

I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción general

La depresión es una enfermedad compleja, caracterizada por una tristeza patológica y la presencia de otros síntomas tales como aumento de sentimientos de fracaso, irritación, ideación suicida, indecisión, ganas de llorar, aumento o pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, disminución de la libido, de la energía y enlentecimiento motor entre otros (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, 1994; Keeley, 2004).

Aunque los autores difieren en algunas características de esta enfermedad, existe en común que la mayoría toman en consideración tanto aspectos físicos como psicológicos. De esta forma, sería muy útil pensar en los síntomas depresivos en función de cuánto afectan al individuo en estas dos esferas. Sin embargo, se sabe que los síntomas se presentan de manera conjunta y que tienen un impacto considerable en las funciones sociales del individuo, lo que le ocasiona problemas en el trabajo, en la vida diaria, en casa, con amigos, pareja, etc. (Organización Mundial de la Salud, 2000, Guillam, 2004).

Asimismo, la depresión es una enfermedad de gran importancia dada su epidemiología. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2000), es la cuarta causa de enfermedad en el mundo y se predice que para el 2020, será la segunda. De esta forma, se han llevado a cabo múltiples estudios en los que se busca esclarecer diversos aspectos sobre ésta, tales como los tipos de depresión,

las diversas clasificaciones que se han propuesto sobre la misma, los signos y síntomas que la caracterizan así como su etiología.

Una variable relacionada con la depresión es el locus de control. La Rosa, Díaz y Andrade (1986), definen el locus de control como la creencia que las personas tienen con respecto a quién o qué cosas controlan su vida y determinan las consecuencias de sus conductas. Así pues, Klandermans define que las personas con locus de control interno son aquéllas que interpretan los distintos acontecimientos como producto de su propia responsabilidad y tratan, por lo tanto, de intervenir en ellos, mostrando un grado de participación activa, mientras que los sujetos con locus de control externo, atribuyen aquello que ocurre al destino, al azar o al mundo y se sienten menos inclinados a intervenir para modificar dichas condiciones, por lo que tienen menos participación (Klandermans, citado por Morales, et al., 1994).

Sin embargo, aún no hay un acuerdo con respecto al locus de control que resulta ser más adaptativo a determinadas situaciones. Al parecer, a veces es preferible que el sujeto tienda a la internalidad y en otras a la externalidad. De esta forma, es importante llevar a cabo investigaciones para profundizar en la relación entre la clase de signos y síntomas depresivos y el tipo de locus de control.

2. Psicología de la Salud

2.1 Definición

El modelo biomédico considera que la enfermedad surge como algo externo al cuerpo, invadiéndolo y originando en éste cambios físicos involuntarios. De esta forma, la enfermedad, de acuerdo a este modelo, es provocada por desequilibrios químicos, bacterias, virus y la misma disposición genética. Por lo tanto, el modelo biomédico afirma que dada la etiología con que explica la enfermedad, los individuos no tienen ninguna responsabilidad ni control de éstas, sino que son vistos como víctimas, aboliendo la posibilidad de que la mente influya en el cuerpo (Haynal y Pasini, 1980).

Sin embargo, el ser humano siempre ha estado preocupado por su vida subjetiva, es decir por los pensamientos, afectos, decisiones y emociones que experimenta, por lo que busca una relación entre los aspectos inmateriales y la materia. Ya desde el Siglo XVII, Descartes retoma de Aristóteles la perspectiva dualista: mente como entidad espiritual alojada en un cuerpo material y diferente de éste. Así, marca la diferencia del cuerpo y de la mente. De esta forma, se comienza a estudiar la relación entre los aspectos mentales y el funcionamiento corporal, encontrando en diversos estudios que los estados psicológicos influyen en las funciones orgánicas (De la Fuente, 1996).

De esta forma, a principios del Siglo XX, surge la medicina psicosomática como respuesta al trabajo de diversos científicos, quienes afirman que existe una

relación estrecha entre el cuerpo y la enfermedad física. Esta explicación indica una asociación entre mente y cuerpo, sugiriendo que los factores psicológicos nos contribuyen a la formación de una enfermedad, dando lugar a la medicina psicosomática, a la medicina comportamental y a la psicología de la salud, que es el concepto más reciente de esta línea de saberes (Ogden, 2000).

La psicología de la salud sugiere que el ser humano es complejo y que la enfermedad es causada por una combinación de factores múltiples, entre los que están los biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, este enfoque ve al paciente como un agente activo en la etiología de las enfermedades y de su tratamiento (Solá, 1990).

Dado que la psicología de la salud es un concepto multidimensional, existen muchas definiciones de ésta. Matarazzo (1980), la define como una contribución científica y profesional de la psicología para promover y mantener la salud así como la promoción para el tratamiento de las enfermedades y disfunciones relacionadas con éstas (citado por Ogden, 2000).

La División de Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), la define como las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la

enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud.

Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe (1988), afirman que la psicología de la salud se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud, la que comprende, además, el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencias y la recuperación de la enfermedad física.

Morales (1997), la define como el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud.

2.2 Aplicaciones e importancia

Debido a que la psicología de la salud pone énfasis en los factores psicológicos en la etiología, desarrollo y consecuencias de la salud y la enfermedad, se han encontrado varios campos de aplicación de ésta entre los que se encuentran: evaluar el rol del comportamiento como causas de enfermedad, investigación y determinación de comportamientos no saludables, comprender el papel de la psicología en la experiencia de la enfermedad, evaluar el rol de la

psicología en el tratamiento de la enfermedad, promoción de comportamientos saludables, prevención de enfermedades, etc. (Morales, 1999).

Bradley (1985), examinó las atribuciones de responsabilidad que los pacientes daban para explicar su enfermedad (diabetes). Encontró que la percepción que el paciente tenía sobre quién controlaba su enfermedad (él u otros), era un factor que influía en la decisión del paciente para la elección del tratamiento (citado por Ogden, 2000).

En un estudio realizado con 243 pacientes de la tercera edad, se estudió la eficacia de realizar una intervención que incluyera factores físicos y mentales. El grupo se dividió en 2, uno control y otro experimental. A este último se le ofreció una intervención donde se explicaba la relación entre el cuerpo y la mente. Al final del estudio, el grupo experimental mostró un decremento considerable en problemas para dormir, dolor, ansiedad y síntomas depresivos. Asimismo, la intervención produjo un descenso en creencias tales como la suerte o el poder de otros sobre los pacientes, aumentando su locus de control interno (Rybarczyk, DeMarco, DeLa Cruz, Lapidus y Fortner, 2001).

Asimismo, se han realizado varios estudios para conocer la relación entre la psicología de la salud y otros conceptos. Una investigación realizada por Strinckland (1978), encontró que el locus de control interno generaba más

conductas que se orientaban a prácticas saludables, excluyendo aquellas situaciones que son incontrolables para los sujetos (citado por Walker, 2001).

En un estudio realizado por Norman y Bennett (1995) con 12000 personas, encontraron que en términos de prevención, el locus de control externo tiende a asociarse con una negación al cambio o a tener iniciativas para comportamientos más saludables y en enfermedades crónicas, se relaciona con una tendencia a no seguir las instrucciones médicas (citado por Walker, 2001).

Se ha encontrado, que en la mayoría de los casos, la intervención en grupo es una buena técnica para el autocontrol de enfermedades. En general, existen dos líneas de investigación al respecto; una enfatiza intervenciones a través de meditación, psicoterapia en grupo y manejo de comportamientos específicos; la segunda propone una intervención multidimensional en la que se prepara al paciente para desarrollar una serie de habilidades integrales. Ésta última línea incluye técnicas para favorecer una conexión entre cuerpo y mente, herramientas cognitivo – conductuales y otras técnicas para manejar síntomas físicos y psicológicos tales como dolor, ansiedad y depresión entre otros (Lorig, Sobel y Stewart, 1999).

3. Depresión

3.1 Definición

Lichtenberg (1957), afirma que la depresión es una manifestación de la desesperanza sentida respecto al logro de metas, cuando la responsabilidad de esa desesperanza se atribuye a los defectos de uno mismo (citado por Seligman, 1981).

Beck (1976), considera que la depresión es un trastorno del pensamiento más que un trastorno afectivo, pues los pensamientos son los que generan la conducta depresiva debido a que son rígidos e inflexibles, negativos, irracionales, demandantes y obsesivos. Además, de que las personas hacen una sobregeneralización y personalización de situaciones negativas.

Lowen (1972), la define como el estado anímico desfórico, característico universal de la experiencia humana. Asimismo, afirma que la disforia puede aparecer como resultado de una pérdida, pero también puede presentarse sin ninguna razón aparente.

De acuerdo con Mendels (1982), la depresión es una experiencia universal y las emociones de tristeza y pena constituyen una faceta intrínseca de la condición humana. Sin embargo, la depresión se distingue de la tristeza y la pesadumbre por su intensidad, duración, evidente irracionalidad y por sus efectos en la vida de la persona que la sufre.

Para Freedman, Kaplan y Sadock (1984), la depresión es un trastorno del afecto que puede presentarse como parte normal de la vida de una persona o como síndrome, en el que se encuentran otros síntomas como la desesperanza, sentimientos de inadecuación, de minusvalía y deseos de morir entre otros.

Para Hamilton (1985), la palabra depresión significa “hundimiento o abatimiento”. La característica esencial de este proceso consiste en una profunda perturbación de naturaleza orgánica, que puede manifestarse en un descenso de la actividad vital, expresado a través de alteraciones en el funcionamiento cognitivo, afectivo y fisiológico.

Otra definición dice que la depresión es un cuadro cuyo eje principal es la tristeza, la cual se acompaña, en ocasiones de enojo o irritabilidad, ansiedad y culpa además de provocar efectos negativos en otras áreas tales como: alteraciones del pensamiento, inhibición psicomotora y alteraciones afectivas que le impiden al sujeto interactuar óptimamente con su entorno (Polaino – Lorente, 1987).

Kerlman (1987), afirma que la depresión puede presentarse como un estado de ánimo, como un síntoma o como un síndrome. Cuando se trata de un estado de ánimo, se considera una experiencia normal del ser humano. Al hablar de la depresión como un síntoma, se refiere a un componente de reacciones

experimentadas por el sujeto. Cuando se trata de síndrome, se refiere a una enfermedad en sí.

Como se puede observar, en las diferentes definiciones que han surgido a lo largo del tiempo, existe en común que sus autores toman en consideración tanto aspectos físicos como psicológicos (afectivos y cognitivos) de la enfermedad, aún cuando la propia descripción de la definición tenga una tendencia determinada ya sea hacia la parte afectiva, a la cognitiva o a la fisiológica. Tal es el caso de la definición aportada por Beck, ya que, aunque, como se mencionó anteriormente, afirma que la depresión es de origen cognitivo, el Inventario de Depresión que él propone, toma en cuenta tanto factores cognitivos como también afectivos y físicos, ya que para construir dicho instrumento, tomó en cuenta los síntomas que observó de su profunda investigación al respecto.

3.2 Signos y Síntomas

Un síndrome es un conjunto de signos y síntomas característicos de una enfermedad. Un signo es una manifestación objetiva de la enfermedad, por ejemplo enlentecimiento psicomotor, mientras que un síntoma es una manifestación subjetiva de la enfermedad, un ejemplo es la pérdida de interés. Sin embargo, muchos autores no hacen esta diferencia, llamándolos a todos síntomas (Sullivan, 1979).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, (1994) establece que para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, es necesario que existan, por lo menos durante dos semanas, cinco o más de los siguientes signos y síntomas: estado de ánimo deprimido; marcada disminución de interés o placer en todo lo en casi todas las actividades; insomnio o hipersomnias; aumento o pérdida de peso significativa sin ningún régimen de dieta; agitación o enlentamiento psicomotor observable por los demás; fatiga o pérdida de la energía; sentimientos excesivos e inadecuados; disminución de la capacidad para concentrarse; ideas recurrentes de muerte, ideación suicida, intentos de suicidio o un plan de suicidio específico.

La 10ª. Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10 (1996), establece que el paciente con depresión, puede presentar inicialmente uno o más síntomas físicos tales como fatiga y dolor entre otros y que durante la entrevista, el paciente revela ánimo bajo o pérdida de interés y en algunas ocasiones irritabilidad. Las pautas que el CIE-10 maneja para el diagnóstico de depresión son: estado de ánimo bajo o tristeza, pérdida del interés o capacidad de disfrutar y que frecuentemente se presentan síntomas asociados a: trastorno del sueño, culpabilidad o baja autoestima, astenia o pérdida de la energía, falta de concentración, trastorno del apetito, pensamientos o actos suicidas, agitación o enlentecimiento de los movimientos o del habla, disminución de la libido y en algunas ocasiones síntomas de ansiedad o nerviosismo.

Beck (1976), describe que algunos de los principales síntomas depresivos son: pensamientos depresogénicos manifestados por actitudes negativas, ideas irracionales, errores de lógica tales como sobregeneralizaciones y personalización de situaciones negativas entre otros.

Kaplan y Sadock (1987), describen que durante la depresión, existe una activación psicofisiológica disminuida, en donde el humor predominante es depresivo, con constante pérdida del interés y del placer, así como de una separación de las actividades que habitualmente realizaba.

Diversos autores han descrito aspectos importantes a observar en las personas que sufren depresión. Jaspers (1977), por ejemplo, menciona que en la depresión tienen lugar características como la anhedonia, entendida como la falta de gusto por las cosas y por realizar actividades, aburrimiento, rigidez afectiva e indiferencia. Jiménez Morán y Saiz Ruiz (1999), trabajaron en una escala visual de expresiones faciales, en la cual incluyen rasgos de depresión como mirada triste, entrecejo fruncido, seriedad excesiva (citado por Higuera, Jiménez y López, 1979; Manzo, 2000)

Por otro lado, Gillam (2004), propone una clasificación de los síntomas depresivos: síntomas de estado de ánimo y motivación, entre los que están pérdida de interés y placer, desesperanza, incapacidad de hacer cosas, poca valía; síntomas psicológicos tales como actitud negativa ante uno mismo, sentimientos de culpa, poca concentración y mala memoria, pensamientos de

muerte y suicidio, ganas de llorar; síntomas físicos o biológicos entre los que están agitación, falta de energía, problemas para dormir, problemas del apetito que incluyen pérdida o aumento considerable de peso.

Así pues, sería muy útil pensar en los síntomas depresivos en función de cuánto afectan al individuo en los tres aspectos antes mencionados. Sin embargo, se sabe que estos síntomas se presentan de manera conjunta y que tienen un impacto considerable en las funciones sociales del individuo, lo que le ocasiona problemas en el trabajo, en la vida diaria, en casa, con amigos, pareja, etc. (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Paluska y Schwnk (2000), encontraron que el incremento de ejercicios aeróbicos, reducía notablemente síntomas físicos de la depresión, pero que el ejercicio excesivo, producía la aparición y aumento notable de síntomas depresivos psicológicos.

De esta forma, Keeley (2004) afirma que diagnosticar la depresión y tratarla no es un asunto fácil, ya que ésta es una enfermedad multidimensional. De esta forma, observó que frecuentemente, los pacientes que reportan más síntomas depresivos físicos que psicológicos, regularmente no son adecuadamente diagnosticados ni tratados en comparación con aquéllos que reportan más síntomas psicológicos, a quienes se les diagnostica atinadamente algún tipo de depresión y se les trata con psicoterapia y/o antidepresivos, cuando el caso lo requiere. De esta observación, Keeley realizó un estudio con 200 participantes en

el que encontró que los pacientes con síntomas físicos de depresión, mostraban menos aceptación a ser médicamente diagnosticados como pacientes con depresión y por lo tanto, mostraban más resistencia a seguir un tratamiento con antidepresivos. En contraste, el 72% de los pacientes con síntomas depresivos psicológicos que participaron en el estudio, aceptaron seguir un tratamiento con antidepresivos, se mostraron participativos y tuvieron una mejora notable.

En varios estudios se han encontrado diferencias entre los signos y síntomas depresivos físicos, también llamados somáticos, y los síntomas depresivos psicológicos. Así pues, se ha observado que aquellos pacientes atendidos por médicos, reportan más síntomas físicos tales como dolor de cabeza, debilidad y dolor de espalda, atribuyendo esta diferencia, entre otras cosas, a cuestiones culturales (Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton y Ormel, 1999).

En un estudio transcultural para la validación de una prueba depresiva para vietnamitas, se encontró que algunos signos y síntomas biológicos de la depresión deben ser universales, pero que los síntomas depresivos de orden psicológico tienen raíces culturales (Kinzie y Manson, 1987).

De la misma forma, en un estudio realizado con pacientes alcohólicos, se encontraron diferencias significativas entre los puntajes referentes a la sintomatología depresiva física y aquéllos referentes a la sintomatología afectiva – cognoscitiva, atribuyendo esto a factores tales como nivel socioeconómico, tipo de empleo, estilo de vida y otros (Jasso, 2000).

3.3 Tipos

Al ser la depresión una enfermedad de gran relevancia, se han propuesto diversas clasificaciones de ésta, las cuales intentan puntualizar lo más posible todas las características que se presentan en los pacientes, por lo que su diagnóstico especializado se ha tornado un tanto complejo.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, (1994) los trastornos depresivos se dividen en: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

1. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más estados depresivos mayores. De acuerdo al número de episodios presentados en la persona, éste se subdivide en: Episodio único: Cuando se ha dado un solo episodio depresivo mayor en la persona. Recidivante: Cuando se ha tenido la presencia de dos o más episodios depresivos mayores, entre los cuales debe haber ocurrido un espacio de al menos 2 meses seguidos sin la ocurrencia de un episodio depresivo mayor.

La gravedad del episodio depresivo mayor se define de acuerdo al número de síntomas de los criterios, la gravedad de éstos y el grado de incapacidad que éstos producen en la persona. Se dividen en episodios leves (presencia de 5 ó 6 síntomas y una incapacidad leve), moderados (aquéllos que tienen una gravedad

intermedia entre los leves y los graves) y graves sin síntomas psicóticos (presencia de la mayoría de los síntomas y por una incapacidad evidente y observable), graves con síntomas psicóticos (a más de presentar la mayoría de los síntomas, hay presencia de ideas delirantes o alucinaciones).

La reaparición o no de otro estado depresivo mayor se clasifica en: remisión parcial en la que desaparecen la mayoría de los síntomas depresivos por menos de dos meses; remisión total cuando no hay signos o síntomas significativos del estado depresivo mayor por más de dos meses.

2. El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del tiempo durante al menos dos años. De esta forma, las personas con este trastorno, describen vivir en un estado de ánimo triste. Para diagnosticar un trastorno distímico, es necesario tener al menos dos de los siguientes síntomas: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse y sentimientos de desesperanza.

Como puede observarse, el trastorno distímico está constituido por los síntomas más leves del estado depresivo mayor. De acuerdo a la edad en la que aparece, este trastorno se divide en: inicio temprano (cuando se da antes de los 21 años) y de inicio tardío (cuando comienza a los 21 años o después).

3. Trastorno depresivo no especificado que incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor ni para el trastorno distímico. Algunos ejemplos de esta clasificación son: el trastorno depresivo menor (episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero la presencia de menos síntomas que en el trastorno depresivo mayor), trastorno depresivo breve recidivante (episodios depresivos con una duración que oscila entre los 2 días y las 2 semanas y que se presenta al menos una vez al mes durante un año).

3.4 Causas y epidemiología

Las causas de la depresión son múltiples y complejas, por lo que existen muchas explicaciones posibles para entender a la enfermedad. De esta forma, existen, principalmente, dos posturas contrarias sobre la etiología de la depresión, una de ellas considera que la depresión es una enfermedad de origen biológico, mientras que la otra considera que su base es psicológica (Fisher y Farina, 1979).

De esta forma, la depresión incluye una serie de pérdida de funciones, tales como pérdida de la energía, motivación, capacidad de disfrutar, del sueño, apetito y libido entre otras. Así pues, desde esta óptica, la depresión puede ser considerada como enfermedad de origen psicológica, ya que la pérdida en sí puede ser vista como una causa psicológica importante (Gillam, 2004).

En contraste, Catalan (1994), afirma que uno de los factores más importantes para la aparición de la depresión, es la genética, ya que ésta predice de manera contundente trastornos del estado del ánimo, por lo que considera que la depresión debe ser vista como enfermedad de origen biológico (citado por Goldstein, 2003).

Organizaciones como la Alianza Nacional de las Enfermedades Mentales, sugiere que tomar a la depresión como una enfermedad de origen biológico, ayudará a quitar el estigma de que las personas que sufren depresión son “enfermas mentales”. Sin embargo, si se toma esta postura, las posibilidades del tratamiento se reducirían sólo a la administración de antidepresivos, por lo que no es conveniente dejar de lado la importancia de la psicoterapia y otras herramientas según convengan (Hirschfeld, 1998; Goldstein y Rosselli, 2003).

Por otro lado, existen numerosos especialistas, principalmente psicólogos, que consideran que la depresión es sólo de origen psicológico, ignorando por completo el aspecto biológico de esta enfermedad (Angermeyer y Matschinger, 1996).

Sin embargo, en varios estudio realizados, se ha encontrado que aunque la opinión pública prefiere considerar a la depresión como una enfermedad psicológica y dar explicaciones sociales a su etiología, existe una mayor aceptación al tratamiento médico que al psicológico (Paykel, Hart y Priest 1998; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve y Pescosolido, 1999).

De la misma forma, se ha encontrado que personas que sufren depresión, prefieren verla como una enfermedad causada por aspectos biológicos. En un estudio realizado con mujeres con depresión, se encontró que éstas prefieren considerar su enfermedad como biológica, pues eso las hace sentir en una “condición legítima”. Sin embargo, cuando la depresión se atribuye a causas físicas, se reduce en los pacientes la capacidad de creer en que pueden ser ayudados, por lo que también se encontró que estas mujeres consideran que sólo podían mejorar tomando antidepresivos, negando así cualquier poder o posibilidad de ellas mismas para su recuperación (Kuyken, Brewin, Power y Furnham, 1992; Gammel y Stoppard, 1999).

Así pues, el modelo psicosocial, permite a los pacientes ser más proactivos en la búsqueda de tratamiento. En contraste, el modelo biológico de la enfermedad, permite eliminar en los pacientes sentimientos de culpa originados por estar deprimidos, pero también reduce sentimientos de autoeficacia y actitudes de prevención, por lo que concluye que ambos modelos traen consecuencias positivas y negativas (Fisher y Farina, 1979; Esses y Beaufoy, 1994; Mehta y Farina, 1997).

Por otro lado, se ha observado que socialmente, existe un estigma más fuerte hacia las personas con alguna incapacidad, cuando ésta es percibida como manejable, controlable. Tal es el caso de la depresión, la cual es vista como una enfermedad biológica sobre la que se puede tener más control que con otras

enfermedades, por lo que la depresión genera más emociones negativas y estereotipos que otras enfermedades (Corrigan, et al., 2000).

Sin embargo, si se toma a la depresión como una enfermedad de base biológica y por lo tanto incontrolable por otros medios que no sean medicamentos, se contribuye a la aparición de pensamientos negativos y de desconfianza hacia las personas deprimidas a más de deshumanizar al paciente, pues sólo se le ve como un ente bioquímico que tiene una falla. Bajo esta óptica, se ha encontrado que existe una tendencia a la indiferencia hacia los sentimientos que reportan los pacientes cuando el especialista que los atiende sólo tiene una visión biológica de la enfermedad (Metha y Farina, 1997).

Por otro lado, también se consideran causas de la depresión factores externos tales como divorcio, estrés laboral, desempleo entre otros (Brommelhoff, Conway, Merikangas y Levy, 2004). Martin (2001), afirma que la asociación de la depresión a una enfermedad tanto física como a una mental es una situación bilateral, ya que la depresión puede causar efectos físicos en la salud de las personas, así como existen innumerables enfermedades físicas que causan depresión.

De esta forma, otros autores también opinan que la depresión tiene origen tanto biológico como ambiental, ya que las personas que la padecen, presentan síntomas variados que incluyen tanto factores psicológicos tales como pérdida de interés y placer, así como biológicos que incluyen agitación, fatiga, etc. De la

misma forma, afirman que los factores que predisponen a la enfermedad involucran dimensiones tales como la genética, el medio ambiente en el que se desenvuelven, etc. (Staff, 2004).

De acuerdo con la literatura revisada, se puede observar que tanto el punto de vista biológico como el psicológico de la depresión traen implícitos pros y contras, por lo que conviene tomar a la depresión desde un punto de vista más holístico. Sin embargo, es importante conocer los aspectos particulares de esta enfermedad, así como sus implicaciones para entonces poder brindar un abordaje integral, por lo que la tendencia de los estudios más recientes en este tema, abordan la depresión tomando en cuenta sus componentes particulares.

Hablando de la epidemiología de la depresión, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2000), la depresión es la cuarta causa más importante de enfermedad e incapacidad y se pronostica que para el 2020, sea la segunda. Se ha encontrado que aproximadamente el 5% de la población mundial, está clínicamente deprimido y que al menos una persona de cada 3, ha experimentado un episodio depresivo en su vida. Asimismo, de aquellos pacientes que ven a su médico, el 5% tiene un estado depresivo mayor, otro 5% síntomas moderados y el 10% presenta síntomas leves. De la misma forma, el 86% de los episodios depresivos, presentan un síndrome somático que favoreció que buscaran ayuda de médicos no psiquiatras (Caraveo – Anduaga, Colmenares y Saldivar, 1999; Gillam, 2004).

Tan sólo en la ciudad de Puebla, más de 358 mil personas sufren de algún tipo de depresión, es decir, el 20% de los habitantes en Puebla. Esto significa que al menos una persona de cada familia, padece de esta enfermedad (DIF, 2004).

4. Locus de control

4.1 Definición

La atribución causal, teoría fundada por Fritz Heider en 1958, se refiere a la manera en que las personas explican la conducta de los demás, es la explicación que se da a las situaciones cotidianas. Así pues, la atribución causal puede ser explicada en términos disposicionales (internos) o en base a situaciones (externas) (Hewstone, 1992).

La atribución causal disposicional o interna, se refiere a aquellos rasgos, motivos y actitudes perdurables, mientras que la atribución situacional toma como base cuestiones relacionadas a la situación o momento que viven las personas (íbid).

Blanchard – Fields, Baldi y Stein (1999), realizaron un estudio para conocer la atribución que las personas le daban a ciertos eventos y encontraron que personas de la tercera edad, entre 60 y 90 años, mostraron una atribución causal más externa, mientras que los jóvenes, entre 17 y 29 años, puntuaron más alto en la internalidad. Finalmente, los adultos jóvenes, entre 30 y 59 años, se mostraron más dialécticos en la explicación de su atribución causal.

En otro estudio realizado por Robins, Mendelsohn, Connell y Kwan (2004), con 280 adultos para conocer la relación entre el comportamiento y la atribución causal, encontraron que las personas tienden a generalizar la atribución causal que ellos dan a una conducta, es decir, que aseguran que otros darán la misma atribución causal que ellos le dan a las cosas.

También se ha encontrado que la cultura es un factor determinante en la atribución y para la interpretación de ésta como interna o externa, por lo que ésta varía de país en país (Chandler y Spies, 1996).

Jones (1985) afirma que la finalidad de la atribución causal es deducir que el comportamiento observado y la intención que lo produce se corresponden con ciertas cualidades estables. Es decir, da importancia al juicio que la persona hace con respecto a quién o qué produce ciertas situaciones y resultados (citado por Hewstone, 1992).

De acuerdo con varios autores, la atribución causal varía en tres dimensiones críticas: locus, estabilidad y globalidad. El locus de causalidad se refiere a la intervención de un sujeto en una acción (internalidad) o a algo de la situación o de las circunstancias (externalidad). La estabilidad indica si la causa se presentará de nuevo (estable) o es temporal (inestable). Finalmente, la globalidad se refiere a si la causa influye sólo en una situación particular

(explicación específica) o si influye en otros aspectos de la vida (explicación global) (Higgins, 2003).

Rotter realizó investigaciones sobre el locus de control y encontró que la probabilidad de ocurrencia de un conjunto de conductas que llevan a que los individuos consigan la satisfacción de ciertas necesidades, está en función de la esperanza de que dichas conductas sean el precedente de un reforzamiento y del valor que cada persona le da a éste. Es a partir de este importante concepto, que surge la teoría del aprendizaje social, propuesta por Lefcourt (1966), la cual afirma que un reforzamiento actúa fortaleciendo la expectativa que cierta conducta, en particular o en cierto evento, volverá a aparecer en un futuro (Rotter, 1966).

El modelo propuesto por Rotter, llamado Locus de Control, establece que la expectativa que una persona tiene de recibir un reforzador, está determinada por el grado en que la persona piense que es ella la controladora de los reforzadores (internalidad) o que éstos dependen de factores externos como la suerte, el destino entre otros (externalidad). Es decir, si la persona percibe que depende de ella la consecución de un reforzador debido a sus características y habilidades personales, entonces hay un sentido de control interno, y si considera que es el mundo, la suerte u otros los que controlan dichos reforzadores, entonces se habla de un control ajeno a la persona, es decir, externo (íbid).

Con respecto al modelo de Rotter, Basgall y Snyder (1988), afirman que el locus de control es una de muchas variables relacionadas con la posibilidad de

ocurrencia de una conducta, definiendo el locus de control como una expectativa generalizada que las personas tienen de acuerdo con la posibilidad de éxito de un comportamiento.

La Rosa, Díaz y Andrade (1986), definen el locus de control como la creencia que las personas tienen con respecto a quién o qué cosas controlan su vida y determinan las consecuencias de sus conductas.

Así pues, varios autores afirman que el locus de control se da como resultado de las experiencias personales tales como la crianza y otras que vamos acumulando en la vida, por lo que el papel de los padres es clave, de tal forma que si éstos refuerzan las conductas positivas del niños, generarán en éste una atribución interna, mientras que si lo refuerzan o devalúan en base a comparaciones sociales o de otro tipo, es probable que éste desarrolle un locus de control externo (Krampen, 1989; Liebert y Lagenbach, 1999).

En un estudio realizado con 526 empleados, se encontró que el locus de control es una variable que modera la relación entre el estrés, síntomas psiquiátricos y la tendencia a abandonar el trabajo (Afzalur y Psenicka, 1996).

Dalgard y Haheim (1998), encontraron que ante eventos estresantes, el locus de control es tan importante como el apoyo social para la supervivencia, por lo que es importante tomarlo en cuenta para la vida diaria.

dominación, tolerancia, sociabilidad, habilidad para correr riesgos, resistencia a la influencia de otros y la industriosisidad.

VanderZee, Buunk y Sanderman (1997), llevaron a cabo una investigación para conocer la relación entre el locus de control y la percepción de apoyo, así como para saber la manera en la que el locus de control afecta la relación entre el apoyo percibido y la depresión. La investigación se llevó a cabo con 240 adultos entre 19 y 46 años de edad y encontraron que en las personas con locus de control externo, existía una relación entre el apoyo social y el bienestar psicológico.

Por otro lado, se ha encontrado que la externalidad se relaciona con un grado alto de sufrimiento, ansiedad, síntomas neuróticos y depresivos, tendencia a manifestar agresión y hostilidad, sentimientos de frustración y falta de poder, lo que origina conductas autoritarias y de desconfianza que pueden propiciar accidentes, menos habilidad para docificar la gratificación (Lefcourt, 1984).

En un estudio realizado para examinar el efecto que tenían ciertas variables psicosociales tales como apoyo social, participación social y locus de control en la mortalidad, encontraron que existe una relación entre el locus de control externo y la mortalidad (Dalgard et al., 1998).

En otra investigación llevada a cabo con personas a las que se les había privado de sueño por un lapso que oscilaba entre las 26 y 30 horas, se encontró

De esta forma, el locus de control es una variable de gran importancia en el estudio de la psicología, por lo que a continuación se expondrá la relación que guarda con otras variables.

4.2 Locus de control interno

Klandermans define que las personas con locus de control interno son aquellas que interpretan los distintos acontecimientos como producto de su propia responsabilidad y tratan, por lo tanto, de intervenir en ellos, mostrando un grado de participación activa (citado por Morales et al., 1994).

Kobaza (1979), encontró que las personas con locus de control interno interpretan los cambios que presenta la vida como retos a alcanzar, por lo que tienen un compromiso de vida fuerte y afrontan mejor el estrés (citados por Inglehart, 1991).

Kopp y Ruzicka (1993) afirman que la internalidad se relaciona con una salud psicológica mayor, específicamente en relación a la autoestima y la felicidad.

Otros autores afirman que una orientación interna se relaciona con características personales como independencia, autoconfianza y capacidad de insight (Hersch y Scheibe, 1967; Nadith, Gargan y Michael, 1975, citados por Chan, 1989).

Lanier y Barnett (1996) llevaron a cabo un estudio con 3500 mujeres entre 34 y 44 años y encontraron que aquéllas con un locus de control interno, eran más propensas a considerar haber sido víctimas de discriminación sexual. Asimismo, observaron que éstas tienden más a quejarse cuando consideran que están siendo discriminadas por ser mujeres.

Por otro lado, se ha encontrado que las personas con locus de control interno, son aquéllas que gozan de mayor apoyo social, por lo que les permite tener un control psicológico mayor que las personas con locus de control externo (Wen, Wang, Zhao y Sun, 2000).

Schimmel, Arndt, Banko y Cook (2004) realizaron una investigación para conocer los efectos del locus de control en conductas defensivas y en el mejoramiento cognitivo y social. Observaron que las personas internas mostraban menos sentimientos de incapacidad y mayor desempeño que las personas externas.

Folkman (1984) menciona que las personas con locus de control interno disfrutan tener el control de las cosas y, al mismo tiempo, son capaces de afrontar los costos y consecuencias que representa tener dicho control, lo cual a veces significa un incremento del estrés para manejar estas situaciones, por lo que las creencias sobre el control personal tienen un impacto considerable en el grado de estrés experimentado y en el tipo de reacciones de afrontamiento en momentos críticos (citado por Espinosa, 1989).

De la misma forma, en un estudio realizado con adultos entre 16 y 57 años, se observó que el locus de control interno es un factor importante en la predicción de angustia. Es decir, que las personas con locus de control interno son más propensas a experimentar angustia que las externas (Keogh, French y Reidy, 1998). Vincent, Sande, Read y Giannuzzi (2004), realizaron una investigación con 425 adultos para conocer el locus de control en el sueño en personas con problemas para dormir y encontraron que las personas con locus de control del sueño interno, muestran mayor ansiedad para dormir, por lo que resultaría contraproducente desarrollar en estos individuos un locus de control interno.

De acuerdo con la literatura revisada, se puede afirmar que el locus de control interno no siempre trae consigo consecuencias positivas, por lo que es importante conocer los efectos que produce bajo diversas circunstancias.

4.3 Locus de control externo

Los sujetos con locus de control externo, atribuyen aquello que ocurre al destino, al azar o al mundo y se sienten menos inclinados a intervenir para modificar dichas condiciones, por lo que tienen menos participación (Klandermans, citado por Morales, et al., 1994).

Österman, Björkqvist, Lagerspetz, Charpentier, Caprara y Pastorelli (1999) encontraron que las personas con externalidad presentan un grado elevado de

que aquéllas con locus de control externo, mostraron más molestias emocionales que aquéllas con locus de control interno (Hill, Welch y Godfrey, 1996).

Collins y Ffrench (1998) realizaron un estudio para observar la relación entre experiencias disociativas, el uso de estrategias de resolución de problemas y el locus de control y encontraron que la tendencia disociativa tiene una relación directa con el locus de control externo.

En otra investigación realizada con 4358 mujeres y 2757 hombres, todos jóvenes universitarios de 18 países europeos, se observó que las personas con locus de control externo, mostraban menos conductas de prevención de la salud que aquéllas con locus de control interno (Steptoe y Wardle, 2001).

Ravaja, Keltikangas – Jarvinen y Viikari (1996) llevaron a cabo un estudio dándole seguimiento a adolescentes durante 3 años y observaron que el locus de control juega un papel importante en el cambio del metabolismo. De esta forma, concluyeron que la mayoría de los cambios de vida predecían un menor riesgo somático en sujetos externos que en personas internas. Estos resultados, ponen a consideración la postura casi universal de lo benéfico del locus de control interno.

4.4 Locus de control y la cultura

Parson y Schneider (1974) y Reitz y Groff (1974) encontraron que personas de países con más oportunidades de obtener logros, tienden a la internalidad, mientras que aquellas personas que viven en países que ofrecen menos oportunidades sociales y de realización tanto personal como profesional, presentan una mayor tendencia a la externalidad (citados por Gaeta, 2001).

Levenson (1973) y Lefcourt (1971) también afirman que la cultura es una variable de suma importancia para determinar si la internalidad y la externalidad respectivamente generan comportamientos adecuados o no (Hamel, 1985).

Asimismo, Díaz-Loving y Andrade-Palos (1984) realizaron un estudio sobre locus de control con niños mexicanos y encontraron que es necesario tomar en cuenta las características culturales de los participantes para evitar errores en los que se puedan considerar como externos a aquéllos que en realidad son internos y hacen algo por modificar su medio ambiente.

Es muy importante tomar en cuenta el contexto cultural, ya que se ha encontrado que en culturas occidentales, se favorece el individualismo y el esfuerzo personal, promoviendo el desarrollo de una orientación interna. En contraste, en países orientales, donde la escala de valores, perspectivas y prácticas sociales son distintas, presentan, en algunas ocasiones mayor tendencia a la externalidad (Chan, 1989).

5. Locus de control y depresión

Kuo, Gray y Lin (1979), encontraron que el locus de control es un factor determinante de síntomas de distimia. En el estudio que realizaron, encontraron que los participantes cuyo puntaje de externalidad fue más alto, mostraban también un rango más alto de depresión, manifestando más síntomas como baja autoestima, aprehensión, insomnio, dolores de cabeza y otros síntomas psicofisiológicos (citados por Chan, 1989).

Vilhjalmsson, Sveinbjarnardottir y Kristjansdottir (1998), realizaron una investigación para conocer algunos de los factores más importantes relacionados a los pensamientos suicidas y encontraron que el locus de control externo es uno factor importante para la presencia de ideación suicida. De esta forma, la externalidad tiene una relación significativa a nivel cognitivo con el pensamiento suicida, el cual es uno de los síntomas de la depresión.

En estudios realizados para conocer la percepción social que se tiene sobre la etiología de la depresión y la relación de ésta con el locus de control, se ha encontrado que las personas que preferían tomar la depresión como enfermedad biológica, se mostraban más abiertas a participar en psicoterapia y una disminución de estigma sobre la enfermedad ya que consideraban que no “eran culpables” de tener depresión, mostrando un locus de control externo. También confirmaron que aquellas personas que consideraban la depresión desde el

modelo psicológico, percibían que podían ser ayudadas por otras personas, pero aumentaba el estigma hacia la depresión ya que sentían que tenían cierta responsabilidad de tener dicha enfermedad, mostrando un locus de control interno (Gamma et al., 1999; Goldstein y Rosselli, 2003),

En varios estudios realizados con niños, se ha encontrado que la presencia de síntomas depresivos está asociado con rasgos de externalidad (Mullins, 1982; Mullins, Siegel y Hodges, 1985)

En un estudio realizado por Schwartz, Kaslow, Seeley y Lewinsohn (2000), con 841 adolescentes, se encontró que la atribución causal de los participantes está relacionado con muchas variables que tienen que ver con la depresión. Asimismo, encontraron que los cambios en la atribución causal de los participantes a lo largo del estudio, tenía una relación significativa con respecto a los cambios que se observaban de los síntomas depresivos psicológicos que presentaban.

Takakura y Sakihara (2001), realizaron una investigación con 3,202 estudiantes japonesas para conocer los factores psicosociales asociados a la presencia de síntomas depresivos y entre otros resultados, encontraron que los síntomas depresivos tenían una relación inversa con el locus de control interno. Es decir, a mayor internalidad de los sujetos, menor presencia de síntomas depresivos.

Asimismo, se ha encontrado que en adolescentes con consumo alto de éxtasis, los puntajes elevados de depresión, se asocian a un locus de control externo (MacInnes, Handley y Harding 2001).

En un estudio realizado con pacientes hospitalizados, se encontró que aquellas personas con niveles altos de depresión, presentaban puntajes altos en la externalidad, por lo que los autores concluyeron que el locus de control es un factor de riesgo para la aparición de depresión (Soskolne, Bonne, Denour y Shalev, 1996).

De igual manera, en un estudio realizado con pacientes que presentaban síntomas motores de conversión reactiva, se encontró que éstos mostraban índices más altos de depresión y una externalidad mayores que el grupo control. De esta forma, los autores concluyeron que el locus de control externo puede ser un factor predisponente para la conversión reactiva, la cual se define como conjunto de factores psicológicos asociados a algún signo físico debido a una relación temporal entre el conflicto psicológico y la iniciación o exacerbación de un signo físico (Binzer, 1999; DSM-IV, 1994).

En contraste, en una investigación realizada con 2,823 ancianos mexicanos – americanos para conocer algunos de los factores asociados a la presencia de síntomas depresivos, se encontró que éstos tienen una relación estrecha con un locus de control interno (Black, Markides y Miller, 1998).

En relación a las diferencias de género en base al locus de control y la depresión, se han realizado varios estudios. Uno de ellos, llevado a cabo con 205 adultos, para conocer las razones por las que es más frecuente diagnosticar depresión a mujeres que a hombres, se encontró que los miembros de una familia atribuían los síntomas depresivos de las integrantes mujeres a su locus de control interno, pero no se encontró ninguna diferencia por género en relacionar la depresión a la externalidad (Brommelhoff, Conway, Merikangas y Levy, 2004).

Tomando en cuenta aspectos culturales, Kuo, Gray y Lin (1979) realizaron una investigación con personas chino – americanas para conocer si existía una relación entre el locus de control y la distimia y encontraron que las personas con atribución externa mostraron más síntomas de distimia que las internas.

Otra investigación llevada a cabo con adolescentes mexicanas – americanas, dio a conocer que éstas reportaban más síntomas depresivos que adolescentes de otras etnias y que dichos síntomas tenían una relación significativa con una atribución causal externa (Joiner, Perez, Wagner, Berenson y Marquina, 2001).

Wardle et al. (2004), realizaron otro estudio con 3571 personas para saber si existían diferencias significativas entre del locus de control y la existencia de estados depresivos entre personas de Europa centro – oriente (países que pertenecían al régimen socialista) y Europa occidental. Encontraron que los habitantes de Europa centro – oriente, mostraron un grado mucho más elevado

de depresión, lo cual coincidió con lo esperado, ya que dichos países cuentan con un menor grado de bienestar psicológico. Sin embargo, aunado a los estados depresivos, se encontró que los habitantes de esta región tienen una internalidad mucho más elevada que las personas de Europa occidental.

Al conocer que existe una relación significativa entre el locus de control y la depresión, surgió la interrogante de saber si se podía hablar de predicciones de una variable sobre la otra. De esta forma, se han realizado diversos estudios para conocer si a través del locus de control se pueden predecir estados depresivos.

Chan, (1989), realizó un estudio en el que encontró que la depresión era predecible en personas externas, lo cual coincide con la noción existente de que cuando las personas perciben que es el medio quien las controla, presentan sentimientos de desesperanza. Asimismo, observó que en el caso de las mujeres, el factor que predecía mejor a estados depresivos, era el del poder que las demás personas tienen sobre ellas.

Un estudio realizado por Ramírez (1991), se encontró que el locus de control es significativo en la predicción de la depresión. De esta forma, las personas con una atribución interna presentan una menor tendencia hacia la depresión que aquéllas que se sienten controladas por otras personas y que los sujetos con una atribución externa, presentan una tendencia más marcada hacia la depresión.

Por otro lado, se ha encontrado que en jóvenes universitarios, tanto en hombres como en mujeres el locus de control externo es uno de los predictores más importantes para la ocurrencia de un estado depresivo, mientras que el locus de control interno (o positivo), reduce la relación con la presencia de depresión (Hemenover y Dienstbier, 1998; Kwon y Lemon, 2000; Clarke, 2003).

Al igual que en los estudios de correlación entre locus de control y depresión en ancianos, también se ha encontrado que el locus de control saludable es un factor que predice la depresión, es decir que aquellos sujetos con un locus de control interno, mostraban también puntajes altos de depresión (Harris, et al., 2003).

Daniels y Guppy (1997), realizaron una investigación con 210 adultos para conocer factores predictores del locus de control y una de las variables más importantes encontradas fue la depresión. De esta forma, encontraron que los estados depresivos son predictores del locus de control externo.

Lachman y Weaber (1998) encontraron que aquellas personas con locus de control interno, sin importar el tipo de ingresos económicos que recibían, tenían mejor salud y menos síntomas depresivos que aquéllas con locus de control externo.

Lane y Francis (2003) encontraron que la sintomatología premenstrual guarda una relación directa con el locus de control externo, la ansiedad y la

depresión. De la misma forma, el locus de control es un moderador entre la sintomatología premenstrual y la depresión. Asimismo, encontraron que las mujeres que se encontraban en la fase premenstrual, mostraban un locus de control menos interno que aquéllas que se encontraban en la fase folicular o a principios de la fase lútea, por lo que concluyeron que puede existir una relación entre el locus de control externo y la susceptibilidad de síntomas depresivos cuando se están experimentando cambios pre o postmenstruales.

6. Planteamiento del Problema

Culturalmente hablando, existen diferencias importantes sobre la interpretación que las sociedades dan a las enfermedades. De esta forma, las culturas occidentales se basan principalmente en un modelo biomédico, el cual afirma que las enfermedades y en general los signos y síntomas físicos, son cuestiones externas y ajenas a las personas, por lo que éstas no tienen ningún control sobre ellas, es decir, que no depende de ellas enfermarse o no, sino de la suerte, factores genéticos, etc. En contraste, las culturas orientales toman a la enfermedad como algo integral al ser humano, dándole a éste una participación importante en la causalidad y tratamiento de su enfermedad a través de su postura ante ésta. Así pues, se han observado diferencias en el tipo de síntomas (físicos y somáticos) reportados por pacientes de acuerdo a si se trata de países orientales u occidentales (Simon et al., 1999).

De la misma forma, se ha observado que la clase de síntomas que presentan las personas, son individuales, ya que dependen de lo que cada persona ha vivido, de sus fantasías e interpretación que dan del mundo (De la Fuente, 1996).

La depresión es una enfermedad importante y que debe cuidarse adecuadamente. Como se mencionó anteriormente, muchas veces se confunde con simple tristeza y con falta de voluntad de la persona para sobrellevarla, por lo que culturalmente se le da poca importancia a dicho trastorno. Asimismo, de acuerdo con la OMS (2000), la depresión afecta aproximadamente a 121 millones de personas en el mundo, de las cuales, menos del 25% tienen acceso a un tratamiento efectivo. Por lo tanto, es importante investigar los factores que se relacionan directamente con ella, de tal forma que se pueda trabajar para poder contrarrestarla y más aún, prevenirla tanto como sea posible.

Una variable relacionada con la depresión es el locus de control, sobre el que se han realizado muchos estudios en grupos de diferentes edades y culturas. Sin embargo, aún no hay un acuerdo con respecto al locus de control que resulta ser más adaptativo a determinadas situaciones. Al parecer, a veces es preferible que el sujeto tienda a la internalidad y en otras a la externalidad.

Así pues, existen varios estudios donde se aborda la relación entre el locus de control y la depresión, tomando en cuenta los aspectos cognitivos de los participantes. En estas investigaciones, existen resultados contradictorios que vale

la pena estudiar más a fondo. En algunas de ellas, se ha encontrado que las personas que consideran que la etiología de la depresión es biológica, presentan más rasgos de locus de control externo y los que consideran que su origen es de índole psicológico, muestran una mayor internalidad, siendo más partícipes de su rehabilitación. De esta forma, se sabe que existe una relación entre ambas variables a nivel cognitivo, es decir, lo que las personas piensan sobre la etiología de la depresión, tiene una relación significativa con el tipo de locus de control que presentan.

Asimismo, se ha observado que algunas personas reportan más signos y síntomas depresivos físicos y otras más signos y síntomas psicológicos, y se ha encontrado que aquéllas que presentan más síntomas depresivos físicos, tienen una mayor tendencia a no aceptar ser diagnosticados como personas con depresión, mientras que las que muestran más síntomas psicológicos, asumen la enfermedad mucho mejor y son más participativos en el tratamiento. Sin embargo, no se ha estudiado la relación entre el locus de control y el tipo de sintomatología depresiva que presentan las personas.

Objetivo

Investigar la relación existente entre la clase de signos y síntomas depresivos y el tipo de locus de control en personas adultas.

Hipótesis

H₁ Las personas con locus de control interno presentarán más síntomas depresivos de orden psicológico que las personas externas.

H₂. A mayor presencia de síntomas psicológicos, mayor puntaje de locus de control interno.

H₃ Las personas con locus de control externo, presentan más signos y síntomas depresivos físicos que las personas internas.

H₄ A mayor presencia de signos y síntomas físicos, mayor puntaje de locus de control externo.