



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Depresión En La Mujer

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

CAROLINA SORIA LÓPEZ

Asesores:

Maestra Patricia Valladares de la Cruz.

Licenciada María de los Ángeles Campos Huichán.

Doctora Olivia Tena Guerrero.



Enero, 2005 Tlalnepantla, Estado de México.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Patricia, Olivia y Ángeles:

Gracias, no sólo por ayudarme

En la realización de ésta tesis, sino por
enriquecer mis conocimientos a lo largo de la
carrera.

A Pedro Soria Romero:

Te doy mil gracias papá por el apoyo
y comprensión incondicionales, que
día con día me brindas . ¡Te quiero!.

A Soledad López Murcio:

Muchas gracias mamá por tus sabios consejos,
por tu apoyo, tu paciencia y, por ser mi
ejemplo

A mi novio:

Alfonso, muchas gracias por tus consejos
y por estar conmigo en los buenos y
malos momentos de mi vida.

Gracias también a esas personita
tan linda que día con día me hace
feliz.

INDICE

Resumen	3
Introducción	4
1. Género	7
1.1. Concepto de género	7
1.2. Asignación, identidad y rol de género	11
1.3. Género como categoría de análisis	15
2. Depresión	19
2.1. Antecedentes históricos	19
2.2. Causas de la depresión	23
2.3. Cuadro clínico	32
3. Depresión en la mujer	39
3.1. Factores relacionados con la sexualidad	39
3.2. Depresión femenina y género	49
3.2. Otros factores relacionados con depresión feme	58
4. Atención de la depresión	67
4.1. Tratamiento farmacológico	67
4.2. Tratamiento fisiológico	72
4.3. Tratamiento psicológico	76
4.4. Terapia psicológica con perspectiva de género	82
Conclusiones	92
Referencias	97

RESUMEN

La depresión es un padecimiento muy antiguo, el cual ha ido incrementándose en nuestros tiempos de manera rápida e inquietante. La importancia que tiene el estudio de este trastorno, radica en que éste acaba con la energía de las personas y las transporta a un estado de desánimo, que puede poner en riesgo su vida.

Las investigaciones realizadas han puesto de manifiesto que este trastorno no es provocado por una sola causa, sino que existen múltiples factores como: los biológicos, los sociales, los psicológicos e inclusive los ecológicos; los cuales determinan la aparición de depresión en las personas.

Por otra parte las estadísticas han demostrado que es mucho más común este trastorno en la mujer, que en el hombre; motivo por el cual diversos estudiosos del tema, se han dado a la tarea de investigar cuáles son las causas que determinan la incidencia de este trastorno en la mujer; encontrando que existen factores que tienen que ver con la sexualidad de ésta como: el embarazo, la menstruación, la menopausia, entre otros. Pero también mencionan la importancia de los factores de tipo social como: discriminación, violencia, roles desempeñados, entre otros; los cuales contribuyen en gran medida a la aparición de depresión en la mujer.

INTRODUCCION

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, durante el cual se ven afectadas cuatro áreas principales: afectiva, conductual, intelectual y orgánica; una persona deprimida presenta pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, cambios de apetito, del peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y, pensamientos recurrentes de muerte con planes o intentos suicidas. La magnitud que ha alcanzado la depresión, ha repercutido en investigaciones que dejan ver las causas, manifestaciones y tratamiento de este trastorno, lo cual ha dejado de ser terreno único para la Psiquiatría y se ha extendido a los campos de la Medicina General, la Psicología y, recientemente dentro de la disciplina psicológica, se ha abordado desde una perspectiva de género.

El presente trabajo trata precisamente de la depresión, pero haciendo énfasis en la depresión femenina.

El capítulo 1 contiene tres apartados, uno referente al concepto de género, otro sobre asignación, identidad y rol de género y un último apartado, sobre género como categoría de análisis. Género se define como un conjunto de ideas, creencias, representaciones y atribuciones sociales construidas en cada cultura tomando como referencia la diferencia sexual entre mujeres y hombres. La asignación del género se realiza en el momento en que nace un bebé, a partir de la apariencia externa de sus genitales, esto establece las expectativas de la familia y de la sociedad en cuanto al futuro papel sexual del recién nacido, es decir establece el nombre, tipo y color de ropa, juguetes, comportamiento, entre otros. La identidad de género es establecida cuando el bebé adquiere lenguaje y estructura su experiencia vital, el género al que pertenece lo hace identificarse en todas sus manifestaciones como niño o niña. En lo que se refiere al rol de género, este se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre lo que debe ser el comportamiento femenino y masculino. Cabe mencionar que el concepto de género ha pasado por diferentes etapas, hasta llegar a conformarse como una categoría de análisis (Lamas, 1997).

En el capítulo 2 se aborda el tema de la depresión en general y se comentan los antecedentes históricos de dicho trastorno, ya que durante muchos años este padecimiento ha sido de interés para diversos investigadores, los cuales han hecho referencia a los factores que propician su aparición, como: los relacionados con la herencia genética de las personas, así como los que tienen que ver con los procesos bioquímicos del cerebro, los factores psicológicos, los factores ecológicos y los factores sociales. Además se hace énfasis en las áreas a las que afecta dicho padecimiento, las cuales son: afectiva, conductual, intelectual y orgánica.

No menos importante para la constitución de dicho capítulo fueron los tipos de depresión, los cuales son definidos en el mismo, para una mayor comprensión de este trastorno.

En el capítulo 3, se hace énfasis, en la depresión femenina y los factores que la producen. Se toman en cuenta los factores que están directamente relacionados con la biología de la mujer y la aparición de la depresión, los cuales tienen que ver con procesos hormonales (según varios estudios realizados). Dentro de este tipo de factores, se incluyeron: menstruación, embarazo, posparto, menopausia e infertilidad. Por otra parte, se describe la gran importancia que tiene el género en la aparición de la depresión en la mujer y cómo dicho concepto se entrelaza con este trastorno. Las costumbres e ideas que se tienen alrededor de las mujeres, las hacen padecer una serie de discriminaciones en educación, trabajo, política, entre otros, las cuales influyen en la aparición de diversos trastornos emocionales, entre ellos la depresión.

En el capítulo 4 se abordan los tratamientos existentes, así como los efectos y complicaciones que tienen cada uno de ellos. Los principales tratamientos aquí descritos son el farmacológico, fisiológico, psicológico y un tratamiento psicológico reciente con perspectiva de género.

Dentro de los tratamientos farmacológicos podemos encontrar los tricíclicos, los IMAO (inhibidores de la enzima monoamina oxidasa) y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), los cuales han demostrado ser útiles, pero tener diversos efectos colaterales (www.projinf.org/ 2000).

En cuanto a los tratamientos fisiológicos, podemos encontrar el electroshock y el tratamiento de indoklón, en el cual en lugar de emplear descargas eléctricas como en el

electroshock; se emplea una sustancia química relacionada con uno de los compuestos del éter. En el ámbito psicológico, la terapia cognitiva y la conductual, han demostrado ser efectivas en el tratamiento de dicho trastorno (www.txorierri.com/ 2000).

Para finalizar, en este capítulo se describe un tratamiento psicológico con perspectiva de género orientado a las mujeres.

Se concluye que el incremento de la depresión a nivel mundial, así como su origen de orden multifactorial, han contribuido a las investigaciones en torno a los tratamientos que se pueden llevar a cabo para controlar este padecimiento.

Por otra parte, las estadísticas sugieren que este trastorno es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres, motivo por el cual diversos investigadores se han dedicado a realizar estudios que determinen los factores que causan esta incidencia de depresión en la mujer, tales estudios los han llevado a enfatizar en que además de los factores biológicos presentes en la depresión femenina, hay también factores de orden social, los cuales se entrelazan con el concepto de género y tienen que ver con el sexismo que impera en diferentes culturas, así como de manera particular en la nuestra.

En la actualidad los tratamientos existentes contra la depresión son: el fisiológico, farmacológico, psicológico y dentro de este último uno con perspectiva de género. El tratamiento psicológico ayuda en muchos de los aspectos a disminuir la depresión; en el caso de las mujeres eleva su autoestima, les ayuda a poseer herramientas que las conducen a la resolución de problemas, las convierte en personas asertivas, entre otras cosas.

Por otra parte, los tratamientos farmacológico y fisiológico han demostrado su efectividad en la reducción de trastornos emocionales, pero en el caso de la depresión femenina por cuestiones de género no se puede decir que ataquen de manera efectiva este trastorno, ya que si hablamos de discriminación social, laboral, educativa y política, además de violencia física, psicológica y sexual hacia la mujer como factores de riesgo en la aparición de la depresión femenina, estamos hablando de género y por lo tanto el tratamiento y/o prevención debe ser en base a la construcción de equidad, la cual debe traducirse en normas que hagan valer los derechos de las mujeres.

1. GENERO

La comprensión del concepto de género, se ha vuelto indispensable hoy en día, no sólo porque nos lleva a preguntarnos ¿Cuál es la verdadera diferencia entre los cuerpos sexuados y los seres socialmente contruidos?, sino porque nos lleva a debatir sobre el papel de las mujeres dentro de la sociedad.

1.1Concepto de Género

Una dificultad inicial para utilizar la categoría género es que su actual acepción surge en el medio anglosajón y el término género en castellano, no quiere decir lo mismo que en inglés “gender”. En español, género es un término más amplio: se refiere a la clase, especie o tipo a la que pertenecen las cosas, a un grupo taxonómico; conjunto de cosas semejantes entre sí por tener uno o varios caracteres comunes (Lamas, 1997).

En inglés “gender” tiene una acepción más restringida, que tiene que ver más directamente con los sexos, ya que en este idioma se alude al sexo de una persona, animal o planta. Decir en inglés “vamos a estudiar el género” lleva implícito que se trata de una cuestión relativa a los sexos, en cambio si decimos lo mismo en castellano se trata de diferentes cosas para personas que no están familiarizadas con el término.

En inglés gender es sexo y por lo tanto cuando se traduce al español, aunque se utilice la palabra género, el sentido real es el de sexo.

Por otro lado, hemos de decir que dicho término ha sido aplicado de manera arbitraria en español, pues se le asigna género masculino o femenino a sustantivos, adjetivos, artículos o pronombres; un ejemplo de esta arbitrariedad lo encontramos en la asignación de género a las cosas; por ejemplo el sol es masculino, la silla es femenina, el pizarrón es masculino, la tabla es femenina, entre otros.

En este sentido género en castellano es gramatical, porque a los objetos sin sexo se les adjudican artículos femeninos o masculinos.

Otra dificultad en castellano a la cual hay que enfrentarse con respecto a la palabra género, se refiere a la confusión generada en torno a que hablar de perspectiva de género, para algunas personas quiere decir hablar única y exclusivamente de mujeres o hablar de

perspectiva de género femenino; esto es erróneo ya que hablar de género significa hablar de hombres y mujeres.

Solamente algunas personas en el estudio de las Ciencias Sociales, le dan un sentido de construcción cultural y lo usan con la intencionalidad de distinguir entre lo biológico y lo social. Para ellas, género es un conjunto de ideas, creencias, representaciones y atribuciones sociales construidas en cada cultura, tomando como base la diferencia sexual.

De esta manera, aunque género y sexo, van de la mano (ya que dependiendo del sexo de la persona, es la asignación de género por la cultura), no puede decirse que puedan usarse como sinónimos. Es entonces necesario entender que el término “sexo”, hace referencia a las características determinadas genéticamente desde el momento mismo de la concepción, resultando en una apariencia física característica del hombre y de la mujer, así como al funcionamiento del cuerpo, sobre todo en lo referente al aparato reproductivo femenino y masculino, como la menstruación, el embarazo, la eyaculación, entre otros; es decir, sexo se refiere a las características biológicas de hombre y mujer. El género hace referencia a las cualidades distintivas entre el hombre y la mujer construidas culturalmente, entonces se puede decir que es el conjunto de actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que la sociedad asigna y exige de forma diferente a la mujer y al hombre. Estas presentan diferencias entre las sociedades y se están transformando a través del tiempo (Ramírez, 1995).

Por lo anterior se puede decir que el género se encuentra desalojado del sexo. Y aunque tiene referentes de orden biológico, no está determinado por éste. En este sentido, no existe conexión genética entre el sexo, el género y mucho menos entre el tipo de tareas que se les asignan de manera exclusiva. El género es simplemente la simbolización de la diferencia corporal; lo masculino y lo femenino son construcciones sociales a partir de lo anatómico y reproductivo (sexo).

Aclarado el punto entre sexo y género, podemos decir que este último es un concepto viejo, que existió mucho antes que el movimiento feminista, pero fue hasta que se le asignó una nueva acepción y se le dio título de categoría analítica que adquirió importancia en la manera de abordar la problemática de la desigualdad sexual.

La disciplina en donde primero se utilizó esta categoría; fue en la Psicología, en su vertiente médica y, fue John Money quien la utilizó en el año de 1955.

Posteriormente en 1968, Robert Stoller en su obra "Sex and Gender", estableció ampliamente la diferencia entre sexo y género, basándose en estudios de casos en los que la asignación de sexo falló, ya que las características externas de los genitales se presentaban confusas. Tal es el caso de las niñas cuyos genitales externos se masculinizan, por un síndrome adrenogenital; o sea niñas que aunque tienen un sexo genético (xx), anatómico (vagina y clítoris) y hormonal femenino, tienen un clítoris que se puede confundir con un pene. En los casos que Stoller estudió, a estas niñas se les asignó un papel masculino; y esto a la larga resultó imposible de corregir después de los primeros tres años de edad. Se descubrió que las niñas en cuestión, retenían su identidad masculina, pese a los esfuerzos por corregírsela. También trabajó en casos de niños genéticamente varones, que al tener un efecto anatómico grave o haber sufrido la mutilación del pene, fueron rotulados provisoriamente como niñas, de manera que se les asignó esa identidad, y eso facilitó posteriormente un tratamiento hormonal y quirúrgico que los convertiría en mujeres. Con tales casos, Stoller supuso que lo que determina la identidad y el comportamiento masculino o femenino no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidos a los hombres o a las mujeres. Además concluyó que la asignación y adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica.

Pero también se encuentran antecedentes de esta categoría en discursos teóricos sobre el significado de "ser mujer", específicamente en los planteamientos de Simone de Beauvoir en 1949 en su publicación "El Segundo Sexo", en la cual señala que uno no nace siendo mujer, sino que se hace mujer. En tal enunciación el acento cae en la palabra nace y en los argumentos naturistas o biológicos deterministas que se utilizan para atribuir inferioridad a las mujeres y por lo tanto reprimirlas. Beauvoir argumenta que las características propias de lo femenino son adquiridas mediante un proceso social. También elabora una crítica en profundidad a los sistemas modernos de conocimiento y muestra tanto la medida de la depreciación de las mujeres, como la ubicuidad de la figura de la mujer en la vida intelectual y psíquica (Braidotti, 2000).

Sin embargo son las feministas de hace más de cuarenta años, las que incorporan el sentido de la Psicología (derivado de los estudios ya citados de Stoller) al concepto género y lo convierten en categoría analítica para elaborar sus argumentos.

Aún así, existen antecedentes que datan del siglo XVII y XVIII y los cuales incluyen a pensadores de la talla de Locke, Rousseau y Condorcet, así como las ideas del feminismo clásico proporcionadas por Marie de Sourbay, Olympe de Gouges y Mary Wollstonecraft, quienes llegaron a cuestionar la condición de la mujer, su derecho a la libertad y al placer; pensamiento que concluye en el siglo XX con el nuevo feminismo, para dar pie al planteamiento de la teoría de género (Vázquez, 2001).

Por otra parte, como se dijo con anterioridad, muchas personas relacionan los estudios de género con estudios únicamente de la mujer y, cabe decir que esto se debe a que en un principio realmente la palabra género se instituyó como equivalente a mujer, en donde tales estudios hacían referencia sólo a la experiencia femenina; fue en la década de los noventa que comienza a ampliarse tal perspectiva y es incorporada la experiencia masculina a tal teoría, lo cual implica avances significativos del feminismo, ya que abre la posibilidad a un análisis integral y completo.

La teoría de Género, ha proporcionado muy interesantes planteamientos en torno a dos vertientes, una crítica y la otra práctica:

- Pone en cuestión la idea de lo “natural” (derivada del pensamiento religioso católico) y señala que es la cultura y no la biología, quien establece las prescripciones relativas “propias” de cada sexo.
- Al referirse a los fenómenos de desigualdad, dominación y subordinación entre varón y mujer como elaboraciones sociales, posibilita la transformación de las costumbres y las ideas.

La teoría de género o teoría de la construcción del sujeto está edificada desde una postura que critica los modelos de formación tradicionales instituidos bajo supuestas “diferencias naturales” (las cuales son sinónimos de desigualdad) entre los sexos y que a través de una educación diferencial, se concretizan en el género.

Por lo tanto, el género adquiere características, tales como:

- El género como sistema simbólico binario, consta de dos categorías mutuamente excluyentes dentro de las cuales son colocadas todos los seres humanos, de tal manera que oponen hombre con mujer.
- Los genitales son el único criterio para asignarle a cada uno su categoría desde el nacimiento.

- A cada categoría se le determinan actividades, actitudes, valores, objetos y expectativas.
- Las categorías están colocadas jerárquicamente de tal forma que lo masculino prepondera sobre lo femenino.
- Los símbolos masculinos son generalmente positivos y los femeninos negativos.
- El poder del género reside en que hace parecer como algo “natural” lo que es producto de la acción humana, por lo que no permite ver todos los procesos socioculturales complejos que lo sustentan. Todo esto se ve favorecido porque las normas y formas de construcción de género no siempre son explícitas.
- Es cierto que las ideologías culturales en torno a género cambian de una a otra, existen rasgos muy característicos como la tendencia universal a asociar lo masculino con la cultura y lo femenino con la naturaleza y; la tendencia a definir al hombre de acuerdo a sus categorías de status y función social y a la mujer de acuerdo a sus relaciones de parentesco (sobre todo con el hombre).
- La lógica del género parte de una oposición binaria: lo propio del hombre y lo propio de la mujer, lo que deriva en la elaboración de lo masculino y lo femenino.
- El género tiene una acción recíproca con lo social, puesto que la cultura marca a los seres humanos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás, ya que a partir de su lógica se construyen valores e ideas que tipifican arbitrariamente excluyendo o incluyendo conductas y sentimientos.
- Mediante el género se naturaliza la heterosexualidad.

El proceso de constitución del género toma forma en un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que reglamentan y condicionan nuestra conducta, pero también nuestra subjetividad, atribuyendo características distintas a cada sexo.

1.2 Asignación, Identidad y Rol de Género

La construcción de género tiene lugar a través de diversos medios de comunicación (televisión, literatura, cine), así como una gran variedad de esferas de la vida social, que parecen ser determinantes en la configuración de las ideas culturales sobre género, ejemplo de ello son el Parentesco y el Matrimonio en los cuales se produce y reproduce la construcción del género y las relaciones jerárquicas.

De esta manera, el género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas:

1) Asignación (rotulación, atribución) de género: Esta se realiza en el momento en que nace el bebé, a partir de la apariencia externa de sus genitales. Es decir, al nacer un nuevo ser humano, la persona que lo recibe llámese médico, comadrona o familiar, da un vistazo a la zona genital y dice si se trata de un niño o una niña. Esto va a establecer las expectativas de la familia y de la sociedad en cuanto al futuro papel sexual del recién nacido (nombre, tipo y color de ropa, juguetes y comportamiento, por mencionar sólo algunas atribuciones). En otras palabras desde el momento de su nacimiento, las personas son clasificadas según su sexo y se les signa también un género femenino o masculino (González, 1997).

2) Identidad de género: Se establece más o menos a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre los dos y tres años) y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica de los sexos. Desde dicha identidad, el niño estructura su experiencia vital; el género al que pertenece lo hace identificarse en todas sus manifestaciones: sentimientos o actitudes de niño o de niña, comportamientos, juegos, entre otros. Después de establecida la identidad de género, cuando un niño se sabe y se asume como perteneciente al grupo de lo masculino y la niña al grupo de lo femenino, esta se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias. Es usual ver a niños rechazar juguetes que son del género contrario, o aceptar sin cuestionar ciertas tareas porque son propias de su género. Cabe mencionar que ya asumida la identidad de género, es casi imposible cambiarla.

3) Rol o papel de género: Se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento de lo femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el nivel generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los niños y por lo tanto los cuidan, así pues lo femenino es lo maternal, lo doméstico, lo emotivo; contrapuesto con lo masculino que es lo público, fuerte, objetivo, emprendedor, poco emotivo, proveedor. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes culturales, establece estereotipos las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género (Lamas, 2003).

Así pues, podemos darnos cuenta que la sociedad es quien dicta la manera de comportarse de hombres y mujeres desde el nacimiento hasta la muerte.

Las expectativas y presiones para que se siga una conducta según el sexo, son fuertes a lo largo de toda la vida, iniciando en el hogar con el padre, la madre y los familiares cercanos, posteriormente en la escuela y en los centros de trabajo.

Otras vías como son la televisión, el cine, la radio, la prensa y en general todos los medios de comunicación, presentan imágenes que recalcan y reproducen los estereotipos masculino y femenino.

Y esto es dado por las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, a las cuales se les ha otorgado demasiada importancia. En este sentido una diferencia muy importante y por la cual se le han atribuido conductas y comportamientos muy específicos a las mujeres es la capacidad biológica de la maternidad, pero se ha comprobado que por la experiencia física del embarazo, parto y amamantamiento las mujeres han sido consideradas como objetos de segunda, siempre sujetas a las decisiones del padre, hermanos o marido y hasta hace poco sin posibilidad de estudiar, votar o tener puestos políticos. Las implicaciones del aspecto biológico de la maternidad no son las que han puesto barreras al desempeño femenino, como lo demuestra el cada vez mayor número de madres que ocupan puestos políticos. Las barreras han sido y son las creencias sobre la esencia femenina o sobre el destino natural de la mujer.

Marvin Harris, ha investigado sobre los posibles orígenes de la distribución de papeles y la jerarquía de género con respecto a las diferencias sexuales, encontrando falsas diferencias sexuales, como la supuesta agresividad masculina innata, la dominación de un hemisferio cerebral, los genes con estrategias masculinas o femeninas o diferencias genéticas de inteligencia. Harris encontró que las verdaderas diferencias entre hombres y mujeres son: estatura, peso, musculatura y fisiología reproductiva (citado en Lamas, 1997). Dichas diferencias no son lo suficientemente fuertes como para determinar las actividades que hombre y mujer deben llevar a cabo, pero las cosas no han cambiado mucho, ya que aún con estas aseveraciones los roles que se les asignan a hombres y mujeres, así como sus características, siguen siendo los mismos.

Así pues las características que se le atribuyen a la mujer son: maternal, bella, cariñosa, débil, obediente, servicial, pasiva, dependiente, sumisa, abnegada.

En cambio a los hombres se les relaciona con la inteligencia, el valor, el coraje, la fuerza, la actividad, la independencia, el poder.

Una revisión de los conceptos de masculinidad y feminidad muestra que en todas las culturas existe un consenso importante respecto a lo que constituye lo masculino y lo femenino. El primero se caracteriza por la agresividad, la combatividad, la búsqueda de dominio y autoafirmación, por la reflexión, la razón y el discernimiento, por la capacidad de abstracción y la objetividad. Lo femenino por la necesidad de involucrarse con otra persona más que con ideas y abstracciones; por lo inconsciente y subjetivo; por la pasividad y docilidad y por una orientación hacia los sentimientos y la intuición (Lara, 1999). Por lo tanto las actividades que cada uno lleva a cabo son diferentes; de esta manera se piensa que la mujer debe estar más al cuidado de los hijos y las labores domésticas, la educación que la mujer recibe, trata de desarrollar el rol tradicional: ser esposa y madre de familia ante todo. Estas expectativas culturales llevan a la mujer a desarrollar una actitud de servicio, procurando el bienestar de los demás aún en contra del bienestar propio. La madre en su papel fundamental de portavoz del medio social y familiar, se encarga de transmitirle a su (s) hija (s), lo que de ella (s) se espera convirtiéndose también en modelo de identificación ya que se comporta de la manera que se le ha sido asignada a su vez por su madre.

A los hombres se les educa para mandar, ser independientes, no mostrar nunca sus sentimientos porque eso sería debilidad, se les hace creer que ellos deben ser como seres inteligentes “la cabeza de la familia”, de esta manera se identifican con su padre.

Desde pequeños hombres y mujeres aprendemos desde los colores que podemos usar en la ropa (rosa para la niña, azul para el niño), hasta con qué debemos jugar (muñeca para la niñas, carritos para los niños); el no cumplir con lo establecido hace pensar a los demás en algunas anomalías en nuestra personalidad como por ejemplo: a las niñas que juegan con carritos o luchadores se les tacha de “machorras” y a los niños que juegan con muñecas se les llama “mariquitas”, “maricones”, “homosexuales”, entre otros.

De esta manera se van estableciendo los roles limitando a la mujer en su desarrollo social, individual (intereses y expectativas propias) y hasta laboral (ya que en la actualidad algunos puestos son exclusivamente para hombres).

Harris sostiene que debemos rechazar las diferencias sexuales inventadas y aceptar realidades indiscutibles: los machos humanos son sin duda, más altos y más pesados, con mayor musculatura y, ambos, machos y hembras, tienen fisiologías reproductivas muy distintas... Este conjunto mínimo y evidente de diferencias biosexuales es un punto necesario para explicar las diferencias de género. A continuación, con base en un amplísimo acervo etnográfico, Harris ofrece un panorama interpretativo evolucionista, que aclara los orígenes de la división sexual del trabajo al mismo tiempo que desmitifica la importancia de la biología... Estas desigualdades van desde el abuso físico a las mujeres, un acceso diferenciado a la comida y a la vida sexual, la posibilidad masculina de mandar y ordenar a personas adultas, el ingreso masculino a puestos de poder y a la riqueza, un grado mayor de libertad de movimiento y asociación frente al enclaustramiento femenino y al uso de chaperones, hasta un respeto a la integridad física masculina a la vez que se aceptan prácticas brutales, como las mutilaciones de los genitales femeninos, o que limitan el desarrollo corporal, como vendar los pies para que no crezcan (Citado en Lamas, 1997).

Existen además de las ya mencionadas, muchas otras prácticas brutales que ejercen los hombres hacia las mujeres (introducir palos calientes en la vagina, golpearlas si se atreven a dar su opinión, entre otras), que desgraciadamente son consideradas como conductas socialmente adecuadas.

Nuestro país no puede ser menos en este sentido, ya que existen un sin número de prácticas hacia la mujer, las cuales van desde maltrato físico, psicológico, sexual, hasta discriminación laboral, política y social.

1.3 Género como categoría de análisis

Es de considerarse importante este apartado, ya que se hace mención de la manera en que surgió el género como categoría de análisis y con él, el cuestionamiento de los procesos de dominación y subordinación entre hombres y mujeres.

A través de los tiempos la gente ha hecho alusiones figurativas, mediante el empleo de términos gramaticales, para evocar rasgos del carácter o la sexualidad.

Las feministas, de una forma más literal y seria han comenzado a emplear el “género” como forma de referirse a la organización social de las relaciones entre los sexos.

En su acepción más reciente “género” parece haber aparecido primero entre las feministas americanas, quienes deseaban insistir en la cualidad fundamentalmente social de las distinciones basadas en el sexo. En este sentido es un rechazo al determinismo biológico implícito en el empleo de términos tales como “sexo” o “diferencia sexual”. Además fue un término propuesto por quienes afirmaban que el saber de las mujeres transformaría fundamentalmente los paradigmas de la disciplina. También las historiadoras feministas, han buscado formulaciones teóricas de posible aplicación por dos razones: La primera se refiere a la proliferación de estudios concretos en la historia de las mujeres, para tratar de explicar las continuidades y discontinuidades; así como las experiencias sociales radicalmente diferentes. La segunda por la discrepancia entre la alta calidad de la obra reciente en la historia de las mujeres y la persistencia de su estatus marginal en el conjunto de este campo.

Desgraciadamente en el caso de la historia de las mujeres, la respuesta de la mayor parte de los historiadores no feministas, ha sido el reconocimiento de la participación de éstas en las conmociones políticas más importantes de nuestra civilización y posteriormente el rechazo.

Por otra parte los historiadores en sus intentos por teorizar sobre el género, han permanecido dentro de los sistemas científicos sociales tradicionales, empleando formulaciones tradicionales que proponen explicaciones causales universales. Esas teorías han sido limitadas porque tienden a incluir generalizaciones reductivas o demasiado simples que menos precian la disciplina de la historia en la complejidad de la causación social y el compromiso feminista a un análisis que conduzca al cambio.

En la década de los ochenta, género se utilizó como un sinónimo de mujer, inclusive en algunos libros sustituyeron la palabra “mujeres” por “género”. Ahora también es utilizado para designar las relaciones sociales entre los sexos.

Los teóricos del patriarcado han dirigido su atención a la subordinación de las mujeres y han encontrado su explicación en la “necesidad” del varón de dominar a la mujer. Estos teóricos se han encontrado con la desigualdad de varones y mujeres desde vías interesantes, pero sus teorías presentan problemas para los historiadores ya que ofrecen un análisis desde el propio sistema de géneros y afirman la primacía de tal sistema en toda organización social, pero no demuestran cómo la desigualdad de géneros estructura el resto de

desigualdades; además se apoyan en una única variable de diferencia física, ya que consideran que la dominación proviene de la apropiación por parte del varón de la labor reproductiva de la mujer.

Por su parte las feministas marxistas, plantean que el concepto de género ha sido tratado durante mucho tiempo como el producto accesorio en el cambio de las estructuras económicas; en este sentido el género carece de estatus analítico independiente y propio.

En los últimos años las historiadoras feministas han recurrido a las teorías psicoanalíticas y a sus diferentes enfoques, pero basándose más en Lacan, pero estas teorías se apoyan en estructuras relativamente pequeñas de interacción ya que limitan el concepto de género a la familia y a la experiencia doméstica, por lo que no dejan vía para que el historiador relacione el concepto (o el individuo) con otros sistemas sociales de economía, política o poder. Por lo tanto no pueden generar cambios.

Por lo tanto el interés en el género como categoría analítica ha surgido sólo a finales del siglo XX.

La definición de género consta de dos partes y varias subpartes, las cuales están interrelacionadas, pero deben ser analíticamente distintas. El núcleo de la definición reposa sobre una conexión integral entre dos proposiciones: el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de las relaciones significantes de poder. Los cambios en la organización de las relaciones sociales corresponden siempre a cambios en las representaciones del poder, pero la dirección del cambio no es necesariamente en un sólo sentido.

Como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, el género comprende cuatro elementos interrelacionados:

- 1) Símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples y a menudo contradictorias. (Eva y María, símbolos de luz y oscuridad, de purificación y contaminación).
- 2) Conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, en un intento de limitar y contener sus posibilidades metafóricas. (doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales, y políticas que afirman el significado de varón y mujer, de masculino y femenino).

3) Instituciones y organizaciones sociales estructuradas a partir de género: familia y parentesco, mercado de trabajo, política, entre otros.

4) Identidad subjetiva: Construcción de sentimientos y emociones propias del género.

Estas concepciones pueden usarse en una teoría política que haga notar que los cambios en las relaciones de género pueden ser impulsados por consideraciones de necesidades de estado.

La investigación en temas como: ¿Cuál es la relación entre las leyes sobre las mujeres y el poder del estado?, ¿Cómo han incorporado el género las instituciones sociales en sus supuestos y organizaciones?, ¿Ha habido alguna vez conceptos genuinamente igualitarios de género en los términos en que se proyectaban, o construían los sistemas políticos?; alumbrará una historia que proporcionará nuevas perspectivas a viejos problemas, redefinirá los viejos problemas en términos nuevos, los cuales contribuirán a hacer visibles a las mujeres como participantes activos y crearán una distancia analítica entre el lenguaje aparentemente estable del pasado y nuestra propia terminología (Lamas, 2003).

Es importante hacer notar, que los fenómenos de desigualdad, dominación y subordinación entre hombres y mujeres surgidos a raíz de la diferencias sexuales entre ambos; deben concebirse como elaboraciones sociales, ya que es la cultura y no la biología, quien establece las prescripciones relativas “propias de cada sexo”; solamente así podrán posibilitarse los cambios necesarios en la transformación de costumbres e ideas, que nos conduzcan a la equidad.

Así pues, los estudios de género además de contribuir al análisis de las conductas, costumbres y actividades adjudicadas por la sociedad a hombres y mujeres; han aportado revelaciones muy interesantes en torno a las consecuencias psicológicas que tales adjudicaciones traen consigo, entre éstas podemos encontrar trastornos emocionales como la depresión. Por tal motivo es de suma importancia conocer las manifestaciones de este trastorno, el cual se ha convertido en el más común a nivel mundial.

2. DEPRESIÓN

Desde épocas muy antiguas, la depresión ha sido considerada objeto de estudio por diversos investigadores. En la actualidad el incremento de este trastorno a nivel mundial, ha propiciado estudios y tratamientos que ya no competen únicamente a la psiquiatría, sino a otras disciplinas como la Medicina General y la Psicología.

2.1. Antecedentes históricos

El término “depresión” es en nuestros días muy conocido y hasta cierto punto popular, ya que aumenta cada vez más el número de personas que padecen esta enfermedad. Pero es importante hacer resaltar que no se trata de una enfermedad nueva, sino que desde la antigüedad ha estado en la mira de diversos estudiosos del tema.

El cuadro patológico de la depresión en su forma más severa fué descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Ya en el siglo IV a. de C., Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema y que la melancolía era producida por la bilis negra (Calderón, 1984).

Este término sufrió diversos cambios de significado dentro del cuerpo doctrinario de la teoría de Hipócrates, para aparecer en los escritos de Celsus como “atrabilis”, específicamente en su obra titulada *De re medica* (De medicina) y en los trabajos de Rufo de Efeso y de Arateo de Cappadocia.

Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto e irritabilidad. El autor griego Galeno, en sus trabajos llevados a cabo en Roma, definió finalmente el concepto de melancolía como una tristeza profunda y persistente sin que tuviera causa o razón aparente y en la cual la mente estaba fijada sobre un tema sin que el enfermo presentara fiebre. Esta condición se diferenciaba de la frenitis en la cual había fiebre e inflamación del cerebro; de la parafrenitis en la cual la inflamación de alguna parte del cuerpo causaba un trastorno simpático en el cerebro y fiebre; y finalmente, de la manía

en la cual había excitación sin fiebre y se pensaba que era causada por un exceso de bilis amarilla.

Con esto Galeno se enfocó a dar una explicación fisiológica de tipo humoral, pero incluyendo elementos de otras formulaciones, es así como los cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra estaban a su vez formados de cuatro elementos: tierra, aire, fuego y agua los cuales estaban a su vez hechos de cuatro cualidades: caliente, frío, seco y húmedo.

Galeno incluyó en sus formulaciones una periodicidad de las enfermedades que se derivaba de los escritos hipocráticos que señalaban que cada enfermedad aumentaba su incidencia durante la estación en la cual se incrementaba el humor cuyo exceso causaba la enfermedad. Así la manía era mucho más frecuente en el verano debido a que la bilis amarilla, siendo caliente, aumentaba. La melancolía por otro lado, se elevaba en invierno ya que la bilis negra era fría y seca.

Constantinus Africanus, describió dos tipos fisiológicos de la melancolía. En el primer tipo, todo el cuerpo estaba afligido por el desbalance humoral y el paciente presentaba diversos síntomas somáticos. En el segundo tipo se involucraba primariamente el estómago y el área del hipocondrio. Estos pacientes tenían numerosas quejas de dolor abdominal e indigestión. La conexión entre la hipocondriasis y la melancolía probablemente se deriva de estas teorías.

Los médicos del Islam estudiaron la herencia de la ciencia antigua, la filosofía y la medicina pero sólo unos pocos la desarrollaron. La ciencia en la edad media profundizó en su conocimiento y produjo retrocesos que afectaron de manera considerable a los enfermos mentales. Se dio importancia de nuevo al aspecto somático de la melancolía. Se contempló al paciente psíquico desde un punto de vista teológico como si fuese un obseso o un maldito. A veces se pensó que la melancolía era el resultado de un temible pecado, en contraposición a la vida cristiana, la llamada vida activa (Feighner, 1991).

El Renacimiento fue una época en la cual surgió gran interés en la melancolía y manía. Docenas de tratados aparecieron acerca de las distintas formas de la melancolía, tales como la melancolía religiosa, la melancolía de los académicos, la melancolía amorosa y la melancolía nostálgica. La hipocondriasis fue separada de la melancolía como una condición

independiente por varios autores, pero lo más importante, fue que la teoría humoral de Galeno fue reemplazada por teorías fisiológicas.

Entre los autores representativos de la teoría fisiológica tenemos a Robert Burton, quien publicó la obra “La Anatomía de la Melancolía”, resumiendo todas las opiniones previas acerca de la melancolía y desarrolló un esquema de clasificación que incluía cientos de subtipos, pero este tratado fue considerado más una obra literaria que médica. Por otra parte, Thomas Willis consideró que el déficit de la melancolía era una transformación sulfurosa de la sangre, la cual actuaba sobre las propiedades fermentativas de varios órganos y particularmente del cerebro (www.herrerros.com.ar/ 1997).

Posteriormente Herman Boerhaave reintrodujo los humores pero los transformó, señalando que ellos estaban formados de corpúsculos pequeñísimos que tenían propiedades mecánicas como la aglutinación. Él pensó que la melancolía y la manía se debían a la obstrucción de los vasos sanguíneos cerebrales.

Samuel Johnson, es el responsable de la popularidad del término depresión, debido al desorden melancólico que padeció toda su vida. El autor de “Dictionary” utilizó el término “depresión de los espíritus”. Subsecuentemente este, comenzó a desplazar sinónimos tales como “el bazo”, “la enfermedad inglesa”, “los vapores”, y “la locura melancólica”. Hacia el final del siglo XIX, el término depresión había reemplazado virtualmente a la melancolía en la mayoría de las nomenclaturas.

En la segunda mitad del siglo XVIII Philippe Pinel simplificó notablemente la nomenclatura de los desórdenes mentales, describiendo cuatro categorías diagnósticas: la melancolía, la manía, la demencia y la idiocia. Benjamín Rush hizo su propia descripción del término melancolía insistiendo en que si las desilusiones se centraban sobre la persona y los asuntos del paciente debía llamarse “tristimanía”; si por el contrario se centraban sobre el mundo externo se llamaría “amenomanía”. Esta tendencia hacia la simplificación de la nomenclatura durante el siglo XIX coincidió con el énfasis sobre la etiología orgánica de los desórdenes afectivos.

Emil Kraepelin contribuyó más que ningún otro psiquiatra a la distinción entre los desórdenes del pensamiento y los desórdenes del afecto. Distinguió la demencia precoz donde el deterioro era muy probable, de los desórdenes afectivos en donde el deterioro era nulo. Además de la enfermedad maníaco depresiva, Kraepelin incluyó la categoría de la

melancolía, que viene a ser conocida como la melancolía involutiva. Este autor incluyó en su nomenclatura varios tipos de melancolía tales como:

- 1.- melancolía simple.
- 2.- melancolía activa.
- 3.- melancolía attonita.

Existieron algunos autores que se hicieron llamar biólogos de la mente; en este rubro encontramos a Adolf Meyer y a Sigmund Freud.

La psicobiología de Meyer se dirigió completamente a la eliminación del término melancolía de la nomenclatura psiquiátrica, esto debido a que el manejo de este término sugería poseer un conocimiento que en realidad no se tenía. Meyer consideró que este tipo de trastorno se debía a las disposiciones biológicas intrínsecas del paciente y los eventos ambientales externos. También introdujo el concepto de “patergasia” el cual hace referencia a un trastorno de la adaptación de los organismos a su ambiente, antes que a una lesión cerebral.

Sigmund Freud concibió la melancolía como el resultado de una lucha psicológica interna entre los intentos del ego de introyectar el objeto perdido y el rechazo del super ego a esta estrategia.

El teórico psicoanalítico más importante de la Depresión Mayor y de la enfermedad Maníaco Depresiva fue Karl Abraham, quien enfocó su atención en la culpa y autodesprecio y desarrolló su concepto de la ira retroflexiva a partir de estos datos. Una tercera teoría psicoanalítica de la depresión fue desarrollada por Sandor Rado y Edward Bibring, en la cual Rado consideró que sus pacientes mostraban una necesidad desesperada de amor y un marcado compromiso de la autoestima, por su parte Bibring, generalizó la teoría del compromiso de la autoestima para incluir todas las formas de depresión.

Otros modelos psicológicos sobre los desórdenes depresivos mayores en el siglo XX, se han basado en las teorías conductistas y cognitivas. Una de las más importantes teorías conductistas ha sido el desamparo aprendido. Este concepto está muy influido por los trabajos de Rene Spitz, quien desarrolló la noción de depresión partiendo de conceptos psicoanalíticos y utilizando observaciones conductuales que proporcionaron datos para un análisis conductista y comparándolos con modelos animales de la falta de ayuda aprendida. Spitz observó que los infantes separados de sus madres naturales y puestos en manos de

asistentes institucionales presentaron alteraciones como: aprehensión, tristeza y llanto; pérdida de contacto, rechazo del ambiente y aislamiento; retardo del desarrollo, reacciones lentas a los estímulos y disminución de los movimientos; pérdida del apetito, rechazo del alimento y pérdida de peso; insomnio y expresiones faciales similares a las de los adultos deprimidos (Beck, 1976).

Por su parte, Aarón Beck, desarrolló el modelo cognitivo de la depresión, apoyándose en enfoques psicoanalíticos y conductuales. La importancia de este enfoque fue la de hacer énfasis en la actitud del organismo hacia el futuro como un aspecto constante de las actividades cognitivas. El sistema de Beck se basa en una triada cognitiva que consiste en un concepto negativo de sí mismo, una interpretación negativa de las propias experiencias y una visión negativa del futuro.

Pero aún así las diferencias en torno a los desórdenes afectivos continuaron y se centraron alrededor de la biología de estos trastornos, los cuales han tenido cambios revolucionarios desde Kraepelin y su concepción de enfermedad maníaco-depresiva y los diversos tipos de melancolía, hasta las batallas entre dicotomistas y continuistas, hasta llegar al DSM-III y DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Estas concepciones sobre depresión realizadas por diferentes autores han tenido influencia en los diferentes tratamientos que han circulado a lo largo de la historia. En la actualidad los desórdenes afectivos se encuentran definidos y a su vez diferenciados de otros trastornos.

2.2.Causas de la depresión

Muchas son las preguntas que surgen en torno a la depresión, una de las más importantes tiene que ver con cuáles son los factores que la originan. En este sentido no existe una idea clara y definitiva, no se puede hablar de un único origen de la depresión.

Por lo tanto el tema se ha abordado desde diferentes puntos de vista, dando lugar a diferentes modelos explicativos. A este respecto podemos dividir las causas de la depresión en:

- A) Factores Biológicos.
- B) Factores Psicológicos.

C) Factores Ecológicos.

D) Factores sociales.

A) Factores Biológicos: La hipótesis de los factores biológicos fue inicialmente propuesta por Glowinski y sus colaboradores en 1965. La hipótesis proponía que la depresión se relacionaba con una deficiencia funcional de neurotransmisores a nivel de los receptores adrenérgicos, mientras que la manía se asociaba a un exceso funcional.

También se ha informado acerca de la reducción funcional de los niveles de serotonina en pacientes con desórdenes del afecto, que podría contribuir directamente a predisponer el desarrollo de los síntomas de la depresión y probablemente de la manía.

Algunas observaciones en el ser humano con respecto a la depresión, coinciden en el hecho de que algunos cambios en el organismo pueden dar origen a ésta, tales cambios pueden ser algunas enfermedades físicas; la ingesta de algunos fármacos; el uso de drogas o alcohol y la transmisión genética en varias generaciones de una misma familia.

El que una persona sea diagnosticada con alguna enfermedad, regularmente influye en la aparición de la depresión y esto reporta evidencias sobre la influencia de los factores biológicos; sobre todo si se trata de una enfermedad del sistema nervioso central como la enfermedad de Parkinson, embolias, infartos, hemorragias, demencias, esclerosis múltiple, epilepsia, entre otros. En este sentido se ha observado que el 25-40% de los sujetos que padecen este tipo de enfermedades presentarán una alteración depresiva importante, en algún momento durante el curso de la enfermedad. En las enfermedades médicas que no implican al sistema nervioso central directamente, las tasas son muy variables y comprenden desde más del 60%, hasta menos de un 8% (www.nacom.es/docs/salud/web/2000).

El uso de algunos fármacos propicia la aparición de la depresión, esta hipótesis se dio a conocer a través de investigaciones en torno al uso de un fármaco denominado reserpina, el cual producía una depleción (disminución) de sustancias cerebrales neurotransmisoras como la noradrenalina. La función de éstos neurotransmisores consiste en establecer un código de señales eléctrico y bioquímico al ser segregados por una neurona e interactuar con las neuronas adyacentes, en cuyas membranas hay receptores. Los investigadores han estudiado más comúnmente a neurotransmisores como la noradrenalina, serotonina y la dopamina, basándose en el efecto que tienen muchos fármacos antidepresivos en la

modificación de estos neurotransmisores. Sin embargo algunos otros autores se han enfocado en el estudio de los receptores y los subtipos de éstos, ya que son también responsables de la transmisión de la señal eléctrica en el cerebro.

El sistema neuroendocrino, ha sido también objeto de estudio en relación a la depresión, ya que se han encontrado algunas alteraciones de tipo glandular en pacientes con depresión. Estas alteraciones tienen que ver con el hipotálamo, la hipófisis (glándulas que se encuentran en el cerebro) y las suprarrenales (localizadas sobre los riñones); estas tres funcionan entre sí de modo que la hormona segregada por el hipotálamo, estimula a la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a producir cortisol. De esta manera la cantidad de hormona segregada sirve de freno a la glándula estimuladora, mecanismo conocido como retroalimentación. En la depresión esta retroalimentación no funciona de manera normal produciendo niveles elevados de hormonas. En pacientes con depresión se han encontrado altos niveles de cortisol y de corticotropina.

En lo que respecta al origen genético de la depresión, se ha visto que ésta se da con mayor frecuencia en algunos familiares de sujetos enfermos.

Los datos que justifican la incidencia de los factores genéticos en la depresión, proceden de estudios de gemelos, estudios familiares y de adopción y más recientemente la investigación de pedigrees.

Un buen número de autores ha presentado pruebas a favor de que la herencia juega un papel fundamental en el origen de la depresión. Estos investigadores han tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de los cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia.

Los estudios de Kallmann proporcionan datos que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad con un gen dominante. Con base en su estudio de 461 personas en el que utilizó el método de parejas de gemelos, reportó las siguientes tasas en relación con parientes consanguíneos en psicosis maniaco-depresivas:

0.4% en población general

23.5% en padres

16.7% en medios hermanos

23.0% en gemelos dicigóticos

100.0% en gemelos monocigóticos.

Este estudio ha sido criticado en virtud de que el autor tenía conocimiento del estado psiquiátrico del otro miembro de la pareja, por lo que se considera que el grado de concordancia tan alto que obtuvo, se debió en parte a errores metodológicos en la selección de la muestra (Calderón, 1984).

Otros autores como Slater y Tienari trabajaron también con familiares de pacientes depresivos; Slater trabajó con gemelos idénticos con trastornos afectivos, utilizando métodos más precisos y encontrando que sólo cuatro de las ocho parejas seleccionadas presentaron estados psicopatológicos concordantes, en tres el cogemelo era normal y en uno era neurótico. Los estudios sobre antecedentes familiares de trastornos depresivos sugieren que existe una mayor tasa de trastornos afectivos que en los familiares de sujetos sanos.

B) Factores Psicológicos: Estos factores han sido considerados de gran importancia en la aparición de la depresión. Existen dos tipos de factores psicológicos que se asocian con éstos trastornos emocionales; a) los llamados factores determinantes porque tienen que ver con una mala integración de la personalidad en la etapa formativa y b) los que se denominan desencadenantes y entre éstos podemos incluir, la pérdida de algún ser querido, pérdida de una situación económica, pérdida de poder, pérdida de salud.

- Factores determinantes: la infancia ha sido considerada como una etapa muy importante en la vida de los seres humanos, ya que durante ella es cuando el individuo va adquiriendo ciertos rasgos que constituyen su personalidad. El estudio del niño a nivel psicológico, comenzó a despertar interés en el siglo XIX, sobre todo en la segunda mitad de éste. Algunas teorías psicológicas dan una explicación de cómo se va formando en la infancia, la personalidad del individuo:

1. Teoría mecanicista o conductista: Es también llamada modelo del espejo mecánico, iguala a las personas con las máquinas, las considera como reactores, no como indicadores. Somos lo que nuestro medio ambiente hace de nosotros, de modo que si podemos descomponer un medio ambiente determinado, en sus diferentes partes, podemos predecir cómo reaccionará una persona (Papalia, 1985).

Para el conductismo un niño es una tabula rasa, en la que se puede escribir cualquier cosa, utilizando refuerzos aplicados por otras personas para moldear las respuestas.

2. Teoría organicista: Su principal exponente es J. Piaget, explica muchos de los aspectos de la conducta de los niños y los considera como actuantes en etapas sucesivas. Hace énfasis en lo cognitivo, pero sin dejar de lado lo social y lo afectivo. Los organicistas consideran al niño como actor y hacedor, es decir, alguien que construye su mundo activamente.

3. Teoría psicoanalítica: Su máximo exponente es S. Freud, el cual consideró que todos los seres humanos tenemos un aparato psíquico, el cual consta de tres instancias que son el ello, yo y superyo y de tres cualidades que son el consciente, preconsciente e inconsciente. El ello representa los influjos de un pasado heredado, el superyo es lo esencial, lo del pasado asumido por otros y el yo está comandado por lo que uno mismo ha vivenciado, vale decir, lo accidental y actual (Freud, 1938).

Así pues, los psicoanalistas centran su atención en las fuerzas motivadoras subyacentes de las que el niño no está consciente.

4. Teoría humanista: Se inclina a creer que ser un ser humano, es penetrar en el complejo proceso de ser una de las criaturas de este planeta, más ampliamente sensible, responsiva, creativa y adaptable (Lafarga y Gómez, 1975).

Los humanistas consideran que el niño tiene capacidad para promover su propio desarrollo y hacer esto en forma pasiva a través de las cualidades de selección, creatividad, autorrealización, en su camino para volverse hombre.

Existe la creencia de que para entender algunos problemas psicológicos del paciente debemos relacionarlo con alguna problemática no resuelta durante su infancia, es decir que en esta etapa se originan algunos trastornos como sonambulismo, terrores nocturnos, berrinches temperamentales, entre otros; los cuales sólo son manifestaciones de conflictos específicos y factores situacionales que generan angustia y que si no son resueltos el individuo los acarrea a todo lo largo de su vida. Sin embargo, no sólo hay que dar importancia a los antecedentes infantiles para tratar los trastornos emocionales, sino también apoyarnos en incidentes que en la vida del sujeto han tenido algún significado y en las tensiones familiares, incluyendo las matrimoniales y sexuales. También debemos distinguir si estas circunstancias son factores determinantes o si bien pueden ser considerados desencadenantes ya que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una persona deficientemente estructurada.

- Factores desencadenantes: La palabra “pérdida” en este apartado es de suma importancia ya que tiene que ver con angustia generada en el individuo, la cual le produce trastornos emocionales, entre ellos, depresión. Esta pérdida puede ser real y reciente, pertenecer al pasado, ser material o intangible.

Entre éstos tipos de pérdidas podemos encontrar: pérdida de un ser querido, pérdida de un status socioeconómico, pérdida de poder, pérdida de autoestima, pérdida de la salud (enfermedades con peligro de muerte, enfermedades que originan incapacidad física, enfermedades que determinan alteraciones estéticas, entre otros).

Estos procesos pueden darse en la infancia, adolescencia, vida adulta o vejez.

El papel de la pérdida no es universal en la depresión, sin embargo es necesaria la distinción entre la pérdida del objeto y la pérdida de la función que el objeto provee. La importancia de las pérdidas tempranas no sólo es un factor causal sino que influye en el inicio y el desarrollo evolutivo de un trastorno afectivo. La resistencia personal a la pérdida es variable y tiene que ver con la manera en que se forma cada individuo: En este sentido existen tres cuestiones fundamentales:

- 1.- Estrategias de afrontamiento que son aquellos esfuerzos en el ámbito de pensamiento y de conducta que una persona desarrolla para hacer frente a situaciones externas y/o internas que desbordan los recursos de los que dispone habitualmente y exigen un sobreesfuerzo para manejarlas, es decir las estrategias para hacer frente a situaciones imprevistas, problemas, sin llegar a perder el control. Así pues una persona con depresión carece de este tipo de estrategias por ello se le dificulta la toma de decisiones y utiliza las reacciones emocionales para resolver problemas y enfrentarse a situaciones difíciles.
- 2.- Por otra parte, de acuerdo a la teoría cognitiva los pensamientos distorsionados ocurren tempranamente en la cadena de eventos que culmina con la depresión. La creencia en el destino y las exigencias irreales hacia sí mismo o hacia otros son vistas como las causas de una predisposición a desilusionarse, perder el optimismo y finalmente desarrollar una depresión.
- 3.- Apoyo social: Se refiere a la percepción que tiene el sujeto de la existencia de las relaciones con un significado de soporte emocional, informacional y material. El que una persona se sienta sola, sin apoyo, es un factor que propicia depresión.

La resistencia personal a la pérdida es variable y depende, como antes se dijo, de la constitución emocional del individuo, en este sentido hay personas sumamente sensibles a la pérdida y otras que la soportan sin problema.

C) Factores Ecológicos: Son también considerados como causa de depresión; ya que el hombre ha venido modificando su hábitat, sometiendo a la naturaleza a sus caprichos y satisfacciones; debido a que la naturaleza tiene sus propios mecanismos de defensa y autopurificación, durante siglos logró mantenerse en equilibrio permitiéndole al ser humano una vida tranquila y saludable. Pero en la actualidad esto ya no es posible. Es cierto que gozamos de un gran avance científico y tecnológico; el primero nos ha llevado al descubrimiento de la cura de diferentes enfermedades que en la antigüedad eran difíciles de controlar como el sarampión, hepatitis, sífilis, cáncer entre otros; el segundo nos ha llevado a gozar de mayor bienestar físico debido a la construcción de máquinas que hacen más fácil el trabajo humano; también la construcción de medios de transporte; diversos medios de entretenimiento como radio, televisión, cine, juegos mecánicos, señales de internet y una lista interminable de creaciones hechas para el bienestar del hombre. Pero, aunque parezca mentira, todo este avance también ha traído consecuencias muy negativas que repercuten en la salud física y mental de todos. Tales consecuencias las podemos ver en el aumento excesivo de la población, la explotación inmoderada de recursos naturales, la producción incontrolada de recursos contaminantes, generando con ello una severa contaminación ambiental y el desequilibrio ecológico consiguiente. Todo esto produce en las personas, tensión enajenante, hipertensión, angustia e inseguridad y en muchos de los casos esto se traduce en depresión.

Entre los problemas principales a nivel ambiental encontramos:

- calentamiento atmosférico.
- adelgazamiento de la capa de ozono.
- proceso de desertificación.
- disminución de agua por un proceso de salinización de agua.
- destrucción progresiva de los bosques tropicales y de lluvia fría.
- pérdida de tierras arables.
- acelerada desaparición de especies animales y vegetales.
- acelerada urbanización y desarrollo de “macropolis”.

Los procesos más severos hoy en día identificados del deterioro del medio ambiente son:

- contaminación física, química y biológica de la atmósfera.
- contaminación específica del agua de uso común, de tipo químico y biológico.
- contaminación con metales pesados (Pb, As, F, Cr, Al), de agua, ámbitos laborales y suelo.
- presencia de pesticidas, herbicidas y fungicidas, en agua y suelo.
- aumento de contacto del ser humano con solventes.
- aumento de residuos sólidos de ciudades y procesos industriales.
- ausencia de solución final de residuos radiactivos (www.nami.org/ 2000).

Todo esto causa en el ser humano una serie de alteraciones físicas y psicológicas. Por ejemplo, la contaminación de la atmósfera, del agua, del suelo y del aire, genera desajustes que derivan en enfermedades en el ser humano; además la sobrepoblación en las “grandes ciudades” genera problemas de tránsito y contaminación por ruido. Por lo cual el capitalino vive en un medio en el que se generan innumerables accidentes y pérdidas económicas, donde la circulación es lenta y hay problemas de estacionamiento, los cuales representan peleas cotidianas entre personas; donde hay contaminación ambiental tanto por gases como por ruido, donde las grandes distancias generan un menor descanso en el individuo y por lo tanto menor rendimiento. La pérdida cada vez más rápida de espacios naturales y el incremento de ciudades, crea en el individuo una vida agitada que le suscita una tensión, angustia e inseguridad. De esta manera la “era moderna” se ha convertido en el enemigo número uno del ser humano.

En este sentido puede decirse que la ciudad como escenario de la vida social no tiene muy buena fama, se ha convertido en el ámbito que refleja múltiples alteraciones.

D) Factores sociales: También han sido considerados como parte importante en la aparición de la depresión, ya que diversos estudios demuestran que los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie.

Los conceptos de apoyo social, ajuste social, y el papel de los eventos sociales contribuyen al entendimiento del lugar que ocupan los factores sociales en la etiología y el desarrollo de los trastornos del afecto.

Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido, la familia, la iglesia, y la comunidad vecinal y desde que se inició la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales como la depresión, el miedo y la ira; sin embargo, en los últimos años estas tres fuentes de apoyo se han ido desintegrando.

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, cabe suponer que esta institución sobrevivirá mientras exista nuestra especie. Es un hecho que el medio ambiente humano para la mayor parte de los individuos en desarrollo es la familia y esto nos lleva de la mano al estudio de los factores familiares dentro del proceso total del desarrollo (Nariall, 1976)

Así pues, la familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio.

La familia como institución necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individualización al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia (Minuchin, 1991).

Numerosos estudios han demostrado que la familia se comporta como unidad. En 1984, Jackson introdujo el término de “homeostasis familiar” para designar esta conducta (Sátir, 1986).

Este término hace referencia al deseo de la familia por mantener las relaciones; a que los miembros ayuden a mantener este equilibrio en forma abierta y en forma encubierta; las pautas de comunicación de la familia revelan este equilibrio. Desgraciadamente, cada vez más los lazos familiares se debilitan, debido a que los padres de familia tienen que trabajar y se ven obligados a dejar a sus hijos a cargo de otras personas o simple y sencillamente se desentienden de ellos convirtiéndose casi en extraños; la violencia intrafamiliar es cada vez más alta y repercute en la incidencia de desintegración familiar, ejemplo de ello es que muchas familias se reúnen únicamente en ocasiones especiales, como bodas, bautizos, entierros; que los divorcios incrementan día con día y que en la actualidad muchas familias se han desintegrado, dejando de ser el sostén de cada uno de sus miembros.

Por otra parte el apoyo social que la iglesia ha representado es de suma importancia, ya que da un sentido cognoscitivo a la vida, brinda consuelo en los períodos de desesperación, especialmente si están relacionados con la muerte y presta servicios sociales a enfermos, huérfanos y ancianos. Además de ser el freno de muchas conductas negativas, que de llevarse a cabo no nos permitirían vivir en sociedad, tales conductas son el matar, robar,

entre otros; los cuales son elementos que la iglesia tiene a favor, sin embargo, posee otros elementos en contra, tales tienen que ver con el hacernos pensar en que no podemos ni debemos cambiar nuestro destino, por muy molesto y difícil que éste pueda sernos, ya que esto significaría ir en contra de Dios; y muchas veces la gente apoyada en estas concepciones deja su destino en “manos de el Creador”, pudiendo modificarlo por sí misma. Tal es el ejemplo de una mujer que es golpeada por su esposo y que en lugar de hacer algo al respecto, considera que eso es “su cruz” y que debe aceptarla sin importarle que con ello se le pueda ir la vida.

La religión ha prestado, desde luego, grandes servicios a la civilización humana y ha contribuido, aunque no lo bastante, a dominar los instintos. Una multitud de individuos se siente descontenta con la civilización y se siente desdichada dentro de ella, esto obedece a que la religión ha perdido gran parte de su influencia sobre las colectividades humanas (Freud, 1927). Es decir, en la actualidad los lazos religiosos se están debilitando y cada día es mayor el número de personas que no creen en nada, ni siquiera en sí mismos.

En cuanto al apoyo vecinal se ha roto casi por completo, hoy en día lo habitual es que con dificultad conozcamos a las personas que colindan con nuestra casa y el resto de la comunidad suele sernos totalmente extraña. Todo esto, en combinación con el aumento de la delincuencia y la violencia, constituyen un serio problema que afecta en forma importante el estado afectivo de la población. Por ello cada día son más las personas que padecen trastornos emocionales, entre ellos depresión.

Estos cuatro factores tratan de dar una explicación del origen de la depresión, pero con el paso del tiempo se ha reconocido que no se puede aplicar un modelo explicativo único, que aclare completamente el origen de un trastorno depresivo, observando que éstos modelos han de integrarse entre sí y no son excluyentes entre ellos.

2.3. Cuadro Clínico

Es un hecho que todos los seres humanos, en algún momento de su vida, experimentan sentimientos de tristeza, dolor, decepción y desesperación. La gente se preocupa por muchas cosas. Todos deseamos cuidar a nuestra familia, nuestros amigos, nuestros empleos, nuestras mascotas y, cuando perdemos a un ser querido, cuando fracasa un

matrimonio o cuando nos quedamos sin empleo, es normal sentirse triste y desubicado. Alguna decepción o tragedia llegará a nosotros tarde o temprano, entonces es natural sentir dolor cuando hay una pérdida. Con frecuencia cuando nos encontramos frente a un hecho doloroso, decimos sentirnos deprimidos, pero es importante darnos cuenta que el sentirnos tristes o desesperados, no necesariamente significa que estemos deprimidos.

Según Mendels (1972), la depresión clínica se distingue de la tristeza normal en cinco formas básicas:

- la depresión es mucho más dolorosa.
- la depresión es más prolongada.
- la depresión interfiere con la funcionalidad cotidiana.
- la depresión es una emoción destructiva.
- la depresión es más que un sentimiento doloroso, representa un conjunto de síntomas, que con frecuencia implican una serie de problemas en la interacción social, la conducta y el funcionamiento mental y biológico.

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la presencia de un episodio mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2000).

Una vez puntualizada la definición de depresión, pasaremos a la descripción del cuadro sintomático de ésta, es decir, hablaremos de las áreas a las que afecta y de qué manera lo hace, en el ser humano.

Según Calderón (1984), la depresión afecta principalmente cuatro áreas en el ser humano: afectiva, intelectual, conductual y orgánica.

- Transtornos de la afectividad: Dentro de éstos transtornos encontramos aquellos que tienen que ver con el pensar y sentir sobre sí mismos, las personas deprimidas. Entre éstos encontramos:

- 1.- Indiferencia afectiva: Disminución o pérdida de intereses vitales.
- 2.- Tristeza: Con o sin tendencia al llanto.
- 3.- Inseguridad: Dificultad para tomar decisiones.
- 4.- Pesimismo: Enfoque vital derrotista.
- 5.- Miedo: Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo.
- 6.- Ansiedad: Más intensa en la mañana, puede ser confundida con síntomas depresivos.
- 7.- Irritabilidad: Con agresividad que da origen a problemas familiares.

De esta manera una persona deprimida, piensa que “nada vale la pena”, se percibe a sí mismo como “inútil”, “buena para nada”, “carente de atractivos”, “fracasada”, “incompetente”, y lo peor del caso es que estos adjetivos calificativos, una persona deprimida, los generaliza, a la mayoría, sino es que a todas las áreas de su vida. Todos estos pensamientos la llevan a sentir coraje y culpa.

El depresivo se enjuicia a sí mismo dentro de una gama de pensamientos que comprende desde la insuficiencia y la ineficacia hasta la culpabilidad. Dando un crédito escaso o nulo a la realidad y ofreciendo una respuesta escasa o nula, a la confianza que se le muestra, al argumento o recurso emocional, niega éxitos y habilidades pasadas... En muchos casos, pacientes depresivos en grado agudo, se lamentan de cosas que nada tienen que ver con ellos. Se juzgan a sí mismos responsables de los problemas de los demás (Mendels, 1972).

- Transtornos intelectuales: Las funciones del intelecto no son las más afectadas durante la depresión, sin embargo pueden darse síntomas importantes como:

- 1.- Sensopercepción disminuida: Mala captación de estímulos.
- 2.- Transtornos de la memoria: Dificultad para la evocación.
- 3.- Disminución de la atención: Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.
- 4.- Disminución de la concentración: Problemas en el estudio y el trabajo.
- 5.- Ideas de culpa y de fracaso: Autoevaluación, incapacidad de enfrentamiento.
- 6.- Pensamiento obsesivo: Ideas o recuerdos molestos recurrentes.

Debido a esta sintomatología, el paciente experimenta una sensación de incapacidad, y esto le impide ejecutar acciones que le favorezcan y produzcan bienestar, al contrario considera que todo le sale y le saldrá mal y no puede hacer nada para obtener el tipo de satisfacción que necesita.

- Transtornos de la conducta: Estos trastornos se derivan de la existencia de los trastornos afectivos e intelectuales, y dan como resultado:

- 1.- Actividad disminuída: Descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
- 2.- Productividad disminuída: Mal rendimiento en sus labores.
- 4.- Impulsos Suicidas: Ideas o intentos de privarse de la vida.
- 5.- Impulso a la ingestión de alcohol y drogas: Tendencias de beber o utilizar drogas, como un mecanismo de escape de la ansiedad.

Como consecuencia de éstas alteraciones, no es raro ver a personas deprimidas desaliñadas, carentes de interés en todas las actividades que antes eran sus favoritas y disfrutaban al máximo; personas que ya no rinden de igual manera en el trabajo, en su hogar, y que lo único que desean es morirse, no importa el cómo, sino simplemente “dejar de existir”, para con ello mitigar su sufrimiento. En este sentido los impulsos suicidas son el aspecto más delicado y peligroso que debe valorarse; ya que una intervención inadecuada o lenta, durante el tratamiento puede ser de graves consecuencias. Se dice que la conducta suicida significa “un grito de auxilio”, que una persona deja escapar hacia sus familiares, amigos o gente que le rodea, de modo que transmite un desesperado mensaje de sufrimiento y angustia a los que le rodean, con la esperanza de que éstos respondan con alguna ayuda. Prueba de ello es que muchas personas que se suicidan, dejan recados a sus familiares, amigos, vecinos, pero esto en muchos de los casos no es tomado en cuenta por las personas que rodean a un deprimido, por considerar que “el que mucho habla, poco hace”, si bien es cierto que no todos los que hablan de suicidarse llegan a hacerlo, algunos sólo lo hacen para llamar la atención (los que pertenecen al grupo de los que no son depresivos graves), pero no está por demás extremar precauciones.

- Transtornos orgánicos:

- 1.- Transtornos de sueño: Insomnio que se presenta al principio o al final del período de descanso. Dormir inquieto. En algunos casos se da hipersomnía.

- 2.- Transtornos del apetito: Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones hambre compulsiva.
- 3.- Disminución del deseo sexual: Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.
- 4.- Cefalea tensional: Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.
- 5.- Decaimiento físico: Falta de energía vital.
- 6.- Transtornos digestivos: náuseas, vomito, gastritis, entre otros.
- 7.- Transtornos cardiovasculares: Transtornos de la frecuencia o del ritmo cardiaco.
- 8.- Alteraciones menstruales: Las mujeres depresivas manifiestan con frecuencia cambios en su ciclo menstrual. El problema más frecuente es la prolongación del ciclo menstrual acompañado de un flujo más ligero. Sin embargo en algunos casos puede cesar completamente por varios meses.
- 9.- Otros: Mareos, prurito y, estreñimiento.

Así pues, es común ver a una persona deprimida, totalmente cambiada en su aspecto físico; con ojeras, más delgada, con malestares generales. Todo esto produce en ella pérdida de autoestima, de esta manera la depresión se convierte en un ciclo vicioso, se convierte en causa y consecuencia, es decir es causada por ciertos factores, pero produce síntomas que deterioran más a la persona que la padece, derivando en más depresión. Ejemplo de ello lo constituye una mujer deprimida por la separación de su esposo; al presentar los síntomas antes mencionados, sus actitudes cambian, se vuelve insegura, temerosa, angustiada y a ello se le agregan los cambios físicos que está experimentando; aparición de ojeras por trastornos de sueño; palidez y pérdida de peso por trastornos alimenticios, aparición de dolores y males que afectan a todos los sistemas de organismo: sequedad de boca, cefaleas, neuralgias, sensación de opresión en el pecho; todo esto tendrá como consecuencia baja autoestima y por consiguiente un hundimiento mayor en la depresión.

El comienzo del cuadro clínico puede estar relacionado con algún problema serio de tipo económico, familiar, laboral o sentimental. A este tipo de cuadros depresivos se les llama reactivos. De manera contraria, el cuadro puede aparecer sin motivo aparente, ocasionando en el paciente cierta sorpresa al sentirse triste, teniendo en su vida los elementos necesarios para sentirse feliz; a este cuadro se le llama depresión endógena.

Tipos de depresión:

- Trastorno depresivo mayor: Se manifiesta por la combinación de síntomas que interfieren con la habilidad de trabajar, dormir, comer y disfrutar de actividades que en otro momento fueron agradables.

- Distimia: Involucra síntomas de larga duración que se vuelven crónicos, pero que no inhabilitan, sin embargo impiden al individuo funcionar al máximo, e impiden la sensación de bienestar.

- Trastorno depresivo no especificado: No cumple con los criterios de los dos anteriores. Algunas veces los síntomas se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Ejemplo de ello es el trastorno premenstrual, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante esto es, repetitivo, que tiene una duración de dos días a dos semanas y se presenta una vez al mes durante doce meses. También cuando es secundario a un trastorno psicótico o a una enfermedad médica.

- Enfermedad maniaco-depresiva o trastorno bipolar: Es menos extensa en cuanto al número de personas que la padecen y se manifiesta en ciclos de depresión y de aparente júbilo llamado manía. En algunos pacientes y en algunos períodos del trastorno, los cambios de ánimo son dramáticos y rápidos pero generalmente graduales. Cuando la persona se encuentra en la etapa depresiva, puede presentar uno o más de los síntomas mencionados. Cuando se encuentra en fase maniaca puede presentar júbilo inadecuado, irritabilidad inadecuada, grado serio de insomnio, ideas de grandeza, hablar en exceso, pensamientos desarticulados, aumento de deseo sexual, marcado aumento de energía. La manía puede modificar el juicio, el pensamiento y el comportamiento social de forma tal que provoque graves dificultades sociales y de otras índoles.

Si bien la severidad de los cuadros depresivos se determina por la presencia del número y la intensidad de los síntomas específicos, existen instrumentos que permiten un acercamiento un poco más objetivo e incluso cuantitativo de la severidad de las depresiones. Estos instrumentos son los denominados “escalas de severidad” que se aplican una vez que se determinó el diagnóstico de depresión. Esto es importante ya que no deben considerarse como instrumentos de diagnóstico sino de cuantificación de severidad (De la Fuente, 2000).

Es sorprendente el que la depresión se ha vuelto el trastorno más común a nivel mundial, pero aún más sorprendente es el hecho de que la mujer sea más propensa a padecer este trastorno ya que se sabe que por cada hombre con depresión, hay dos mujeres. Tan sólo el episodio depresivo mayor en mujeres es de 14.9, en relación con 8.6 en hombres (www.col.ops-oms.org/ 2002). Motivo por el cual es de especial interés el revisar los factores que producen esta incidencia de depresión en la mujer.

3. DEPRESIÓN EN LA MUJER

El tema sobre la depresión femenina, es digno de observación y por lo tanto de estudio, ya que existen diversos factores que propician que la tasa de depresión en la mujer sea más alta que en el hombre.

La depresión afecta a un sorprendente 20-23% de las mujeres en algún momento de su vida, por lo que se puede considerar que constituye uno de los problemas de salud pública más frecuentes en el mundo. Es posible que esta elevada prevalencia en las mujeres sea multifactorial y que implique una elevada interacción de factores genéticos, neuroendocrinos, psicosociales y relacionados con el estrés (Greden, 2003).

En este capítulo se mencionan los diversos factores que hacen de la mujer una presa fácil de la depresión.

3.1 Factores Relacionados con la sexualidad

Estos factores causan fluctuaciones en el estado de ánimo y en algunas mujeres incluyen depresión. Las hormonas afectan las sustancias químicas del cerebro que controlan las emociones y los estados de ánimo. Entre estos factores podemos incluir:

- A) Ciclo menstrual
- B) Embarazo
- C) Posparto
- D) Infertilidad
- E) Menopausia

A) Ciclo Menstrual: Al llegar a la pubertad los seres humanos, empiezan a experimentar cambios importantes. En la mujer se inician los cambios hormonales rítmicos, conocidos como ciclo menstrual.

El período que dura el ciclo menstrual en promedio es de 28 días, aunque puede variar de mujer a mujer y de un ciclo a otro en la misma mujer. Su duración durante el transcurso de la vida va desde la pubertad hasta la menopausia, interrumpido únicamente por el embarazo, lactancia o enfermedad.

Durante la menstruación normal se pierden aproximadamente 34ml de sangre y 35ml de líquido seroso. La duración de la menstruación es variable en cada mujer, pero se calcula que la normatividad es de 3 a 8 días.

Esta fase de la mujer se inicia cuando la hipófisis o glándula pituitaria, la cual está situada en la base del cerebro, segrega unas hormonas estimulantes del ovario que reciben el nombre de gonadotropinas. Una de estas hormonas, la gonadotropina A, estimula la maduración de un folículo ovárico en el interior del cual reside el óvulo. El folículo en maduración produce a su vez una hormona llamada foliculina o estrógeno; como consecuencia de la acción mancomunada de la gonadotropina A y B, el folículo se rompe soltando el óvulo (ovulación). El folículo vacío se convierte en el cuerpo lúteo que además de estrógenos segrega progesterona. Los estrógenos, durante la fase de maduración folicular, actúan sobre la mucosa que recubre el interior de la matriz posibilitando la reconstrucción posmenstrual, mediante la proliferación de la misma. Una vez que tiene lugar la ovulación, aquella mucosa gracias a la acción de la progesterona producida por el cuerpo lúteo, se transforma para estar en condiciones de recibir un posible óvulo fecundado y esto implica una secreción adecuada de sus glándulas. Si la fecundación no tiene lugar, la mucosa endometrial se desprende causando así la menstruación. Después la hipófisis reinicia el ciclo.

El ciclo menstrual de la mujer, está regulado por el eje hipotálamo-pituitaria-ovario. El hipotálamo libera GnRH (hormona que libera gonadotropina), la pituitaria produce las hormonas LH y FSH y los ovarios producen estrógeno y progesterona. Estas últimas ejercen funciones importantes en el sistema nervioso central, el sistema reproductivo, el urinario, el cardiovascular y la piel. Hay receptores de estrógeno casi en todo el cuerpo (Johnson, 1985).

La ansiedad e irritabilidad que se presenta en muchas mujeres al final de la última fase del ciclo menstrual (fase lútea), se ha asociado con la disminución en los niveles de progesterona y de los productos derivados de su procesamiento al no haber ocurrido el embarazo.

Los síntomas de la menstruación van desde acné, irritabilidad, apatía, problemas de sueño, llanto, tristeza, y hasta pensamientos suicidas.

La severidad de los síntomas podemos dividirla en ligeros (ansiedad, irritabilidad, cambios de humor); graves (cuando además de los anteriores, se presenta fatiga, vértigo, desmayo); severos (depresión por sensación subjetiva de abandono, llanto, confusión, aislamiento, insomnio).

Los cambios perimenstruales más comunes son dolor (de cabeza, de riñones, calambres, tensión muscular, migraña, cansancio); cambios de la capacidad intelectual (confusión mental, problemas de memoria, mala concentración); cambios de conducta (insomnio, menor rendimiento laboral); reacciones corporales (mareos, sudores fríos, náuseas, vómito, sofocación, desmayos); retención de líquido (aumento de peso, hinchazón de abdomen, hinchazón de senos, hinchazón de tobillos y manos adoloridas) y cambios en el estado de ánimo (ansiedad, irritabilidad, propensión al llanto).

De acuerdo con el Comité del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, más del 80% de las mujeres en edad reproductiva experimentan cambios premenstruales tanto físicos como de comportamiento (Johnson, 1987 citado en Huerta, 2000). Sin embargo éstos son los normales y casi nunca producen incapacidad o alteraciones funcionales. Entre 20 y 40% de las mujeres experimentan algunos problemas premenstruales y sólo entre el 2 y 10% tienen síntomas severos que alteran su trabajo y sus relaciones sociales.

Se realizó un estudio transversal a 502 mujeres de las zonas urbanas y rurales del estado de Jalisco y Guanajuato; aparentemente sanas y de las cuales ninguna buscaba tratamiento cuando fueron entrevistadas; el estudio tuvo como propósito saber la frecuencia y el grado de intensidad de los síntomas físicos y emocionales de la menstruación; para ello se usó la escala de Keye. A cada una de ellas se le dieron instrucciones por escrito para que identificara la fase del ciclo en la que se encontraba cuando se le entrevistó. Las voluntarias calificaron sus síntomas por medio de una escala de 0 = sin problemas a 3 = síntoma severo. Los resultados indicaron que de 30 a 35% de las mujeres jóvenes experimentaban síntomas y éstos eran más frecuentes en los últimos días de la fase lútea del ciclo menstrual. Los síntomas más comunes fueron: distensión abdominal, dolor en la región lumbrosacra y en la pelvis, cefalea, fatiga, tristeza, llanto fácil, deseo de estar sola, inseguridad, depresión y ansiedad. En este estudio se demostró que las mujeres que habitaban en las zonas urbanas manifestaban un mayor grado de síntomas de depresión, irritabilidad, agresividad y de deseo sexual que las mujeres de las zonas rurales. En las mujeres más jóvenes fueron más

frecuentes la falta de concentración, la inseguridad, la debilidad, el deseo de estar sola y su insatisfacción con su apariencia física (Huerta, 2000).

Está claro que la mujer sufre diversos cambios hormonales, lo que no está muy claro es de qué manera las hormonas gonadales causan depresión. Se dice que los estrógenos intervienen en numerosos sistemas de neurotransmisores implicados en la regulación afectiva, tales como la serotonina, la noradrenalina y la hormona liberadora de la corticotropina y están muy vinculados a los procesos metabólicos de la serotonina y los glucocorticoides que intervienen en situaciones de estrés. Estos datos corroboran la idea de que las hormonas gonadales desempeñan un papel etiológico en la depresión (Greden, 2003).

Aunque también se puede dar otro tipo de explicación, pero ésta de tipo social a la aparición de la depresión durante el ciclo menstrual y ésta tiene que ver con la educación que recibe la mujer, ya que ésta determina la forma en que enfrentará los cambios y experiencias que vive con la misma.

Las principales fuentes de información que una mujer posee en la adolescencia acerca de la menstruación son la escuela (clases y libros de texto); medios de comunicación (radio, televisión, revistas); familia (más estrechamente la comunicación con la mamá, posteriormente tías o primas); y por último la sociedad en general (amigos, conocidos).

Desgraciadamente la información que la mujer recibe es poco seria y confiable. Por ejemplo la información contenida en los libros de texto de la escuela se enfoca más a los factores biológicos y esto resulta insuficiente para comprender ese proceso tan complejo llamado menstruación que incluye aspectos emocionales, síntomas y aspectos de la salud de la mujer. Lo mismo podemos decir de los medios de comunicación, quienes rara vez abordan el tema y cuando lo hacen es de manera superficial, dejando en la adolescente más dudas en lugar de respuestas.

Por otra parte, la educación recibida en la familia, principalmente por parte de la madre, es escasa y en muchas ocasiones errónea. Ya que desgraciadamente no siempre está la madre preparada para educar a sus hijas, para muchas es tema incómodo por lo cual llegan a presentar conductas reservadas y hasta secretas, lo cual las conduce a falta de comunicación al abordar el tema.

Cuando la mujer no comprende de una manera adecuada su ciclo menstrual, se ven afectados diversos aspectos de su vida como: salud, estado de ánimo, sexualidad y fertilidad.

Entre más adecuada sea la educación más positiva será la experiencia, ya que finalmente nos enfrentamos con un ciclo normal en la vida de la mujer.

B) Embarazo: Este es un período de especial vulnerabilidad para la depresión. La predisposición que una mujer tiene durante esta etapa, de padecerla puede estar determinada biológicamente, como un síntoma endocrinológico complejo y muy importante. Las alteraciones hormonales desempeñan un papel primordial en el inicio de períodos depresivos.

Alguna vez se llegó a pensar que la disminución de estrógenos y progesterona durante el embarazo, constituían por sí solos las condiciones favorables para la aparición de trastornos afectivos, en la actualidad se piensa que también la disfunción tiroidea juega un papel importante en la aparición de depresión. Sin olvidarnos de la vulnerabilidad genética y los acontecimientos estresantes los cuales van de la mano en la aparición de estos trastornos.

Conviene considerar que la baja de autoestima por la pérdida de la figura o el sentimiento de haber perdido el atractivo sexual es muy importante en una mujer, ya que se le ha enseñado que una mujer debe ser bonita, atractiva, de buen cuerpo para que guste al hombre y sin estas “virtudes” puede perder a su esposo.

Los temores de tener un producto malformado, muerte dentro del útero, la propia salud, o la muerte en el trabajo de parto; si es un embarazo deseado o no, estar soltera, tener mala salud, beber durante el embarazo, conflictos de pareja, también pueden influenciar la incidencia de depresión en una mujer (Aguilar, 1996).

En cuanto a la influencia de la edad en la aparición de la depresión en la mujer embarazada, se sabe que entre más joven sea ésta y menor el apoyo social y económico que reciba, mayor predisposición tendrá de padecer un trastorno emocional. Una investigación se dirigió hacia un grupo de 32 adolescentes embarazadas, primigestas, con edad promedio de 15.7 años, de nivel socioeconómico bajo y escolaridad mínima de sexto año de primaria, quienes asistían a consulta al Instituto Nacional de Perinatología; tuvo como objetivo saber de qué manera influyen el autoconcepto y los conflictos propios de la fase de la

adolescencia, con la presencia de embarazo (la mayor parte de las veces no deseado), que las obliga a elaborar una nueva imagen de sí mismas, cuando todavía no está integrado el esquema corporal resultante de los cambios físicos de la pubertad. Para tal investigación se utilizó como instrumento de evaluación la Escala Tennessee, que mide el autoconcepto y consiste en cien oraciones autodescriptivas, agrupadas en cinco áreas diferentes: self físico, self moral-ético, self personal, self familiar y self social. Se obtuvo un puntaje global por debajo del percentil 50, es decir inferior a la media en la muestra, esto habla de que en el grupo el autoconcepto fué bajo y las adolescentes de la muestra presentaron una importante tendencia a la autoevaluación, revelaron sentimientos ansiosos y depresivos y en general poca confianza en sí mismas (Salinas, 1992).

Los síntomas clínicos de depresión más frecuentes durante el embarazo son: alteraciones del apetito y del sueño; fatiga y disminución de energía. Pero estos síntomas no permiten establecer la prevalencia y el curso de la depresión ya que la mayoría de las mujeres con síntomas depresivos que acuden a los profesionales de la medicina lo hacen en el marco de la asistencia primaria u obstétrica y con frecuencia esta etapa sólo encubre los síntomas, ya que dan más importancia a la atención primaria y, la negativa por parte de las mujeres de revelar sus síntomas, complica la detección y el consiguiente tratamiento de la depresión durante el embarazo.

De esto se derivan secuelas como: la afectación negativa de la enfermedad en la madre y el feto, además las recaídas que incrementan la posibilidad de padecer una depresión crónica y por lo tanto una resistencia al tratamiento.

Los pensamientos suicidas, los problemas relacionados con la nutrición, un cuidado personal inadecuado y el insomnio, son factores asociados al empeoramiento de la depresión en el embarazo.

La depresión grave se asocia con un peso bajo en el recién nacido, mayor riesgo de tener un parto prematuro y preeclamsia en la madre la cual es una complicación seria del embarazo y en muchos casos es causa de muerte materna; los síntomas son: aumento de presión arterial, proteinuria (pérdida de proteínas a través del riñón) y edema (hinchazón en piernas, manos, cara y abdomen).

C) Posparto: Es el período después del parto e incluye la estadía en el hospital y hasta seis semanas después. Es una etapa muy importante en el proceso reproductivo de la mujer.

Durante éste, se desarrollarán en la madre unos procesos que culminarán con su retorno al estado de pre-embarazo.

Este período se supone debería ser para la mujer de mucha felicidad, pues ahora puede tener en sus manos a su anhelado bebé. Sin embargo se ha observado un fenómeno que varía en severidad y manifestaciones. A este se le llama depresión posparto y es más común de lo que se sospecha.

Después del parto, muchas mujeres tienen cambios constantes de carácter; un minuto están contentas, al siguiente empiezan a llorar, incluso se sienten un poco deprimidas, les cuesta trabajo concentrarse, pierden el apetito y tienen dificultad para conciliar el sueño, aún cuando su bebé esté dormido. Estos síntomas pueden iniciar a los 3 ó 4 días después del parto, y durar hasta 10 días; sin embargo algunas mujeres tienen síntomas más severos y con una duración mayor. Entre estos podemos encontrar:

- Pérdida de interés en actividades que antes resultaban placenteras.
- Pérdida de apetito.
- Disminución de energía y motivación para realizar cualquier actividad.
- Dificultad para dormir o mantener el sueño.
- Llorar constantemente o estar triste.
- Sentimientos de culpa.
- Sentirse nerviosa, irritable o angustiada.
- Subir o bajar de peso.
- Sentir que la vida no tiene sentido.
- Tener deseos de hacerse daño.
- Le preocupa dañar a su bebé.

Muy frecuentemente, éstos estados depresivos quedan enmascarados bajo el sinnúmero de dificultades y complicaciones que surgen ante la crianza. El niño no duerme bien, permanece despierto gran parte de la noche, llora interrumidamente, se alimenta mal, y así el estado de abatimiento, ansiedad, fatiga y desequilibrio materno se considera una consecuencia de “la guerra del bebé” sin que la pobre madre, ni tampoco los que la rodean, reconozcan la verdadera causa (Bleichmar, 1995).

Aunque algunas mujeres se sienten deprimidas inmediatamente después del parto, otras no llegan a sentirse así, sino hasta algunos meses después del parto.

Este padecimiento se puede presentar con más facilidad, cuando se han tenido síntomas anteriores como:

- Depresión posparto en embarazos anteriores.
- Depresiones no relacionadas con el embarazo.
- Matrimonio problemático.
- Pocos amigos o familiares a quienes platicarles los problemas.
- Eventos estresantes durante el embarazo o después del parto.

La causa exacta de la depresión posparto no se sabe. Sin embargo se le atribuye a los niveles hormonales que cambian con el embarazo y caen bruscamente después del parto. Se dice que éstos cambios hormonales pueden provocar cambios químicos en el cerebro que pueden ser una de las causas de depresión.

D) Infertilidad: Es la imposibilidad de procrear; generalmente se piensa en ella, cuando después de que una pareja tiene relaciones durante un año, sin utilizar ningún método de control de embarazo (anticonceptivos, preservativos), éste no se logra.

La infertilidad dentro de una relación de pareja, puede ser presentada por el hombre, la mujer o por ambos.

En lo que respecta a la mujer, son diversos los factores que propician infertilidad; tales son:

- Factor ovárico: En ocasiones los ovarios de una mujer pueden no ser normales, como sucede en anomalías cromosómicas. En otras, son normales pero dejan de funcionar antes de lo que correspondería a la edad normal de menopausia, esto es, a partir de los 45 años. Otros casos pueden deberse a tratamientos médicos o quirúrgicos, sobre todo en algunos tipos de cáncer, en donde algún ovario tiene que ser extirpado; o por función ovárica anormal, trastornos hormonales, exceso de una hormona llamada prolactina y, enfermedades inflamatorias.
- Factor tubárico: Es una obstrucción en las trompas de Falopio, encargadas de permitir el acceso a los espermatozoides.
- Factor cervical: Los espermatozoides acceden al útero a través del cuello del mismo, llamado también cérvix. Un ambiente hostil como: moco espeso, ácido o con presencia de sustancias inflamatorias, puede impedir el normal acceso de éstos.

- Factor uterino: El embrión debe vivir en el útero, en la mucosa interna llamada endometrio. Si el endometrio no se encuentra en el grado de maduración adecuado, la implantación no será posible. En otras ocasiones puede deberse a tumores internos, o a malformaciones uterinas que no son visibles en la exploración ginecológica (www.mujeemas.com/ 2000).

Pero la infertilidad no es sólo una cuestión física, es también una cuestión emocional, que lleva consigo sentimientos intensos de culpa, coraje, enojo, frustración, pérdida de control, aislamiento de la familia y amigos y por lo tanto depresión.

Los trastornos de la maternidad, son períodos difíciles que pueden hacer a una mujer muy vulnerable a padecer depresión. El pesar se apodera de su mente y cuerpo, y aunque es natural esta reacción ante éstas pérdidas, algunas mujeres van más allá del pesar y desarrollan una depresión mayor.

Esto se debe a que en una sociedad machista como la nuestra, regularmente el hombre hacer sentir culpable a la mujer de no poder tener hijos; empiezan los reproches, los insultos e inician los conflictos de pareja, sin ponerse el hombre a pensar que él puede ser el que padezca la infertilidad, pero el pensar esto para un “macho”, sería como aceptar que no es un “hombre”.

Por otra parte, la familia también juega un papel muy importante en este sentimiento de culpa que siente una mujer, ya que constantemente se le dice que su único propósito en la vida debe ser la procreación y debe llevarlo a cabo si es que realmente quiere ser llamada “mujer”.

La sociedad, también coopera con su granito de arena, criticando y en muchas ocasiones burlándose de una mujer “porque lleva tantos años de casada y no ha podido ser madre”.

Ante todo este peso emocional la autoestima de la mujer se viene abajo, se comienza a sentir “inútil”, “que no sirve para nada”, y en muchas ocasiones siente deseos de morir, ya para este momento se encuentra envuelta en la desesperación y en la depresión.

E) Menopausia: Desde un punto de vista científico, la menopausia significa la desaparición definitiva de la menstruación, pero frecuentemente este cese no es un fenómeno brusco, sino que la mujer, durante un período más o menos largo de su vida, tiene fallos o falta de la menstruación de uno, dos o tres meses y, posteriormente vuelve a menstruar, hasta que deja de hacerlo de manera total.

La menopausia se puede clasificar teniendo en cuenta sus orígenes en:

- Menopausia funcional: Consiste en la declinación espontánea y progresiva de la función ovárica, que se inicia a la edad de 40-50 años y resulta en ovulación cada vez más rara y disminución de la función menstrual, progresando hasta el cese de ambas alrededor de la edad de los 45-55 años.

El lapso de la función ovárica parece estar determinado genéticamente, pero las causas actuales de la declinación ovárica están mal entendidas.

- Menopausia anormal: La cesación espontánea de la menstruación antes de la edad de los 40 años se llama menopausia prematura. Ocurre en alrededor del 5% de las mujeres. Puede ser causada por enfermedades, especialmente las infecciones graves o los tumores del sistema reproductivo, los cuales pueden dañar las estructuras endocrinas de los ovarios, que precipiten un síndrome menopáusico. Esta aceleración de menopausia puede ser también generada por desnutrición, enfermedades generales debilitantes, estados psíquicos y emocionales, exposición excesiva a la radiación ionizante y los procedimientos quirúrgicos que alteran la circulación sanguínea de los ovarios.

- Menopausia artificial. Es la declinación permanente de la función ovárica, producida por la extirpación quirúrgica de los ovarios o por la terapéutica de la irradiación, rara vez se hace esto deliberadamente por razones de tratamiento, sin embargo habitualmente constituye un efecto colateral de enfermedad intraabdominal (Beltrán, 1988).

Entre los síntomas de la menopausia encontramos: sofocos, sudoraciones, menstruaciones anormales, insomnio, agotamiento, trastornos de piel y cabello, dolor de cabeza, disminución de la libido (sequedad vaginal), y trastornos emocionales como depresión.

Las manifestaciones clínicas de la depresión en la menopausia se derivan de dos componentes: la disminución estrogénica por deficiencia de folículos ováricos que se traducen en alteraciones del ciclo menstrual y; los factores psicológicos, sociales y culturales que influyen.

Los cambios hormonales no son totalmente responsables de la depresión en la mujer, sino que ésta se vuelve más vulnerable a factores de riesgo como los sociales, familiares, de pareja, y abuso de sustancias.

El hecho de que la menopausia, además de anunciar el fin de la fertilidad, sea también asociada a la vejez considerada como ruina física y mental, condena a la soledad a muchas mujeres, quienes envueltas en la presencia de desgaste orgánico, aumento de peso corporal, disminución de actividad física, osteoporosis y, síndromes dolorosos musculoesqueléticos, comienzan a caer en una red de creencias tales como: “ que todos los atractivos se han ido de ellas , que ya no sirven para nada, que no tienen derecho a una vida sexual activa, que ya no poseen feminidad”, entre otros, las hunde más en la depresión porque regularmente vienen acompañadas de otras tensiones como: divorcio o problemas de relación, dificultad para atender a padres en edad avanzada, o a hijos adolescentes que comienzan a rebelarse contra ella, pérdida de apoyo como el alejamiento de un amigo íntimo, pérdida de contactos sociales, o jubilación, así como la insatisfacción con su estilo de vida, el abuso de sustancias y la falta de redes de apoyo social.

El diagnóstico de la depresión en la menopausia se establece cuando están presentes al menos cinco de los siguientes síntomas, por más de dos semanas:

- Insomnio.
- Cambios marcados (incremento o decremento) en el nivel de actividad física.
- Sensación de cansancio o falta de energía casi todos los días.
- Incremento o decremento en el apetito.
- Dificultad para concentrarse, pensar, tomar decisiones; u olvidos casi a diario .
- Sentimientos de desesperanza en la vida.
- Aparición de ideas suicidas.

Desgraciadamente en muchos de los casos, la mujer no acude con un profesional y se sumerge en trastornos emocionales que parecen no tener fin.

Pero definitivamente, no siempre los trastornos emocionales que sufre una mujer, son derivados de factores biológicos. Existe también una incidencia de depresión en la mujer, debida a factores que tienen que ver con su situación social.

3.2 Depresión Femenina y Género .

La depresión en la mujer y el género están íntimamente relacionados, en el sentido de que el género tiene que ver con un conjunto de ideas, creencias, representaciones y

atribuciones sociales construidas culturalmente, tomando como base las diferencias sexuales, mediante lo cual se llevan a cabo una serie de discriminaciones hacia la mujer las cuales la llevan a padecer trastornos emocionales, entre ellos depresión. Por tal motivo resulta necesario dividir este apartado en seis secciones que intentan explicar la situación de la mujer en México. Tales apartados son:

- A) Educación.
- B) Ámbito doméstico.
- C) Trabajo extradoméstico.
- D) Obligaciones extra.
- E) Edad Madura.
- F) Alcoholismo y drogadicción.

A) Educación: La educación a la cual es sometida una mujer, determina su forma de actuar, de pensar, de sentir; desgraciadamente la cultura influye de manera negativa propiciando en la mujer sentimientos de inutilidad, de fracaso, de menosprecio y orillándola en ocasiones a enfermarse de depresión.

Nacer hombre o mujer en nuestra sociedad marca muchas diferencias en cuanto a oportunidades, espacios, roles y obligaciones.

Lo peor es que aún antes de nacer, las diferencias entre hombres y mujeres están bien determinadas; desde la ropa en color rosa para la niña y en azul para el niño, hasta los juguetes propios para cada uno (carritos, luchadores, entre otros, para el niño; muñecas, casitas, entre otros, para la niña). Pero las diferencias no quedan ahí, sino que el sistema de valores e ideas también son asignados para cada cual.

De esta manera la inteligencia, firmeza, capacidad de afrontar riesgos, autonomía, decisión, autoconfianza, agresividad, fuerza, coraje, actividad, son atributos asignados al hombre; maternidad, belleza, sensibilidad, complacencia, dulzura, necesidad de contacto afectivo, fragilidad, seducción, obediencia, dependencia, pasividad, son características asignadas a la mujer.

A la mujer, se le enseña a ser pasiva, sumisa y dependiente, a olvidarse de sí misma y vivir para los demás. Se le da poca libertad y se le exige mayor responsabilidad, hacia sus

padres, sobre todo si son mayores o están enfermos. Tampoco se le permite expresar abiertamente su enojo (Lara, 1997).

Como se ha dicho, la mujer es impulsada desde pequeña, a diferencia del hombre, a temer y a depender: en la infancia, se solicita sin cesar al niño para que afronte riesgos, mientras que a la niña se le anima a la prudencia y a la desconfianza. En el hogar, la niña tiene muy

bien establecidos sus campos de actividad: ocupaciones domésticas; al niño se le anima a realizar actividades más creativas y productivas. En los años escolares, es al varón más que a la mujer, a quien se le impulsa al logro del éxito profesional, o al menos al desarrollo de las habilidades que más tarde, le permitan mantener “como es debido” a su mujer y sus hijos (González, 2000).

Tristemente y debido a que se le impulsa más al hombre que a la mujer al estudio, dos terceras partes de los 876 millones de analfabetos del mundo son mujeres. De los 113 millones de menores en edad de asistir a la escuela primaria que no lo hacen, casi dos tercios son niñas. Al cumplir 18 años, las niñas cuentan con 4.4 años menos de educación que los varones de la misma edad. En México, la tasa de analfabetismo para la población femenina es de 11.1% mientras la masculina es de 7.3%. En las áreas rurales, 21% de las mujeres carece de instrucción (www.inmujeres.gob.mx/ 2004).

Pero estas cifras no alarman a mucha gente, sobre todo a la gente de escasos recursos, quienes continúan educando a sus hijas en el rol tradicional: ser esposa y madre de familia ante todo, para lo cual “no se necesita estudiar”, sino dirigir los esfuerzos a aprender a organizar su hogar, sacarlo adelante, “criar muy bien a los hijos” y cuidar de su marido. En este sentido se pretende enseñar a la mujer que su meta principal en la vida, es servir a los demás.

Así pues una niña aprende a tener la obligación de cuidar de los demás, de atenderlos; empieza desde muy temprana edad a identificarse con su madre actuando de la misma manera que ella, sirviendo a sus padres, tíos, hermanos, los cuales tienen la autoridad suficiente sobre ella. La madre, en su papel fundamental de portavoz del medio social y familiar, se encarga de transmitirle a su hija lo que de ella se espera. De esta forma la mujer inicia con una cadena de obligaciones que deberá cumplir, primero con su padre y hermanos, posteriormente hacia su esposo y finalmente con sus hijos.

Dentro de todo este sistema de valores y creencias, se le hace pensar a la mujer que entre más dolor y sufrimiento llegue a soportar, más heroica será su labor en el mundo y; esto la convierte en una persona incapaz de buscar nuevas formas de vida más agradables, sino por el contrario se aferra a las situaciones negativas de su entorno.

Durante las diferentes etapas de la vida, algunas mujeres se enfrentan a diversos acontecimientos que les pueden producir trastornos emocionales.

Regularmente, cuando una mujer llega a la adolescencia, ya lleva consigo todas aquellas ideas que desde pequeña, tanto sus padres, familiares y sociedad en general le han transmitido. Esta etapa está llena de contrastes debido a los cambios físicos y emocionales. Durante ella se inician las relaciones de noviazgo, casi siempre en la creencia de que una mujer sólo vale si un hombre la quiere y por lo tanto su mayor objetivo en la vida debe ser el casarse y tener una familia a la cual servir. De esta manera las decepciones amorosas a esta edad afectan seriamente el estado emocional de una mujer quien siente que la vida no vale nada y se cree insignificante porque el novio la dejó; esto se agrava si tuvo relaciones sexuales durante su noviazgo ya que se le ha dicho que una mujer debe llegar virgen al matrimonio y si el novio con quien tuvo ese intercambio íntimo la dejó, difícilmente encontrará otro con quien pueda casarse porque ya está devaluada. Así pues, muchas jovencitas se ven obligadas a casarse debido a la culpabilidad que sienten por haber perdido su virginidad, aunque no estén preparadas para ello. La mujer no recibe una educación sexual adecuada y mucho menos tiene la libertad de elegir qué es lo que quiere hacer con ésta, generalmente su sexualidad va acompañada de culpa y de miedo, provocando así únicamente que se envuelva en una serie de errores que tienen como consecuencia la depresión.

Ya en la etapa adulta, la sexualidad sigue siendo una experiencia problemática, pues a la mujer se le educa para pensar que el sexo tiene como único objetivo, la procreación; nunca se le comenta que puede ser también una experiencia agradable, que abarca muchos aspectos como: tener el derecho de disfrutar su cuerpo, decidir qué es lo que quiere y no quiere hacer con él, poder expresar abiertamente lo que siente y decidir continuar o no una relación. Por lo anterior muchas mujeres no son capaces de disfrutar de una relación sexual, sino que la ven como obligación; como algo que tienen que hacer para tener contenta a su pareja. Lo más triste de todo esto es que la mujer se empieza a sentir como un objeto

sexual, el cual es usado sólo cuando el hombre así lo quiere, experimentando con ello sentimientos de frustración y de enojo. Por otra parte, la mujer no puede decidir, cuándo y con quién tener una relación sexual, ya que sería considerada como una “mujerzuela”. Por el contrario al hombre se le da más libertad de elección, es más se le dice que si tiene relaciones sexuales con diversas mujeres más hombre será y se le da “permiso” de ser infiel, cuando esto sucede en lugar de apoyarse a la mujer, se le culpa diciéndole que “eso no hubiera sucedido si cuidara bien a su marido, ya que él tiene que buscar en otro lado lo que no tiene en su casa”, de esta manera la mujer cada día ve más degradada su autoestima y se hunde en la depresión ya que carece de una relación de confianza y apoyo de la pareja y, por si fuera poco, tiene una dependencia exagerada hacia su marido y el poder que este ejerce sobre ella.

En este sentido, una mujer es educada para servir a su pareja y para satisfacerla, lo que es peor para obedecerla sin objeción alguna; olvidándose de sus propios deseos y necesidades, convirtiéndose en la sombra de su marido y viviendo para complacerlo en todos los sentidos. Posteriormente con la maternidad, continúa esa abnegación por parte de la mujer, pero esta vez también hacia sus hijos; ya que tiene la responsabilidad de cuidarlos (bañarlos, darles de comer, llevarlos a la escuela, ayudarlos en sus tareas, entre otros), es decir vivir para ellos y olvidarse de otras metas que pueda tener en la vida. De esta manera el cuidado de los hijos recae generalmente sobre la mujer, ya que los hombres en ocasiones no se hacen cargo de ellos, sino únicamente de su manutención y a veces ni en eso. Las características del modelo materno consideradas culturalmente son las siguientes:

- 1.- Disponible: Estar allí dónde y cuándo los hijos la necesiten.
- 2.- Comprensiva: Saber qué es lo que requieren sus hijos, aunque éstos no lo expresen claramente; en realidad debe adivinar cuál es la demanda que se le exige y, para ello es preciso un hondo vínculo emocional.
- 3.- Cuidadora: Tener la capacidad de responder de manera adecuada a la petición de turno, al servicio solicitado.
- 4.- Cariñosa: Tener ganas y sentir placer en ser solicitada y en brindar los cuidados (Bleichmar, 1995).

Por supuesto, el altruismo, la abnegación, el sacrificio de la madre por su hijo se consideran “propios de su naturaleza”.

En cambio cuando una mujer no cumple con “sus obligaciones de madre”, se le hace sentir culpable y pensar que es una “mala madre” que no tiene sentimientos. De ahí el término “madre desnaturalizada”, el cual alude al reniego por parte de la mujer de lo que se supone su obligación biológica, por aquello del “instinto maternal”, en el cuidado de los hijos.

B) *Ámbito doméstico*: Todas las presiones que ya han sido descritas, generan demasiada angustia en algunas mujeres, ya que además de las exigencias de su marido y sus hijos, están las presiones de mantener la casa limpia, de lavar la ropa, de economizar el gasto, entre otros.

Desgraciadamente para la mujer, el trabajo doméstico es muy pesado y pocas veces valorado por los demás miembros de la familia, es el único trabajo en el cual nunca hay vacaciones, horarios de entrada y salida, ni tiempos de descanso; además de todo, esto no se percibe paga económica. Debido a ello a muchas mujeres no les queda tiempo para dedicarlo a sí mismas, es decir a su persona, a su arreglo y descanso y para los demás es común ver dentro del hogar mujeres desaliñadas y maltratadas que no están contentas consigo mismas ni con la vida que llevan, mujeres envueltas en una gran soledad al darse cuenta de que no son tratadas como seres humanos sino como máquinas, con poca oportunidad de convivir y platicar con otros adultos que pudieran brindarles su apoyo, para ya no sentirse dentro de una prisión. Son mujeres a las cuales les afectan de manera importante los problemas conyugales y los problemas que pudieran tener con los hijos. Por lo anterior, este grupo se encuentra en un mayor riesgo de padecer depresión ya que el cautiverio produce frustración, y la frustración genera hostilidad y resentimiento, que deberán hacerse inconscientes, porque se les ha negado la posibilidad de expresión abierta, pero que aparecerán en las relaciones en el interior del cautiverio en forma más o menos disfrazada, aunque no menos dañina: devaluar a la pareja porque no resultó el superhombre que el sistema prometió a cambio de su sumisión y sojuzgar a los hijos a través de explosiones de violencia o a través del chantaje emocional desde la posición de víctima. (Lara, Fernández, Acevedo, López, 1996).

C) *Trabajo extradoméstico*: Por otra parte aunque muchas mujeres trabajan fuera del hogar, regularmente tienen la obligación de las tareas domésticas y en la mayoría de los casos no son apoyadas por su marido, ni por los demás miembros de la familia, sino por el

contrario se enfrentan a múltiples dificultades, entre ellas: primero tienen que conseguir el permiso de su esposo para poder laborar, posteriormente se enfrentan a ser llamadas “mala madre” por dejar supuestamente abandonados a sus hijos; después se enfrentan a discriminación laboral, ya que en algunos empleos no contratan mujeres y en otros les pagan menos por igual trabajo realizado que un hombre. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) publicado en el 2003, la mujer sigue siendo víctima de algunas formas de discriminación laboral. Se estima según la ONU que la labor no remunerada de la mujer en el hogar representa un tercio de la producción económica mundial. Sólo el 54% de las mujeres, desempeñan la mayor parte de los trabajos mal pagados y menos protegidos. De manera general, las mujeres ganan entre un 20 y 30% menos que los hombres y desempeñan tan sólo el 1% de los cargos a nivel de dirección (www.esmas.com.mx/ 2003).

También tienen que enfrentarse a ser acosadas sexualmente ya que más del 75% de mujeres que trabajan han sufrido algún tipo de acoso sexual (www.inmujeres.gob.mx/ 2004) y a ser tratadas como seres inferiores e incapaces de realizar puestos de “alto mando” que supuestamente sólo un hombre debe ejercer. Tampoco se han adecuando las condiciones laborales a las necesidades de las mujeres que desempeñan esta doble jornada. Un gran número de mujeres trabaja en áreas que demandan altas cuotas de productividad caracterizadas por la restricción de los movimientos, posturas incómodas y falta de higiene y, otras en el área de los servicios, en donde se enfrentan al estrés laboral. Las madres gestantes se ven envueltas en riesgos adicionales, ya sea por la naturaleza del trabajo o por la exposición a agentes químicos, físicos, biológicos, y psicosociales (Lara, Mondragón, Rubí, 1999). Además muchas mujeres no son ni siquiera dueñas del dinero que ganan, ya que el marido es quien lo maneja y decide qué hacer con él. Este grupo de mujeres está asociado con un menor grado de síntomas depresivos, aunque con mayor frecuencia de estrés, por las demandas domésticas y laborales.

D) Obligaciones extras: Otro problema al que se enfrenta una mujer es el de cuidar a otras personas, ya que sobre ella recae la responsabilidad de ver por sus padres y hermanos, más si estos se encuentran enfermos. Además la responsabilidad de ayudar a sus hijos y marido si se encuentran en problemas de drogas o alcoholismo.

Y así, ante tantas demandas, el conflicto aparece cuando al pasar el tiempo la mujer observa que el servicio a otros, pese a ser necesario para el mantenimiento del grupo familiar, es un trabajo poco fructífero, limitante, rutinario, absorbente e ingrato.

Al sentirse incómoda, insatisfecha, con síntomas de ansiedad y depresión, la mujer manifiesta un comportamiento disfuncional y un malestar moral que le impiden continuar con sus actividades cotidianas y la incapacitan ante sus responsabilidades. En esta situación la mujer no entiende claramente el origen de su malestar, sólo lo sufre y la hace percibirse ineficiente, lo que, consecuentemente, la lleva a autodevaluarse por sentir que no está haciendo de forma adecuada sus deberes, que no cumple bien con su papel de esposa y madre; siente que le falla a la sociedad, a su familia y a sí misma.

E) Edad madura: Al llegar a la edad madura, el asentamiento de estos síntomas se da ante la inquietud de estar envejeciendo, ya que a la mujer se le ha enseñado que una de sus cualidades debe ser la belleza; por lo tanto, comienza a considerar a esta edad estar perdiendo esa cualidad, ya que belleza es erróneamente considerada como sinónimo de juventud; además, la menopausia que acompaña este ciclo, vista como la pérdida de la reproducción, hace sentir a algunas mujeres que “no sirven para nada” y ni pensar lo si llega a hablarse de divorcio dentro de la relación de pareja y, si le agregamos que los hijos crecen y se van, produciéndose así el “síndrome del nido vacío” o por viudez, por lo cual empiezan a vivenciar crisis, las cuales incluyen:

- Sentirse invadidas por un sordo sentimiento de injusticia, de estafa, de traición.
- Refugiarse en una exaltación del pasado, habitualmente idealizante.
- Se reduce su conducta a la queja y al malestar difuso.
- Predominan los sentimientos inconscientes o latentes de rabia, resentimiento y hostilidad.
- El hombre aparece como el principal culpable.

F) Alcoholismo y drogadicción: Todos los problemas antes mencionados originan en la mujer una gran tensión que no sabe cómo manejar y por eso es presa fácil del alcoholismo o la drogadicción, para “escapar” de su depresión.

A pesar de que estos dos problemas (alcoholismo y drogadicción) son mucho menos frecuentes en la mujer que en el hombre, se toleran más en éste; es por eso que muchas mujeres lo hacen a escondidas y, si llegan a ser descubiertas, son calificadas como “mujeres

de mala reputación” “ligeras” “de lo peor” “livianas”, y son abandonadas por el novio o el marido.

Aún así se ha dado un incremento en el consumo de alcohol y drogas por parte de la mujer. La Encuesta Nacional de las Adicciones en 1998 reportó que por cada 13 hombres existía una mujer consumiendo drogas. En el 2002, reporta que existe una mujer por cada cuatro hombres consumiendo droga, lo cual revela que de 3 millones 500 mil usuarios de droga 810 mil 196 son mujeres. En este mismo año, 32 millones 760 mil personas entre los 12 y 65 años ingerían alcohol, de los cuales son 1.4 varones por una mujer en las áreas urbanas y 1.8 hombres por cada mujer en la zona rural (www.inmujer.df.gob.mx/ 2002).

Se han realizado investigaciones sobre las diferencias en normas, prácticas, valores, actitudes, problemas, relacionados con la bebida entre los géneros. Estos trabajos han puesto de manifiesto que las mujeres bebedoras muestran características muy diferentes a los hombres: beben con menor frecuencia y en menor cantidad; se embriagan menos, prefieren diferentes bebidas y tiene menos permisividad social para beber, con excepción del grupo de mujeres arriba de los 40 años de edad, para quienes se muestra una mayor permisividad en el consumo y se reporta también que en el 91% de las mujeres que beben, existe alcoholismo en alguno de los padres y han crecido en un ambiente de privaciones afectivas.

Según estos trabajos para la mujer, el problema más importante es el de la bebida de algún miembro de la familia, incluyendo a su pareja. A las mujeres se les atribuye la responsabilidad de controlar la bebida y de soportar y tolerar el consumo excesivo de algún miembro de la familia, por lo que no es de extrañar que se presenten altos niveles de depresión en esposas de alcohólicos (Lara, 1995).

En cuanto al consumo de drogas en población femenina, hay una preferencia por drogas no médicas en los hombres (inhalables, marihuana, alucinógenos, cocaína) mientras que las mujeres consumen con más frecuencia drogas médicas sin prescripción (narcóticos, estimulantes).

Algunos trabajos han puesto de manifiesto lo inadecuado o insuficiente de los tratamientos para el problema de abuso de sustancias para mujeres.

A consecuencia de todo, esto la mujer se vuelve demasiado vulnerable a los trastornos emocionales.

3.3 Otros Factores Relacionados con la Depresión Femenina

Diversos autores e investigadores han realizado estudios para conocer otros factores (aparte de los ya mencionados), que determinan la aparición de depresión en la mujer. Entre estos factores de incidencia, podemos mencionar:

- 1) Violencia conyugal.
- 2) Abuso sexual.
- 3) Violación.
- 4) Pobreza.

1) Violencia Conyugal: Esta incluye las situaciones de abuso que se producen en forma cíclica y con intensidad creciente, entre los miembros de la pareja conyugal. El 2% de los casos corresponden a abuso hacia el hombre, el 75% de los casos corresponden a maltrato hacia la mujer y el 23% restante son casos de maltrato recíproco o cruzado (Corsi, 1994).

Se considera como Mujer Maltratada a toda persona del sexo femenino que padece maltrato físico, emocional o abuso sexual, por acción u omisión, de parte de la pareja con quien mantiene un vínculo de intimidad. La victimización incluye el obligar a la mujer a ejecutar acciones que no desea y/o prohibirle la concreción de aquellas que sí quiere efectuar.

La mujer maltratada se encuentra atrapada sin quererlo, en una relación de violencia unidireccional deliberada y severa, que va siempre del hombre a la mujer, de la que a ella le resulta muy difícil salir por múltiples causas.

Es sorprendente el saber, que la mujer maltratada, se encuentra en todos los estratos sociales y económicos, puede tener cualquier edad y nivel de escolaridad. Puede practicar alguna religión o culto, tener cualquier estado civil, aunque un gran porcentaje pertenece a mujeres casadas legalmente con muchos años de casados y gran número de hijos.

La mujer maltratada se caracteriza por tratar de complacer a su marido de todas las formas posibles. Es una mujer que, como la mayoría, ha sido educada para atender y servir al marido, para con esto cumplir con el papel de “buena esposa”. Una vez que se instala la violencia, que el hombre aporta al matrimonio, como característica previa de su personalidad, la mujer trata de evitarla de todas las formas posibles, recurriendo a todas aquellas conductas que pueden satisfacer al hombre y no darle ocasión de ataque. Todo esto

al principio sirve, pero con el paso del tiempo la violencia se desencadena de todos modos, pues no depende de ella sino de las particularidades de la conducta violenta del hombre.

Estas particularidades las podemos dividir en:

a) Perfil psicológico de los golpeadores:

- Minimizan consecuencias de sus actos.
- Sostienen expectativas elevadas y poco realistas de la mujer.
- No definen su conducta como violenta.
- Creen que la mujer provocó su conducta violenta.
- Justifican basándose en la intención de educar o corregir.
- Creen que el hombre debe ejercer la jefatura del hogar.
- Suponen o imaginan situaciones negativas.
- Se perciben a sí mismos como perjudicados.

b) Aspectos comportamentales:

- Disocian la conducta pública de la privada (doble fachada).
- Actúan compulsivamente.
- Se aíslan de los demás.
- Presentan conductas posesivas.
- Presentan conductas dependientes.
- Expresan la mayoría de sus emociones en forma de enojo.
- Tienen poca capacidad para resolver conflictos.
- Adoptan conductas rígidas e inflexibles.
- Toman decisiones unilateralmente.
- Forzan situaciones sexuales.
- Abusan del alcohol y las drogas.
- Poseen conductas autodestructivas.

c) Aspectos afectivos:

- Restricción emocional.
- Frustración.
- Sentimientos de impotencia.
- Insatisfacción.
- Celos.

- Temores.

Todas estas particularidades, provocan hacia la mujer diferentes tipos de maltrato como: Maltrato físico: Incluye una escala que puede iniciar con un pellizco y continuar con empujones, bofetadas, puñetazos, torceduras, pudiendo llegar a provocar abortos, lesiones internas, desfiguraciones, hasta la muerte.

En el Distrito Federal, el número de mujeres muertas a causa de la violencia intrafamiliar, por parte de sus ex parejas, maridos o novios, se ha incrementado en los últimos dos años, aseguró el 25 de junio del 2004, Bárbara Yllán, subprocuradora de Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad de la P.G.J.D.F:

“En los últimos 2 años se ha registrado la muerte de 40 mujeres por esta causa; en 7 han estado involucrados los novios”. La causa, dijo, es resultado de que cada vez las mujeres se han abierto espacios y, el poder del hombre sobre ellas se pierde. A su juicio la ley de la violencia intrafamiliar, no funciona al 100% porque todavía pesa la ideología y porque las mujeres no denuncian debido principalmente a que esperan que el “otro” decida por ellas, lo cual se da con mayor frecuencia en la población femenil co-dependiente del agresor (www.cimacnoticias.com.mx/ 2004).

Maltrato emocional: Comprende una serie de conductas verbales tales como insultos, gritos, críticas permanentes, desvalorización, amenazas. La mujer sometida a este clima emocional sufre una progresiva debilitación psicológica, que presenta cuadros depresivos y puede desembocar en suicidio.

Maltrato sexual: Consiste en la imposición de actos de orden sexual contra la voluntad de la mujer. Incluye la violación marital (González, 2000).

La dinámica del maltrato atraviesa por tres fases: la primera denominada “fase de la acumulación de tensión”, en la cual se produce una sucesión de pequeños episodios que llevan roces permanentes entre los miembros de la pareja, con un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad; la segunda fase denominada “episodio agudo”, en el cual toda la tensión que se había venido acumulando, da lugar a una explosión de violencia, que puede variar en gravedad desde un empujón hasta el homicidio; tercera fase denominada “luna de miel” en la que se produce el arrepentimiento, a veces instantáneo, por parte del hombre, sobreviniendo un pedido de disculpas y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir. Al

tiempo, recomienzan los episodios de acumulación de tensión y a cumplirse el ciclo (Pino, 1999).

El maltrato ocasiona en la mujer la pérdida de su autoestima, sentimientos de minusvalía, de vergüenza, de culpa y de inseguridad. En la medida en que la figura de la mujer se empequeñece, crece la del agresor, lo cree capaz de encontrarla en cualquier lado y de cumplir sus amenazas. Hay también una gran dependencia económica (real o ficticia), puesto que, aunque la mujer tenga ingresos, se siente incapaz de poder sola con el sostén de la familia. La mujer que sufre violencia mantiene una serie de conductas defensivas, tales como encerrarse en sí misma para sobrevivir, integrar una autoimagen negativa; racionalizar y negar las agresiones para evitar el dolor, ser dependiente, sumisa y obediente para reducir al máximo las posibilidades de agresión. La mujer se devalúa a tal grado que soporta todas las humillaciones y atrocidades que el hombre comete contra ella, incluso llega a sentirse culpable de ésta situación y se somete; el sólo pensamiento de rebelión la hace sufrir. Nuevamente nos topamos con el problema de la educación impuesta a la mujer, ya que las mujeres han sido criadas y educadas de modo que forjan un sistema de creencias en cuyo centro está la figura masculina, endiosada, temida y obedecida. Todas estas tensiones se traducen en depresión.

Lamentablemente no se hace nada jurídicamente, al respecto, ya que con el pretexto de mantener la privacidad de la familia, las autoridades de diversos países se muestran renuentes a intervenir en este problema y las mujeres aceptan que se les maltrate considerando como naturales a las “disputas domésticas”. Bajo las consignas de que “el hogar es sagrado” y de que “la ropa sucia se lava en casa” se ha fomentado y encubierto a la violencia dentro de la familia. A diario miles de mujeres y niños son maltratados y hasta llegan a perder la vida en un marco de silencio e impunidad (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1995).

2) Abuso sexual: Es un problema más frecuente de lo que se piensa. La mayoría de las víctimas son niñas, pero también hay niños que están sufriendo abuso sexual. Se abusa sexualmente a 1 de cada 5 niñas y a 1 de cada 11 niños.

El abuso sexual se define como todos aquellos actos en que se involucra a un menor en una actividad sexual, se le hace percibir que si lo relata provocará algún problema a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia. Dichos actos pueden incluir: desnudez del agresor

y/o de la víctima, masturbación, sexo oral, anal, genital, obligar a las/los menores a presenciar actos sexuales entre adultos o material sexualmente explícito (Cuevas, 2001).

Lo habitual es que los abusadores sean personas que el niño conoce y en las que confía, como por ejemplo: un amigo de la familia, el vecino, el pediatra, el padre de una amiga. Otros abusadores son parte de la familia: el papá, el cuñado, el tío, el abuelo, el hermano mayor, el primo, entre otros. Rara vez se da abuso sexual por parte de un desconocido.

En la mayoría de los casos, los agresores son hombres, aunque también puede haber mujeres.

El adulto abusa sexualmente de un menor, sirviéndose del amor, dependencia, o de la confianza, para satisfacer sus deseos sexuales, e impone su deseo de sumisión, de poder o de proximidad por la fuerza.

El abuso sexual puede durar largo tiempo sobre todo si ocurre dentro del seno de la familia. Lo peor del caso es que a menudo se piensa que las niñas son culpables del abuso sexual sufrido, ya que supuestamente “seducen” o “provocan” al agresor; esto definitivamente es un error, que lo único que hace es provocar autodesconfianza en la menor.

El origen del abuso sexual suele ser multifactorial, ya que existen diferentes teorías como por ejemplo el que una familia viva alejada de la sociedad y de las relaciones interpersonales la hace propensa a cometer en su interior maltratos, esto debido a que no hay quien lo juzgue, intervenga o detenga el abuso; así el odio y el rechazo entre los miembros de la familia crece y el abuso sexual tiene más posibilidad de ocurrir. Por otra parte, los conflictos maritales tales como el deterioro de una relación sexual, el aislamiento emocional o físico, los estresores cotidianos y la crianza que recibieron cada uno de los padres, aparecen como precipitadores de abuso sexual. Otras investigaciones reportan que si uno o ambos padres fueron a su vez víctimas de abuso sexual, sus hijos pueden sufrirlo también, pues los progenitores pueden adoptar un rol de víctimas repitiendo la historia por generaciones, adoptándose un modelo de comportamiento familiar e individual.

Lo que sí se ha determinado es que el abuso sexual desencadena secuelas negativas, entre las que figuran: Trastornos psicossomáticos, de angustia y ansiedad; un funcionamiento cognoscitivo y social bajo; alteración de hábitos alimenticios, de sueño, escolares, de limpieza y afectivos; así como aparición de miedos, sentimientos de culpa, depresión

mayor, aislamiento social, intentos suicidas, problemas para expresar la agresión, hiperactividad, problemas sexuales y otros trastornos graves asociados, como enfermedades de transmisión sexual, embarazo, lesiones físicas. Todo esto repercute en áreas psicosociales como: autoestima, autopercepción, autoconcepto, relaciones interpersonales y sexualidad.

3) Violación: Es un acto de violencia en el que se priva a una persona de todo control, su sensación de seguridad y autonomía se hacen añicos, ya que utilizan su cuerpo sin su consentimiento.

La falta de conocimiento socioantropológico sobre esta agresión, ha impedido que se le otorgue la atención adecuada y ha contribuido a generar ciertas creencias erróneas sobre su causalidad:

- Mitos acerca de los agresores: Son feos, viciosos, pandilleros, de nivel socioeconómico bajo, atacan en la oscuridad, son de nivel cultural bajo, son enfermos mentales, regularmente no conocen a sus víctimas.
- Mitos acerca de la víctima: Que ellas provocan a sus agresores, que se visten con ropa pegada, que su forma de actuar incita a la agresión sexual, que son livianas, mujeres de “mala reputación”; o bien la idea errónea de que las mujeres hacen acusaciones falsas de violación.
- Mitos sobre el lugar de la agresión: Se lleva a cabo en sitios aislados, inseguros y ocultos.

La magnitud del problema tampoco se conoce con precisión, ya que sólo se cuenta con información proveniente de los casos notificados.

En relación a las características del evento, las investigaciones reconocen que aproximadamente el 50% de los agresores conocen a sus víctimas y con frecuencia pertenecen a su familia, esto es especialmente importante en las víctimas menores de 10 años. La mayoría de las violaciones son planeadas y más de la mitad implica el uso de un arma. En cuanto a la severidad, en la mitad de los casos se presentan signos de traumatismo físico y más del 10% de las víctimas, precisan tratamiento de urgencia. Este tipo de información ha favorecido que se reconozca la agresión, no como un acto sexual, sino como un acto de violencia. Otras violaciones se dan por agresores no conocidos de la víctima. Los violadores conocidos por la víctima, llevan a cabo la agresión en sus domicilios. Los violadores extraños a la víctima, agreden en sitios aislados e inseguros.

La mayoría de los agresores pertenece al sexo masculino, aunque también existen del sexo femenino, pero en menor grado; esto significa que los factores sociales y culturales (dictadura patriarcal) influyen en nuestra sociedad (De la Garza, 1997).

Es cierto que las violaciones hacia hombres y menores han aumentado, pero aún así domina la agresión sexual cometida a mujeres.

Las estadísticas nos dicen que del 5 de diciembre del 2000, al 4 de diciembre del 2003, se registraron 3816 casos de violación, es decir en promedio 3.54 diarias. En el 2004 se han registrado por mes diferentes promedios: en Enero 2.90, Febrero 3.66, Marzo 3.84, Abril 3, Mayo 3.55 y Junio 3.37 (www.pgjdf.gob.mx/ 2004).

Las repercusiones en este tipo de eventos, se han determinado a través de estudios con las víctimas sometidas a tratamiento psicoterapéutico encontrándose: disfunciones sexuales, depresión, ansiedad, abuso en el consumo de sustancias, fobias, temor a los hombres, desconfianza y sentimientos de culpa. Por tal motivo los traumas psicológicos y físicos que presentan las víctimas de violación, requieren de atención jurídica, psicológica y psiquiátrica competente, de alta calidad y humana (De la Garza, 1997).

4) Pobreza: Se ha documentado que la pobreza afecta más a las mujeres, ya que recae mayoritariamente sobre ellas. La población femenina pobre es la que más padece violencia doméstica; la adicción a sustancias de algún miembro de la familia y la presencia de ancianos o enfermos crónicos; adicionalmente, un alto número de mujeres son el sostén de la familia. Su salud mental se ve afectada por los limitados recursos y estrategias con que cuentan para enfrentar esta situación, así como por tener que depender de las instituciones sociales, lo que les impide poder ejercer un control directo sobre los medios para satisfacer sus propios deseos y necesidades: No es infrecuente que no se percaten de que el exterior las limita, lo cual las lleva a reprocharse, como una falta propia, la no consecución de sus metas. Esto conlleva a sentimientos de depresión y baja autoestima.

Las mujeres de poblaciones rurales son particularmente afectadas por la pobreza. Este grupo sufre los efectos de una mayor discriminación de género y de opresión cultural, en el caso de las indígenas; factores que contribuyen a una mayor vulnerabilidad de padecer trastornos mentales. Otros factores de riesgo lo constituyen las cargas de trabajo, el bajo nivel de escolaridad, las altas tasas de fecundidad y la violencia doméstica (Lara, 2003).

Se realizó un estudio con una muestra de 928 mujeres que viven en cuatro comunidades de nivel socioeconómico bajo, ubicadas al sur de la ciudad de México, en las delegaciones Tlalpan y Xochimilco, para conocer en esta población la prevalencia de ideación e intento suicida, así como su relación con algunas características sociodemográficas y los trastornos afectivos y de ansiedad. Del total de mujeres que participaron en el estudio, el 36% tenía entre 18 y 29 años, el 23 % entre 30 y 39 años y, el 5 % era mayor de 65 años; además el 48% se encontraba casada al momento de la entrevista y un 40% era soltera; sólo el 13% informó encontrarse divorciada, separada o viuda. En cuanto a la ocupación o nivel escolar un gran porcentaje informó ser ama de casa (47.2%) y haber alcanzado estudios de secundaria (30.9%). Para tal estudio, primero se llevó a cabo una encuesta en hogares, entrevistando a una persona mayor de 15 años por vivienda seleccionada, utilizando el Cuestionario del Hogar, que describe a los ocupantes por sexo, edad, escolaridad, parentesco, e incluye información relacionada con la vivienda. Después se solicitó la colaboración voluntaria del individuo elegido por casa, con lo cual fueron elegidas las 928 mujeres a las cuales se les dio una explicación sobre los objetivos de la investigación y posteriormente se aplicó la entrevista diagnóstica CIDI versión 1.1, la cual permite evaluar los trastornos mentales de acuerdo a los criterios de Clasificación Internacional de las enfermedades (WHO, por sus siglas en inglés) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) el cual esta compuesto por 15 secciones, pero para este estudio se utilizaron la sección de trastornos fóbicos y de ansiedad y la sección de trastorno depresivo y trastorno distímico. Para la ideación y el intento suicida se analizaron las siguientes preguntas: “¿Alguna vez se ha sentido usted tan decaída que pensó en suicidarse?”, “¿Ha intentado suicidarse alguna vez?”, “Cuando intento suicidarse, ¿Estuvo hospitalizada o bajo tratamiento médico debido a la gravedad de las lesiones físicas que tuvo?” y “ El haber intentado suicidarse fue un impedimento para trabajar o hacer sus actividades cotidianas?”. Los resultados arrojaron una prevalencia de ideación suicida importante, aproximadamente siete de cada 100 mujeres alguna vez pensaron en quitarse la vida, la prevalencia de intento suicida en la población estudiada fue de 3.6%. Del total de mujeres que pensaron en suicidarse, el 36.2% presentó trastornos depresivos, el 29.6% distimia y el 17.8% fobias. De la totalidad de las mujeres que presentaron trastornos depresivos, el 2.2% era menor de edad, el 37% tenía

entre 18 y 29 años y 60.8% entre 30 y 59 años; aproximadamente el 50% se encontraba casada al momento de la entrevista y una tercera parte era soltera. En cuanto al nivel socioeconómico, predominaron las mujeres con escasos recursos. La prevalencia de ideación suicida entre las mujeres con síntomas depresivos se observó entre las que tenían 18 años o más (17.4%) y entre las que nunca se habían casado (21.3%). No se encontraron diferencias importantes en cuanto al nivel socioeconómico. En relación con el intento de suicidio, se observó un perfil similar, siendo la única diferencia el que se presenta en mayor proporción entre las mujeres con menores recursos económicos.

En cuanto a la distimia, el 71.5% de las mujeres diagnosticadas tenía treinta años o más; el 38% informó estar casada y el 35.7% se encontraba separada, viuda o divorciada; el 32% pertenecía a un nivel socioeconómico medio o medio alto y el 28.6% contaba con muy pocos recursos económicos. La ideación y el intento suicida se presentaron principalmente entre las mayores de 29 años (17.9% pensó en suicidarse y el 7.2 lo intentó), sin embargo, las ideas suicidas fueron más comunes entre las mujeres solteras (17.9%) y el intento de suicidio fue más frecuente entre las que se encontraban separadas, divorciadas o viudas (7.1%).

Los trastornos fóbicos fueron más frecuentes entre las mujeres de 30 años o más (47.1%), casadas (45.8%) y de nivel socioeconómico muy bajo (40%). Las prevalencias de ideación e intento suicida se presentaron principalmente entre las de mayor edad (8.2% y 4.7%), solteras (10.6% y 5.9%) y de nivel socioeconómico bajo (7.1% en ambos casos).

De modo que, en conjunto con la mayor prevalencia de intento suicida, es pertinente reconocer en riesgo a la población de mujeres de las comunidades estudiadas, quienes por su nivel de pobreza, en muchas ocasiones no tienen la posibilidad de acudir a los servicios de atención y por lo tanto queda oculta su problemática (Berenzón, 2000).

Como hemos podido observar, es en la mujer más que en el hombre en quien se desarrollan trastornos depresivos y esto más que ser una cuestión puramente biológica, nos lleva a pensar en las condiciones sociales en las que vive, de allí que género y depresión femenina estén estrechamente ligados.

4. ATENCION DE LA DEPRESIÓN

Dado todo lo anterior y debido a que la depresión ha sido objeto de interés durante muchos años, se han desarrollado diversos tratamientos que intentan dar solución a este grave problema. Entre los tratamientos más comunes podemos encontrar el Farmacológico, Fisiológico, Psicológico y recientemente uno Psicológico con Perspectiva de Género.

4.1 Tratamiento Farmacológico

Este tipo de tratamiento no es un descubrimiento reciente ni novedoso. En los últimos años han sido suministrados para enfermedades que incluían síntomas de depresión, ansiedad o tensión.

Hace más de dos mil años Hipócrates recetaba eléboro para los enfermos emocionales. Antes de eso, los chinos usaban efedrina para curar trastornos nerviosos. La literatura médica también informa de que en las antiguas civilizaciones se empleaban opiáceos, hierbas y extractos de bayas que tenían efectos sedantes. En las culturas primitivas, los hechiceros empleaban extractos de hoja de cacao, raíz de peyote y semillas de amapola, cuyos efectos alucinógenos contrarrestaban el padecimiento letárgico de la ansiedad y estados de depresión (Cammer, 1985).

Ahora, la mayoría de las drogas son productos sintéticos, químicamente elaborados, aunque algunas son extraídas de plantas y otros productos naturales.

A partir de 1955 se comenzó a utilizar con éxito la primera familia de antidepresivos, los inhibidores de la monoamino oxidasa. El empleo de éstos fármacos se inició de forma empírica y fue el fruto de la observación de las modificaciones conductuales que producía la iproniacida en los pacientes tuberculosos. Sin embargo ya al año siguiente fue descubierta por Kuhn la imiprimina y este descubrimiento fue el resultado de investigaciones neurofarmacológicas. Hasta finales de la década de los años cuarenta no se conocía la capacidad secretora de las neuronas cerebrales. Los trabajos de investigación de Scharrer en la Univeniversidad de Colorado, fueron los primeros pasos dados en el conocimiento de la bioquímica cerebral. Hoy día la parte más importante del tratamiento biológico de las depresiones, la terapia farmacológica se halla basada en los conocimientos

adquiridos en estos breves años sobre la neurosecreción y la fisiología de la sinapsis nerviosa (Ledesma, 1989).

Entre los fármacos más importantes y de uso general tenemos:

- Tranquilizantes (sedantes): Sedar significa mitigar o retardar el funcionamiento corporal.

Este tipo de fármacos se usan para disminuir la actividad del sistema nervioso, y aliviar la sensación de tensión en el cuerpo. Se emplean para reducir el temor, la ansiedad o la ira, que son componentes de la depresión. Estos no deben mezclarse con alcohol porque se potencian.

- Drogas somníferas: El término somnífero se confunde a veces con sedante. Pero no es lo mismo, un sedante disminuye la actividad y produce somnolencia, un somnífero ayuda específicamente dormir. Las drogas somníferas más comunes son los barbitúricos, que aparecieron en el comercio, en la época de la primera guerra mundial. Antes de eso se empleaban el bromuro y los opiáceos para hacer la inducción al sueño.

- Drogas estimulantes: Actúan de manera opuesta a los tranquilizantes, ya que aumentan el nivel de excitación del sistema nervioso, es decir, elevan la actividad, agilizan respuestas, agudizan percepciones y levantan el estado de ánimo deprimido. También son usadas para quitar el apetito por su efecto anoréxico. Los estimulantes tienen varias contraindicaciones; por ejemplo; pueden reanimar a la persona, sin mejorar sus sentimientos depresivos; crean en el paciente una excesiva dependencia y lo peor es que a medida que pasa el tiempo el efecto es menor y se necesitan dosis más altas que pueden provocar toxicidad y producir alteraciones mentales graves.

Entre estos tipos de drogas, podemos encontrar la cafeína, que se encuentra en su estado natural en el café o té y en las bebidas de cola. Los estimulantes específicos contienen generalmente anfetamina que es sintética, la cual está ligada a la efedrina originalmente sacada de una planta; la mescalina que se encuentra en el peyote; y la adrenalina, la cual es una hormona poderosamente estimulante y energética que produce el cuerpo. Aunque estos estimulantes reaniman a una persona deprimida, proporcionándole la sensación de aumento de energía momentáneo, hay que tener cuidado con ellos, ya que el uso prolongado puede producir un colapso nervioso y un estado de agotamiento mental, además pueden reanimar a una persona sin mejorar sus sentimientos depresivos y pueden crear dependencia en el paciente.

- Drogas antidepresivas: Se encargan de estabilizar el equilibrio químico del tejido cerebral, permitiendo el paso de los impulsos nerviosos, a través de los circuitos cerebrales que se encuentran bloqueados o inhibidos. Es decir, contribuyen a la integración del sistema nervioso y a la transmisión de sus mensajes a través del cuerpo en forma más eficiente y fluida. Se diferencian de los estimulantes por no reactivar el sistema nervioso de manera artificial. Se prescriben en muchos tipos de depresión y generalmente ayudan. Estas drogas deben ser tomadas diariamente y se debe tener cuidado ya que pueden producir somnolencia (por lo tanto se debe evitar que la persona que las tomó, conduzca un automóvil); sequedad en la boca (se puede controlar manteniendo alguna pastilla de sabor en la boca, esto además ayudará a contrarrestar el mal sabor producido por el fármaco; transpiración leve (esto puede superarse con baños y cambios de ropa más frecuentes); moderada constipación (esta reacción puede combatirse con mínimas y ocasionales dosis de algún laxante) y; visión leve borrosa.

Existen tres tipos de antidepresivos: los ISRS o SSRI (por sus siglas en inglés), son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina; los tricíclicos aumentan la concentración de neurotransmisores, impidiendo su recaptación y; los llamados IMAO inhiben la encima monoamina oxidasa, aumentan la concentración de los transmisores noradrenérgicos al impedir su degradación (Ledesma, 1989).

Entre los ISRS tenemos:

Nombre de la Marca	Nombre Genérico
Prozac	Fluoxetina
Paxil	Paroxetina
Zoloft	Sertralina
Luvox	Fluvoxamina
Celexa	Citalopram
Anafranil	Clomipramina
Lexapro	Escitaloprom

Los siguientes afectan tanto a la serotonina como a otras sustancias químicas:

Nombre de la Marca	Nombre Genérico
Effexor	Venlafaxina
Serzone	Nefazodona
Remeron	Mirtazapina

El siguiente afecta sustancias distintas de la serotonina, como la noradrenalina:

Nombre de la Marca	Nombre Genérico
Wellbutrin	Bupropion

Entre los efectos secundarios que podemos encontrar en esta clase de antidepresivos están:

- Prozac, Zoloft, Paxil, Celexa, Effexor y Luvox, causan disfunción sexual que se manifiesta en retraso de orgasmo, disminución de la libido o problemas de erección en el caso del hombre.
- Prozac, Zoloft, Paxil, Luvox, Celexa y especialmente el Wellbutrin, causan insomnio, intranquilidad, agitación, nerviosismo, por lo cual el médico deberá recetar medicamentos para dormir y ansiolíticos.
- La mayoría causan somnolencia, especialmente Remeron y Serzone.
- Remeron puede causar aumento de peso. Prozac, Zoloft, Paxil, Luvox y Wellbutrin pueden causar pérdida de apetito y peso.
- Algunos de éstos antidepresivos pueden causar temporalmente náuseas, dolor de estómago, diarrea, dolor de cabeza; otros aumentan el nivel de colesterol.
- El Effexor, puede causar estreñimiento y sequedad de boca, aumento de presión arterial.
- El Wellbutrin puede causar convulsiones; el Anafranil puede originar, visión borrosa, dificultad para orinar, disminución de presión arterial al ponerse de pie.
- Celexa causa un menor número de efectos secundarios.

Entre los antidepresivos tricíclicos podemos encontrar:

Nombre de la Marca	Nombre Genérico
Totrafil	Imisipramina
Norpramin	Desipramina
Elavil	Amitriptylina

Ayentyl; Pamelor	Nortriptylina
Sinequon; Zonalon	Doxepin
Surmontil	Trimipramina
Vivactil	Protriptylina
Ludiomil	Maprotilina
Asendin	Amoxapina

Los efectos secundarios que acompañan a esta clase de antidepresivos son: Sedación, sequedad en boca, estreñimiento, visión borrosa y, dificultad para orinar.

Los siguientes pertenecen a la clase de los IMAO o MAOI (por sus siglas en inglés):

Nombre de la Marca	Nombre Genérico
Parnate	Tranlylcypromina
Nardil	Phenelzina
Marplan	Isocarboxazid

Los efectos secundarios de los anteriores antidepresivos son: Presión arterial alta y si se combinan con alimentos, bebidas y medicamentos que contienen tiramina, esta sustancia en combinación con el antidepresivo puede ocasionar una crisis que consiste en la subida y bajada brusca de la presión, que puede llevar a la ruptura de una arteria en el cerebro. Por eso es necesario que el médico proporcione una lista de lo que debe y no consumir el paciente. Entre lo que no debe consumir está el hígado, quesos, vino chianti, cereza, salsa boloñesa, salchichas, medicamentos contra tos y catarro. El café y el alcohol deberán consumirse en pocas cantidades (www.projinf.org/ 2004).

- Drogas coadyuvantes: Son drogas que contribuyen a calmar algunos síntomas que aparecen también debido a la depresión como: gastritis, náuseas, acidez, dolor de cabeza; o tónicos para estimular el apetito.

Todos éstos fármacos han dado resultado en el tratamiento de la depresión y es el médico quien indica las dosis y el tiempo durante el cual deberán ser suministrados, esto dependiendo del tipo de depresión y del efecto que el mismo provoque en el paciente.

Entre los peligros del tratamiento podemos encontrar: el que se hagan pruebas inadecuadas para la selección de la droga, dosis inapropiada, período de mantenimiento demasiado breve y abandono súbito de parte del paciente al tratamiento.

Para que este no suceda, el psiquiatra deberá contar con una historia detallada del paciente que contenga sus antecedentes familiares y hasta entrevistas con los miembros de la familia, cuando esto sea posible; hacer pruebas de laboratorio y test psicológicos a fin de descartar otras enfermedades físicas y psiquiátricas; realizar pruebas de laboratorio para identificar marcadores neuroendocrinos de la depresión biológica y con esto, elegir el tratamiento más apropiado para el paciente.

Por otra parte, el psiquiatra deberá extremar precauciones al recetar los fármacos, ya que se pueden ocasionar efectos colaterales, porque estamos hablando de productos químicos fuertes y complejos que pueden causar tales efectos en distintas personas o en la misma persona en diferentes momentos. Dichos efectos pueden ser leves como: sequedad en la boca, transpiración, visión borrosa; o graves cuando se trata de sensibilidad a la droga (puede subir o bajar la presión, cuando se combina con alcohol o algunos alimentos; otras pueden destruir las células sanguíneas, quedando la persona expuesta a infecciones). Aunque estos casos no son frecuentes, no están exentos de ocurrir.

De cualquier modo se ha demostrado que la recuperación, empleando solamente antidepresivos, se da en el 35% de los pacientes que sufren depresión endógena aguda o moderada y en el 50% de los pacientes con depresión exógena. Estos porcentajes disminuyen cuando la depresión es grave o data de mucho tiempo atrás.

Es muy importante que la ingesta de estos fármacos se lleve a cabo bajo supervisión médica; ya que cuando se emplean adecuadamente pueden ser efectivas, de lo contrario pueden ser extremadamente perjudiciales. Pero no todo el peso debe caer sobre el psiquiatra, también el paciente debe ser responsable de su recuperación, llevando a cabo las instrucciones de manera en que se le especifiquen, para esto es muy importante que cuente con el apoyo de familiares y amigos.

4.2 Tratamiento Fisiológico

Desde la antigüedad y a través de muchas eras del desarrollo de la medicina, el hombre creyó que los sentimientos depresivos eran la maldición de una “fuerza maligna”. Buscó la manera de acabar con ellos con drogas extraídas de plantas, pero además inventó otros métodos curativos. Ejemplo de ello son las trepanaciones de cráneo para dejar escapar lo

que creía “vapores venenosos”; las flagelaciones para ahuyentar a los “malos espíritus”; los baños curativos y, la aplicación de sanguijuelas para librarse de la “mala sangre”.

Con todo esto el hombre pretendía aliviar la tensión y los sentimientos de ira, temor, culpa y depresión, además de suprimir el sufrimiento mental para volver a la normalidad.

Las culturas modernas, con sus numerosas investigaciones e información científica, han elaborado distintos métodos de tratamiento para el sistema nervioso del hombre.

Así pues, la historia de los tratamientos físicos inicia con el tratamiento químico de la función nerviosa, realizado por el doctor Jakob Klaesi en el año de 1922, quien empleó barbitúricos y otros productos químicos para provocar el sueño hasta por una semana. La idea era la de hacer descansar el sistema nervioso. Este método resultó útil, especialmente a aquellos pacientes cuya enfermedad emocional se caracterizaba por una grave agitación.

Posteriormente, alrededor de 1933, el doctor Ladislav Meduna, inició el uso de drogas estimulantes como el metrazol inyectada por vía endovenosa para producir una convulsión, que a su vez mejoraba la función mental. A través de esto comprobó que más del 60% de las personas deprimidas mejoraron (De Juan, et.al., 2002).

Al tiempo que esto ocurría, el doctor Manfred Sakel descubrió que la inyección de insulina producía un coma fisiológico que también mejoraba el funcionamiento del cerebro, especialmente en las esquizofrenias.

Estos tres métodos, fueron posteriormente perfeccionados y modificados y aún son empleados para el tratamiento de la depresión y otras enfermedades mentales.

Así pues el método químico convulsivo del doctor Meduna, fue perfeccionado hasta llegar al método actual de estimulación eléctrica, especialmente en la enfermedad depresiva; actualmente se conoce con el nombre de electroshock.

Gracias a las conclusiones a las que llegaron los doctores Ugo Cerletti y Lucio Bini, a finales de 1930 en Italia, acerca de los beneficios con el tratamiento químico convulsivo en la depresión, determinaron que estos beneficios se debían a la descarga neural de impulsos en el cerebro más que a la convulsión muscular inducida. Después de varios años de experimentación con animales, demostraron que aplicando una corriente eléctrica sobre las sienas del ser humano, podía provocarse dicha descarga neural, sin producir dolor, instantáneamente y en forma segura, obteniendo igual o mayor resultado que mediante el método del doctor Meduna.

Los doctores Cerletti y Bini publicaron sus observaciones sobre este tema en 1938, empleando el término común italiano l'elettroshock con el significado de el "estímulo eléctrico". Lamentablemente el término fue traducido como "tratamiento de shock" y por consiguiente tomó forma de terror en muchas personas, sobre todo en aquellas fácilmente impresionables. Los Psiquiatras de aquella época, restaron importancia a este problema, preocupándose por los resultados positivos del tratamiento.

El tratamiento consiste en acostar a la persona en una cama confortable, dejándole su ropa puesta, pero aflojándosela y quitándole los zapatos.

Posteriormente se inyecta un barbitúrico de acción rápida por vía endovenosa, con la intención de hacer dormir al paciente en el término de diez segundos aproximadamente. A partir de ese momento el paciente no siente nada y permanece dormido hasta después del tratamiento.

Después de haber administrado el barbitúrico, se administra otra sustancia química, llamada succinilcolina, la cual es relajante y elimina las contracciones musculares intensas. Se debe esperar de veinte a treinta segundos para que los músculos se relajen lo suficiente y se pueda llevar a cabo el procedimiento.

En este momento se le proporciona al paciente oxígeno puro, para asegurarse de la plena oxigenación de todos los tejidos del cuerpo. Es en esos instantes cuando se aplica durante un segundo una corriente eléctrica de muy bajo voltaje sobre sus dos sienes al mismo tiempo (tratamiento bilateral), con el fin de estimular la descarga neural que pone en marcha el proceso curativo.

Cabe mencionar que este tratamiento puede aplicarse a cualquier hora del día, siempre y cuando el paciente no haya ingerido alimentos en las últimas cuatro horas; además es indoloro, a excepción del pinchazo de la primera inyección. Este tratamiento puede aplicarse casi a cualquier persona incluyendo a mujeres embarazadas (Padín, 2003), ya que se ha comprobado que los bebés no sufren ninguna consecuencia del mismo; las únicas personas a las cuales no se les puede aplicar son aquellas con serias lesiones cardiacas o un ataque coronario reciente; las que padecen de una infección activa (como bronquitis aguda con temperatura o tuberculosis) o personas extremadamente débiles. El tratamiento se lleva acabo dos o tres veces por semana y el número de tratamientos que se necesitan puede variar de una persona a otra.

El procedimiento completo dura alrededor de una hora. La fase inicial de recuperación, se da de la siguiente manera: Primero desaparece la anestesia, luego el sueño profundo producido por la estimulación eléctrica, pasa a ser un sueño liviano, después de unos diez o veinte minutos más el paciente despierta, pero se siente algo aturdido. Pronto reconoce las cosas y las personas que lo rodean, entonces se le puede permitir sentarse. Gradualmente esa sensación de aturdimiento desaparece, aunque pueden aparecer algunos otros síntomas después de la sesión, los más comunes son náuseas y dolor de cabeza de los cuales, el dolor de cabeza desaparece rápidamente con una aspirina; las náuseas pueden evitarse si el paciente toma algún remedio contra éstas antes del tratamiento; la complicación más molesta puede ser la pérdida de la memoria temporaria, ya que se ha notado que en la mayoría de los pacientes esto es posible y se da después del cuarto o quinto tratamiento, esto se pone de manifiesto cuando el paciente se olvida de algunas citas, los nombres de personas que no ve con frecuencia y números de teléfono a los que llama casualmente. Esta falta de memoria persiste durante el tratamiento, pero una vez que el paciente mejora, desaparece en el término de dos a tres semanas.

Los pacientes en los cuales persiste la falta de memoria más tiempo del indicado después del tratamiento, generalmente son personas con depresión crónica, entonces según los estudios que se han llevado a cabo, esto se debe a la prolongación de ansiedad y depresión que han acompañado al paciente durante un período prolongado y no necesariamente al tratamiento.

Para este tipo de personas con depresión crónica o cíclica, se puede utilizar lo que se llama electroshock de mantenimiento, el cual produce muy buenos resultados y consiste en recibir el tratamiento con un intervalo que va de los diez a los treinta días, durante un período indefinido (de seis meses a cinco años o más), ya que muy a menudo estabiliza la función mental cuando otros métodos fallan.

Entre las variantes del tratamiento con electroshock podemos encontrar:

- Tratamiento unilateral de electroshock: En éste la aplicación del impulso eléctrico se hace de un sólo lado, regularmente del lado no dominante del cerebro (en una persona diestra, el lado derecho es no dominante; en una persona zurda, el lado izquierdo es no dominante).

El paciente obtiene muchas ventajas de este método, ya que produce menos tensión en el paciente; no produce estado de confusión posterior y, previene gran parte, si no toda, de la

pérdida de la memoria. Los resultados de este tratamiento son prácticamente los mismos que los del tratamiento bilateral, aunque en algunos casos de depresión crónica y profunda, se necesitan tratamientos adicionales para obtener una curación total (www.txorihherri.com/ 2000).

- Tratamiento de indoklón: Esta variante se desarrolló alrededor de 1960. La técnica es idéntica a la del electroshock, pero en lugar de emplear electricidad para producir la descarga neural, se emplea el indoklón, sustancia química relacionada con uno de los compuestos del éter. Se aplica por medio de la inhalación o por vía endovenosa para estimular el cerebro y el sistema nervioso. Es tan beneficioso para la depresión como el impulso eléctrico y puede usarse en personas con miedo a la electricidad.

Se han creado algunos mitos alrededor de este tratamiento y esto es debido a que el término “electroshock”, por sí mismo provoca reacciones de miedo e inseguridad; algunos de éstos son:

- Que este tratamiento produce daño cerebral.
- Que puede producir fracturas.

Respecto al daño cerebral, no se ha encontrado evidencia clínica que lo confirme, ningún análisis ha demostrado efectos colaterales permanentes en los tejidos cerebrales; más bien se produce una alteración cerebral positiva, ya que la actividad mejora. En cuanto a que produce fracturas, se ha podido observar que en la actualidad esto ya no es posible, por el uso de los relajantes; en épocas pasadas el electroshock provocaba fuertes convulsiones, a causa de ello algunos pacientes llegaron a sufrir fractura o desgarre muscular. Pero al eliminar con los relajantes la convulsión, estas complicaciones rara vez se producen.

Lo único que se ha observado es que después del primer tratamiento se presentan dolores en los maxilares durante un día o dos, pero esto es fácilmente tratado con aspirinas.

4.3 Tratamiento Psicológico

Este tipo de tratamiento es de gran ayuda contra la depresión, sobre todo si se trata de un trastorno moderado, ya que en el caso de depresiones agudas, requiere de apoyo con tratamiento fisiológico y farmacológico. Es conocido también como psicoterapia o terapia verbal.

La psicoterapia es un proceso mediante el cual una persona aprende a analizar sus valores, necesidades, juicios y comportamiento (y los de las personas y la sociedad que la rodean); a comprenderlos con el fin de resolver sus ansiedades, dudas y conflictos y; a actuar en consecuencia para adaptarse de una mejor manera en la vida.

Dentro de las técnicas más utilizadas en la psicoterapia para el tratamiento de la depresión encontramos:

- Apoyo afectivo: Cuando el paciente recibe apoyo, por parte del terapeuta, su moral se levanta y recupera el sentido de dignidad, el cual es requisito indispensable para su recuperación.
- Liberación: Conocida también como catarsis, puede ser también considerada como una forma de confesión. Sin embargo independientemente de cómo se le denomine, cuando el paciente consigue esa liberación y encuentra a la persona indicada con quien hablar (en este caso el terapeuta), el peso de su carga emocional se reduce considerablemente.
- Sugestión: Ésta se usa para darle ideas a la persona de lo que posiblemente puede hacer. La sugestión ayuda en muchas áreas de la vida de una persona: puede transmitirle afabilidad y buenos modales para llevarse bien con los demás; puede inducirlo a la autodisciplina en sus hábitos de trabajo; puede sugerir modos y medios para convertir desventajas en logros. Es especialmente eficaz, para sugerir nuevas metas a la persona deprimida.

Por lo tanto, las sugerencias pueden servir de mucho a aquellas personas en las que se puede influir sutilmente, para que puedan dedicarse a nuevas actividades. Permiten que la persona deprimida sienta que ella es quien ha elegido la meta y ha decidido por sí misma y; que el terapeuta sólo estuvo de acuerdo con la decisión.

- Manipulación del ambiente: Este procedimiento se emplea para encontrar o establecer un medio dentro del cual el paciente pueda vivir y adaptarse sin seguir desgastando su energía.

La finalidad de la manipulación del ambiente es la de reducir tensiones que agobian al individuo y agotan al extremo sus recursos.

Las terapias psicológicas más utilizadas en el tratamiento de la depresión son:

- a) Terapia directiva: Esta es usada eficientemente en personas a las que por su depresión, les resulta imposible tomar decisiones. Y consiste en la planificación en detalle de diversas actividades, que mantendrán ocupada, entretenida y organizada a la persona enferma de

depresión. Esto sirve de mucho, ya que se ha podido comprobar que la actividad por sí misma, hace funcionar la mente y el cuerpo; estimula la circulación, los músculos, las células cerebrales, entre otros, todo lo cual impulsa al individuo a una posterior actividad por propia iniciativa.

La terapia directiva también da resultados en caso de depresión leve o moderada cuando el paciente está temporalmente inmovilizado.

b) Terapia explicativa: Las explicaciones claras combinadas con otro tratamiento, pueden ser empleadas para aliviar la agitación de la persona deprimida y hacerlo pensar de una manera más clara.

c) Terapia Cognitiva: Es útil en el tratamiento de la depresión. Surge de teóricos como Beck, Rhem y Seligman, los cuales propusieron una serie de hipótesis que atribuyen un rol causal a las cogniciones en la depresión.

Según Beck, 1976 (citado en Salinas, 1998), la depresión es un desorden del pensamiento, en la cual los signos y síntomas son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Basa la aparición de la depresión en una triada cognitiva la cual consiste en tres patrones cognitivos que controlan la ideación: una visión negativa de uno mismo, una visión negativa del futuro y una visión negativa del mundo.

Por otro lado Rhem, 1977 (citado en Salinas, 1998), propone la teoría de auto-control de la depresión en la cual las autoevaluaciones negativas y las bajas tasas de auto-reforzamiento y las tasas de auto-castigo producen bajas tasas de conducta. Rhem sugiere que las personas deprimidas atienden selectivamente a los eventos negativos, tomándolos como criterios para hacer su autoevaluación, y por lo tanto utilizan altas tasas de auto-castigo en combinación con una baja en las tasas de autorecompensas.

Seligman, 1975 (citado en Salinas, 1998), propuso su teoría del “desamparo aprendido”, observado cuando unos perros fueron expuestos a un trauma incontrolable. Los componentes principales del desamparo aprendido son: pasividad, retardo en el aprendizaje, carencia de agresividad y competitividad y pérdida de peso y bajo consumo de comida. Así pues el antecedente para la aparición del desamparo crítico no es el “trauma”, sino la carencia de control sobre el evento traumático.

De esta manera los sujetos deprimidos se consideran estar en situaciones en las cuales sus respuestas y el reforzamiento son independientes.

Posteriormente Seligman, 1978 (citado en Salinas, 1998), hizo unas reformulaciones a su teoría, sugiriendo que las atribuciones que hace el individuo acerca de la no contingencia entre sus actos y los productos son el origen de expectativas subsecuentes de contingencias futuras. Estas atribuciones incluyen para la aparición de la depresión: internalidad/externalidad, generalidad/especificidad y estabilidad/inestabilidad. Desde esta perspectiva una persona está probablemente más deprimida si sus atribuciones por sus fallas y carencias de control son internas (es mi culpa), son generales (en todo soy incompetente) y son estables (siempre seré igual); mientras que sus atribuciones por el éxito son externas (tuve suerte), específicas (en esa situación en particular) e inestables (sólo esta vez).

De esta manera la terapia cognitiva hace énfasis en pensamientos, percepciones, creencias y actitudes, que de una u otra forma y dependiendo de si son negativos o positivos, influyen en la aparición de la depresión en las personas.

Por lo tanto, para los terapeutas cognitivos, la depresión aparece cuando una persona tiene distorsiones cognoscitivas, las cuales incluyen: predicciones negativas (se refiere a la tendencia de hacer predicciones muy negativas o pesimistas acerca del futuro, aún cuando no se tenga evidencia de que pueden suceder); pensamiento de todo-nada (tendencia a llegar a conclusiones amplias y generalizantes sobre sí misma o sobre los demás); llegar a conclusiones negativas (tendencia a la peor conclusión ante la carencia total de evidencia); visión de túnel (tendencia común a deprimirse para enfocar selectivamente los detalles negativos y solazarse con ellos, dejando fuera los aspectos positivos de una situación o de sí mismo) (Preston, 1995).

Debido a esto, los terapeutas cognitivos se dedican a corregir el modo de pensar depresivo de sus pacientes. Los ayudan a identificar sus posiciones falsas y los sentimientos y conductas resultantes. Luego trabajan con los pacientes para reemplazar las distorsiones mentales con un criterio más equilibrado, que les permita funcionar, lograr éxito, sentirse confiados y tener fe (Gold, 1987).

Para muchas personas este tipo de terapia proporciona un rápido regreso a la realidad y aprender a distanciarse de los síntomas de la enfermedad resulta útil para tratar con cualquier recurrencia en pensamientos de este tipo.

En este tipo de terapia trabajan conjuntamente paciente y terapeuta durante dieciséis y veinte semanas. Sin un esfuerzo vigoroso y sin cooperación con el terapeuta, el tratamiento no dará resultado.

d) Terapia de la conducta: En este rubro se incluyen una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (especialmente del aprendizaje) para tratar la conducta humana de desadaptación. El término “conducta” se interpreta de manera general, incluyendo tanto una respuesta manifiesta como una respuesta encubierta (por ejemplo las emociones y verbalizaciones implícitas), siempre y cuando dichas respuestas se puedan señalar claramente. Entre las técnicas incluidas bajo este rótulo se cuentan la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, el modelamiento, el condicionamiento operante, la extinción y, el condicionamiento aversivo.

La terapia de la conducta tiene las siguientes suposiciones:

1. En relación con la psicoterapia, la terapia de la conducta tiende a concentrarse en la conducta de desadaptación en sí misma, más que en alguna supuesta causa subyacente.
2. La terapia de la conducta supone que las conductas de desadaptación son, hasta un grado considerable, adquiridas a través del aprendizaje, del mismo modo que cualquier conducta es aprendida.
3. La terapia de la conducta supone que los principios psicológicos, especialmente los del aprendizaje, pueden ser sumamente efectivos en la modificación de la conducta de desadaptación.
4. La terapia de la conducta implica la especificación, claramente definida, de los objetivos del tratamiento.
5. El terapeuta de la conducta adapta su método de tratamiento al problema del cliente.
6. La terapia de la conducta se concentra en el aquí y el ahora.
7. Se supone que cualesquier técnicas clasificadas bajo el rótulo “terapia de la conducta” han sido sometidas a verificaciones empíricas y se ha encontrado que son relativamente efectivas (Rimm, 1980).

Desde la perspectiva de la terapia de la conducta, se han desarrollado diversas explicaciones teóricas e hipótesis acerca del origen y mantenimiento de la depresión.

Dichos planteamientos teóricos concuerdan en enfatizar que los individuos deprimidos, manifiestan una disminución en la tasa de reforzamiento social, el empleo frecuente del auto-castigo y, pérdida de control sobre el ambiente.

Con base en dichos planteamientos se han desarrollado diversas estrategias terapéuticas para incrementar la tasa de reforzamiento social, la percepción de control del ambiente y de la manera en que es valorado por la persona; el futuro y a ella misma, todo con la finalidad de remitir los diversos comportamientos que se han considerado dentro del término de depresión.

A través de la terapia de la conducta se puede educar al deprimido crónico para desempeñarse con un mayor incentivo y más optimismo. También es útil para pacientes que padecen de depresiones reactivas leves o moderadas y para los que padecen de depresiones neuróticas y como procedimiento combinado o de seguimiento para cualquier persona que no se adapta bien a las situaciones vitales, antes, durante o después de una enfermedad depresiva.

La terapia de la conducta aplica técnicas de aprendizaje y los principios del condicionamiento para enseñar al paciente a modificar actitudes, rasgos y conductas inadaptadas. Por ejemplo, le enseña al paciente cómo relajarse y evitar temores, pánico y explosiones de ira dentro de la depresión.

Dentro de este tipo de terapia surgió una variante llamada terapia cognitivo-conductual y las técnicas que se han desarrollado desde esta perspectiva han demostrado su utilidad en el tratamiento de diversos problemas psicológicos y de la conducta en general.

Este tipo de terapia diseña sus tratamientos con el objetivo de modificar conductas y cogniciones relativamente específicas y/o enseñar otras que permiten un mejor ajuste del individuo en su relación con el medio ambiente. La terapia cognitivo-conductual se basa en los siguientes principios:

- 1) Decremento de eventos desagradables e incremento en actividades placenteras: Este principio está basado en la aproximación del reforzamiento, tiene como meta enseñar a las personas deprimidas habilidades que pueden usar para cambiar sus patrones de interacción problemáticos y las habilidades necesarias para mantener esos cambios después del término de la terapia. Para ello utiliza técnicas como asertividad, entrenamiento en relajación,

planeación diaria en actividades, administración del tiempo y procedimientos cognitivos que permitan a la persona encarar de una mejor manera las situaciones aversivas.

2) Terapia cognitiva: Las sesiones terapéuticas, conjugan técnicas que hacen énfasis en que el paciente reconozca sus habilidades y sus éxitos, sus grados pequeños de placer y en ayudarlo a revalorar sus creencias negativas.

3) Terapia de autocontrol: El tratamiento consiste en sesiones en donde se enseña al paciente habilidades como auto-monitoreo, auto-evaluación y auto-reforzamiento (Salinas, 1998).

e) Terapia de Grupo: Es aconsejable, porque además de ser económica, obliga a la persona a observarse en relación con otras y así, reconocer su fuerza y sus debilidades comparadas con las de otros. Además en este tipo de terapia la persona obtiene respuestas inmediatas a sus necesidades ya que descubre que no está solo con sus problemas sino que el grupo lo apoya emocionalmente y estimula sus esfuerzos para recuperarse.

f) Terapia familiar: Este procedimiento es recomendable cuando un miembro importante de la familia sufre depresión y su enfermedad afecta el estado emocional de los demás miembros de la familia, creando confusión y hostilidad. Con este tipo de terapia se logra una mejor comunicación entre los miembros lo cual tiene su influencia positiva en el deprimido.

En las terapias psicológicas antes mencionadas, se necesita de la participación conjunta del terapeuta y del paciente, de lo contrario tales tratamientos son inútiles.

4.4 Terapia Psicológica con Perspectiva de Género

Se describe en este apartado un proyecto preventivo de la depresión, dirigido a mujeres.

Dicho proyecto de investigación se llevó a cabo con un apoyo parcial del Population Council, como parte de un proyecto más amplio: la influencia del trabajo materno sobre la salud de los hijos (Lara y Acevedo, 1995).a

Este proyecto es el resultado de quince años de investigación sobre la salud mental de las mujeres basado en dos líneas de investigación: la primera se inició con el estudio de los entonces llamados estereotipos sexuales en la población mexicana y su relación con la salud mental, para lo cual se realizaron dos estudios, el primero tuvo como población a 885

personas de ambos sexos, de 14 años en adelante, pertenecientes al estado de Morelia en Michoacán los cuales contestaron una versión preliminar de las Escalas de Características de Personalidad Masculinas y Femeninas, así como la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D), la cual consta de 20 reactivos y fue diseñada para estudios exploratorios en población general. Tal escala cubre las áreas de síntomas depresivos, ánimo depresivo, sentimientos de culpa, sentimientos de incapacidad y desesperanza, retardo psicomotor, pérdida del apetito y trastornos del sueño. Los síntomas se califican de 1 a 3 de acuerdo con su frecuencia de ocurrencia en la semana anterior.

Los resultados mostraron que en ambos sexos, la masculinidad autoafirmativa y la feminidad afectiva, se relacionaron negativamente con la depresión, mientras que la masculinidad agresiva y la feminidad sumisa se relacionaron positivamente con esta variable. En ambos sexos la interacción M x F (masculinos por femeninos), fue un predictor importante de la depresión, observándose una relación negativa; es decir que a mayor androginia, menor depresión. En el segundo estudio participaron 300 personas de la ciudad de México, de ambos sexos, de entre 17 y 70 años de edad, de los cuales 135 eran hombres y 165 mujeres, los cuales completaron el cuestionario de las Escalas de Características de Personalidad Masculinas y Femeninas y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, el cual incluye cuatro escalas: Neuroticismo (N), Psicoticismo (P), Extraversión (E) y Deseabilidad Social o de Mentiras (DS). Los resultados mostraron que la masculinidad autoafirmativa tuvo correlaciones positivas con neuroticismo y positivas con extraversión; por otro lado, la masculinidad agresiva tuvo correlaciones positivas con neuroticismo y psicoticismo y, negativas con deseabilidad social y; la feminidad sumisa tuvo correlaciones positivas con neuroticismo. Además se encontró que la feminidad sumisa, en los hombres también presentó una correlación positiva con psicoticismo y negativa con deseabilidad social y en las mujeres la feminidad afectiva tuvo correlación negativa con neuroticismo y positiva con deseabilidad social. Por otra parte, los sujetos masculinos y andróginos, obtuvieron las medias más bajas en neuroticismo. En extraversión los hombres andróginos y las mujeres andróginas y femeninas obtuvieron las medias más altas. En psicoticismo no se encontraron diferencias significativas entre los grupos y en deseabilidad social, las mujeres femeninas obtuvieron medias significativamente mayores a las indiferenciadas. En conclusión, se observó que la

presencia de ambos aspectos deseables de los roles de género, o androginia, son importantes en la salud mental, en tanto que se relacionan con menor depresión y neuroticismo y mayor extraversión. En el hombre, la presencia de rasgos masculinos parece ser el factor más importante, mientras que en la mujer son los femeninos. Los rasgos no deseables de los roles de género, se relacionaron con mayor depresión, neuroticismo y psicoticismo (Lara, 1991).

La segunda línea de investigación se abocó al estudio de los efectos del trabajo extradoméstico sobre la salud mental de las mujeres y las repercusiones en la salud mental de sus hijos e hijas. El problema fue abordado por medio de una técnica proyectiva y se dio a los resultados una interpretación desde la construcción cultural del género femenino. La población utilizada en esta investigación, consistió de 211 mujeres madres de familia, la mitad de ellas empleadas como enfermeras y el resto no empleadas. La muestra de las mujeres empleadas se constituyó con enfermeras de nueve hospitales de tercer nivel de atención de la Ciudad de México, seleccionadas por su disposición a participar en el proyecto. Con el objeto de mantener constante el nivel socioeconómico, el grupo de mujeres no empleadas se seleccionó entre las vecinas de las enfermeras, controlando el nivel educativo. La participación de todas las mujeres fue voluntaria.

Primero se aplicó un cuestionario estructurado con opciones cerradas para recabar información sociodemográfica, ocupacional y familiar y, se les evaluó por medio del Dibujo de la Familia para cumplir con los objetivos del estudio. Para la calificación de los dibujos se diseñó una guía en la que quedaran integrados los distintos aspectos del Dibujo de la Familia dentro de las categorías elegidas para evaluarlos. Las categorías a evaluar fueron: ubicación de la realidad, autoestima, disciplina y método de trabajo, clima emocional en el interior de la familia, composición del grupo familiar, lugar en que se dibuja la madre en relación con otros miembros de la familia, roles de madre y esposa, área afectiva, valoración del grado de conflicto con la pareja y el hijo; relaciones interpersonales, sexualidad y malestar emocional. En los resultados obtenidos se observó una mayor frecuencia de síntomas depresivos entre las mujeres desempleadas, aunque tanto las empleadas como las que no lo estaban mostraron más altos niveles de depresión que los reportados para la población general del país. Este estudio dio como resultado una considerable presencia de síntomas emocionales asociados con la depresión, derivadas del

rol de madre y de las propias de pareja, mientras que en las mujeres que trabajan los síntomas depresivos y somáticos se asociaron con el incremento de las tensiones en el ámbito laboral (Lara, 1999).

En estos y otros estudios, se obtuvieron resultados como el que las mujeres que sólo se dedican al hogar, dan más importancia a sus problemas conyugales y reportan mayor violencia, críticas y alcoholismo por parte de sus esposos. También se encontraron problemas de autoestima, ambivalencia afectiva, relaciones interpersonales insatisfactorias, vivencia de su sexualidad como conflictiva, dificultades en la expresión del afecto, tensión y ansiedad hacia el interior de sus familias.

Por otra parte, se encontró que la utilización de los servicios de salud, en mujeres con síntomas depresivos es casi nula, las mujeres pocas veces refirieron el uso de instituciones formales y en cambio con gran frecuencia dijeron haber buscado ayuda de sus familiares.

Por lo tanto, estas dos líneas de investigación demostraron la alta frecuencia con que se presenta la depresión en las mujeres y el casi nulo acceso que éstas tienen para recibir atención, es por eso que se llevó a cabo un proyecto con el fin de evaluar una estrategia de prevención de esta problemática.

Para la realización de este proyecto se tomaron en cuenta las estadísticas en torno a la depresión, las cuales sugieren una tendencia mayor en la mujer; tal es, de dos mujeres por cada hombre.

Otro dato importante fue el aportado por el Instituto Nacional de Psiquiatría con respecto a la insuficiencia de los servicios de salud mental y a la falta de personal calificado.

No menos importantes fueron las sugerencias de algunos autores, para dirigir las acciones a un nivel preventivo primario (Lara y Acevedo, 1995).

De esta manera, la prevención primaria se definió como el conjunto de estrategias comunitarias que reducen la probabilidad de atención de algunos casos de algún trastorno. Así, los receptores de las medidas de prevención primaria son personas que se encuentran libres del padecimiento en ese momento; sin embargo pueden considerarse como personas que se encuentran en un alto riesgo de presentarlo.

El material diseñado podría beneficiar igualmente a las personas que presentan los síntomas, pero que no los han identificado como tales, a fin de ayudarlas a lograr esa identificación y a hacer factible la solicitud de ayuda por parte de las mismas.

De esta manera, se consideraron dos fases para la elaboración del material. La primera fase comprendió el diseño y evaluación del material impreso sobre los aspectos psicosociales y de género que están relacionados con la aparición de la sintomatología depresiva y; la segunda fase fue la introducción del material para capacitar a los agentes de atención primaria en salud y diseñar un manual para su uso.

Una vez discutidas las ventajas y desventajas de elaborar varios tipos de material, se optó por un libro pequeño de aproximadamente 110 páginas, ilustrado con caricaturas y dirigido a mujeres de entre 20 y 40 años de edad. El material fue redactado en lenguaje coloquial a manera de que una mujer no necesite de muchos estudios para comprenderlo.

El procedimiento seguido en el desarrollo del proyecto fue:

- Construcción de una guía temática.
- Elaboración de guiones técnicos y viñetas para el diseño del material gráfico.
- Evaluación de los folletos.
- Corrección del material en base a los resultados de la evaluación.
- Impresión del material.

Posteriormente se llevó a cabo un estudio, para probar el proyecto, el cual tuvo como objetivo el evaluar la puesta en marcha de la intervención así como los efectos de ésta sobre la sintomatología emocional (los síntomas de depresión, la somatización y los trastornos emocionales), los conocimientos sobre la depresión y sobre la conducta de autoayuda y posteriormente la búsqueda de ayuda especializada. Se hicieron tres ensayos: dos para evaluar una sesión única de dos horas y, el tercero para evaluar cuatro sesiones de dos horas. La intervención fue de carácter grupal y psicoeducativa. El diseño fue de pre y post evaluación y un seguimiento a los seis meses. La muestra estuvo integrada por mujeres con alto porcentaje de posible trastorno emocional, así como de síntomas depresivos y somáticos. Los criterios de inclusión para tal estudio fueron que las mujeres tuvieran entre 20 y 45 años, escolaridad suficiente para poder leer un material sencillo, presentar sintomatología depresiva y algún factor de riesgo para la depresión, como el trastorno afectivo de alguno de sus padres, estar pasando por un evento estresante de la vida como una pérdida, la separación marital, alguna experiencia traumática, o tener baja autoestima. Los criterios de exclusión fueron: presentar síntomas incapacitantes de depresión, trastorno bipolar, daño orgánico o psicosis, estar bajo tratamiento psicológico o

farmacológico, padecer una enfermedad terminal, manifestar ideación suicida y ser adicta al alcohol o las drogas. El primer ensayo se llevó a cabo en dos clínicas del IMSS de medicina familiar y en un hospital de ginecobstetricia de asistencia privada. La razón para desarrollar este estudio fue el interés del personal en colaborar con la investigación. En este ensayo la muestra fue conformada con pacientes que se encontraban en la sala de espera de dichos servicios y en una de las instituciones las personas fueron escogidas directamente por el médico. El segundo ensayo se llevó a cabo en una institución de asistencia privada dedicada a atender a las mujeres y a su familia. Las trabajadoras sociales y las psicólogas repartieron folletos en la comunidad y en la institución, en los cuales se daba información sobre los síntomas de la depresión y sus factores de riesgo y, se les sugería que en caso de presentar alguno de ellos asistieran a unas pláticas. El tercer ensayo se llevó a cabo en un centro comunitario de la salud mental de la Secretaria de Salud. Las trabajadoras sociales y las enfermeras psiquiátricas participaron en el reclutamiento de las mujeres, siguiendo una estrategia similar a la utilizada en el ensayo dos.

En los tres ensayos el material educativo “¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión”, fue el centro alrededor del cual se estructuró la intervención. Esta consistió en sesiones grupales (alrededor de 15 participantes) dirigidas por una psicóloga, con base en una guía previamente elaborada en la que se especifican las actividades y la manera de conducir al grupo; la intervención que fue de carácter psicoeducativo con una perspectiva de género tuvo como objetivos: 1) proporcionar información sobre la sintomatología, etiología, estrategias de autoayuda y tratamiento de la depresión, 2) promover la reflexión alrededor de esta temática, 3) compartir experiencias y aclarar dudas, 4) motivar a las participantes a poner en práctica las actividades de autoayuda sugeridas en el texto y 5) motivarlas para que en caso de necesidad busquen atención especializada.

En el primer y en el tercer ensayo se evaluó la intervención de una sesión de dos horas y, en el segundo ensayo una de cuatro sesiones de dos horas semanales.

El diseño general de la investigación fue de pre y post evaluación (a los 15 días) y de seguimiento (a los 6 meses).

El cuestionario de pre-evaluación incluyó una sección general que permitiera caracterizar más ampliamente a la población en datos sociodemográficos, antecedentes patológicos familiares e historia infantil y las escalas de acontecimientos de la vida (diseñada para el

estudio) y de Autoestima de Coopersmith y una sección sobre las variables de estudio: los conocimientos sobre la depresión (cuando decimos que alguien está... ¿cómo se comporta, qué piensa, qué siente?), los síntomas de depresión (CES-D), somatización (SCL_9) y los trastornos emocionales (MHQ5). En la post- evaluación y en el seguimiento sólo se aplicó la segunda sección además de las preguntas sobre las estrategias de autoayuda que se utilizaron (leyó el libro por su cuenta, destinó algún tiempo para ella misma, le platicó a alguien sus problemas e hizo los ejercicios sugeridos en el libro), sobre la solicitud de ayuda especializada (En los últimos 15 días [post-evaluación], 6 meses [seguimiento] ¿Ha buscado ayuda por sentirse sola y triste?) y sobre la utilidad de la intervención, el hecho de que haya participado en las sesiones (¿Influyó sobre su depresión? ¿Qué fue lo que más le sirvió de las sesiones?

En el primer ensayo, se entrevistó a 36 mujeres, de una media de edad de 30 años, con diversos niveles de escolaridad y de ingresos y de diferente estado civil. En cuanto a los factores de riesgo de depresión, la mitad dijo tener baja autoestima y casi el 14% dijo haber experimentado entre 3 y 5 eventos de la vida muy estresantes. El 16.6% indicó haber padecido algún incidente de hostigamiento sexual durante la infancia o la adolescencia y casi la mitad dijo que alguno de sus familiares había padecido de depresión, “nervios” o algún otro problema emocional (generalmente la madre).

Aunque muchas de estas mujeres manifestaron tener interés en asistir a la sesión grupal, sólo tres lo hicieron. A las tres se les entregó un libro y se les dio información, pero no se llevó a cabo la intervención como tal ni se les evaluó posteriormente. Por lo anterior, se llegó a la conclusión de que, aunque las mujeres mostraron indicadores de depresión, síntomas depresivos importantes y factores de riesgo, no estaban suficientemente motivadas para asistir a la intervención. Por otro lado, las salas de espera no contaban con las condiciones adecuadas de privacidad para entrevistarlas, ni ellas tenían suficiente tiempo ni suficiente motivación para responder al cuestionario, por lo cual se decidió cambiar la estrategia en los ensayos subsecuentes, darle más difusión por medio de folletos y buscar un lugar más apropiado para entrevistarlas. No se continuó trabajando en estas instituciones porque no pudieron proporcionar más facilidades. En el segundo ensayo se entrevistó a 20 mujeres de 33 años en promedio, de diferente estado civil y escolaridad y con distintos ingresos. Respecto a los factores de riesgo de padecer depresión, alrededor de la mitad

tenían: baja autoestima, habían experimentado de 3 a 5 acontecimientos muy estresantes en los últimos 6 meses, tuvieron experiencias de hostigamiento sexual antes de los 17 años, habían vivido con un familiar que bebía en exceso y provocaba problemas familiares (generalmente el padre) y algún familiar con antecedentes de depresión o problemas de “nervios” (generalmente la madre). El ensayo constó de cuatro sesiones. A la primera y segunda sesión acudieron 17 personas (85%), a la tercera asistieron 13 personas (65%) y 15 personas (75%) a la cuarta sesión. Dos personas no asistieron a ninguna. Se post evaluaron las 18 personas que asistieron. Se entrevistaron 14 personas en el seguimiento a 6 meses; no se encontraron 2, una por haberse cambiado de domicilio y otra por estar trabajando y, dos más rehusaron ser entrevistadas. Se pudo lograr este número tan elevado de evaluaciones debido a que se entrevistó en su casa a las que no asistieron a su cita. Los resultados mostraron una disminución en los diversos parámetros.

Con respecto al total de la muestra en la pre-evaluación, los cambios en el porcentaje de casos en la post-evaluación fueron: en los trastornos emocionales 75% a 25% a 35%, en los síntomas de depresión de 80% a 45% a 45% y en somatización de 35% a 25% a 20%. En el tercer ensayo que fue de una sola sesión se evaluaron a 30 mujeres, entre las cuales la media de edad fue de 37 años y, al igual que en los otros casos las mujeres tenían diferente escolaridad, estado civil e ingreso. Se observaron factores de riesgo de depresión en alrededor de la mitad: baja autoestima, experiencias de hostigamiento sexual antes de los 17 años y antecedentes de depresión o problemas de “nervios” en la familia (generalmente la madre). Casi una cuarta parte dijo haber tenido entre 3 y 5 acontecimientos estresantes. A este ensayo asistieron a la sesión de intervención, las treinta mujeres y sólo 19 a la post-evaluación. A las que no asistieron no se les buscó en su casa ni se les hizo seguimiento a los 6 meses, debido a que no se contaba con la información necesaria para seguir con la fase subsecuente de la investigación y, por no contar con suficientes recursos ni tiempo. En trastornos emocionales se observó un cambio de 53% a 20%, en los síntomas de depresión de 77% a 33% y en la escala de somatización de 43% a 33%. En cuanto a la adquisición de conocimientos sobre la depresión no se observaron modificaciones en ninguna de las dos intervenciones. En cuanto a las estrategias de autoayuda un porcentaje de entre 47 y 94% llevó a cabo una de ellas (leyeron el libro por su cuenta, destinaron algún tiempo para ellas

mismas, platicaron con alguien sobre sus problemas, escribieron sobre los mismos e hicieron los ejercicios sugeridos en el libro (Lara, Mondragón y Rubí, 1999).

Se llevó a cabo otro estudio con el objetivo de evaluar la efectividad a dos años, con respecto a los cuatro meses iniciales, de una intervención psico-educativa realizada a mujeres con síntomas de depresión. En este estudio se evaluaron los siguientes aspectos:

- Si la reducción de los síntomas de depresión y la mejoría en autoestima se mantuvieron.
- Si hubo diferencias entre las intervenciones –grupales e individual mínima-.
- Si las participantes siguieron considerando que la intervención tuvo influencia en su vida y en sus problemas.
- Si la intervención debía seguir impartándose de la misma manera o modificarse.

El estudio se llevó a cabo en una submuestra de 39 mujeres seleccionadas al azar del total de 135 que participaron en la intervención y que fueron evaluadas a los cuatro meses. El diseño del estudio fue comparativo entre una condición Grupal (IG) y una Individual Mínima (IIM), con evaluaciones: pre, post-tratamiento (a los 15 días en la Condición Grupal y al mes en la Individual Mínima) y con seguimiento a cuatro meses y a dos años. La Condición Grupal, se llevó a cabo en seis sesiones de dos horas cada una, organizadas alrededor del material educativo “¿Es difícil ser mujer?” y la Individual Mínima, consistió en una sesión de orientación individual sobre el uso de dicho material educativo.

En los resultados no se encontraron diferencias significativas entre una condición y otra, pero sí a largo plazo. En este sentido, los análisis posteriores mostraron que los síntomas de la depresión se incrementaron significativamente del seguimiento a cuatro meses, al seguimiento a dos años, pero no alcanzaron un nivel mayor al encontrado en la evaluación pre-tratamiento. La autoestima, mostró resultados similares: ausencia de diferencias entre las intervenciones y diferencias al interior de los grupos. Los análisis posteriores, en este caso señalaron una ligera disminución de autoestima a los dos años, aunque esta siguió siendo significativamente mayor que la encontrada en el pre-tratamiento. En cuanto a la pre-evaluación de la intervención misma, un porcentaje similar (80% y 63%) siguió considerando que la intervención tuvo gran influencia en su vida y sus problemas, a los dos años (Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón y Rubí, 2003). Las razones que dieron para esta afirmación fueron: que entienden y enfrentan mejor sus problemas, que mejoró su estado de ánimo, que hubo cambios en su forma de pensar y que pudieron conocerse y

aceptarse mejor. Además el 95% consideró que la intervención debería seguirse dando de la misma manera.

Por lo tanto se concluye que ambas intervenciones fueron efectivas para reducir los síntomas de depresión a corto plazo; mejorar la autoestima a corto y largo plazo; aún así las autoras discuten las limitantes metodológicas como la ausencia de un grupo de control, rechazo de la entrevista por parte de algunas participantes y el tamaño de la submuestra el cual fue demasiado pequeño.

Pero definitivamente no basta con una reeducación del sexo femenino, la perspectiva de género implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual entre hombres y mujeres y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia esa diferencia sexual, ya que todas las sociedades estructuran su vida y construyen su cultura en torno a ésta y la consideran destino.

Una perspectiva de género, abarca la educación en varios ámbitos de hombres y mujeres; desde el diseño de libros de texto y programas no sexistas, hasta el desarrollo de políticas de igualdad de trato y oportunidades entre ellos.

Tal perspectiva incluye la identificación y eliminación de discriminaciones reales de las cuales son objeto las mujeres, por mujeres y, los hombres, por hombres; así como el desarrollo de una nueva forma de conceptualizar las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres introduciendo un cambio en el sistema de prioridades ciudadanas.

Una vez echado un vistazo a las diferentes formas de tratamiento que existen para erradicar la depresión, se puede decir que cada uno tiene su grado de efectividad. Sin embargo falta mucho por hacer y es de pensarse que en la mayoría de los casos, faltan proyectos de prevención, los cuales disminuirían considerablemente este transtorno.

CONCLUSIONES

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diferentes países y ha sido reconocida como un problema de salud pública. Estudios recientes en los que se ha tomado en cuenta la incapacidad asociada a este trastorno, han demostrado el impacto y la trascendencia del mismo.

La relevancia en el estudio de esta problemática, radica en la influencia tan negativa que tiene en el ser humano, ya que propicia una tendencia a violar impulsos instintivos como el de la propia conservación y tiene un efecto bloqueador de las necesidades biológicas como el hambre, el sueño y el apetito sexual. Además representa un inmenso sufrimiento a quien lo padece, tiene consecuencias importantes sobre la salud física que se traducen en síntomas somáticos, depresión del sistema inmunológico, enfermedades crónicas; produce desarmonía marital y familiar (ya que afecta de manera importante la salud mental de los familiares y personas relacionadas con una persona deprimida) y disminuye la productividad general de la persona. El reconocimiento de la magnitud y el costo de la depresión, así como su tendencia a aumentar, ha llevado a que en algunos países se tomen medidas para mejorar la detección, prevención y el tratamiento de este trastorno. Por lo que respecta a nuestro país, aún no ha habido una respuesta en este sentido lo que viene a sumarse a las deficiencias en los servicios para la atención de la salud mental, muchas de ellas derivadas del bajo presupuesto dedicado a este rubro. Se ha reconocido que las personas con padecimientos emocionales recurren más a menudo a los familiares o amigos (54%), a los sacerdotes (10%), se automedican o usan remedios caseros (15%) en caso de padecimiento. Un problema más se relaciona con la falta de personal calificado. En cuanto a la atención, sólo el 5% de la población que requiere ayuda la solicita a los servicios pertinentes y, la mayoría recibe únicamente ayuda farmacológica (Lara, Mondragón y Rubí, 1999).

En otro sentido, aunque las investigaciones han logrado establecer la sintomatología de este trastorno, no se ha logrado un acuerdo en la determinación de los factores que lo propician. Ya que algunos investigadores están de acuerdo en definir a la depresión como un producto de la herencia genética o de los cambios bioquímicos cerebrales.

Otros apuntan a la idea de que es la constitución psicológica de una persona, la cual determina la aparición o no aparición de tales trastornos. Otros más mezclan factores ecológicos y sociales en este problema.

La realidad tiene mucho que ver, con que la depresión es un evento multifactorial, es decir no podemos aplicar la idea de la existencia de un único factor como propicio para la aparición de depresión a nivel mundial.

Así pues, la prevalencia reportada en diversos estudios y en diferentes países muestra variaciones en función de la definición del trastorno, el período evaluado y la composición etaria de la muestra. No obstante, una constante es que los episodios depresivos son al menos dos veces más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres (Caraveo, 1997).

A este respecto y debido a la frecuencia con la que se presenta la depresión en la mujer, ha sido importante realizar investigaciones que determinen las causas de esta incidencia.

Entre los resultados derivados de las investigaciones se ha encontrado relación de la depresión en la mujer con eventos que tienen que ver con su sexualidad, en este sentido se ha abordado la problemática desde una perspectiva biológica, la cual tiene que ver con deficiencia o aumento de hormonas en determinadas etapas de la vida, tal es el caso de la menstruación, el embarazo, la menopausia, el posparto. Aunque algunos estudios hayan comprobado la relación de tales hormonas como los estrógenos, en la aparición de eventos depresivos en la mujer y como explicación a una tasa más elevada que en los hombres; no podemos dejar de lado los estudios que se han realizado acerca de las condiciones sociales en las que viven las mujeres del mundo y en especial, las mujeres de nuestro país.

De tal manera que no podemos ni debemos olvidarnos de los estudios de género que se han sido llevados a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), entre otros, con la necesidad de aclarar el concepto de género, para hacer referencia a las diferencias entre hombres y mujeres en un marco sociocultural, lo que ha llevado a reflexionar sobre la salud mental de las mujeres como un fenómeno diferente al de los hombres.

Tales investigaciones han planteado que las actividades, costumbres, conductas, creencias, que se desarrollan para hombres y mujeres utilizando la diferencia biológica de los sexos para tales concepciones, repercuten en el ámbito emocional de las mujeres, ya que significan desigualdad en la que obviamente la mujer se encuentra en desventaja.

Por lo tanto, no podemos hablar de violencia, de alcoholismo, de depresión, de acoso sexual y de desigualdad de oportunidades, sin hablar de género. Porque es precisamente la ideología patriarcal, la que mantiene a muchas mujeres en una posición de opresión, sumisión, discriminación y explotación. Además, en muchos de los casos las mantiene sumergidas en una ignorancia, que hace de cierta forma imposible que busquen alternativas para su bienestar; en este sentido al hablar de depresión podemos decir que la falta de información impide que una mujer busque tratamiento apropiado para aliviar su trastorno emocional. Lo peor del caso es que cae en un alto índice de recurrencias depresivas, para lo cual es necesario contar con una intervención exhaustiva y accesible de la enfermedad. Es necesario incorporar la detección sistemática, la intervención precoz y, las intervenciones farmacológicas y psicosociales adecuadas para la mujer (Greden, 2003).

Por otra parte, en la minoría de mujeres que saben a donde acudir en caso de depresión, se interponen la falta de recursos, de tiempo, de dinero o la imposibilidad del cuidado de los hijos mientras se asiste a consulta.

En cuanto a los tratamientos existentes para combatir la depresión podemos decir que en gran parte, éstos han surgido obedeciendo al origen multifactorial de este trastorno, ya que debido a las investigaciones acerca de los factores hormonales y los cambios bioquímicos cerebrales que interfieren en la aparición de este trastorno, se han desarrollado los tratamientos farmacológicos y fisiológicos que han contribuido a mejorar la salud mental de muchas personas; por otro lado, los tratamientos psicológicos implementados a raíz de las investigaciones psicosociales han sido de gran ayuda para tratar este padecimiento. Pero en el caso del surgimiento de depresión en la mujer por las condiciones sociales en las que vive (tales son las que tienen que ver con género), podemos decir que no son de gran ayuda el tratamiento farmacológico ni el fisiológico, ya que no dan una solución definitiva a este trastorno, ya que si no cambian las condiciones sociales en las que vive una mujer, por más tratamientos que reciba, el problema no será atacado de raíz. El tratamiento psicológico ayuda en gran medida a crear en la mujeres conciencia de su problemática y cambiaraaa sus pensamientos negativos que la conducen a la depresión, además fortalece su manera de actuar, elevando su autoestima, convirtiéndola en una persona asertiva, capaz de resolver problemas. Pero este tipo de tratamiento es sólo una pequeña parte de todo lo que se tiene que hacer.

Por lo tanto, podemos considerar que los estudios sobre género, pueden abrir posibilidades de nuevos tratamientos para la depresión en mujeres. Y esto puede facilitar en buena medida la prevención y curación de este trastorno, aunque es tarea difícil.

Algunas autoras como Lara y colaboradoras, se han hecho a la tarea de realizar estudios, que puedan disminuir la sintomatología depresiva en mujeres, ejemplo de ello lo constituye un proyecto de educación para la salud como estrategia de prevención de la depresión dirigida a mujeres (Lara y Acevedo, 1995), el cual fue descrito en el capítulo 4.

Este tipo de investigación constituye una muestra de lo que se está comenzando a hacer en nuestro país, aunque cabe decir que se trata de una micro intervención, ya que si consideramos el sistema económico, político y social en el que vivimos, podemos decir que el terreno es difícil y falta mucho por hacer.

Además no debemos dejar de lado que si hablamos de un tratamiento con perspectiva de género, estamos hablando también de hombres, no sólo de mujeres, por lo tanto hace falta también comenzar a trabajar con ellos, es decir trabajar con hombres y mujeres, educando y reeducando para garantizar acciones que inserten a las mujeres en el mundo del trabajo y promuevan su desarrollo profesional y político.

En este sentido, las acciones deben estar dirigidas a contrarrestar las desventajas sociales que se asocian a la diferencia sexual y deberán tener como finalidad, fortalecer la educación, la ciudadanía y los derechos de las mujeres para evitar que esas desventajas continúen perpetuándose y extendiéndose.

Por otro lado, es necesario fortalecer a las mujeres, para que se conciban como agentes de cambio y desarrollo. Así como tomar medidas para fortalecer su dignidad, seguridad e integridad física, de manera que sean consolidados sus deberes y derechos fundamentales. Otro aspecto a manejar sería el establecimiento de mecanismos de procuración de justicia que hagan valer los derechos de las mujeres, así como el establecimiento de medios educativos y productivos para lograr consolidar sus capacidades.

Un último aspecto a considerar sería la inserción cada vez más activa y fuerte de la mujer, en organizaciones laborales, partidos políticos, espacios parlamentarios y gobiernos, que favorezcan las posiciones y la participación de ésta en la toma de decisiones en sus familias, comunidades y en la sociedad.

Con esto no se quiere decir, que de lo que se trata es de voltear las cosas y someter a los hombres, simplemente se trata de equidad y por lo tanto de desarrollo para hombres y mujeres.

REFERENCIAS

- Aguilar, V. (1996). Depresión y ansiedad en la vida reproductiva. **Psicopatología**, volumen 16, 139-143.
- Beck, T. A. (1976). **Diagnóstico y tratamiento de la depresión**. México-E. U.: Merck Sharp.
- Beltrán, B. (1988). **Siempre mujer ante la menopausia**. Barcelona: Salvat.
- Berenzon, S. (2000). Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades urbanas pobres. **Revista Mexicana de Psicología**, volumen 17, pp55-63.
- Bleichmar, D. E. (1995). **Depresión en la mujer**. Madrid: Temas de hoy.
- Braidotti, R. (2000). **Sujetos nómades. Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea**. Colección Género y Cultura. México: Paidós.
- Calderón, N. G. (1984). **Depresión** México: Trillas.
- Caraveo, A. J. (1997). Epidemiología de los trastornos depresivos. **Psiquiatría**, volumen 13, pp2-5
- Cammer, L. (1985). **Salgamos de la depresión**. Buenos Aires: Javier Vergara Editor S. A de C. V.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (1995). **Memoria de la Reunión Nacional sobre Derechos Humanos de la Mujer**. México D. F.: Autor.
- Corsi, J. (1994). **Violencia masculina en la pareja**. México: Paidós.
- Cuevas, C. L. (2001). **“Análisis retrospectivo; estilos de crianza en mujeres con o sin antecedentes de abuso sexual”**. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria, México D. F.
- De Juan, A., Portes, N., Ban, T. A. (2002). Farmacoterapia de las enfermedades mentales. **Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica** (En red). Disponible en: www.alcmeon.com.ar
- De la Garza, J. (1997). Elementos para el estudio de la violación sexual. **Revista de Salud Pública** (En red). Disponible en: www.insp.mx

- De la Fuente, R. (2000). **La depresión en el adulto**. México: Funsalud-SB.
- Feighner, J. P. (1991). **Perspectivas en Psiquiatría**. Chichester, New York: John Wiley and Sons.
- Freud, S. (1927). **El porvenir de una ilusión**. En obras completas. Tomo XXI. Amorrourtu editores.
- Freud, S. (1938). **Tres ensayos de teoría sexual**. En obras completas. Tomo VII. Amorrourtu editores.
- Gold, M. (1987). **Buenas noticias sobre la depresión**. Buenos Aires. Javier Vergara Editor S. A de C. V.
- González, H. (1997). **“La cultura de género: Un factor psicosocial que influye en las disfunciones sexuales de mujeres y de hombres, hetero, homo y bisexuales”**. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Estado de México, D. F.
- González L. T. (2000). **“La percepción que tiene de sí misma la mujer víctima del maltrato conyugal”**. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria, México D. F.
- González, R. V. (2000). **“Intervención individual a mujeres dependientes/deprimidas con Terapia Racional Emotiva”**. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria, México, D. F.
- Greden, F. J. (2003). **Tratamiento de la depresión recidivante**. Michigan: Ars Médica.
- Huerta, F. M. R. (2000). El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo. **Revista de Salud Mental**, volumen 23, pp52-60.
- Johnson, W.E. (1985). **Lo que cambia en ti**. México: Pax-México.
- Lafarga, J., Gómez, C. (1975). **Desarrollo del potencial humano**. México: Trillas.
- Lamas, M. (1997). **La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres**. México D. F.: DIF.
- Lamas, M. (2003). **El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual**. México: PUEG.

- Lara, M. A. (1997). **¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre la depresión.** México: Pax México.
- Lara, M. A., Navarro, C. y Navarrete, L. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. **Revista de Salud Mental**, volumen 26, pp27-36.
- Lara, M. A. (1995). La salud mental de las mujeres. Qué sabemos y hacia dónde dirigimos. **Revista de Salud Mental**, volumen 3, pp146-153.
- Lara, M. A., Fernández, M., Acevedo, M., López, E. S. (1996). Síntomas emocionales y roles familiares en mujeres mexicanas: estudio proyectivo e interpretación de género. **Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina**, volumen 42, pp329-340.
- Lara, M. A. (1999). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. **Revista de Salud Mental**, número especial, pp121-127.
- Lara, M. A. (1991). Masculinidad , Feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de roles de género. **Revista de Salud Mental**, volumen 14, pp12-18.
- Lara, M. A. (2003). Políticas de salud mental para la depresión en las mujeres, desde una perspectiva de género. In López, P. ,Rico, B. , Langer, A. , y Espinosa, G. (Eds), **Género y Política en Salud**, pp447-458. México: Gpo. Fogra.
- Lara, M. A., Mondragón, L., Rubí, N. A. (1999). Un estudio de factibilidad sobre la prevención de la depresión en las mujeres. **Revista de Salud Mental**, volumen 22, pp4148.
- Lara, M. A. y Acevedo, M. (1995). Proyecto de educación para la salud como estrategia de prevención de la depresión dirigida a mujeres. **Psicología y Salud**, volumen 5, pp37-43.
- Ledesma, J. A. (1989). **Estudios sobre la depresión.** Salamanca España: Biblioteca de la Salud.
- López-Ibor, A. J. (Ed). (2000). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales.** Barcelona: Masson.
- Mendels, J. (1972). **La depresión.** Barcelona: Herder.

- Minuchin, S. (1991). **Técnicas de terapia familiar**. México: Paidós.
- Nariall. (1976). **Desarrollo individual y desarrollo familiar**. Barcelona: Herder
- Pino, S. I. C. (1999). **“Sumisión en la mujer maltratada”**. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria, México D. F.
- Padín, J.J. (2003). Depresión. **El Médico Interactivo. Diario Electrónico de Sanidad**. (En red). Disponible en: www.medynet.com.mx
- Papalia. (1985). **Psicología del desarrollo del niño**. México: Mc Graw-Hill.
- Preston, J. (1995). **Cómo vencer la depresión**. México: Pax México.
- Ramírez, R. J. C. (1995). **Género y Salud: Una propuesta para el trabajo con población femenina**. México: Universidad de Guadalajara.
- Rimm, D. C. (1980). **Terapia de la conducta**. México: Trillas.
- Salinas, E. (1992). El autoconcepto en la adolescente embarazada. **Revista del Departamento de Psicología**, volumen 5, pp90-99.
- Salinas, J. L. (1998 agosto). Aplicación de técnicas cognitivo y conductuales para el tratamiento de la depresión: Un caso. **Revista de Psicología** (En red). Disponible en: www.iztacala.unam.mx.
- Satir, V. (1986). **Psicoterapia familiar conjunta**. México: Prensa Médica Mexicana.
- Vázquez, M. (2001). **“De la imposición y el deber ser, a la elección y el conflicto: alcances y posibilidades de las relaciones igualitarias entre géneros”**. Tesina de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria, México.

En Web:

www.cimacnoticias.com.mx/ 2004

www.col.ops-oms.org/ 2002

www.esmas.com.mx/ 2003

www.herrerros.com.ar/ 1997

www.inmujeres.gob.mx/ 2004

www.inmujer.df.gob.mx/ 2002

www.mujeemas.com/ 2002

www.nacom.es/docs/salud/web/ 2000

www.nami.org.mx/ 2000

www.pgjdf.gob.mx/ 2004

www.projinf.org.mx/ 2004

www.txoriherri.com/ 2000