

IV. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación consistió en conocer la relación existente entre la clase de signos y síntomas depresivos que presentan los sujetos, de acuerdo con su tipo de locus de control.

De las 153 personas a las que se les solicitó participar en la investigación, 28 se rehusaron, dando diversas explicaciones. De acuerdo con Rodin (citado por Torres-Castillo et. al., 1991), es importante tomar en cuenta que en algunas ocasiones, los pacientes con depresión aguda se sienten incapaces o bien renuentes a participar en estudios donde se investigue su estado de ánimo. Por lo tanto, se puede intuir que algunas de las personas que decidieron no participar, podrían estar pasando por un cuadro depresivo.

La presente investigación se llevó a cabo con personas que trabajaban en el centro de la ciudad de Puebla, de clase social media y media baja, buscando que, los resultados reflejaran, en la medida de lo posible dado el tamaño de la muestra, parte de la realidad de México. Se aplicaron los instrumentos a 125 personas, de las cuales 87 resultaron estar clínicamente deprimidas. De acuerdo con Miers 2003 (citado por Gilliam, 2004), la depresión es más común en personas de clase social baja. De esta forma, se puede intuir que por el alto porcentaje de personas que de acuerdo con los resultados del Inventario de Depresión de Beck resultaron estar deprimidas, el centro de la ciudad de Puebla

es un espacio endémico en lo que a la depresión se refiere. Esto se puede explicar por diversos factores tales como: sueldos bajos, pocas oportunidades de mejorar su calidad de vida entre otras.

Por otro lado, es interesante mencionar que las personas que puntuaron más alto en el Inventario de Depresión de Beck, comentaron que el instrumento “era muy fuerte” y “que los había hecho pensar”. Asimismo, dichas personas solicitaron datos de alguien “con quien pudieran platicar” pues últimamente “se sentían tristes”.

En general, los datos epidemiológicos nacionales e internacionales con respecto a la depresión coinciden en señalar que la prevalencia de la depresión es más alta en las mujeres que en los hombres (Berenzones, Medina-Mora, López y González citados por Lara, Mondragón y Rubí, 1999). Esto coincide con los hallazgos de esta investigación, ya que las mujeres reportaron niveles más altos de depresión que los hombres. Sin embargo, Bertakis et al., (citados por Brommelhoff et al., 2004) observaron que es más común que se diagnostique a una mujer con depresión que a un hombre, aún cuando este último presente un estado depresivo igual o más severo que la mujer. Por lo tanto, es importante seguir estudiando estos resultados para obtener datos más confiables, exentos en su mayoría de apreciaciones subjetivas. De esta forma, se considera que el uso adecuado de instrumentos de medición es una buena medida para prevenir dichos sesgos.

En todas las comparaciones realizadas (de acuerdo al locus de control y al género), se encontró que las personas experimentan más cambios psicológicos que físicos. Tomando en cuenta diversas posturas sobre la etiología de la depresión, estos resultados concuerdan con Chan (1989), Goldstein et al., (2003) y Guillam (2004), quienes afirman que la depresión es de origen psicológico. Por otro lado, los resultados contradicen a la opinión de otros autores como Hirschfeld (1998) y Catalán (1994) (citado por Goldstein, 2003) quienes consideran que la depresión es una enfermedad física. De esta forma, por los resultados encontrados en este estudio, se podría afirmar que la depresión es una enfermedad psicológica, que incluye sintomatología física.

De acuerdo con los resultados obtenidos, las mujeres experimentan un poco más de síntomas físicos que los hombres, sin que esta diferencia haya sido significativa. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los síntomas psicológicos entre hombres y mujeres. Endler et al., (1999) encontraron que las mujeres reportan significativamente más signos y síntomas depresivos físicos que los hombres. Asimismo, los autores argumentaban que una razón para dicha diferencia era que las personas con más sintomatología depresiva psicológica estaban sometidas a un mayor estrés. De esta forma, se puede considerar el trabajo como un factor importante de estrés y, en la muestra de la presente investigación, tanto hombres como mujeres trabajaban, lo cual podría explicar la ausencia de diferencias significativas entre la sintomatología depresiva de hombres y mujeres.

Tomando en cuenta el locus de control, en esta investigación no se encontraron diferencias significativas del locus de control entre hombre y mujeres. Esto contradice a diversas investigaciones donde se afirma que hay diferencias en el locus de control de acuerdo al género. Mientras algunos autores como Girardi, Díaz-Loving y Andrade Palos (1988) afirman que las mujeres tienden más a la internalidad y los hombres a la externalidad, Krampen y Wieberg opinan que generalmente, las mujeres obtienen puntajes más elevados en externalidad y los hombres en la internalidad.

Por otro lado, se encontró que las personas con mayor internalidad, presentan más síntomas depresivos psicológicos que aquéllas con mayor externalidad. Harris et al., (2003), encontraron que los síntomas depresivos tienen una relación directa con la internalidad. Sin embargo, Steptoe et al., (2001) encontraron que las personas con locus de control externo, mostraban menos conductas de prevención de la salud que aquéllas con locus de control interno. Una razón posible para estos resultados, puede ser que las personas internas se preocupan más por su salud física y emocional, pues consideran que de ellos depende mantenerla, sin embargo, al estar más atentos a ella, puede que sean más propensos a experimentar diversa sintomatología.

De la misma forma, se observó que las mujeres, entre más internas son, más síntomas depresivos psicológicos presentan y entre más externas, menos síntomas psicológicos. Brommelhoff et al., 2004 encontraron que las mujeres

explican la depresión a partir de factores internos. De acuerdo con estos autores, una ventaja de esto es que las pacientes tienden más a buscar ayuda, pues consideran que pueden hacer algo para disminuir su depresión. Por el contrario, Soskoline et al., 1996 y Lane et al., 2003, encontraron que las mujeres con locus de control más externo, tienden más a la depresión que las mujeres internas.

Asimismo, los resultados de esta investigación arrojaron que existe una correlación positiva entre los síntomas depresivos psicológicos y el locus de control interno. Esto coincide con Loas, Dhee, Gayant y Fremaux (1996), quienes encontraron que a mayor distimia, las personas son más internas. Black et al., (1998), observaron que en ancianos, el locus de control interno se relaciona con síntomas depresivos. Contrario a esto, diversos autores afirman que las personas con locus de control interno experimentan menor depresión que las externas (Kuo et al., 1979; Mullins et al., 1985; Taris y Bok 1996; Takakura et al., 2003). Sin embargo, en la literatura revisada no se encontraron registros de estudios donde se especifique el tipo de síntomas depresivos que sufren las personas.

De igual forma, se observó que existe una relación directa entre el locus de control interno y el síntoma depresivo psicológico de fracaso. En las mujeres, se encontró que entre más internas son, mayor tendencia a presentar síntomas depresivos psicológicos como fracaso, ideación suicida, autoacusación y llanto. Estos resultados concuerdan con Klein et al., (1993), quienes afirman que hay una relación directa entre la ideación suicida y sentimientos de fracaso. Relacionado con este último, Nezu (1986) encontró que las personas deprimidas consideran

que sus habilidades para resolver problemas son menos efectivas, menos sistemáticas y que reportan sentir menos control en cuanto a sus habilidades para resolver problemas. Lampl, Heuberger, Haas, Yazdi, Buzath y Kemetzhofer (2003) encontraron que aquellas mujeres que sufren de migraña con aura, experimentan más sentimientos depresivos de fracaso y poca confianza en ellas mismas que aquéllas que no sufren de migraña. Por el contrario, Girardi et al., (1988), observaron que los sujetos externos son más propensos a la incapacidad que los internos.

En los hombres se encontró una correlación negativa entre el locus de control interno y el síntoma depresivo psicológico de autoacusación. Esto coincide con los hallazgos de Brommelhoff et al., 2004 quienes encontraron que los hombres atribuyen a la depresión factores externos en su mayoría.

Contrario a varios autores como Macinnes et al., (2001), Vilhjalmsson et al., (1998) y Soskolne et al., (1996), que afirman que la depresión está relacionada con la externalidad, los resultados de este trabajo reflejan que entre más externa es una persona, sufre menos síntomas depresivos psicológicos, específicamente ideación suicida e indecisión. En las mujeres se encontró que entre más externas son, presentan menos síntomas de fracaso, ideación suicida y llanto. Es decir, entre mayor es el locus de control interno, las mujeres presentan menos sintomatología depresiva psicológica. En cuanto a la ideación suicida, Dalgard et al., 1998, encontraron resultados contradictorios a éstos, pues afirman que las personas más externas, tienen mayor riesgo de mortalidad que las interna, ya que

las primeras tienen menos herramientas para enfrentar situaciones estresantes, por lo que serían más propensas a la ideación suicida. Plumb y Holland (1977) encontraron que los pacientes con ideación e intento de suicidio están significativamente más deprimidos que pacientes con diversos tipos de cáncer, por lo que es muy importante estudiar las variables relacionadas con la ideación suicida para trabajar en la prevención de ésta. Vilhjalmsón et al., (1998) también encontraron que las personas más externas tienden a más ideación suicida que las internas.

Es interesante observar las diferentes correlaciones entre el tipo de locus de control y la clase de sintomatología depresiva de acuerdo al género. De los resultados ya mencionados, se encuentra que las mujeres, en general, sufren de mayor sintomatología depresiva que los hombres y, cuando son internas, esta diferencia es aún mayor. En cuanto a la ideación suicida, la literatura coincide que los hombres tienen una tasa mayor de suicidio que las mujeres, pero son estas últimas las que muestran una mayor propensión al intento de suicidio (tres mujeres por cada hombre) cuando son menores a los 65 años, lo cual se cumple en la muestra de este estudio. Sin embargo, es importante destacar que la ideación suicida se refiera a un campo amplio de pensamiento que puede incluir desde deseo de morir, representaciones suicidas, planeación de autodestrucción sin plan definido, idea suicida con planeación indeterminada hasta una planeación detallada de cómo llevar a cabo el suicidio (Manzo 2000). Por razones medianamente obvias, no existe una documentación detallada de cuál es el porcentaje de incidencia en cada uno de estos rubros entre hombres y mujeres,

pero es importante prestar atención a los resultados de esta investigación y conviene estudiarlos más a fondo, pues al ser la depresión la causa más frecuente de suicidio, toda señal al respecto es un foco de alarma.

Tomando en cuenta el contexto cultural en el que se llevó a cabo esta investigación, que las mujeres lloren más que los hombres, coincide con las teorías de roles de género, las cuales afirman que la mujer es más sensible que el hombre, por lo que es más propensa al llanto que éste. Además, la mujer tiene mayor libertad social para mostrar sus emociones, específicamente el llanto (Long, 1991, citado por Lefrancois, 2001). Lo interesante de los resultados de este estudio, es que son las mujeres internas las que lloran más y las externas las que lloran menos, porque entonces se puede inferir que el papel del locus de control es importante en la ocurrencia de este síntoma depresivo psicológico.

En cuanto a los signos y síntomas depresivos físicos, no se encontraron diferencias significativas ni correlaciones significativas con respecto al locus de control. Una razón para esto puede ser que los participantes no estaban en un contexto relacionado con la enfermedad. Es decir, al ser entrevistados en su trabajo, es probable que no estuvieran muy atentos a cambios físicos en comparación a pacientes en hospitales o consultas médicas. Esto concuerda con los resultados obtenidos por Keeley (2004), quien encontró que es común que los pacientes lleguen al consultorio reportando más síntomas depresivos de orden físico, dejando de lado la sintomatología psicológica. Simon, BonKorff, Piccinelli, Fullerton y Ormel (1999), trabajaron con 25916 personas en los cinco continentes

para conocer el tipo de sintomatología depresiva de personas en centros médicos y encontraron que los pacientes reportan más síntomas físicos que van del 45% al 90%, mientras que niegan sufrir síntomas psicológicos. Los autores concluyeron que el reporte de sintomatología depresiva, depende del contexto en el que se encuentre el paciente, de la persona que los atiende y de su cultura. Esto se puede dar por el estigma que hay hacia la depresión, por lo que sea menos penoso reportar malestares físicos que psicológicos. A más de ello, también es probable que las personas que de suyo sufren alguna enfermedad física, estén más atentos (o sensibles) a otros cambios de esta índole y no tanto a los síntomas psicológicos, ya que a éstos rara vez se les da la atención e importancia necesarias. De la misma forma, Caraveo-Anduaga, Colmenares y Saldivar (1999), encontraron que el 86% de los episodios depresivos estudiados, presentaron un síndrome somático que favoreció que las personas buscaran ayuda médica. Por lo tanto, es posible que hasta que el paciente perciba una sintomatología física moderada, acuda en busca de ayuda, pero que antes no perciba dichos cambios. Esto concuerda también con Kinzie et al., (1987), quienes observaron que los síntomas psicológicos tienden a ser culturales, mientras que los signos y síntomas físicos pueden considerarse como universales. Así pues, es probable que las personas les presten más atención a los síntomas psicológicos, pero no a los físicos pues al considerarlos como universales, se vuelven normales y cotidianos. Por el contrario, Kuo, Gray y Lin (1979) encontraron que las personas más externas, presentan también más signos y síntomas físicos tales como insomnio, dolor de cabeza entre otros (citados por Chan, 1989). De igual forma, Ravaja, Keltikangas, Jarvinen y Viikari (1996) observaron que la mayoría de los cambios

de vida predecían un menor riesgo somático en sujetos externos que en personas internas, por lo que de acuerdo a estos autores, el contexto de un consultorio médico no es condicionante en la relación de síntomas físicos y el locus de control.

Sin embargo, resulta muy interesante observar que a más síntomas depresivos psicológicos reportados por los participantes, también se observaban más signos y síntomas depresivos físicos. Esto concuerda con Klein y Wender (1993) y Gillam (2004) quienes afirman que entre más signos y síntomas psicológicos presente una persona, mayor tendencia a experimentar también más sintomatología física y viceversa. Por lo tanto, se puede intuir que entre mayor es el grado de depresión, las personas experimentan más síntomas tanto afectivos como somáticos, por lo que es importante trabajar en su prevención.

Por otro lado, los resultados de este estudio cuestionan la posición casi universal de considerar al locus de control interno como la mejor opción para mantener y preservar la salud, en este caso específico contra la depresión. Sin embargo, se sabe que las personas no son ni totalmente internas ni totalmente externas, sino que su personalidad incluye elementos de ambos tipos de locus, simplemente que ésta puede acentuarse más para un lado que para el otro, por lo que es importante conocer los beneficios y contras de cada postura y así encontrar el mejor equilibrio que preserve la integridad física y emocional de las personas.

Finalmente, es importante tomar en cuenta los resultados de este trabajo para realizar intervenciones terapéuticas con personas deprimidas, pues el abordaje de este síndrome deberá hacerse de forma más integral y equilibrada, de tal forma que el paciente desarrolle tendencias a la externalidad en aspectos que no puede controlar en su vida y adquiera una mayor destreza para tener conductas características de personas internas en los ámbitos en los que sí puede hacer cambios a partir de su persona.