GARCÍA Sánchez, J. & Palazón Rodríguez, P. (2010). "Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal". Desclée de Brouwer (en prensa).
- GLAXO SMITH KLAINE, Trastornos más comunes en psiquiatría, 2008.
- KRAMER, Peter D. (2006). Contra la depresión. Barcelona: Seix Barral
- LEÓN Grinberg; Culpa y depresión; Buenos aires, año 2003.

MARTELL I, C. et al.(2010). Activación conductual para la depresión. The Guilford Press

MORTIMER; Ostow La depresión psicología de la melancolía. Madrid 2003.

Organización panamericana de la salud. (2006), Manual Salud Mental. Managua Nicaragua.

PIGNARRE Philippe; La depresión una epidemia en nuestro tiempo. Barcelona 2003

PÖLDINGER; la tendencia al suicidio. Dé. Morata, pp., 117 a 122. Salud mental Vol. 26 No. 1, febrero 2003.

TREVIÑO LABASTIDA Roberto; Tesis de depresión mental y suicidios. México 2004.

VARA Horna, Arístides A. (2006). Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica. Asociación por la Defensa de las Minorías: Lima.

LINCOGRAFÍA

www.salud.gob.gob.mx/conadic/depre_cap2htm

www.depresion.psicomag.com/

www.respuestasaladepresion.com/

www.aacap.org/publications/apntsfam/suicide.htm

www.healthinmind.com/Spanish/suicidio.htm

www.tusalud.com.mx/120811.htm

www.monografias.com/trabajos11/depsu/depsu.shtml

GLOSARIO

Agorafobia.- Es el miedo a espacios donde no hay nadie que acuda para ayudar por miedo a sufrir crisis de pánico, la cual se caracteriza por elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea, la respiración aumenta, hiperhidrosis, mareo y temblores. Consiste básicamente en miedo al mismo miedo. La persona que lo sufre no puede afrontar situaciones comunes que las llevan a sentirse ansiosas, temen a su propia fisiología y tienen pensamientos negativos sobre cualquier situación como miedo a morir.

Estrés.- En situaciones de estrés participan variedad de mecanismos de defensa para enfrentar situaciones que puede percibirse como negativas o amenazantes. El cuerpo libera una serie de sustancias que se traducen en estrés. Consiste en una respuesta fisiológica normal que es necesaria para la supervivencia. El exceso de estrés puede causar diversas patologías, por lo que es recomendable controlar los momentos o situaciones en los que se genera estrés.

Estrés post traumáticos.- Se caracteriza por la presencia de diversos trastornos de ansiedad como consecuencia de una exposición a una situación de mucho estrés que generó un gran trauma psicológico, esta situación puede también generar daños físicos o ser amenazante con la vida. Razón por la cual se produce una serie de alteraciones psicológicas después de pasar por un momento traumático.

Amígdalas.- En la amígdala del cerebro se cargan todas las emociones generadas por los recuerdos y las experiencias, la cual a su vez hace que se liberen una serie de sustancias por todo el organismo que hacen que nuestro cuerpo reaccione ante cualquier situación de estrés físico o emocional. Cuando hay traumas en la amígdala la persona no puede detectar cuando se encuentra ante algún peligro. Ya que la amígdala nos ayuda a actuar tras detectar un estímulo dañino.

Anhedonia.- Consiste en la pérdida de sensibilidad al placer, existe un claro desinterés o satisfacción para realizar cualquier actividad placentera. Hay una pérdida para detectar estímulos que normalmente son placenteros. La Anhedonia es una síntoma de la depresión y de otros trastornos psiquiátricos como el Alzheimer o la demencia.

Ansiedad.- Se produce al experimentar emociones que generan una respuesta subjetiva de distorsión del placer, del cuerpo o de la propia fisiología. Que hace que la persona ansiosa no se pueda adaptar fácilmente a muchas situaciones que hacen que se sienta insegura y busque recursos poco saludables para satisfacer su insatisfacción, como por ejemplo comer demasiado cuando se ha pasado por un día difícil.

Asertividad.- Entre la agresividad y la pasividad se encuentra la asertividad. Consiste en el comportamiento en el que la persona hace lo que otros quieren, sin defender sus ideales o sus derechos. Ser asertivo no es patológico, es más bien un comportamiento característico de la persona. Son personas que siempre están dispuestas a hacer todo lo que se les ordena sin titubeos, aunque no sea correcto.

Autoeficacia.- Es cuando la persona cree que tiene la capacidad para enfrentar cualquier situación, tarea o circunstancia, por sí misma y sin necesidad de la ayuda de otras personas.

Burnout.- Es un estado de total agotamiento emocional, físico y mental que hacen que la persona se sienta abatida. Es un cansancio psíquico grave consecuencia del estrés repetitivo que puede surgir a nivel laboral o social.

Ciclotimia.- Se caracteriza por la presencia de dos situaciones que son la depresión y la hipomanía.

Depresión.- En la depresión hay un descenso del estado de ánimo que se manifiesta por tener sentimientos variados como son: la tristeza, disminución del placer, cansancio, infelicidad, desinterés, angustia, etc.

Empatía.- Se caracteriza por la capacidad de ponerse en el lugar de las demás personas, de reconocer sus sentimientos y pensamientos antes de generar inferencias propias. Tratando siempre de entender el por qué del comportamiento de los demás sin juzgarlos.

Escalas de personalidad.- Existen diversos tests psicológicos que miden la personalidad de las personas en base a una serie de preguntas que hacen referencia a las vivencias, interacciones y demás actitudes de la persona hacia con la vida, con los demás y consigo misma. Se utilizan mucho para investigar trastornos de la personalidad, en casos de juicios y control de tratamientos psicológicos.

Eutimia.- Es cuando la persona tiene un estado anímico normal. Sin alteraciones de ningún tipo.

Habilidades de afrontamiento.- Es la capacidad de cada persona para enfrentar las situaciones cotidianas ya sean positivas o negativas, para manejarse de acuerdo al medio ambiente, para sobrevivir y crecer en todos los niveles.

Hipomanía.- Al contrario de lo que sucede en las manías, la hipomanía consiste en un estado de ánimo alterado pero no tan exagerado. La persona puede estar un poco irritable, exaltada, hipo/hiperactiva, etc.

Humor.- El humor puede afectar de manera positiva o negativa a la persona, es una situación afectiva estable y prolongada que dura por un lapso corto de tiempo y que influye a nivel global en el estado emocional de la persona.

Manía.- En la manía la persona se encuentra altamente alterada, irritable, excitada, eufórica, activada, acelerada, que no cede fácilmente hasta llegar a límites extremos.

Mecanismos de defensa.- Reacción inconsciente que nos protege ante una situación que puede ser negativa para el organismo, se encargan de regular

nuestra energía para que nuestro cuerpo mantenga un equilibrio físico y mental, para así minimizar las consecuencias de momentos que puede resultar intensos o dañinos, haciendo que la persona pueda superarlos para continuar con sus funciones normales.

Mobbing.- Es cuando una persona o grupo de personas se encuentran bajo una presión psicológica (acoso) por otras personas de su mismo medio, ya sea laboral, social o familiar. Durante un periodo de tiempo muy prolongado y de manera frecuente.

Pensamiento automático.- Es un diálogo con uno mismo, que es personal e interior, sucede de manera espontánea e involuntaria. Este autodiálogo se expresa como ideas o imágenes de temas específicos que están relacionados como emociones fuertes que generan una visualización equivocada sobre las cosas, originando una interpretación errónea de los hechos.

Perfiles de personalidad.- Son un conjunto de características que forman un conjunto de conductas, pensamientos, comportamientos, sentimientos e ideas que son particulares y reconocibles en un individuo. Sin que ello determine a la persona o las cosas que hace. Los perfiles de personalidad nunca van a describir una forma específica de comportamiento.

Psicoterapia individual o grupal.- Existen muchas diferencias entre la psicoterapia grupal e individual pero ambas son técnicas usadas en el tratamiento psiquiátrico y puede ser complementos para que un paciente inicie un trabajo personal como es el caso de la psicoterapia de personalidad que generan un tipo de personalidad al juntar una serie de datos numéricos y de gráficos cuantitativos y cualitativos que expresan cuáles rasgos y en qué medida se encuentran estos rasgos en la personalidad de una persona.

Rasgos de personalidad.- Es una cualidad permanente de la personalidad que se establece a lo largo del tiempo y depende de las circunstancias internas e externas.

Reestructuración cognitiva.- Es una estrategia propia del cerebro para identificar, cambiar e interpretar los pensamientos o ideas erróneas que puede experimentar una persona frente a situaciones específicas cambiantes o frente a personas diferentes a las que frecuenta normalmente.

Resiliencia.- Después de experimentar una situación extrema o traumática, la persona pasa por una serie de cambios emocionales que con el paso del tiempo se afrontan y la persona se repone luego de la situación vivida. Con el tiempo la persona logra fortalecerse a si misma.

Riesgos psicosociales.- Se refiere a situaciones que la persona experimente y que puede ser consideradas dañinas para su cuerpo o su mente, incluso pueden poner en peligro su psique y su organismo. Un claro ejemplo, es el llamado acoso laboral. Que resulta en algo nocivo para la persona que lo vive.

Talento kinestésico.- Se refiere al desarrollo y dominio de ciertas habilidades, lo que permite un talento motor o facultativo especial o característico que no todo el mundo puede desarrollar.

Temperamento.- Se dice que todos nacemos con un temperamento básico, típico de nuestra propia biología lo que definirá nuestro comportamiento a futuro y nuestro carácter. El temperamento viene también determinado por factores genéticos y fisiológicos que hacen que actuemos como actuamos. Es una forma de ser característica y lo que nos lleva a actuar de manera especial con el entorno.

Trastorno afectivo.- Es una alteración anímica manifestada de manera que las emociones son expresadas o vividas de una forma exagerada e intensa.

Trastorno bipolar.- Enfermedad mental caracterizada por periodos alternantes de emociones contradictorias, en las que la persona puede tener un buen estado de ánimo y luego pasar a un estado irritable o alterado, sin razón aparente. Son personas muy inestables.

Trastorno de adaptación.- Consiste en un estado en el cual las emociones generan cierto malestar que evita que la persona puede vivir tranquilamente situaciones cotidianas, se produce por un cambio en la vida de la persona o cuando se presentan acontecimientos que resultan estresantes. El nivel de estrés experimentado define el trastorno de adaptación, a mayor estrés mayor desadaptación con el medio que los rodea.

Trastorno límite de personalidad.- Se caracteriza por presentar un comportamiento de tipo impulsivo, bipolaridad (humor inestable) lo que hace que la persona continuamente viva en un estado de alerta excesivo con emociones violentas que lo invaden y que no puede controlar, presenta episodios de ira contra si mismo o contra los demás. En etapas más avanzadas presenta depresión profunda que conlleva a la rabia y la persona se siente vacía. Obligan a las demás personas a los asistan y los amen como sea, y al mismo tiempo escapan ante situaciones en las cuales se sienten atados, como en la intimidad.

A

N

E

X

O

S

ENCUESTA DIRIGIDA A MUJERES ECONÓMICAMENTE ACTIVAS
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

1. Usted siente que tiene problemas en el hogar por su trabajo

Nunca

Poco

A veces

Mucho

Siempre

2. Ha dejado de ir al trabajo por sentirse triste

Nunca

Poco

A veces

Mucho

Siempre

3. Se siente culpable porque deja abandonado el hogar para trabajar

Nunca

Poco

A veces

Mucho

Siempre

4. Se ha puesto en riesgos innecesarios como manejar sin cinturón de seguridad o cruzar la calle sin fijarse

Nunca

Poco

A veces

Mucho

Siempre

5. Ha perdido el interés en salir con sus amigas

Nunca
Poco
A veces
Mucho
Siempre

6. Se siente triste aun cuando le suceden cosas buenas en la familia.

Nunca
Poco
A veces
Mucho
Siempre

7. Ha pensado en cómo se quitaría la vida

Nunca
Poco
A veces
Mucho
siempre

8. Se siente vacía porque no tiene el apoyo de la pareja

Nunca
Poco
A veces
Mucho
Siempre

9. Siente que es un fracaso en su vida de hogar

Nunca	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
Mucho	<input type="checkbox"/>
Siempre	<input type="checkbox"/>

10. Requiere de mucho esfuerzo para llevar a cabo tareas que son sencillas

Nunca	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
Mucho	<input type="checkbox"/>
Siempre	<input type="checkbox"/>

11. Ha perdido el interés en el sexo

Nunca	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
Mucho	<input type="checkbox"/>
siempre	<input type="checkbox"/>

12. Ha tenido pensamientos de suicidio.

Nunca	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
Mucho	<input type="checkbox"/>
Siempre	<input type="checkbox"/>

13. Su peso ha aumentado o bajado sin que se haya hecho ningún esfuerzo.

Nunca	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>

A veces
Mucho
Siempre

14. Quisiera morirse.

Nunca
Poco
A veces
Mucho
Siempre

15. Tiene problemas al dormir (duerme mucho, poco, se despierta muy seguido)

Nunca
Poco
A veces
Mucho
Siempre

16. Le cuesta más trabajo concentrarse y recordar cosas.

Nunca
Poco
A veces
Mucho
Siempre

17. Se siente ansiosa.

Nunca
Poco
A veces
Mucho

Siempre

18. Ha perdido el interés en cosas que antes eran importantes para Usted

Nunca

Poco

A veces

Mucho

Siempre

19. Su futuro parece sombrío y sin sentido.

Nunca

Poco

A veces

Mucho

siempre

20. Siente ganas de llorar sin razón aparente.

Nunca

Poco

A veces

Mucho

Siempre

21. Cuál es el tratamiento que sigue actualmente

Medicamento (SSRI)

Terapia psicológica

Ambas (medicamento y terapia)

22. Cuánta mejoría en sus relaciones con las personas que la rodean ha notado tras el tratamiento recibido

Mucho	<input type="checkbox"/>
Más o menos	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>

23. Cuánto tiempo lleva con el tratamiento antidepresivo.

Más de 1 año	<input type="checkbox"/>
De 6 meses a 1 año	<input type="checkbox"/>
Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/>

24. Presenta alguna enfermedad asociada además de su cuadro depresivo

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

25. Cuántos años tiene

Indique su edad en años	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

26. Usted trabaja o no tiene ningún trabajo actualmente

Si trabaja	<input type="checkbox"/>
No trabaja	<input type="checkbox"/>

27.Cuál es su estado civil

Casada	<input type="checkbox"/>
Unión Libre	<input type="checkbox"/>
Soltera	<input type="checkbox"/>
Viuda	<input type="checkbox"/>

28. Usted tiene hijos

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>