

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

"DEPRESIÓN MASCULINA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

P r e s e n t a:

JOSEFINA CRISTINA SANCHEZ DE ITA

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ

MIEMBROS DEL COMITÉ:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN

DRA. NORMA PATRICIA CORRES AYALA

DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

MÉXICO, D.F., 2007.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

### I. MARCO TEÓRICO

#### CAP. 1 DEPRESIÓN

- 1.1 Perfilando el término de la depresión
- 1.2 Qué es la depresión
- 1.3 Trastornos depresivos
- 1.4 Modelos que explican la depresión
- 1.5 Procedimientos terapéuticos

#### CAP. 2 EL GENERO Y LA DEPRESIÓN EN HOMBRES

- 2.1 Algunas definiciones
- 2.2 Masculinidad y Feminidad
- 2.3 La construcción de Género ¿"camisa de fuerza"?
- 2.4 Diversas expresiones del sufrimiento masculino
- 2.5 Suicidio: una causa de muerte en hombres

#### CAP. 3 EL GENERO Y LA DEPRESIÓN EN MUJERES

- 3.1 Predisposición social y cultural de la depresión en la mujer
- 3.2 Factores de riesgo de depresión femenina
- 3.3 Estudios recientes sobre depresión

### II. MÉTODO

Justificación y planteamiento del problema  
Objetivo  
Hipótesis  
Variables  
Diseño de investigación  
Muestra  
Instrumentos  
Procedimiento

### RESULTADOS

Resultados

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tablas . . . . .	112
Anexos . . . . .	

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia reportada en la literatura acerca de la depresión por género coincide en señalar que por cada hombre deprimido existen 2 mujeres deprimidas, (Dio Bleichmar, 1991; Burin, 1990).

Sin embargo, autores como Cochran Y Rabinowitz (2000) y Burin (1987) han planteado la posibilidad de que los hombres pueden estar sub representados en las categorías de la depresión y que éstos se pueden encontrar en los trastornos por abuso de alcohol o drogas y en los desordenes de personalidad.

En ello coinciden Burin y Dio Bleichmar (1996) cuando afirman que "padecer normalidad es el atributo más constante y silencioso que los varones hacen al tributo de género." Concuerdan con Bonino (1992) cuando indican que "ser varón es un riesgo", que la supuesta normalidad de los hombres habría que rastrearla en la sección periodística sobre hechos delictivos, en las estadísticas sobre suicidios y accidentes y en la población en las cárceles.

Por otro lado, el mismo Bonino (1997) sostiene que los criterios para evaluar la depresión han sido criterios que tienen que ver más con lo que hacen las mujeres (llorar, sentirse triste y desesperanzada frente al futuro, etc.) Dichos criterios desde la óptica de Burin (1990) han sido permeados por una visión masculina, en donde la tendencia ha sido patologizar el malestar de las mujeres y con ello, como señala el mismo Bonino (1997), se ha eximido al varón de patologías reconocidas y propuestas como básicamente femeninas: la histeria, anorexia, bulimia, masoquismo y por supuesto la depresión son ejemplos evidentes.

Lo cual se confirma cuando en la literatura se encuentran más estudios enfocados a explorar la depresión en la mujer, y solo unos cuantos para el caso de los varones. Pareciera entonces que la depresión no es tan reconocida como línea de investigación en hombres.

Bajo este panorama, en este estudio se pretendió explorar que pasa con los hombres cuando se deprimen. La pregunta a la que se trata de responder es ¿existen diferencias en las formas de expresar la depresión en un grupo de hombre y mujeres de la Ciudad de México identificados con depresión?. Para ello se trabajó con una muestra de 120 sujetos constituida por 30 hombres con depresión, 30 hombres sin depresión, 30 mujeres con depresión, y 30 mujeres sin depresión de acuerdo al Inventario de depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998).

Posteriormente se aplicó al grupo de mujeres como de hombres con depresión un cuestionario previamente diseñado y validado con la técnica de jueceo constituido por dos partes: la primera evaluaba la presencia de depresión con base a criterios de la escala de depresión del MMPI y del DSM-IV. La segunda parte eran formas de expresar la depresión por los varones de acuerdo a criterios propuestos por Cochran y Rabinowitz (2000).

Los resultados se analizaron con la prueba estadística de análisis de varianza, y la prueba de Scheffe para realizar comparaciones múltiples y conocer los grupos que hacían la diferencia.

Los resultados demuestran que si existen diferencias estadísticamente significativas entre los 4 grupos ( $\alpha = .000$ ) lo que indica que tanto el sexo como el grupo de clasificación fueron factores determinantes para la intensidad que puede alcanzar la depresión.

Por otro lado se encontró que si bien hay una diferencia entre el nivel de intensidad de la depresión en hombres y mujeres identificadas con este cuadro clínico, esa diferencia no es estadísticamente significativa ( $\alpha = .15$ ), sin embargo el análisis cualitativo de los perfiles tanto de hombres como de mujeres con depresión si arrojan diferencias en la forma de expresar la depresión, pues los hombres de este estudio cuando se encontraron deprimidos se alcoholizan, consumen droga, manejan a alta velocidad, les llama la atención hacer cosas arriesgadas, se aíslan y evitan el contacto, sienten ganas de llorar y no pueden, tienen más enojos con su pareja y se masturban más de lo habitual. Se confirma lo que Bonino (1997) Burin y Dio Bleichmar (1996) afirman sobre las conductas diferenciadas que muestra el hombre con respecto a la mujer cuando se encuentra en un estado de depresión, y justamente en ello reside el riesgo. Además, como afirma Seidler (1995), González (1987) y Kimmel (1997) los hombres de este estudio probablemente aprendieron a despersonalizar su experiencia a partir de creencias como "los hombres son racionales, no lloran, hay que ser fuerte como un roble" que con frecuencia les dificulta compartir lo que sienten porque seguramente ni siquiera ellos mismos lo sepan.

Se requiere continuar investigando las formas de expresar depresión del modo masculino, con el fin de detectar oportunamente este cuadro clínico y disminuir en lo posible los riesgos y las lamentables consecuencias como accidentes de tráfico, suicidio, alcoholismo.

# CAPITULO UNO

## DEPRESIÓN

### 1.1 Perfilando el término de depresión y su definición

La depresión representa uno de los principales problemas que aquejan a la población del mundo. De acuerdo a Melo (2003), la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que en unos cuantos años se convertirá en la primera causa de consulta en el mundo.

Para Melo (2003) los estados depresivos le quitan a las personas su espíritu de lucha, de la capacidad para plantearse un proyecto de vida personal y social y trabajar en él y sobre todo de disfrutar lo bueno de la vida. Aunque no es un problema nuevo el aumento de su incidencia es cada vez más preocupante. El aumento de los suicidios es abrumador entre gente joven y aunque no siempre se llega a este lamentable desenlace, quienes viven con esta condición sufren y afectan con su sufrimiento a los demás.

La depresión es una condición humana que a través de la historia se han hecho registros de lo que se ha considerado como tal. Pasando por Hipócrates hasta Kraepelin y Freud, quienes reconocieron y nombraron cada uno a su manera lo que hoy se considera como depresión.

Cochran y Rabinowitz (2000) señalan que ya Hipócrates había vislumbrado la existencia de la melancolía, y que coincide con lo que hoy se describe como depresión mayor. Para Hipócrates este disturbio era causado por un exceso en uno de los 4 humores corporales que identificó como bilis negra. Creía que el incremento de esta sustancia en el cuerpo era lo que producía alteraciones en el pensamiento y estado de ánimo.

De acuerdo a estos autores, en 1921, Emil Kraepelin propuso la diferenciación de lo que él denominó demencia precoz (en la actual nomenclatura esquizofrenia) y psicosis maniaco-depresiva (desorden bipolar en la nomenclatura actual). Kraepelin notó que en la depresión se manifiesta un ánimo triste o ansioso, retardo o lentificación de pensamientos y conductas. En cambio, la manía la caracterizó con fuga de ideas, ánimo exaltado y

actividad apresurada. El efecto de esta diferenciación ha influenciado a través del tiempo, pues hoy se reconocen de manera diferencial los trastornos depresivos y por otro los trastornos bipolares.

Freud (1981) en "duelo y melancolía" identificó y describió un estado de ánimo normal (duelo) y patológico (melancolía) perfilando con ello muchos caminos que aún continúan distinguiendo estos dos estados. Freud caracterizó el duelo como una respuesta normal de dolor ante la pérdida de alguien cercano o ante la muerte de un ser querido. La melancolía la describió con síntomas muy parecidos a lo que hoy clínicamente se identifica como depresión en la que personas melancólicas muestran rasgos de auto reproche y auto crítica.

De acuerdo con Cochran y Rabinowitz (2000), esta distinción Freudiana continúa impactando incluso en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría en el que se distingue la depresión psicógena o reactiva, (que Freud pudo identificar como duelo); y la depresión física o endógena, que Freud pudo identificar como melancolía.

Por otra parte, el término depresión, afirma Kaplan (1989), es considerablemente ambiguo. Se utiliza para referirse a un estado de ánimo, a un síntoma, un síndrome, y posiblemente incluso a una entidad patológica. Sin embargo, es importante recordar que todas las personas muestran fluctuaciones en el estado de ánimo en reacción a diversos sucesos vitales. En este sentido un estado de ánimo de infelicidad o tristeza normal no debe confundirse con el cuadro clínico de depresión este autor sugiere darle un uso clínicamente formal al término. A continuación se revisa.

## **1.2 Qué es la depresión**

Clínicamente hablando y de acuerdo con Kaplan (1989) los síntomas necesarios para el diagnóstico de depresión son la triada compuesta por 1) poca capacidad de experimentar placer (anhedonia), 2) reducido interés por el entorno (retraimiento) y 3) escasa energía (anergia). Existen diversos síntomas que no son necesarios sino accesorios. Estos síntomas incluyen agitación, pérdida de peso, alteraciones del sueño o anorexia. El apetito suele estar alterado, siendo la manifestación más común la pérdida de apetito, cuando ésta es significativa se

observa una considerable pérdida de peso. La alteración de sueño adopta frecuentemente la forma de un insomnio inicial o insomnio terminal; no obstante a veces se observa hipersomnio o insomnio intermedio. Pueden presentarse tanto agitación motora como retardo psicomotor, pero habitualmente sólo uno de estos síntomas se presentan en la misma persona. Los signos de agitación psicomotora incluyen inquietud, deambulación o agitación de manos.

El retardo psicomotor se advierte por la escasez de movimientos y por una habla monótona, lenta, casi ausente. Suele presentarse una disminución de la autoestima, que varía de leve a grave. El paciente puede mostrar acusados sentimientos de culpabilidad por sucesos del pasado, reales o imaginarios.

Son comunes las dificultades de concentración, cálculo, razonamientos y realización de tareas mentales complejas. Es bastante frecuente la indecisión. A veces se describe alteración de la memoria, pero parece asociada a una reducida capacidad para atender a los estímulos más que para registrarlos. En los episodios depresivos mayores son comunes la ideación y los intentos de suicidio.

Por otro lado, Bellak y Small (1980) comentan que en las "depresiones fuertes" se encuentra una disminución psicomotora del habla, del andar y de los gestos, además de un rostro típicamente deprimido. El paciente dirá que la vida no vale la pena, que no tiene ganas de seguir viviendo, que nada le proporciona placer, que es una mala persona que no merece vivir. En las depresiones menos agudas, el cuadro manifiesto será de que se queja de sentirse deprimido e infeliz, y suele reportarse este malestar principalmente por las mañanas. Hay algunas características asociadas a la depresión; éstas se puede caracterizar como equivalentes depresivos: por ejemplo una sensación de fatiga general a veces asociada con desasosiego, una dificultad para tomar decisiones, pesadumbre, falta de apetito, insomnio, estreñimiento. La hipocondría suele estar asociada a la depresión, el paciente no se quejara de depresión, sino de padecimientos somáticos.

La Asociación Psiquiátrica Americana (1995) define dos clases de trastornos del estado de ánimo en adultos: trastornos depresivos y trastornos bipolares.



Dentro de la categoría de trastornos depresivos, se encuentra el trastorno depresivo mayor, la distimia y el trastorno depresivo no especificado.

La alteración en el estado de ánimo deprimido que caracteriza a estos desórdenes, es frecuentemente llamado trastorno depresivo unipolar. La categoría de trastornos bipolares incluye el trastorno bipolar de tipo I y de tipo II, el trastorno ciclotímico, y el trastorno bipolar no especificado.

Un trastorno bipolar es únicamente diagnosticado cuando aparece o ha aparecido un episodio de manía. Dentro de los trastornos del estado de ánimo, se incluyen dos basados en su etiología: trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad física y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

### **1.3 Trastornos depresivos**

De acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana (1995) dentro de los trastornos depresivos se ubica el trastorno depresivo mayor, en el que debe existir al menos un episodio depresivo mayor y a su vez deberá estar presente al menos una de las siguientes características:

a) Un estado de ánimo deprimido o triste o  
b) Pérdida de interés o incapacidad para sentir placer y al menos 5 de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo triste o deprimido
- Pérdida de interés y capacidad para el placer
- Cambio de apetito, generando pérdida o ganancia de peso
- Insomnio o hipersomnia
- Cambios motores: agitación o lentificación en la actividad motora
- Falta de energía y cansancio
- Sentimientos de inutilidad y culpa
- Capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Estos síntomas tienen que presentarse la mayor parte del día, durante al menos dos semanas.

Debe generar malestar clínico o deterioro social o laboral.

No debe haber episodio maníaco.

No es causado por el uso de alguna sustancia.

No hay duelo.

Dentro de los trastornos depresivos clasificados en el DSM-IV se encuentra también el trastorno distímico caracterizado por un estado depresivo durante al menos 2 años la mayor parte del día en la mayoría de los días. Mientras se está deprimido se presentan 2 o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Falta de energía o sensación de fatiga
- Baja autoestima
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

Durante el período de 2 años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas durante más de dos meses seguidos.

No ha habido un episodio depresivo mayor.

No ha habido un episodio maniaco, mixto o hipomaniaco.

No hay un trastorno psicótico crónico.

Los síntomas no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento).

Los síntomas causan malestar clínico significativo o deterioro social.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo ni para un trastorno distímico.

Por otro lado, desde que se ha estudiado las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la incidencia y prevalencia de los desórdenes depresivos, se han planteado varias explicaciones partiendo de teorías biológicas, psicológicas y sociales.

De acuerdo a Cochran y Rabinowitz (2000) ya los físicos de la antigüedad como Galeno e Hipócrates, enfatizaron sobre alteraciones en el cuerpo y pensaron que un exceso de humor negro causaba la melancolía. Estas teorizaciones han tenido un impacto importante para los modelos que realzan el papel que juega la estructura y funcionamiento del cerebro, así como los procesos químicos de éste y del sistema nervioso central. Por otra parte, según estos autores, las teorías psicológicas encuentran su expresión con la perspectiva psicoanalítica de Freud, Abraham y otros psicoanalistas. Las perspectivas sociales y

culturales de la depresión han tenido su origen en el trabajo de diagnóstico y tratamiento social en el que se enfatizan las condiciones sociales y aspectos culturales de los trastornos mentales. Continúan estos autores afirmando que recientemente los avances en los estudios feministas han puntualizado las contribuciones culturales en las causas de desórdenes mentales. Estos avances han dado lugar a innovar la práctica de la psicoterapia que combina elementos tradicionales, tratamientos empíricamente verificados, con aspectos de construcción cultural de los roles de género de hombres y mujeres.

#### **1.4 Modelos que explican la depresión y estudios recientes**

##### **Modelo biológico**

En el paradigma biológico existen líneas de investigación para comprender la depresión y específicamente la depresión en los hombres. Por un lado, se explora la relación de los neurotransmisores como la serotonina y dopamina en las funciones de sinapsis en el cerebro y su relación con la depresión, por otro se estudian las hormonas sexuales en este cuadro clínico y una tercera línea de investigación son los estudios de la familia y la genética y su vinculación con los trastornos afectivos.

##### **Papel de los neurotransmisores en la neurobiología de la depresión**

Como parte del modelo biológico para explicar la depresión Hernangómez (2000) afirma que los neurotransmisores son sustancias químicas de nuestro sistema nervioso que influyen en muchas funciones de nuestro organismo. En la familia de las monoaminas, se han descubierto dos tipos: las catecolaminas (noradrenalina, adrenalina, dopamina) y las indolaminas (serotonina) que pueden estar influyendo en los trastornos del estado de ánimo.

Para Dajas, Costa, Rivero y Dajas (1994) la serotonina es el neurotransmisor utilizado por células de rafe que envían prolongaciones a otras zonas del cerebro que incluyen la corteza cerebral, el hipotálamo y el cerebro. Las áreas del cerebro cuya actividad son reguladas por la serotonina tienen que ver con muchas de las actividades de la vida diaria: afecto, memoria,

procesos sensoriales etc. Estos autores realizaron un interesante estudio transcultural acerca de la psicobiología del suicidio y la depresión en Uruguay y Suecia con el fin de explorar el papel que juegan los aspectos biológicos; y por otro lado exploran el papel de los estresantes sociales y económicos para desencadenar conductas como el suicidio en las personas. Estudiaron 103 mujeres y 24 hombres uruguayos, midieron sus niveles de serotonina en líquido cefalorraquídeo y el nivel de noradrenalina en orina, así mismo realizaron una evaluación clínica y psicopatológica, utilizando para ello criterios del DSM-III-R y el Eje IV del mismo, entre otros instrumentos. Concluyen que efectivamente los niveles de serotonina y dopamina se encuentran disminuidos a pesar de los diferentes contextos socioculturales y los diferentes niveles de estrés psicosocial, lo que apunta hacia un rasgo biológico como un indicador de mayor susceptibilidad a desarrollar la depresión.

Por su parte, Rojtenberg (2001) coincide con estos autores al afirmar que algunos antidepresivos actúan elevando las concentraciones de serotonina en las sinapsis. Esto ha llevado a pensar que algunas formas de depresión se deben a un déficit de serotonina, lo que significa una hipótesis monoaminérgica sobre el origen de los trastornos depresivos. Además este autor señala que las evidencias clínicas y preclínicas demuestran claramente que todos los tratamientos farmacológicos eficaces en el manejo de la depresión aumentan la neurotransmisión de la serotonina, es decir, potenciar la actividad serotoninérgica, por diferentes mecanismos neurobiológicos, es una vía final común de los tratamientos antidepresivos.

El litio produce un aumento en la actividad serotoninérgica cerebral, potencia el efecto terapéutico de diferentes antidepresivos (tríciclos, IMAO, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: ISRS). Diferentes tratamientos antidepresivos producen un aumento de la actividad serotoninérgica, estudiada mediante técnicas neuroendocrinas que se correlaciona con la respuesta clínica antidepresiva.

De acuerdo a Chinchilla (1999) aún en la actualidad no se conocen las causas etiológicas únicas, afirma que si bien nadie duda de aspectos heredobiológicos, es decir, de desequilibrios en ciertos sistemas de neurotransmisión, aún se desconoce cómo interactúan estas alteraciones con lo psicológico personal y el ambiente.

## **Hormonas sexuales y estado de ánimo**

De acuerdo con Leal (1999) el hecho de haber detectado trastornos disfóricos asociados a periodos específicos de la vida de la mujer, como la pubertad, el periodo perimenstrual, el postparto o la menopausia, en donde la mujer sufre cambios hormonales, ha hecho que se vincule la alta prevalencia de la depresión a dichos cambios. Sin embargo, llama la atención que aun cuando las fluctuaciones hormonales son las mismas para todas las mujeres, solo algunas de ellas y no la mayoría desarrollan un cuadro depresivo en estos periodos.

Cochran y Rabinowitz (2000) plantean la pregunta de si existe una relación entre la hormona masculina y la vulnerabilidad en el caso de los hombres.

Un camino para comprender el papel que juega la testosterona en la depresión masculina es examinar los niveles de ésta en hombres adultos deprimidos. Estos autores comentan que se ha estudiado el nivel de dicha hormona en hombres envejecidos y han encontrado una relación entre los niveles bajos de testosterona y varias manifestaciones de los trastornos del ánimo, incluyendo el incremento de la depresión, ansiedad, dificultades sexuales e irritabilidad.

De acuerdo a estos autores, los estudios que examinan los niveles bajos de testosterona en hombres adultos depresivos han sido ampliados en los que se han examinado los niveles de testosterona en hombres deprimidos y se ha encontrado una relación inversa entre la severidad de la depresión y los niveles de testosterona.

Por otro lado Cochran y Rabinowitz (2000) refieren que se ha medido la concentración de testosterona en 16 varones adultos con depresión endógena y se han comparado con 16 pares controles sin encontrar diferencias.

Se puede advertir que la tendencia de los estudios anteriores es de que no existe una diferencia consistente en los niveles de testosterona de varones deprimidos y en hombres no deprimidos. Incluso la revisión de estos últimos estudios permite advertir que existe una tendencia a evidenciar que no hay una conexión en testosterona y depresión al incluir grupos controles.

## **Estudios de la familia y genética en los trastornos del estado de ánimo**

De acuerdo con estudios genéticos se ha encontrado una vulnerabilidad inherente para varios trastornos del estado de ánimo. De acuerdo a lo reportado por Weissman (2002) se han utilizado diferentes diseños de investigación. En los estudios de la familia que estudian los genes como fuente de agregación familiar de un trastorno; los estudios de gemelos y adopciones confirman la hipótesis de que la agregación familiar es atribuible a efectos genéticos. Según lo reportado por este autor la probabilidad de depresión de los parientes de primer grado de pacientes depresivos oscila entre el 5 y el 25%, este riesgo es significativamente mayor que el de los parientes de primer grado de los sujetos control. Lo anterior coincide con lo reportado por Cochran y Rabinowitz (2000) quienes señalan que los estudios de la familia han demostrado un incremento en el riesgo para el trastorno bipolar en parientes de primer grado de individuos diagnosticados con depresión del 20% para ambos padres y hermanos. Los parientes de segundo grado típicamente muestran un decremento en el riesgo de morbilidad.

Por otra parte los estudios con gemelos y adopciones apoyan el papel de la herencia en la transmisión de la enfermedad. Según estudios reportados por estos autores, la tasa de concordancia de los gemelos monocigóticos es de alrededor el 40% para la depresión unipolar y es más del doble de la tasa de concordancia dicigótica, lo que involucra factores genéticos. Siguiendo a los mismos autores, las investigaciones con gemelos han demostrado que la vulnerabilidad a la depresión mayor se debe a factores genéticos y que estos últimos no se deben al ambiente familiar compartido.

Cochran y Rabinowitz (2000) citan estudios de gemelos y adoptados que han demostrado consistentemente una relación genética en el trastorno bipolar y, en menor grado, en la depresión unipolar. Los grados de concordancia en gemelos monocigotos (gemelos que comparten idénticamente información genética) se estima entre el 50 y 95 %). El grado de concordancia para los gemelos dicigotos (gemelos que comparten solo la mitad de la información genética) es estimado entre el 0 y 40%.

De acuerdo a Weissman (2002) los estudios realizados han puesto de manifiesto el papel relevante de la herencia en la transmisión de la depresión mayor. Sin embargo, no se puede hablar de un solo gen, sino de múltiples genes que contribuyen junto a factores no genéticos al origen de la vulnerabilidad a esta enfermedad. De acuerdo a este autor, en un futuro, sin duda las aportaciones del Proyecto Genoma Humano permitirán realizar perfiles genéticos específicos y por tanto tratamientos individuales para cada paciente con depresión y evitar así el notable deterioro que trae consigo esta enfermedad.

Los descubrimientos que apoyan el modelo biológico parecen prometedores pero aun no son aceptados ampliamente. Otras investigaciones que se realicen bajo este modelo seguramente mejorarán la comprensión de las manifestaciones de la depresión masculina.

### **Modelos psicológicos de la depresión**

Desde que la depresión ha sido visualizada como trastorno ha cobrado gran interés clínico y de investigación. Desde diferentes perspectivas de la psicología se han propuesto paradigmas para explorar la prevalencia de la depresión en las mujeres. Sin embargo, estos estudios paralelamente han dado mucha luz a las investigaciones sobre la depresión en los hombres.

### **Modelo cognitivo**

De acuerdo con Linares (2000) este modelo retoma avances realizados por Beck y sus colaboradores en el que se ha encontrado que existe un conjunto de información que es procesada mentalmente y que el individuo cree de sí mismo, de sus circunstancias de vida y de su futuro, de acuerdo con una visión negativa que le hace distorsionar el feedback que recibe de su entorno. Sin embargo el propio Beck incorpora la idea del realismo depresivo, según el cual los pacientes pueden mostrar un sesgo negativo, pero no necesariamente un alto grado de distorsiones negativas. Este bloque de información procesada mentalmente es llamado esquema. Beck propone la existencia de una "triada cognitiva" de esquemas que producen puntos de vista negativos sobre sí mismo, el mundo personal y las creencias sobre el futuro en una persona deprimida y que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la depresión. La importancia de alterar

estos esquemas ha sido documentada en estudios sobre psicoterapia cognitiva.

En este modelo cognitivo, las atribuciones o explicaciones que un individuo construye están directamente relacionadas con sus creencias de capacidad de control en la vida.

Cochran y Rabinowitz (2000), señalan que un modelo que ha enriquecido la información sobre las diferencias en los sexos en cuanto a prevalencia de la depresión es el modelo de estilo de respuesta de depresión. En este modelo se distinguen dos estilos de respuesta para enfrentar el estado de ánimo: el estilo de respuesta rumiante y el estilo de respuesta distractora. En el estilo de respuesta rumiante un individuo enfrenta su ánimo negativo esforzándose por tener una actitud positiva para tratar con sus problemas. Este estilo de respuesta silencia y prolonga el estado de ánimo depresivo, y los esfuerzos para aliviar la depresión son ineficaces. Ejemplo de respuestas ruminantes son pensamientos de deficiencias individuales que el individuo cree que pudieron haber causado su depresión. La selectividad de su estado de ánimo disfórico combinado con sus intentos de explicar este estado, y el distanciamiento de sus apoyos interpersonales y constructivos, son característicos de este estilo de respuesta. En cambio, la respuesta distractora consiste en que el individuo enfrenta su estado de ánimo depresivo pensando en otras cosas, sin poner atención a lo que le pasa o a sus dificultades. Ejemplos de este estilo de respuesta son: hacer ejercicio o alguna actividad divertida. Otro tipo de respuesta distractora puede ser peligrosa o autodestructiva, como manejar de manera temeraria o sentirse atraído por conductas de riesgo. Muchos estilos de respuesta parecieran que alivian la depresión en corto tiempo, sin embargo, ésta puede exacerbarse y lejos de ser eficaces no resuelven los problemas que han originado la depresión.

De acuerdo a estos autores, parece que los hombres emplean respuestas distractoras para tratar con su depresión, contrariamente a las respuestas ruminantes que presentan las mujeres. Esto puede generar una subidentificación y subrepresentación en los estados de ánimo negativo, y resultar en los pocos hombres considerados en los estudios de incidencia y prevalencia de la depresión. Por tanto, hay muchas preguntas por responder incluyendo el alcance en la que los hombres utilizan los estilos de respuesta externalizadora y



distractores con la cual se puede suprimir su identificación y reporte de los síntomas y estados depresivos. Futuras investigaciones en este sentido podrían aportar mayor información para la comprensión de la depresión masculina.

### **Modelo relacional**

Un segundo modelo psicológico de depresión es el modelo relacional, en el que se enfatiza la importancia del vínculo en el desarrollo humano, el efecto perjudicial de interrumpir relaciones interpersonales y la relación de estos eventos con el desarrollo de la depresión. Según Linares (2000) en este modelo existen dos criterios básicos para abordar los fenómenos depresivos: la parentalidad (funciones parentales) y la conyugalidad (funciones conyugales) ejercidas en la familia de origen por los padres para con los hijos en el primer caso y por los padres entre sí en el segundo en función de cómo se hayan ejercido estas funciones se puede desarrollar la distimia o la depresión mayor. Por parentalidad este autor entiende la nutrición emocional que incluyen actividades de socialización, el reconocimiento, la valoración y el cariño imprescindibles en su crecimiento. En cuanto a funciones conyugales además de reconocimiento, valoración y cariño tiene también un elemento más: el deseo. En el paciente distímico, refiere el mismo Linares (2000), se dan juegos triangulares y manipulatorios en los que el niño aprende a comportarse de tal manera para atender y respetar las necesidades de los demás para que a su vez las suyas también sean atendidas y satisfechas.

De acuerdo a este autor, en las familias de los depresivos mayores no predominan los juegos triangulares, sino más bien un desequilibrio en las funciones nutricias de los padres. Por lo regular cuando el niño se convierte en un adulto buscara afanosamente una pareja que cubra estas necesidades emocionales y ante el desengaño, irrumpirá en cuadros depresivos.

De acuerdo con Hernangómez (2000) de las primeras relaciones significativas con los padres, cuidadores, hermanos, profesores, compañeros y de las experiencias tempranas, se aprende en gran parte pautas o formas de relación de verse a sí mismo, a los demás y al mundo. Este autor refiere que en función de cómo sea la relación del adulto con el niño, se construye una especie de "gafas", a partir de actitudes que le transmiten (sean

habladas o no), de cómo el adulto reacciona ante las necesidades del pequeño, todo ello va forjando una idea en cada persona acerca de lo que es. En la vida adulta la persona puede mantener esas "gafas" mientras no adopte una actitud crítica respecto a su propia forma de ver las cosas.

De estas "gafas" que todos nos ponemos para interpretar nuestra vida se deriva el hecho de que un suceso para alguien sea simplemente doloroso y para otro se convierta en algo catastrófico e insuperable, que incluso desencadene una depresión.

De acuerdo a este autor, desde los primeros años de vida, además de las necesidades físicas que el niño requiere satisfacer, es vital que pueda cubrir sus necesidades emocionales, que aunque no mantienen una relación directa con la supervivencia, resultan fundamentales para el desarrollo infantil: el apego y la necesidad de control.

Hernangómez (2000) también comenta que la necesidad de lazos afectivos es tan básica en la especie humana que éstos vínculos continuarán influyendo a lo largo de la vida. Por otro lado, la necesidad de conocer o explorar, que va unida a la necesidad de predecir y controlar nuestro entorno, también se manifiesta desde edades muy tempranas. Una vez establecido el apego, el niño va adquiriendo nuevas capacidades (gatear, andar, hablar...), la necesidad de control empieza a incluir la propia conducta, con lo que el niño tiene que ir conquistando cierto grado de independencia con respecto a los padres. La manera en que los padres entienden, satisfacen, respetan y limitan estas necesidades y deseos, influye de un modo importante en cómo el niño se ve a sí mismo, a los demás y a su entorno, mas adelante otras personas significativas como amigos, profesores, pareja influirán en estas percepciones. De esta manera el infante y adolescente va aprendiendo de sus experiencias, actitudes y opiniones de los demás, una serie de reglas o supuestos generales que sirven para interpretar lo que percibe, siente o vive. Estos supuestos se viven como una realidad y son perjudiciales cuando se asumen de manera rígida y exagerada, por ejemplo la persona puede interpretar todo, incluyendo su propia valía, en función del aprecio de los demás y los logros o éxitos que consigue, lo que implica una importante vulnerabilidad a la depresión.

## **Modelo Psicoanalítico**

Retomando a Lowen (1985) este modelo encuentra sus raíces en las conceptualizaciones de Abraham y Freud las cuales fueron la base para el desarrollo de la teoría de la pérdida de objeto. De acuerdo a Lowen (1985), fue Abraham quien introdujo el concepto de carácter oral y que relacionó este concepto con la depresión. Comenta que fue más bien un estudio especulativo en el que se limitó a vincular ciertos rasgos con tendencias observadas en la infancia.

Lowen (1985) afirma que el carácter oral fuertemente asociado a personas depresivas, tiene su origen en experiencias traumáticas a edad muy temprana. Habla de que un carácter oral es como un recipiente a medio llenar, como una falta de satisfacción durante el primer año de vida en el infante. Es como una persona que está hambrienta después de comer, la comida ha sido insuficiente. La relación amorosa como la relación laboral es inestable.

Las personas orales tienen intereses narcisistas, sus exigencias son considerables y su respuesta limitada. Se espera comprensión, simpatía y amor, y hay una hipersensibilidad a cualquier gesto de frialdad por parte de la pareja o del medio ambiente. Comenta que la aceptación de la realidad es uno de los principales objetivos de la terapia para las personas con carácter oral. Así mismo afirma que durante el tratamiento hay que convencer al paciente que lo que para él es una manifestación de amor, los demás lo reciben como una petición de amor. La expresión "te quiero" es interpretada como "quiero que me quieras". Su actitud en la relación amorosa no se basa en la forma adulta de dar y recibir sino se asemeja a la forma infantil de necesidad y demanda en él que la otra persona es considerada como proveedor de los apoyos narcisistas necesarios.

Por su parte, Bellack (1980) enfatiza que durante la depresión existe una pérdida de la autoestima, esta pérdida procede generalmente de la pérdida real o imaginaria de posición de una función, de una capacidad o de afecto. El paciente puede haber perdido su empleo o haber sido rechazado por su cónyuge, o haber experimentado un fracaso sexual o haber sentido una pérdida significativa en la familia.

Este autor señala que el papel que desempeña el desengaño o la desilusión en la psicogénesis de la depresión vincula la desilusión con la sensación de haber sido engañado. Con mucha frecuencia los pacientes deprimidos, cuando niños tuvieron la sensación de que se

les engañó y se les desilusionó y que esto se los hizo una persona amada ante lo cual reaccionaron con depresión, estos pacientes posteriormente propenderán a reaccionar con depresión cuando ocurra una constelación dinámica similar de decepción-desilusión.

Para este autor, la autoestima disminuida y/o desilusión pueden conducir a una sobreinversión narcisista del self. En los rasgos hipocondríacos que tan frecuentemente se asocian al síndrome depresivo el paciente juega a ser su propia madre y se cuida amorosamente a sí mismo, se revisa constantemente y se preocupa por él, todo esto es como respuesta a una falta de gratificación. La sobreinversión narcisista del self en ocasiones es algo como una retirada hacia uno mismo, acompañada de una inversión emocional en otros. Por lo general al desengaño, a la desilusión, a la disminución de autoestima y a la retirada narcisista, los acompaña una gran cantidad de ira o agresión: ira por la decepción, por el desengaño, por la pérdida de amor, etc. La ira y la hostilidad no pueden ser aceptables para el superyo del paciente y por tanto se contiene como intra-agresión. Por eso en la constelación depresiva es característicamente típico un super yo severo.

El paciente siente un gran monto de hostilidad pero no puede expresarlo en la dirección del objeto o de la situación que lo ha provocado, y por tanto propende a dirigirla contra sí mismo: la intra-agresión es uno de los principales rasgos de la depresión.

Por otra parte el análisis feminista critica el paradigma de separación-individuación caracterizado por un pensamiento psicoanalítico tradicional y enfatiza la importancia del vínculo interpersonal, así como la base relacional para el crecimiento y bienestar emocional. Cochran y Rabinowitz (2000) indican que tanto los niños pequeños como las niñas pequeñas están dotados de una capacidad innata para la conexión interpersonal. Tempranamente las experiencias de afirmación y empoderamiento relacional, usualmente brindado por los padres, tienen un profundo y largo efecto en el desarrollo y sentido sano del sí mismo y de la autoestima. El concepto del si mismo-en relación con la depresión de las mujeres es vista como una reacción cultural que devalúa esta orientación al estar en relación con el otro. Desde que el niño es pequeño frecuentemente es disuadido a evitar dicha orientación, este camino al igual que las normas y expectativas que de

él se tienen, dan un completo beneficio para experiencias de relaciones empoderadas, ello frecuentemente lleva al varón a una vulnerabilidad emocional cuando se enfrenta a una desconexión emocional interpersonal. Al igual, que se ha visto en la depresión de las mujeres, la depresión de los hombres es una reacción natural a la insistencia cultural de devaluar y negar su importante necesidad de conexión y afirmación en sus relaciones de pareja. Desde este modelo se explica la protección a la depresión que algunos varones presentan cuando se encuentran casados e involucrados íntimamente en su relación de pareja.

Cochran y Rabinowitz (2000) citan a Pollack, quien ha propuesto un modelo de desarrollo masculino que retoma el análisis psicoanalítico-cultural sobre el efecto de las prácticas infantiles en el desarrollo del sí mismo en relación y de las ideas sobre una autoestima sana. La idea central que caracteriza este modelo es que la mayoría de los niños, son empujados culturalmente a la autonomía y separación, lo que origina un trastorno prematuro de inseguridad y desconexión del cuidado y amor de su madre. Esta traumática supresión del más temprano apoyo ambiental, es considerada como un evento psicológico dramático y de interminables proporciones. causando en los pequeños una arma defensiva de sí mismos contra el dolor y crea una vulnerabilidad específica a los trastornos del ánimo a partir de esta temprana pérdida de objeto. Sin haber resuelto estos sentimientos de dolor y pérdida el niño llega a la vida adulta y son manifestados en una tendencia hacia la desconexión interpersonal en sus relaciones de pareja y a un evidente estado emocional y afecto depresivo.

### **Enfoque o perspectiva de género**

Para Saucedo, Magallon González y Ornelas (2001) al análisis de lo que acontece y de las relaciones sociales, de los mecanismos que garantizan la jerarquía entre los géneros, la desigualdad en la distribución de poderes entre los sexos, así como la definición auto excluyente y jerarquizada entre feminidad y masculinidad se le conoce como enfoque o perspectiva de género.

Las investigaciones de género que se han desarrollado al considerar las diferencias de sexo en la depresión, han enfatizado los efectos psicológicos negativos al adherirse a los tradicionales roles de género y el efecto opresor a nivel interpersonal y

social. Este análisis de género explica que la adherencia rígida a los roles, tanto en mujeres como en hombres, crea un esfuerzo que es vivenciado como un estado de tensión psicológica.

En este sentido Pelicier (1989) comenta que en las condiciones culturales actuales de nuestro mundo occidental, la depresión aparece vinculada más a los modos de vida y expresión de la mujer. Este fenómeno cultural tiende a borrarse con el progreso, en la igualdad de los estatutos y de las formas de vivir. Sin embargo, señala que el hombre occidental expresa más a menudo a través de la cólera o la intoxicación alcohólica sus afectos depresivos.

Por otro parte, desde este modelo de género autoras como Burin (2006) y Meler (2006) coinciden en señalar que los síntomas de ansiedad, tristeza, tensión y enojo que presentan las mujeres son expresiones hacia sus condiciones de vida enfermantes, y el sistema de salud dominante tiende a visualizar estas reacciones emocionales como patológicas, y responde ofreciendo drogas como ansiolíticos o antidepresivos.

Bajo la mirada masculina en cuanto a salud se refiere, la mujer "es el problema" por parecer débil, dependiente, emocionalmente incontrolable, necesitada de ayuda para enfrentar sus problemas. Burin (2006) arguye que las mujeres hemos integrado este estereotipo de fragilidad al acudir a consulta por psicofármacos, pero que en realidad no se soluciona el malestar subyacente y si en cambio se genera un incremento de la dosis cuando el acostumbramiento al medicamento se ha dado.

Afirma Burin, que la escasa tolerancia a la expresión libre de los sentimientos "difíciles" (hostilidad, tristeza angustia) de las mujeres, legitima el uso de los psicofármacos desde el sistema médico hegemónico como modo de controlarlos. Esto constituye así un dispositivo de policía y control social que pretende la normalización y adaptación de las mujeres a diferentes circunstancias de su vida cotidiana. Considera que el psicofármaco tiene el objetivo de mitigar y soslayar las situaciones críticas de la cotidianidad de las mujeres.

En este sentido Dio Bleichmar (1991) afirma que cuando las mujeres investigan a otras mujeres bajo una perspectiva que pone atención y cuidado a sus "quejas", se ha visto que lo que deprime a las mujeres son las

consecuencias derivadas de la forma en que deben vivir su feminidad.

Lo que resulta más sorprendente es que muchas mujeres se depriman por las consecuencias que les acarrea ser "muy femeninas", entendiendo por esto el estereotipo, lo que actualmente tiende a denominarse una <<mujer tradicional>>. Muchas otras en cambio se deprimen como consecuencia de una suerte de oposición a tal modelo, y otras, porque no terminan de encontrar uno que les guste. (p.14)

Continúa planteando que el malestar femenino puede modificarse si se le deja de visualizar como una enfermedad que hay que curar y en cambio se legitima el reclamo que encierra.

Por otro parte, Araya, Rojas y Fritsch (2000) estudiaron la asociación entre episodios depresivos y diversas variables sociodemográficas y particularmente controlaron el sexo en una muestra representativa en Santiago, Chile. En concordancia con lo reportado en la literatura, encontraron que las mujeres adultas en Santiago, Chile tienen una probabilidad más alta de presentar episodios depresivos que los hombres. Al hacer el análisis estratificado por sexo, encontraron que las mujeres más jóvenes son las que presentan el mayor riesgo y las más viejas las que tienen una menor probabilidad de presentar un episodio depresivo. Argumentan que los roles que asumen la mujer y el hombre en diversos periodos de su vida pueden influenciar el riesgo de enfermar. El rol del hombre según estos autores, cambia significativamente al retirarse de su vida laboral activa. Coinciden con otros autores al señalar que el rol de la mujer en la edad reproductiva (donde encontraron mayor riesgo de un episodio depresivo) solo tiene a la familia como fuente de gratificación y si trabaja, lo hace en situaciones desventajosas que el varón, situación que empeora si la mujer es casada pues sufre una doble desigualdad. También en este sentido comentan que el efecto de la presencia de los hijos en el hecho de presentar depresión pudiera estar relacionado con los diferentes roles del padre y la madre en nuestra sociedad. Mientras las mujeres se ven más afectadas por la presencia de hijos mayores de 18 años, los episodios depresivos de los hombres se asocian más a la presencia de hijos en edad escolar. Terminan afirmando que para poder avanzar en la comprensión de las diferencias en la probabilidad de presentar depresión, se deben considerar los aspectos sociales y culturales.

Lara (1999) por su parte, reseña 15 años de investigación sobre la salud mental de las mujeres. Sus resultados confirman que hay una amplia prevalencia de estereotipos y papeles de género, por un lado las mujeres se adjudican ellas mismas las características femeninas y de sumisión que de ellas se espera, mientras que los aspectos masculinos y de machismo son los que más se esperaban y adjudicaban los hombres. Encontró que efectivamente los individuos andróginos - individuos con un balance de rasgos masculinos y femeninos- muestran mejor salud mental que se reflejan en una disminución de síntomas depresivos y neuróticos. También exploró los efectos del trabajo extradoméstico sobre la salud de las mujeres y sobre la salud mental de sus hijas e hijos. Encontró una mayor frecuencia de síntomas depresivos entre las mujeres que no estaban empleadas, aunque tanto las mujeres empleadas como no empleadas mostraron niveles más altos de depresión con respecto a la población general de nuestro país. En cuanto a los efectos del empleo materno sobre patrones de apego de hijas e hijos no encontró diferencias entre los patrones de uno y otro grupo.

Con las aportaciones revolucionarias de los puntos de vista feministas en psicología, muchos aspectos de la psicología del varón se han revisado. La nueva psicología del varón ha avanzado y ampliado la comprensión del impacto cultural del rol masculino y la dinámica interna de la experiencia masculina mucho a partir de los estudios feministas y de género.

### **1.5 PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS**

Para McCullough (2003) la depresión debería concebirse como un trastorno biológico-psicológico-ambiental. Desafortunadamente, plantea este autor, la investigación realizada en años pasados no ha tenido esta perspectiva biopsicocial de la psicopatología, en vez de ello se ha partido de posturas dicotómicas en la que la depresión se ha visto como una enfermedad biológica o como un problema de desadaptación psicológica.

Existe una variedad de tratamientos, incluyendo medicamentos y psicoterapias a corto plazo las cuales han probado ser efectivas para trastornos depresivos. En general, la enfermedad depresiva severa, particularmente



aquellas que son recurrentes, requerirán una combinación de tratamiento para un mejor resultado.

### **Psicoterapias**

Para Yontef (2003), la selección del tratamiento debe adaptarse al contexto particular del terapeuta, paciente, sistema y modalidad de terapia, comunidad etc.

De acuerdo a la Guía Clínica para el tratamiento de la depresión mayor (2001) emitida por la Asociación Psiquiátrica Americana, las psicoterapias más eficaces para la depresión mayor son la cognitivo conductual y la terapia interpersonal. Con base en el modelo cognitivo-conductual McCullough (2003) propone un programa diseñado específicamente para el tratamiento de trastornos depresivos crónicos. Entre otras características este programa parte de que la etiología de la depresión tiene que ver con un estancamiento del desarrollo madurativo. Las metas de dicho programa incluyen fomentar la capacidad para participar en la solución de problemas sociales y el involucramiento del terapeuta con los pacientes para promover la modificación de la conducta.

Por otra parte, Bellack (1980) concide al afirmar que las diversas modalidades de psicoterapia incluyen terapias a corto plazo (10-20 semanas) alternativas para ayudar a las personas con trastornos depresivos. Dos de las terapias a corto plazo que las investigaciones han demostrado son efectivas para la depresión son la terapia conductual cognitiva y la terapia interpersonal. La terapia conductual cognitiva ayuda a los pacientes a cambiar el pensamiento negativo y los patrones de conducta que contribuyan o resultan de la depresión. A través del intercambio verbal con el terapeuta y también "asignaciones de tareas" entre las sesiones de terapia, la terapia conductual-cognitiva ayuda a los pacientes a ganar conocimiento sobre la depresión y a resolver problemas relacionados a ésta. La terapia interpersonal ayuda al paciente a manejar relaciones personales problemáticas que pueden estar contribuyendo o empeorando su depresión. La psicoterapia se ofrece por una variedad de proveedores de salud mental con licencia, incluyendo psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros de salud mental.

Este autor señala que para muchos pacientes deprimidos, especialmente aquellos con depresión moderada a severa, el mejor enfoque de tratamiento es una combinación de

medicamentos antidepresivos y psicoterapia. Algunos psiquiatras ofrecen ambos tipos de intervenciones. Alternativamente, en muchos casos dos profesionales de salud mental colaboran en el tratamiento de una persona con depresión. Por ejemplo, un psiquiatra u otro médico, como un doctor de familia, puede recetar los medicamentos mientras que un terapeuta que no es un médico provee la psicoterapia.

Desde el enfoque de género se han propuesto estrategias de intervención psicoterapéutica innovadoras que como veremos su surgimiento es relativamente reciente, a continuación se revisan.

### **Grupos y terapias con hombres**

Para Bonino (1997) los estudios de género han permitido comprender el sufrimiento femenino pero también afirma que el sufrimiento o malestar de los varones ha quedado invisibilizado a partir de las falsas creencias que se han encargado de patologizar a la mujer otorgándole la salud mental a los varones. Según este autor, los varones manifiestan predominantemente su depresión no como las mujeres sino de acuerdo a las formas masculinas determinadas por la Normatividad de género. En otro estudio Bonino (1996) comenta que actualmente se está trabajando en teorías sobre varones, con la intención de desarrollar abordajes clínicos-preventivos para las crisis masculinas y las patologías de género: principalmente la psicoterapia y los grupos de hombres.

El objetivo de estos abordajes varía según predomine una perspectiva esencialista o de género. Desde la psicoterapia se busca transformar el malestar de los varones, recuperando las bloqueadas, distorsionadas o reprimidas verdades de la masculinidad madura, rescatando los arquetipos y los rituales de iniciación de otros hombres.

Desde los grupos se intenta analizar y modificar los determinantes de la propia construcción de la subjetividad, reconstruyendo verdades que dominan y se ayuda a los varones a no quedar atrapados en una masculinidad tradicional rígida y a modificar sus actitudes con las mujeres. Las psicoterapias intentan resolver las crisis y las patologías masculinas descubriendo su relación con el modo de vivir "lo masculino". Como la psicoterapia incluye el contactar la

emocionalidad y la introspección -valores asociados predominantemente a lo "femenino"-, cuando se incluye la perspectiva de género se tiende a "desnaturalizar" creencias y comportamientos para comprender y resignificar las determinantes históricas y presentes del propio ideal genérico, para este autor cuestionar la masculinidad hegemónica interiorizada permite también reconocer las diversas masculinidades posibles. (p.19)

### **Estrategias de intervención con mujeres**

Lara (1999) realizó un proyecto de intervención específicamente dirigido a mujeres con depresión y de escasos recursos. En primer lugar diseñó un material educativo que proporcionó información sobre la depresión y sus causas brindando posibilidades para reducir los síntomas, retomó los elementos depresógenos de la socialización del papel femenino: pasividad, abnegación que deben mostrar como mujeres, el poco valor que la sociedad les atribuye, las vivencias tradicionales de ciertos papeles (madre, esposa, ama de casa) y la mayor responsabilidad que se les asigna desde la niñez.

Posteriormente realizó una evaluación del contenido y la forma del libro lo que permitió constatar el gran interés que hay sobre el tema de depresión en las mismas mujeres y el gran desconocimiento al respecto aunque todas reconocieron haber vivido depresión en algún grado alguna vez en su vida. Utilizó este material educativo como elemento preventivo principal. Empleo la intervención preventiva indicada de Gordon, citado por la misma autora, la cual es de carácter grupal, ya que se facilita la lectura, promueve la reflexión y hace compartir las experiencias y las dudas. Se plantea como una intervención breve de entre una y ocho sesiones de dos horas de duración y de carácter psico-educativo. Esta intervención retoma también elementos de la visión de género al promover la adquisición de poder por las mujeres por medio de 1) la reflexión sobre la condición de la mujer, b) acciones para distribuir equitativamente el trabajo en casa c) cambio en creencias en la mujer d) motivar a las mujeres para que dediquen más espacio y tiempo a ellas mismas y e) la promoción de la cooperación entre las mujeres. Al aplicar esta intervención esta autora refiere que los síntomas depresivos disminuyeron, así como también se adoptaron estrategias de autoayuda dirigidas a reducir el riesgo de presentar síntomas depresivos, tales como dedicar más

tiempo a su propio cuidado y escribir sobre sus problemas.

### **Grupos de reflexión para mujeres**

De acuerdo con Coria (1987) los grupos de reflexión de mujeres en parte surgen del amplio espectro de los grupos operativos definidos por E. Pichon Riviere que tienen la finalidad de movilizar las estructuras estereotipadas. Los grupos de reflexión de mujeres se centran en la reflexión de temas cotidianos y concretos, y promueven la toma de conciencia de la condición femenina.

Burin (1990) propone trabajar con grupos de reflexión con mujeres no tan solo depresivas, sino también con aquellas que consuman algún psicofármaco. Su propuesta emerge a partir de su proyecto llevado a cabo en Madrid entre 1987 y 1990 en el que trabajó por un lado con 25 personas de ambos sexos y por otro con 50 agentes de salud (médicos/as, psicólogos/as, sociólogos/as, asistentes sociales, entre otros). A ambos grupos aplicó un cuestionario piloteado el cual exploraba de manera abierta y semi estructurada aspectos como: 1) reconocimiento del tema de depresión, 2) la forma de caracterizar a las personas que consumen fármacos y 3) la función que se les atribuye a los medicamentos. Los talleres de reflexión retomaban los temas en donde se mostró mayor interés en la evaluación. Estos talleres incluyeron información y esclarecimiento, su duración fue de 3 horas.

Burin (1990) comenta que aunque su estudio no puede considerarse representativo desde el punto de vista estadístico, sí permitió profundizar en la comprensión del tema de las mujeres y los psicofármacos en los siguientes aspectos a) denunciar la existencia de esta problemática b) promover el reconocimiento de su incidencia en el campo de la salud mental, c) detectar el nivel de información y experiencia preexistente d) propiciar el diseño de estrategias de acción que generen prácticas transformadoras y e) proveer criterios de apertura para nuevos estudios. Considera que la participación en grupos de mujeres es un recurso privilegiado para romper situaciones de conflicto que llevan a una mujer al uso de los fármacos. Propone recursos como participación en redes comunitarias, técnicas que favorecen el cuidado del cuerpo, los grupos de autoayuda y las psicoterapias con perspectiva de

género femenino (individuales y grupales) estas alternativas permitirán según la autora, enfrentar y modificar las condiciones de la vida cotidiana de las mujeres.

Finalmente las diversas modalidades de psicoterapia como plantea González Núñez (2002) promueven una experiencia de relaciones humanas constructivas que actúan como experiencias correctivas que corrigen distorsiones en las relaciones del pasado. Según este autor, con una buena experiencia psicoterapéutica, el paciente puede lograr el insight de sus conflictos y sus defensas, lo que le ayudara a desarrollar nuevas reacciones y nuevas formas de relacionarse.

### **Terapia de Hierbas**

De acuerdo a la Guía Clínica para el tratamiento de la depresión mayor (2001), la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*), una planta que crece silvestre, ha sido utilizada extensamente en Europa como tratamiento para la depresión leve a moderada, y actualmente está clasificada como una de los productos botánicos más frecuentemente vendidos en los Estados Unidos. Sin embargo, aún no ha sido aprobada como fármaco por lo que no se han regulado los ingredientes, composición ni tampoco la eficacia de sus preparados.

Por otra parte en el National Institute of Mental Health (NIMH) 1999 se plantea que en los últimos años ha habido un aumento en el interés público relacionado al uso de plantas medicinales (hierbas) para tratar la depresión y la ansiedad. Debido al aumento en uso de dicha infusión por parte de los americanos y la necesidad de responder a preguntas importantes sobre la eficacia de la hierba y su uso a largo plazo, este Instituto condujo un ensayo clínico de cuatro años para determinar si la infusión del extracto de San Juan, bien estandarizada, es efectiva para el tratamiento de adultos que sufren de depresión mayor de severidad moderada. A través del ensayo se encontró que la infusión de San Juan no fue más efectiva para el tratamiento de la depresión mayor de severidad moderada que el placebo. Se necesitan más estudios para confirmar la función de la hierba en el manejo de las formas severas de la depresión.

De acuerdo al NIMH (1999) la Administración de Drogas y Alimentos de este Instituto emitió una advertencia de Salud Pública en febrero del 2000 acerca del uso de la

infusión San Juan, en el que declaró que la hierba aparenta afectar un importante mecanismo del metabolismo que es utilizado por muchas drogas recetadas para tratar condiciones como enfermedades del corazón, depresión, ataques epilépticos, ciertos tipos de cáncer, y el rechazo de transplantes de órganos. Además, la infusión San Juan reduce el nivel en la sangre de ciertos medicamentos utilizados para tratar el virus que causa el SIDA. Si se toman juntos, la combinación podría permitir que el virus del SIDA reaparezca, tal vez en una nueva forma resistente a drogas. Los proveedores de servicios deben alertar acerca de la interacción potencial de esta droga, y los pacientes deben consultar siempre con sus proveedores de servicios de salud antes de tomar cualquier suplemento de plantas medicinales.

### **Terapia medicamentosa**

De acuerdo con Chinchilla (1999), a partir de la salida de la fluoxetina en 1987 en el mercado norteamericano, han aparecido nuevos antidepresivos. Estos fármacos representan un grupo heterogéneo, cuyo mecanismo de acción consiste en la inhibición de la recaptación de la serotonina en el terminal sináptico. Siendo en la actualidad los antidepresivos más utilizados especialmente en el ámbito de atención primaria.

El NIMH (1999) afirma que existen varios tipos de medicamentos para tratar la depresión. Estos incluyen los antidepresivos más recientes - inhibidores selectivos de la re-incorporación de la serotonina (SSRI) - y los más viejos - los tricíclicos y los inhibidores de la monoamina oxidasa (MAOI). Los SSRI y otros medicamentos más recientes que afectan a los neurotransmisores como la dopamina o norepinefrina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Algunas veces el médico probará una serie de antidepresivos antes de encontrar cuál es el medicamento o combinación de medicamentos más efectivo para el paciente. Aunque se podría observar alguna mejoría en las primeras semanas, los medicamentos antidepresivos tienen que ser tomados regularmente durante tres a cuatro semanas (en algunos casos, hasta ocho semanas) antes que el efecto terapéutico sea completo.

Frecuentemente, los pacientes se sienten atraídos en dejar de tomar los medicamentos muy pronto. Probablemente

porque se sientan mejor y piensen que ya no necesitan, o pueden pensar que no los están ayudando para nada. Es importante continuar tomando los medicamentos por lo menos por cuatro a nueve meses para prevenir una recaída en la depresión. Algunos medicamentos tienen que dejarse de tomar gradualmente para dar al cuerpo tiempo para ajustarse, y muchos pueden causar síntomas de retiro si se descontinúan abruptamente.

Las investigaciones, según reporta este Instituto, han demostrado que durante el tratamiento con medicamentos antidepresivos las personas con trastorno bipolar están en riesgo de cambiar al estado maniaco, o de desarrollar episodios cíclicos rápidos. Por lo tanto, generalmente se requieren medicamentos que "estabilicen el humor", solos o en combinación con los antidepresivos, para proteger a la gente con trastornos bipolares de este cambio. El litio y el valproato (Depakote®) son las drogas estabilizadoras del humor más comúnmente utilizadas actualmente. Sin embargo, el efecto potencial como estabilizadores de humor de los medicamentos más nuevos continúa siendo evaluado a través de las investigaciones científicas.

De acuerdo a lo reportado por el NIMH (1999), los medicamentos de cualquier clase - prescrito, sin receta, o prestados, - nunca deben mezclarse sin consultar a un médico. Otros profesionales de la salud, como dentistas y otros especialistas, que pueden recetar medicamentos, deben ser informados por los pacientes de medicamentos que están tomando. Algunos medicamentos, aunque son seguros cuando se toman solos, pueden causar efectos severos y peligrosos, cuando se combinan con otros.

Las bebidas alcohólicas, incluyendo el vino, la cerveza y los licores, o las drogas ilegales pueden reducir la efectividad de los antidepresivos y deben evitarse. Sin embargo, para algunas personas que no han tenido problema con el abuso o dependencia del alcohol puede que el doctor les permita utilizar una pequeña cantidad de alcohol mientras están tomando uno de los nuevos medicamentos antidepresivos.

Las drogas contra la ansiedad o los sedativos no son antidepresivos. A veces son recetados junto con los antidepresivos, pero no son efectivos cuando se toman solos para tratar trastornos depresivos. Los estimulantes, como las anfetaminas, no son antidepresivos efectivos, pero se utilizan ocasionalmente bajo cuidadosa supervisión con pacientes que están médicamente deprimidos, según lo reportado por este Instituto.

De acuerdo al NIMH (1999) "el litio ha sido, por muchos años, el tratamiento seleccionado para trastornos bipolares, ya que puede ser efectivo para aliviar los cambios de humor comunes a esta enfermedad. Su uso debe ser cuidadosamente supervisado, ya que la diferencia entre una dosis efectiva y una dosis tóxica es pequeña. Si una persona tiene condiciones previas de tiroides, los riñones, desórdenes cardíacos o epilepsia, puede que el litio no sea recomendado. Es muy importante para el paciente encontrar la mejor combinación posible de estos medicamentos y requiere la supervisión cuidadosa de un médico." (p.16)

### **Efectos secundarios.**

Antes de comenzar un nuevo medicamento, el médico debe explicar los efectos secundarios que pueden experimentarse. Los antidepresivos pueden causar a algunas personas efectos secundarios moderados, usualmente temporales. Típicamente estos efectos son una molestia, pero no son serios. Sin embargo, cualquier reacción o efecto secundario que no sea usual o que interfiera con el funcionamiento debe ser informado al doctor inmediatamente.

Los efectos secundarios más comunes son:

- Dolor de cabeza - el cual usualmente desaparecerá.
- Náuseas - esto es también temporal.
- Nerviosidad e insomnio (dificultad para dormirse o despertarse durante la noche) - esto puede ocurrir durante las primeras dos semanas; usualmente se resolverá con disminución de la dosis o con el tiempo.
- Agitación (sentirse ansioso) si esto sucede la primera vez que se toma la droga y no es más que momentáneo, debe notificarse al doctor.

De acuerdo a este Instituto también existen problemas sexuales. En ese caso el doctor debe ser consultado si el problema persiste. Aunque la depresión puede bajar la libido y afectar la ejecución sexual, ha sido claramente establecido que los SSRI y otros antidepresivos que son fuertes serotonérgicos (Ej., el antidepresivo tricíclico clomipramina) causan, en hombres y mujeres, disfunción sexual dependiente de la dosis independientemente de su actividad terapéutica. Los problemas comúnmente observados en los hombres incluyen



disminución del deseo sexual, disfunción eréctil y eyaculación retrasada.

## CAPITULO 2

### EL GÉNERO Y LA DEPRESIÓN EN HOMBRES

#### 2.1 ALGUNAS DEFINICIONES

Al abordar la teoría de género resulta necesario esclarecer lo que la palabra sexo y género han implicado. Existen instituciones como el Desarrollo Integral de la Familia que se ha ocupado en señalar que la connotación de género como construcción de lo masculino y lo femenino solo se ha comprendido en función del género gramatical, y únicamente las personas que están informadas del debate teórico en las ciencias sociales, comprenden la categoría género como una simbolización o construcción cultural que apunta a la relación entre sexos. Afirma que como los hombres y las mujeres también se les nombra, respectivamente el género masculino y el género femenino, esto origina con frecuencia una confusión cuando se habla de género. Ya que como las mujeres son el género femenino es fácil caer en el error de que hablar de género o perspectiva de género es referirse a las mujeres o a la perspectiva del sexo femenino. Esto es lo que ocurre en la actualidad, muchas personas al hablar de la variable o factor género, se refieren nada más a las mujeres. Es importante señalar que el género afecta tanto a hombres como a mujeres, que la definición de feminidad se hace en contraste con la de masculinidad, por lo que género se refiere a aquellas áreas -tanto estructurales como ideológicas- que comprenden relaciones entre los sexos.

Dio Bleichmar (1989) coincide al afirmar que género y sexo han sido términos poco diferenciados. En 1970, la Real Academia sólo concebía el género, en relación con su diferenciación sexual en términos exclusivamente gramaticales: "la pertenencia al sexo masculino o femenino o cosas neutras", es decir, una palabra femenina remite a otra palabra femenina, esté o no implicado el sexo. En cambio sexo contenía la diversidad de significaciones corrientes: "conformación particular que distingue al hombre de la mujer, asignándole un rol determinado, en la generación que le confiere ciertas características distintivas".(p.37)

Así, el género es concebido como un concepto unitario que no da cuenta de fenómenos sociales ni humanos y que sexo no sólo incluye las peculiaridades anatómicas, sino que de tal anatomía parece surgir todo un mundo de significaciones

simbólicas que norman las teorías vigentes sobre sexo y género en nuestra cultura.

Esta falta de precisión ha estado presente no tan sólo en el mundo lego sino en el terreno científico. Sin embargo, la escuela psicoanalítica tuvo la necesidad de delimitar la diferenciación entre género y sexo. A continuación se presenta su definición y otros conceptos que conviene tener claros al abordar la teoría de la construcción de género.

**Sexo:** "componentes biológicos, anatómicos y para designar el intercambio sexual en sí mismo. Un conjunto de características genéticas, morfológicas y funcionales que dentro de amplia gama de posibilidades y grados de diferenciación distingue a los organismos de una especie, en machos y hembras." (Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral, 2001, p.6).

De acuerdo a González y Zarco (2007) el sexo: Se divide para su estudio en 7 dimensiones

1. Sexo cromosómico
2. Sexo gonadal
3. Sexo hormonal
4. Sexo génico
5. Sexo de órganos sexuales internos pélvicos
6. Sexo de órganos sexuales externos pélvicos
7. Sexo cerebral

**Género:** En la Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral (2001) agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad-masculinidad. "Se entiende por género una categorización social, con implicaciones biopsicosociales, que divide y clasifica a los seres humanos en dos tipos: hombres y mujeres, por extensión el concepto de género incluye "lo masculino" y "lo femenino" según se atribuyan ciertas características a los hombres y a las mujeres".(p.9)

El género según Dio Bleichmar (1989), es una categoría compleja y múltiplemente articulada que comprende 1) la atribución, asignación o rotulación del género 2) la identidad del género, que a su vez se subdivide en el núcleo de la identidad, la identidad propiamente dicha, y 3) el rol de género.

**Atribución del género.** De acuerdo a Dio Bleichmar (1989) cuando el niño nace se le pone una rotulación, la familia entera se ubicará con respecto a este rótulo y será emisora de un discurso cultural que reflejará los estereotipos de la

masculinidad-feminidad. Para esta autora, lo que determina el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino sus experiencias vividas desde el nacimiento, comenzando con la asignación del sexo.

Monroy de Velasco (1977) comenta que el niño al nacer no tiene una conciencia clara de sí mismo, es decir, aún no posee una diferenciación ni una integración de su yo. No sabe hasta donde es él y hasta donde empieza el mundo exterior. Poco a poco a través de sus sensaciones físicas y percepciones del medio ambiente, va aprendiendo a conocer sus límites corporales. Junto con estas nociones de individualidad, el niño va captando sus primeras nociones de seguridad, a través del amor y de aceptación de su madre o de la persona de quien depende totalmente.

**Núcleo de la identidad de género:** Dio Bleichmar (1989) sostiene que es el esquema ideo-afectivo más primitivo consciente o inconsciente de la pertenencia a un sexo y no a otro. Al sentimiento "soy nena" o soy "varón" se debe entender el núcleo de la conciencia, la autopercepción de su identidad genérica, núcleo esencialmente inalterable que debe distinguirse de la creencia que se relaciona pero es diferente, "soy viril" "soy femenina".

Para esta autora la primera experiencia que dará esta conciencia genérica es el descubrimiento de los genitales y el indicio de que ya se ha dado tal conciencia es la angustia de castración, de esta forma el sentimiento de tener una identidad de género proviene de diversas fuentes. 1) de la percepción despertada por descubrir los genitales 2) de la actitud de padres, hermanos en relación al género del niño y 3) de una fuerza biológica cuyo poder para modificar la acción del medio es relativo.

Dio Bleichmar (1989) cita a Stoller al afirmar que los aspectos de la sexualidad que caen bajo el dominio del género son determinados por la cultura. Este proceso comienza desde que el niño nace y comienza a estructurarse su Yo. La madre es el agente cultural que transmitirá significaciones y padre, hermanos, familia, grupo social, etc. contribuirán.

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 niña, comportamientos, juegos, etc... Después de establecida la identidad de género, cuando un niño se sabe y asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, ello

se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias. ... Ya asumida la identidad de género es imposible cambiarla en forma externa por presiones del medio. (DIF, 1997,p.52)

**Rol de género.** Dio Bleichmar (1989) afirma que el rol de género es un término sociológico que se refiere al "conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado. Es la estructura social la que prescribe la serie de funciones para el hombre y la mujer como propias o naturales de sus respectivos géneros. En cada cultura, en sus distintos estratos, se halla rígidamente pautado que se espera de la femineidad o masculinidad de una niña/o. La tipificación del ideal masculino o femenino es anónimo. Tanto rol como estereotipo son categorías que encierran un alto grado de valoración, de juicios en sí mismos." (p. 43)

Por otra parte, Connell (1999) comenta que si bien el concepto de roles sexuales ha tenido gran popularidad en áreas como la salud y educación, la teoría de los roles sexuales no permite comprender las diferentes manifestaciones de la masculinidad ni tampoco el poder y la dimensión económica del género. Refiere que existen investigadores que hacen estudios de la construcción de la masculinidad en contextos diversos: gimnasios de físico culturismo, un taller, una banda callejera, un movimiento "ecologista". A esto el autor denomina "el momento etnográfico" sobre la masculinidad en el que da extrema importancia a lo local y a lo específico.

**Estereotipo:** Dio Bleichmar (1989) comenta que es un conjunto de presupuestos fijados de antemano acerca de las características positivas o negativas de los comportamientos supuestamente manifestados por los miembros de una clase dada. Estos estereotipos están tan hondamente arraigados, que son considerados como la expresión de los fundamentos biológicos del género. (p.44)

## 2.2 MASCULINIDAD Y FEMINIDAD

Masters, Jonhson y Kolodny (1995) afirman que las creencias sobre las diferencias entre uno y otro sexo han influido en los sistemas sociales, políticos y económicos. Y por otro lado han surgido nuevos esquemas que contradicen a los viejos postulados entre uno y otro sexo en cuanto a los rasgos, aptitudes y temperamentos.

Por su parte Ramírez (1998), comenta que el comportamiento diferenciado entre hombres y mujeres y las expectativas sociales que se tiene de cada uno, no es privativo de nuestra sociedad mexicana. Comenta que en sociedades disímbolas y en períodos históricos distintos, existe una posición de desigualdad de la mujer respecto al hombre. La cual encuentra su origen en la diferencia biológica y a partir de la cual se construye un mundo simbólico que coloca al hombre en una posición de superioridad. Señala que en las familias en donde existe matriarcado no es que la figura del hombre esté devaluada, sino más bien la familia tiene una forma de organización de parentesco matrilineal. Por ejemplo, en algunas sociedades africanas en las que no existe una escisión entre el ámbito público y privado, las mujeres no viven sub valoración. Así también del lado contrario, sociedades como la ona, baruya y dogon en las que tienen las mismas características económicas, se ejerce incluso violencia hacia las mujeres.

Afirma que la superioridad de los hombres y la subordinación de las mujeres está basada en sistemas de creencias, dichos sistemas no son universales, más bien presentan variaciones en los diferentes grupos de una misma sociedad y se modifican también con el tiempo. Comenta que incluso en un mismo sector de la población se pueden identificar creencias que se contraponen, pero que son utilizadas selectivamente para determinada función.

Para este autor las creencias tienen una serie de características que a continuación se enlistan:

- a) se asume sin necesidad de una comprobación filosófica o lógica, sino por conformidad.
- b) El individuo que la asume jamás la cuestiona.
- c) Para defenderla el sujeto repite una argumentación aprendida mecánicamente.
- d) La creencia tiene la función de proporcionar certidumbre psicológica.

- e) La reacción frente al ataque de la creencia es de angustia.
- f) Con frecuencia las creencias son tácitas o inconcientes.
- g) Generalmente se transmiten con signos y no son resultado de la observación.

Refiere que si bien el pensamiento simbólico esta basado en estas características, no es exclusivo para reproducir la dominación del hombre en la sociedad, sino también involucra al mundo en general.

Por otro lado, para Kimmel (1997) la virilidad se ha pensado a través del tiempo como una cosa o cualidad que alguien tiene o no tiene, que es innata, que se haya en la composición biológica del macho humano, el resultado de los andrógenos o de la posesión de un pene. Este autor emplea el término virilidad como sinónimo de masculinidad la cual define como:

Un conjunto de significados siempre cambiantes, que construimos a través de nuestras relaciones con nosotros mismos, con los otros y con nuestro mundo, la virilidad no es estática ni atemporal, es histórica: no es la manifestación de una esencia interior, es construida socialmente, no sube a la conciencia desde nuestros componentes biológicos, es creada en la cultura. La virilidad significa cosas diferentes en diferentes épocas para diferentes personas. Hemos llegado a conocer lo que significa ser un hombre en nuestra cultura al ubicar nuestras definiciones en oposición a un conjunto de otros, minorías raciales, minorías sexuales, y por sobre todo, las mujeres.(p.49)

Conell (1999) coincide con Kimmell (1997) al afirmar que la masculinidad no es una característica inmutable, sino que se construye socialmente y que cambia a lo largo de la historia.

Conell (1999) afirma que es importante considerar lo que él denomina como "momento etnográfico" al estudiar la masculinidad, pues bajo esta perspectiva lo local y lo específico cobra gran importancia. Señala que a través de los diferentes estudios que se han realizado bajo esta perspectiva en la que se han explorado desde gimnasios físico culturistas hasta grupos de ecologistas, ha encontrado temas comunes que puede resumir como sigue:

- Múltiples manifestaciones de la masculinidad. En las diferentes culturas y en los distintos periodos

históricos, el género se construye de diferentes maneras. Es probable que en sociedades multiculturales existan varias definiciones de la masculinidad. Así mismo, coincide con Ramírez (1998) al señalar que se puede encontrar más de un tipo de masculinidad en un mismo contexto cultural o institución.

- Jerarquía y hegemonía. Estas diversas formas de masculinidad existen en relaciones sociales definidas, habitualmente jerárquicas y excluyentes. Por lo general comenta, hay una forma dominante o hegemónica de masculinidad, que es el vehículo del poder de género y no necesariamente tiene que ser la forma más común de masculinidad.
- Construcción activa. Las formas de masculinidad carecen de existencia anterior a la interacción social, pues se generan a partir de la acción de la gente.
- Contradicciones. Los diferentes tipos de masculinidad no constituyen estados homogéneos, sino probablemente engloban divisiones internas y encarnan un estado de tensión entre prácticas y deseos contradictorios.
- Dinámicas. Las diferentes masculinidades se crean en circunstancias históricas específicas y pueden ser objeto de reconstrucción, controversia y sustitución.

Kimell (1997) afirma la imagen de masculinidad de aquellos hombres que controlan el poder es lo que llama masculinidad hegemónica. Y confirma lo que autoras como Burin (1990) plantean acerca de que esta hegemonía norma las evaluaciones psicológicas, la investigación sociológica y en la literatura de autoayuda de consulta destinada a enseñar a jóvenes hombres como llegar a ser "verdaderos hombres". Estas normas son usadas contra las mujeres, según el autor para impedir su inclusión en la vida pública y su confinamiento a la devaluada esfera privada.

Desde esta visión hegemónica Kimell (1997) cita a Roberto Brannon al señalar las siguientes frases internalizadas por los hombres:

- a) "¡Nada con asuntos de mujeres!" El hombre no debe hacer algo que remotamente sugiera femineidad. La masculinidad es el repudio implacable de lo femenino.
- b) "¡Sea el timón principal!" La masculinidad se mide por el poder, el éxito, la riqueza y la posición social.



- c) "¡Sea fuerte como un roble!" La masculinidad depende de permanecer calmado, confiado en una crisis, con las emociones bajo control. La prueba de que se es todo un hombre consiste en no mostrar nunca emociones!"
- d) "¡Mándelos al infierno!" Alude a una actitud de osadía varonil y agresividad. Consígalo, arriésguese.

Para Kimmel (1997) el fracaso en encarnar estas reglas, en afirmar el poder y el logro de éstas, es una fuente de confusión y dolor de los hombres.

### **La feminidad punto de huída de lo masculino**

Para Dio Bleichmar (1989) al igual que para Kimmel (1997) la masculinidad se ha concebido como la huída de lo femenino. La madre es el principal modelo de identificación para estructurar la identidad de género y buscar la identificación en el caso de los varones, con otros varones. Si el niño imita la dulzura, los movimientos y gestos de la mamá se feminiza, por ello su identificación con la madre no promueve su masculinidad. Cómo es entonces que logra desidentificarse de su madre y cuales son las vicisitudes del desarrollo normal de la masculinidad en el niño. Para estos autores, en el proceso de separación de la madre, de ruptura del mundo de la simbiosis, la figura del padre juega un papel preponderante.

Tal como Freud lo sostenía, el proyecto edípico es un proceso de la renuncia del niño a su identificación con el profundo vínculo emocional con su madre, remplazándola entonces por el padre como objeto de identificación. ... El se desidentifica pero nunca se vuelve a atar. Todo este proceso, se pone en movimiento por el deseo sexual del muchacho a su madre. Pero el padre se alza en el camino del hijo y no concederá a ese niño pequeño, su propiedad sexual. Entonces, la primera experiencia emocional, la que sigue a su experiencia de deseo, es el miedo a su padre, quien es más grande, más fuerte, y más poderoso sexualmente... este miedo simbólicamente experimentado como miedo a la castración, lo que empuja al niño a renunciar a la identificación con su madre y a buscarla con su padre. Al hacerlo, el muchacho es ahora simbólicamente capaz de unión sexual con un sustituto similar a su madre, es decir, una mujer. Al mismo tiempo adquiere género (masculino) y se convierte en heterosexual. (Kimmel, 1997, p.52)

Kimmel (1997) afirma que a partir de este proceso, es que el niño tendrá ligada la sexualidad que se parece ahora a la de su padre: amenazante, devastador, posesivo y tal vez castigador. Pero hay debajo un terror que el hombre mantiene, el que pueda ser desenmascarado como un hombre que no se ha separado completa e irrevocablemente de su madre. Serán otros hombres los que lo desenmascararán. El fracaso lo hará parecer como un hijito de su mamá, un afeminado.

Este autor arguye que después de despegarse de su madre, el muchacho la concibe no como una fuente nutricia y de amor, sino como una figura que lo infantiliza, y puede humillarlo delante de sus pares. Las madres representan, para este autor, la humillación de la infancia, desvalida y dependiente. Como resultado, todas las "delicadezas de la conducta masculina -modestia, cortesía, pulcritud- son consideradas concesiones a las demandas femeninas.

El enojo y temor de la huida de la feminidad surge porque la madre puede castrar al muchacho fácilmente debido a su poder para volverlo dependiente, o por lo menos de recordarle la dependencia. Esto ocurrirá permanentemente en el varón, la hombría llega a ser una búsqueda permanente para demostrar su logro a los demás. Las mujeres en cambio no se sienten forzadas a probar su condición de mujer. Ellas tiene otro tipo de crisis de identidad de género, que se relaciona más a su sensación de estar excluidas que al cuestionamiento de si son lo suficientemente femeninas.

Finalmente para este autor, el repudio a la madre como indicador de adquisición de identidad de género masculina tiene 3 consecuencias para el muchacho:

- a) Empuja lejos a su madre real y a lo que ella asocia, compasión, ternura, acogida.
- b) Suprime esos rasgos en él mismo porque revelarán su incompleta separación de la madre. Su vida incluye un comportamiento permanente demostrar que no posee ninguno de los rasgos de la madre. La identidad masculina nace de la renuncia a lo femenino, no de la afirmación directa de lo masculino.
- c) Con el fin de demostrar el cumplimiento de estas dos tareas, el muchacho aprende a devaluar a todas las mujeres, como encarnaciones vivientes de aquellos rasgos de sí mismo que ha aprendido a despreciar.

### 2.3 LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO ¿"CAMISA DE FUERZA"?

Bonino (1997) al igual que Seidler (1995) señalan que el movimiento feminista y lésbico gay que cobra gran auge en los años setentas, ha llevado a algunos varones a reflexionar sobre su manera de ser hombres. Los primeros trabajos han sido realizados por norteamericanos, franceses y alemanes. Algunos con tinte antisexista, otros defendiendo la "inocencia" masculina frente a los cuestionamientos culpabilizadores, todos ellos con un fin común: descubrir nuevos modos de relacionarse con otros y otras desde el cuerpo y desde las emociones.

Aquellos estudios que han introducido la perspectiva de género, son los que de acuerdo con Bonino (1997) develan y hacen visible las dicotomías históricamente construidas de mujeres y varones y las desigualdades entre ellos, permitiendo reconocer no tan sólo el malestar masculino, sino también comprender las consecuencias que trae para sí y para otros, el pertenecer al grupo que controla y ostenta desde hace milenios el poder y el saber.

Desde dicha perspectiva, 'ser varón', lejos de ser un resultado testosterónico o la manifestación de una esencia, es el resultado de una construcción histórico-social que se hace carne y alma, al llevar al que nace con sexo masculino a ajustarse a roles y a identificarse con valores, intereses y atributos que la normativa genérica adjudica a la masculinidad: poder, agresividad, logicidad, autoconfianza, sexualismo, repudio de lo femenino y superioridad sobre la mujer. Cuanto más, más varón. (Bonino, 1997, p.18).

Por tanto, hablar de género afirma Bonino (1997), significa que autodefinirse como mujer o varón (identidad de género) responde a la identificación con una definición hecha por otros: mandatos de masculinidad y feminidad designados por la cultura.

A estos mandatos Bonino (1994) los llama Normatividad o Normativa de Género a los cuales hay que ceñirse para ser identificado y reconocido como mujer o varón. Esta normatividad se hace carne y hábito. La valoración de sí se hace en función a la adecuación de los valores de dicha normatividad.

En este sentido Burín y Dio Bleichmar (1996) afirman que padecer de normalidad es tal vez el estereotipo más constante y silencioso que los varones hacen al atributo de género, a costa de su alienación como persona:

Desde chiquitos, desde el celeste si es varón, el sexismo de las habilidades va produciendo un asistemático pero contundente adiestramiento en lo que sería deseable de un varoncito: defender a las hermanas, enfrentar los peligros, ganar en las peleas, sobresalir en los deportes, en las profesiones, tener una sexualidad frecuente, etc. Cada edad irá actualizando las exigencias. Habrá que sobresalir, ser el mejor, el que más gana...ideal de masculinidad que va sedimentando el núcleo más íntimo de la identidad del varón, que se va jugando en la ínter subjetividad con otros varones y con las mujeres. Ellas también suelen esperar eso de ellos...(p.220)

Por otra parte González Núñez (1987) cita a Jung disidente de Freud, al hablar de los arquetipos. Para Jung los arquetipos son tipos universales y pueden ser culturales, son aspectos ancestrales que podemos traer en lo que él llamó inconsciente colectivo y dentro de estos arquetipos figuran anima (lo femenino) y animus (lo masculino) que están jerarquizados por determinadas leyes. La primera ley postula que toda persona se comporta con cualidades masculinas y femeninas.

Un hombre equilibrado es a la vez activo, flexible, racional e intuitivo, posee ternura y dureza, es agresivo y acogedor, con lo que se combinan sus características masculinas y femeninas, igualmente una mujer equilibrada es al mismo tiempo tierna, activa, intuitiva y racional, combinación de cualidades femeninas y masculinas. La ley de la bisexualidad, continua este autor, plantea que en todo hombre y en toda mujer desde lo genético, hay un fundamento bisexual, esa es la ley arquetípica, del arquetipo bisexualidad.

El hombre tiene un animus consciente o sea " yo soy consciente de mi masculinidad" pero en su inconsciente una ánima, o sea una actitud femenina, y en la mujer ocurre lo contrario también. La verdadera unión está justamente en la fusión de estos dos arquetipos, la parte femenina de la mujer se une a la parte femenina de su pareja varón y viceversa, y cuando así ocurre se hace una sola unidad, se desafía a la muerte porque el amor en términos jungianos va más allá de la muerte, más allá de Dios como arquetipo, va hacia la eternidad.

Un punto de vista por demás interesante. Veamos ahora los planteamientos que sustentan la perspectiva de género en la que el aprendizaje sociocultural juega un papel determinante.

### **¿Cómo se aprende a ser varón?**

Bonino (1994) plantea que ser un hombre es algo a lo que se accede, es una definición que hay que ganarse, se requiere de constantes pruebas en un espacio público, en donde existen otros hombres que se convierten en jueces y aseguran el acceso al mundo de los varones. Los ritos de iniciación cumplen esta función: hay de fondo una meta engañosa no hay que conformarse con ser un hombre, sino todo un hombre, exigencia que no se visualiza y por tanto no se cuestiona y que genera la constante duda de ¿seré lo suficientemente hombre?

Una característica peculiar de cómo se organiza el psiquismo del varón según este autor, es sustentado en la exigencia "cuanto más, más hombre", así se legitima la connotación de "exceso" como un componente altamente valorado.

De acuerdo a este autor existen momentos cruciales para la adquisición de la masculinidad. Uno de ellos es la adolescencia en la que se dan duelos, separaciones, se resignifica la sexualidad y la muerte. Es un momento fundamental para afianzar la identidad de género. "¿Podré ser todo un hombre?" se pregunta perturbado un adolescente varón. Aún cuando existe actualmente una redefinición de valores que sustentan las identidades de género, aquellos en los que se fundamenta el hacerse hombre son poco cuestionados y por tanto continúan en el ideal masculino: uno de ellos es la valentía.

Por otro lado, González Núñez (1987) coincide en señalar que la sociedad influye mucho sobre los varones a través de una serie de premisas, de frases ("los hombres no lloran") que lo inhiben y le prohíben ser el mismo, ser espontáneo. Dice que los hombres sí pueden llorar por cariño, por ternura, por que algo ha pasado y se han conmovido y ello no implica homosexualidad, sin embargo, "la cultura inhibe en alguna forma estas característica que define como propia de los varones, y que también las mujeres colaboran a que los hombres no lloren pues cuando lo hacen frente a ellas, son devaluados, considerados femeninos, no son hombres, son mujeres. Son pocas las mujeres que reciben y se dejan acompañar con las lágrimas de un varón."

En este sentido también Pollack (1998) plantea que existen códigos masculinos en los niños o adolescentes que

asumen y determinan su comportamiento desde temprana edad. El código masculino marca entre otras cosas asumir una máscara o careta en donde todo está bien, el objetivo es ocultar pensamientos y sentimientos más profundos, su verdadero yo. De esta manera se aleja de aquellos sentimientos que son inaceptables en niños y hombres: el miedo, la incertidumbre, la soledad, la sensación de necesitar y la tristeza. El uso de la máscara se vuelve tan habitual que deja de ser conciente.

El código masculino mete a los niños y a los hombres a una camisa de fuerza genérica que los restringe no sólo a ellos sino a quienes están alrededor de ellos, disminuyéndolos como seres humanos y con el paso del tiempo, convirtiéndolos en extraños para ellos mismos y para los demás, o al menos impidiendo que se relacionen como ellos quisieran.

Pollack (1998) comenta que esconder sentimientos y pensamientos tiene un costo, pues implica también ocultar la creatividad y la originalidad. Lo anterior coincide con lo planteado por González Núñez (1988) al afirmar que la vida afectiva es el engranaje que impulsa toda la vida psicológica e impregna toda la personalidad, puesto que participa en todas las elaboraciones intelectuales y de la actividad en general.

### **Valores, preferencias y rasgos que identifican y reconocen al hombre como tal.**

Seidler (1995) señala que parte de lo que resulta atractivo al hablar de que las masculinidades son "social y culturalmente construidas" deriva en la posibilidad de pensar que no hay un solo modelo al cual los hombres se tengan que ajustar. Refiere que en diferentes momentos ha existido una gran variedad de códigos y maneras de aprender lo que significa ser un hombre. Plantea que ha habido una fuerte identificación entre masculinidad y razón, los hombres han aprendido a usar la razón para discernir que es lo que les brindará felicidad y realización. Para este autor, esto ha servido para que el varón tenga una experiencia despersonalizada de sí mismo, lo que a menudo les hace difícil compartir lo que sienten. Afirma que "dentro de la cultura dominante de la masculinidad blanca de clase media, los varones aprenden a hacer lo que se espera de ellos, y por tanto a definirse externamente". (p.81)

Afirma que la masculinidad dominante supone que los hombres son independientes y autosuficientes, que no tienen necesidades emocionales porque han aprendido a considerarlas

como señales de debilidad. Solamente los otros tienen esas necesidades demostrando con ello ser inferiores. Se aprende a deshacerse de estos aspectos emocionales para probarse ante los ojos de otros hombres, pues si bien desde la modernidad se da por sentado que son racionales, nunca podrán estar seguros de su masculinidad. "Siempre tenemos que estar listos para demostrar nuestra hombría, cada vez que sea cuestionada".(p.81)

Plantea que como varón es difícil saber las maneras en que les gusta ser tocados o abrazados, pues ello atentaría contra todo lo enseñado desde la masculinidad dominante. "Dentro de las relaciones sexuales puede ser mucho más seguro coger por coger" porque esto es mucho menos amenazante para cierta idea de la identidad masculina. "Esto puede ser una manera de encubrir la vulnerabilidad, en lugar de compartirla ... hay muy pocas cosas que nos enseñan como niños, que la sexualidad tiene que ver con la vulnerabilidad y el contacto ... lo que los varones hemos aprendido es a desear sexo sin contacto ni involucramiento emocional". (p.90)

Por otro lado, para Bonino (1994) los valores apreciados en un varón serán: independencia, justicia, sabiduría, ambición, valentía. Atributos y rasgos: deseo de dominio, agresividad, racionalidad, fortaleza, autoconfianza y creencia en la propia importancia y en el tener más derecho que la mujer. Deberá ser un héroe impasible, arriesgado, sereno, a menos que "lo provoquen", capaz de doblegar todos los obstáculos sin cobardía, con un cuerpo que aguante todo. La emocionalidad, la cooperación y la empatía, la fragilidad y la pasividad no son incluidas dentro de la normatividad de género para los varones. El varón se definirá y valorará a sí mismo en tanto se adecue a esta tipificación, a mayor ajuste, mayor satisfacción narcisista. La inadecuación a este ideal tiene un costo alto, ya que las sanciones hechas por otros y por sí mismo son severísimas: "poco hombre", "maricón" o "fracasado" son palabras que resumen estas sanciones y dejan profunda huella en la autoestima del varón.

Varón será quien posea (aunque parezca tautológico) los valores y atributos de la masculinidad, aquellos que permitan ejercer lo que los griegos llamaban "el arte de la existencia": el triple dominio: de sí, de la naturaleza y de aquellos que no estén valorados en el espacio de los iguales (mujeres, niños e inferiores sociales). Un hombre es quien sabe, puede y tiene; cuanto más, más hombre (Bonino, 1994, p.25).

## **2.4 Diversas expresiones del sufrimiento masculino**

Pollack (1998) señala que existen ciertas pautas para darse cuenta de cuando un niño se ha puesto la máscara o camisa de fuerza descrita anteriormente, cuando presenta actitudes pendencieras, una aparente tranquilidad, hasta la presencia de síntomas evidentes: depresión, ingesta de alcohol o drogas.

Por otro lado, Bonino (1997) señala una serie de malestares masculinos que define como problemáticas ego distónicas acompañadas de sufrimiento y/o daño a sí mismo y que suelen generar déficit en quien los vive a continuación se describen:

### **1. Trastornos por sobreinvertimiento del par fracaso/éxito que clasifica a su vez en:**

- Trastorno por búsqueda imperativa del éxito y control. Existe obsesión por el desempeño y el sobreesfuerzo por mantenerse en la cúspide. Los valores considerados como signos de masculinidad son internalizados de manera adictiva y obsesiva para llegar a ser todo un hombre. Se trata de hombres que presentan algunas obsesiones-compulsiones por la sexualidad propia o ajena, y la búsqueda imperante de tener el control, son aquéllos adictos al trabajo o a la carrera profesional, al poder, al deporte competitivo. Se les identifica con una personalidad de tipo A y su rasgo distintivo es la hipercompetitividad. Muchas veces llevan al crack corporal por el sobreesfuerzo. La creencia que subyace es la de que "ser varón" se sostiene en el poder y la potencia y se mide por el éxito, la superioridad sobre las demás personas, la competitividad, el status, la capacidad de ser proveedor, poseer la razón y lograr la admiración de los demás. ¡Un hombre debe dar la talla! ¡Un hombre sabe lo que quiere! son imperativos que reflejan esta creencia.
- Trastorno por sentimiento de fracaso viril. Derivado de la percepción de no cumplir los mandatos o exigencias de género, o de la pérdida de valores masculinos que se supone debe poseer: actividad, trabajo, seguridad, libertad, poder frente a la mujer, potencia sexual constante. Estas experiencias son vividas como un fracaso en la realización del ser ("ser poco hombre" o "nada hombre") con una herida profunda en el yo. Se puede manifestar en varones retraídos, fóbico-ansiosos, tímidos, aislados socialmente o con falta de deseo



sexual. Inseguridad o temor a ser homosexual o como depresión narcisista.

## **2. Patología de la autosuficiencia con restricción emocional.**

El imperativo es ser un hombre duro, se valora de manera extrema la autosuficiencia y la invulnerabilidad. Se niegan las emociones y vínculos personales. Subyace la creencia de que ser varón es sentirse calmado e impassible, auto confiado, resistente y autosuficiente, ocultando sus emociones ;los hombres no lloran; ; no necesitan de nadie; o ;el cuerpo aguanta; expresan esta creencia. También significa no tener ninguna de las características que la cultura asigna a las mujeres, ser para otros, pasividad, vulnerabilidad, emocionalidad, dulzura, cuidado hacia los otros.

Existen algunas secuelas derivadas de este trastorno como son:

- La arritmicidad patológica o síndrome de impassibilidad masculina: manifestada por la búsqueda de tener todo bajo control, la inhabilidad para disfrutar de relaciones, la inexpressión de las emociones, el pánico a perder el control, hay una coraza muscular y la gestualidad de sonrisa impassible y pose envarada. En el vínculo con las mujeres, las evalúa desde lo que para él es importante.
- Otra problemática generada en este trastorno es la alexitimia normativa: en el que hay un desconocimiento de los propios sentimientos y defensa frente a ellos. Existe por ello inhabilidad para identificar y describir las propias emociones, hay un modo pragmático de relacionarse, un pensamiento de tipo operatorio, un uso de las palabras como defensa, los sentimientos se expresan por medio de descargas o por trastornos somáticos. Puede haber negación de los problemas "¡a mí no me pasa nada! Y dificultad para comprender los sentimientos ajenos y consecuentemente una falta de empatía.
- Puede existir fobia a la intimidad o síndrome de mantenerse a distancia. Se vive como autonomía cuando en realidad es un distanciamiento protector y por tanto es difícil crear vínculos de intimidad. Puede existir por tanto una dependencia a la pornografía, pues con ello se vive la sexualidad de una forma mercantilizada que no precisa del vínculo y no arriesga la intimidad.

Muchas veces es el refugio de un problema relacional o de sentimiento de fracaso viril.

- "Delirio" de autosuficiencia: la añorada autosuficiencia en realidad está sostenida en el apoyo de una silenciosa mujer acompañante (madre, hermana, pareja, vecina).
- Adicción a la tecnología. Sobre todo a Internet pues hay una sensación de estar conectado controlando el vínculo, cuando en realidad se da un aislamiento con los vínculos cercanos.
- Sobreinvertimiento del que hacer para sí. Los varones priorizan sus actividades aislándose (trabajar, escribir, disfrutar del ocio) otros confunden el hacer cosas "por" alguien de hacer cosas "con" alguien. Aquí existe una aspiración masculina: "Tener un hijo" más no criarlo. "plantar un árbol" mas no regarlo y escribir un libro" es una de las demandas productivas de esta problemática.
- Homofobia. Caracterizada por un temor a acercarse a otros varones que es una defensa ante la aparición de la "humillante amenaza" aprendida de tener deseos homosexuales, pues ello significa ser "poco hombre". Ello le obstaculiza las relaciones con otros hombres y la falta de amigos cercanos.
- Dependencia emocional de las mujeres, su autosuficiencia no les permite identificar y sentir sus emociones y crear vínculos de intimidad, esta tarea suele depositarse en las mujeres cercanas con quienes se desarrolla un vínculo de parasitismo emocional.

### **3. Trastorno por sobreinvertimiento del cuerpo-máquina muscular.**

Aquí el cuerpo es vivido como un instrumento para la acción externa y como herramienta para la dura lucha "en" y "por" la vida, por lo que su utilización en ese sentido se dirige hacia ello. En cambio el cuerpo "interior", no es valorado y por tanto se da una desconexión de una parte de sí mismo. Aquí se hallan los varones adictos al gimnasio y a los deportes de fuerza, se pueden presentar desgarros, negación o minimización de las alarmas corporales con el riesgo consecuente y el déficit en manejo de las enfermedades, por fobia a ellas o a sacarse sangre o a la hospitalización.

### **4. Hipermasculinidades.**

Se encuentran los comportamientos muchas veces grupales en los que se manifiestan de una manera exhibicionista los valores masculinos, para acceder a la masculinidad o para

reafirmarla frente a sí o frente a otros. Ejemplos de ello son el machismo grupal callejero, los excesos en el consumo de alcohol o drogas, el divorcio y emparejamientos con mujeres muy jóvenes, la temeridad, la hipersexualización de la emocionalidad en los que se escuda la vulnerabilidad.

#### **5. Patologías de la perplejidad o trastornos de la masculinidad transicional.**

Desde hace dos décadas aproximadamente muchos de los mitos que determinaban la manera de relacionarse entre hombres y mujeres se han venido abajo: el de la pasividad femenina, el de la legitimación de la fuerza y monopolio del poder masculino, etc. Ello ha provocado desconcierto y perplejidad en muchos varones, debilitados por el cercenamiento cultural de derechos antes legitimados, viven ahora angustiados por la pérdida de privilegios y enfrentados a la caída de muchas de las máscaras que previamente los sostenían. La dificultad para cumplir nuevos imperativos masculinos como el de igualdad y sensibilidad, el vacío simbólico de alternativas nuevas que no los sumerjan en lo "femenino", provoca muchas veces estados paralizantes o congelamiento frente a su futuro.

Bonino (1997) señala que otro de los malestares masculinos es la depresión a modo masculino, y que no suele diagnosticarse, una de las causas para que así sea es porque la sintomatología está invisibilizada ya que la norma en la que los criterios diagnósticos se apoyan, se sustentan en el modo femenino de su expresión (llanto, inhibición, relatos y emocionalidad depresiva). Y las formas del hombre para expresar la depresión muchas veces distan de estos criterios:

Los varones expresan su depresión de los modos masculinos: se alcoholizan, conducen peligrosamente, pero dicen que no les pasa nada. Si muestran su depresión del modo "huraño" predomina su aislamiento silencioso, y quienes lo rodean lo perciben como siempre preocupado, enmudecido, que no acepta que le digan nada. Si su depresión se muestra del modo "agitado" predomina la irritabilidad, la explosividad y la amargura y quienes conviven con él lo describen como si fuera un animal enjaulado, hiper susceptible, hiperactivo, e inaguantable por sus exigencias. (p.13)

## 2.5 Suicidio: una causa de muerte en hombres

De acuerdo a Rodríguez, Sierra, Gracia, González y Montes de Oca (1990) el suicidio es considerado entre las diez principales causas de muerte en los países industrializados.

Comentan estos autores que en la literatura suicidológica existe una corriente de autores que defienden el derecho al suicidio basándose en la libertad del individuo para definir su propia muerte, sobre todo en aquellas situaciones en que la vida no da ninguna oportunidad, donde existe una intencionalidad permanente y unas motivaciones racionales, configurando el llamado suicidio racional. Para estos autores tanto el suicidio racional, como el suicidio heroico, deberían estar fuera de todo tipo de programa preventivo. No obstante, continúan planteando, las conductas autodestructivas constituyen un problema de salud cada vez más importante para los países desarrollados, configurando un fenómeno social y de salud pública en el que inciden numerosas y complejas variables, no existiendo en ocasiones unos parámetros de medición directa.

Hornstein (2006) afirma que un intento de suicidio puede ser la primera señal de alarma de una depresión cuando otras señales han pasado inadvertidas: la tristeza, el enlentecimiento psicomotor, la falta de apetito, etc.

Plantea que la más alta incidencia de suicidio se presenta en el trastorno depresivo mayor, así como en la fase depresiva de la forma bipolar. Este autor sostiene que si bien trastornos psiquiátricos desencadenan un suicidio, este último se asocia preferentemente con depresiones no diagnosticadas a tiempo o mal atendidas.

Comenta además que el proceso suicida suele atravesar 3 fases:

- 1) Aparición de la idea suicida. Surge ante una situación conflictiva o ante un estado depresivo o de ansiedad.
- 2) La fase de duda, la persona pasa de la idea a la posibilidad de llevar a cabo la idea y
- 3) La fase de decisión, aquí se llevan a cabo los preparativos para pasar al acto.

Hornstein coincide con Fachel (1997) en señalar que en las estadísticas mundiales, existe una correlación entre suicidio y género, siendo los varones los que presentan los suicidios consumados en tanto que las tentativas las

presentan las mujeres. Es decir, si bien es cierto que son más las mujeres que atentan contra su vida, los varones cuando lo intentan, generalmente consuman el suicidio, lo cual coincide con lo reportado por el Instituto de Salud Mental del Nueva York (NIMH) 1999, en Estados Unidos, que retoma los registros del National Center for Health Statistics para afirmar que cuatro veces más hombres que mujeres mueren por suicidio en los Estados Unidos, aunque las mujeres hacen más intentos de suicidio durante sus vidas.

Paralelamente, según se reporta, al hecho de que los métodos que los hombres utilizan para tratar de suicidarse son más letales que los métodos utilizados por las mujeres, pueden existir otras cosas que protegen a la mujer de la muerte por suicidio.

Estos registros institucionales demuestran que el suicidio está frecuentemente asociado a la depresión, la alarmante tasa de suicidio entre los hombres, puede reflejar el hecho de que es menos probable que los hombres busquen tratamiento para la depresión. Muchos hombres que padecen de depresión no obtienen diagnóstico y tratamiento, lo que podría salvarles la vida.

En este sentido Bonino (1992) plantea que desde el psicoanálisis se podría retomar la idea de los suicidios encubiertos y los maniacos para comprender la ocurrencia de los accidentes de tráfico, pues la gran mayoría de las personas involucradas en dichos accidentes son varones y la minoría, mujeres. Además, señala, que todos los datos muestran que los hombres, desde la auto identificación de la masculinidad tradicional, tienden a comportarse en el tráfico como aventureros, omnipotentes que creen que nada malo les puede pasar, mientras cabalgan en su corcel de dos o cuatro ruedas, símbolo para ellos de poder y libertad. Los accidentes de tráfico representan actualmente uno de los graves problemas de salud pública en los países desarrollados, y constituyen la primera causa de muerte en personas menores de 45 años. Comenta este autor que ser varón es un factor de riesgo. Los síntomas de la normalidad de la condición masculina debieran rastrearse en las secciones periodísticas sobre hechos delictivos, en las estadísticas sobre suicidios y accidentes, en la población de las cárceles.

Por otro lado, Rodríguez Pulido, Monje Chico, Monterrey Yanes y García González (1994) coinciden con Bonino (1992) al analizar los factores de riesgo asociados al suicidio (análisis retrospectivo) así como en los sujetos alcohólicos

que se han suicidado (análisis prospectivo) y plantean que el uso y abuso de alcohol contribuye de manera importante en los accidentes de tráfico y al comportamiento violento y la causa de muerte de heridas más relevantes entre los jóvenes.

Comentan que la mayoría de los pacientes suicidas alcohólicos son hombres entre los 30 y 60 años. El pico de la incidencia se halla entre la mitad y el final de los cuarenta. Comentan que existe un predominio de los hombres (80-90%) sobre las mujeres en los suicidios alcohólicos.

Estos autores citan a Ferreira de Castro al afirmar que las mujeres disponen de mayores factores de protección frente al suicidio, tales como el agregado familiar, "sus escasas aspiraciones a la promoción socio profesional", los menores estresantes psicosociales y la depresión es diagnosticada a menudo.

Proponen como medidas preventivas en la conducta suicida de los alcohólicos tratar la toxicomanía inicialmente y luego si procede, el tratamiento acompañante, así también la detección de episodios depresivos, la exploración de las ideas de muerte, la hospitalización preventiva, contactar amigos o familiares dispuestos a dar apoyo emocional en momentos de crisis.

Por otro lado, Rodríguez et al. (1990) señalan que la mortalidad provocada por el suicidio podría reducirse si se adoptan medidas eficaces encaminadas a combatir y prevenir los comportamientos autodestructivos.

Indican como un factor de riesgo la confusión existente alrededor del suicidio, alimentada por el folclore y la mitología, y que es importante desterrar tales creencias erróneas que se han introducido incluso en la práctica clínica.

Resulta de vital importancia, que como terapeutas tengamos claridad de las propias creencias y sentimientos en torno al suicidio, pues como bien lo señalan Rodríguez et al. (1990) y Hornstein (2006) ello permitirá ofrecer la ayuda óptima y necesaria. Veamos algunos mitos y realidades que de acuerdo a Rodríguez et al (1990) se han filtrado al campo de la salud mental:

- La gente que habla de suicidio nunca se suicida. Aproximadamente el 75 % de los que consuman el suicidio, ya habían atentado contra su vida previamente, 8 de cada 10 pacientes que se suicidan habían hablado de ello.
- El suicidio se comete sin previo aviso. La realidad es que la persona que se suicida suele dar muchas claves, mensajes y avisos de sus intenciones. Si se atendieran y

no se les restara importancia ayudaría a prevenir las conductas suicidas.

- El paciente que se recupera de una crisis, no tiene riesgo de recaer. Las personas que tuvieron una crisis suicida y se suicidaron con posterioridad, lo hicieron dentro de los primeros 90 días tras la crisis emocional, cuando aparentemente estaban en recuperación.
- Suicidio y depresión son sinónimos. No necesariamente, muchos suicidios se llevan a cabo en estados de ansiedad, psicosis, en el seno de trastornos orgánicos, etc.
- Todos los suicidas son personas dementes. Gran parte de las personas que se suicidan más bien son personas atormentadas y ambivalentes, que padecen de neurosis o de algún trastorno de personalidad, pero no son dementes.
- La tendencia al suicidio tiene un factor hereditario. No existe ninguna evidencia al respecto.

Rodríguez, et al. (1990) comentan que Sarró amplía esta lista de mitos y falacias:

- Hablar del acto suicida implica el riesgo de desencadenar de nuevo la conducta suicida. Hablar abiertamente, asumir el acto y la aceptación de su significado ayudan a la persona en crisis a sentirse contenida, atendida y aceptada en este momento de ruptura emocional en su vida.
- Se cree que el paciente suicida tiene el derecho a decidir sobre su vida. En realidad el suicidio no es ninguna libertad humana, pues es acompañada de una ambivalencia afectiva (la existencia se vive con dolor e inaceptación y muerte) y se da un estrechamiento del campo de la conciencia. Los médicos tienen la responsabilidad legal de proteger a los pacientes suicidas incluso en contra de su voluntad cuando sea necesario.
- Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio. No es necesario ser psiquiatra para reconocer a una persona que tiene la intención de suicidarse y poder intervenir, por ello es de vital importancia que se conozcan los factores de riesgo clínico por parte de los médicos y yo agregaría por todo el personal que se dedica a la atención clínica, ya sea médica o psicoterapéutica.

Es necesario conducir más investigaciones para poder entender todos los aspectos de la depresión en los hombres,

incluyendo cómo los hombres responden al estrés y los sentimientos asociados a la depresión, cómo hacer que se sientan más cómodos al reconocer estos sentimientos y obtener la ayuda que necesitan, y cómo adiestrar a los médicos para que puedan reconocer y tratar mejor la depresión en los hombres. Los familiares, amigos, y profesionales en el programa de asistencia en el trabajo pueden también tener un papel importante en el reconocimiento de síntomas depresivos en los hombres y ayudarlos a obtener tratamiento.

Los debates feministas han contribuido a una revaloración, no tan solo de la condición de la mujer a través del tiempo, sino a que los mismos varones comiencen a replantear su forma de ser hombres, todo ello cobra un gran significado pues abre la posibilidad de que hombres y mujeres comencemos a crear nuevas formas de relacionarnos en las que la equidad y el respeto al otro sean las bases principales. Veamos algunos puntos al respecto.

#### **UNA NUEVA PROPUESTA DE SER HOMBRE**

Seidler (1995) plantea que en los varones hay temor a la intimidad porque han aprendido que necesitan mantenerse enteros para el trabajo. Son los otros los que tienen necesidades emocionales y los que requieren apoyo. Gracias al feminismo, se ha instado a los varones a replantear sus masculinidades, esto ha implicado que las mujeres se rehúsen a realizar todo el trabajo emocional en apoyo a sus compañeros. Han promovido que los varones encuentren otras formas de apoyarse por otros varones, y de esa manera se está modificando la geografía emocional de las relaciones. Cuando ha sido difícil los varones se han ensimismado, por lo menos durante un tiempo. Pero a veces tienen que aprender que existen grupos de hombres dentro de los cuales hay un espacio diferente, nada familiar en el cual pueden empezar a explorar modelos heredados de masculinidad. Esto no es nada fácil pues pueden estar tan acostumbrados a vivir sin contacto, que no saben reconocer lo que están recibiendo en sus relaciones, suele suceder que solo cuando la relación de pareja termina los varones reconocen lo que han perdido.

Barrios (2003) comenta que resulta urgente renovar y sobre todo modificar actitudes de la llamada masculinidad. Comenta que este viejo modelo acarrea enormes desventajas para ambos géneros. Plantea que la premisa básica para dotar de nuevo significado al proceso de ser hombre, es producto de una paradoja: el sistema patriarcal ha investido de poder a los hombres, pero cada varón, a título personal, no se siente poderoso, y de acuerdo a su experiencia en el consultorio clínico, Barrios (2003) afirma en este sentido, que muchos



hombres no se sienten capaces de responder a las exigencias del sistema patriarcal y falocrático (a consulta asisten hombres agobiados por no ser los proveedores ideales, no saber entender la emocionalidad de la pareja, no manejar adecuados códigos de comunicación con sus hijos e hijas, eyacular pronto o no tener erecciones sostenidas, no ser hábiles para el cortejo o el "ligue", entre otros motivos) según refiere.

Los hombres hemos aprendido a ser emocionalmente inexpresivos y ahora se nos demanda ser tiernos y cariñosos, hemos sido entrenados para la violencia y ahora se nos exige ser conciliadores y pacíficos, hemos aprendido con múltiples ejemplos que somos ganadores y hoy se nos pide compartir la autoridad. Esta ambigüedad es vivida de manera muy angustiada. No es exagerado decir que por el mundo deambulan muchos hombres desconcertados e inseguros en el papel social que se les atribuye y se les exige. (Barrios, 2003, p. 30).

Para este autor, si realmente el varón se quiere adaptar al nuevo modelo de masculinidad que esta emergiendo en el siglo XXI tendrá que aceptarse con todas sus potencialidades: ideas, sensaciones, sentimientos, percepciones, necesidades y modificación de comportamientos. Así como aceptar también los cambios sociales incontenibles iniciados por mujeres y algunos varones no sexistas. Si realmente quiere ser más hombre y menos macho se tendrá que preparar para modificar radicalmente actitudes y entrenar facultades que en realidad posee, pero que desde el modelo masculino ha mantenido ocultas. Continúa planteando que para darle un sentido distinto a la masculinidad y modificar las actitudes sexistas que hace machos a los hombres, no es suficiente con criticar el viejo modelo de masculinidad, sino pasar a la acción. Y plantea no estar de acuerdo con las ideas de quienes desde una posición academicista opinan que para erradicar el machismo e implantar relaciones igualitarias entre hombres y mujeres se requiere primero de una modificación estructural de toda la sociedad que derroque el antiguo sistema patriarcal, así como tampoco coincide con las posturas revanchistas de mujeres y hombres hembristas, que por sus declaraciones parecen querer sustituir una falocracia por una vulvocracia. No niega que sea deseable un cambio estructural pero propone una manera más modesta y paulatina pero consistente de ir hacia las relaciones equitativas entre hombres y mujeres. Argumenta que hay que sacar provecho en primer lugar de la disposición de que cada vez más hombres desean honestamente mejorar como parejas de las mujeres o de otros hombres, así como ser mejores padres y amigos de otros hombres y de las mujeres. Arguye que el camino a seguir no

es el antisexismo o la revancha de las mujeres, sino la educación no sexista, que en esencia no aboga por la abolición de los géneros, sino que propugna por una verdadera equidad en las relaciones entre hombres y que abarque aspectos sociales, culturales, políticos, laborales, legales y por supuesto la relación de pareja.

Con todo lo anterior se puede advertir el costo emocional que conlleva en los varones el asumir de manera rígida y estereotipada las máscaras de la masculinidad imperante en nuestra cultura, en la que ser hombre es una condición que se gana y en donde no es suficiente con serlo, sino hay que ser "todo un hombre" para poder ser aceptado y reconocido en el mundo de los varones.

Finalmente y de acuerdo con González Núñez (1987) mientras el hombre siga juzgando sus cualidades femeninas de modo peyorativo se aprestara a reprimirlas, impidiéndose a si mismo mostrar sus afectos, escuchar su intuición, dejar traslucir sus sentimientos, es decir, reprimirá una parte de su personalidad rompiendo así su flexibilidad. El monto de sufrimiento y/o malestar frente la sobre exigencia externa e internalizada lleva a muchos varones a desarrollar, como hemos visto, trastornos específicos en el mejor de los casos, y en el peor cuadros depresivos acompañados incluso de suicidio siendo éste último una de las causas de muerte en varones, por ello en la práctica psicoterapéutica conviene tener claridad de las ideas preconcebidas concientes o inconcientes que como terapeutas albergamos en torno al suicidio, con el ánimo de estar con una actitud abierta y libre de prejuicios, de lo contrario no tan sólo el varón podría repetir en el espacio terapéutico el patrón de negación de sus emociones, sino también el terapeuta podría aliarse sin darse cuenta a dicha negación y "cerrar los ojos" junto con su consultante a emociones socialmente "prohibidas" para los varones y validadas en cambio para las mujeres: temor, tristeza, sensación de vulnerabilidad, soledad, etc.

## CAPITULO 3

### EL GÉNERO Y LA DEPRESIÓN EN MUJERES

#### 3.1 Predisposición histórica y cultural a la depresión en las mujeres

Dio Bleichmar (1991) afirma que la epidemiología de depresión revela que por cada dos mujeres deprimidas existe un hombre. Sin embargo, para esta autora existe la clara convicción que la realidad rebasa en lo sumo estas cifras pues existen muchas mujeres que padecen de depresiones leves o pasajeras y que no acuden a consulta. Por otro lado, afirma que la depresión parece haberse convertido en la enfermedad de nuestros tiempos, ello ha generado la necesidad de investigar y afortunadamente, cada vez son más mujeres profesionales de la salud mental que incursionan en este campo de investigación.

Afirma que cuando se hace investigación con una perspectiva en la que cobra gran significado la atención y la escucha hacia las mujeres, se advierte que "lo que deprime a éstas son las consecuencias derivadas de la forma en que deben vivir su feminidad." (p.13)

Refiere que como mujeres poseemos características que nos definen y que hemos aprendido a través de la educación que históricamente hemos recibido. El cuerpo femenino, así como la maternidad encierran expectativas sociales que es importante comprender. De una mujer se espera que tenga un cuerpo bello, que sea joven, que sea fértil, se espera su capacidad de generar deseo, y esto ha constituido para la mayoría de hombres y mujeres la mayor virtud y poder femenino. Esta autora cuestiona el porque entonces resultaría extraño que una mujer se deprima cuando atraviesa por situaciones difíciles en esta carrera que le ha sido asignada y que con conciencia o sin ella asume. La menopausia, el embarazo, el climaterio, y la vejez son momentos en los que la posibilidad de dejar de cumplir estas expectativas sociales se ve amenazada.

Lo que más sorprende a esta autora, es que muchas mujeres se deprimen como resultado de ser "muy femeninas", es decir, se trata de mujeres que asumen estereotipos y creencias tradicionales de lo que significa ser mujer. Plantea que sin embargo, muchas otras mujeres también se deprimen como consecuencia de oponerse a tal modelo, y otras por que no encuentran un modelo que les guste.

Por otra parte, arguye que gracias a los estudios de feministas se está comprendiendo que el malestar femenino puede modificarse si se le deja de considerar como una enfermedad que hay que curar y en cambio se valida el reclamo que encierra.

Esta autora comenta que las mujeres hemos creído - y nos han hecho creer- que lo que predomina en nosotras son los sentimientos, los afectos, lo emocional. En contraste con los hombres a quienes se les define a partir de su masculinidad la cual es vista como un conjunto de cualidades instrumentales y la femineidad es concebida como un conjunto de cualidades emocionales. Sin embargo refiere que entre más humanos somos los humanos, más sentimos, las emociones no son una característica privativa de las mujeres.

Propone modificar las creencias internalizadas para descubrir que las inseguridades, inhibiciones, deficiencias de las mujeres son causadas por ideas en su interior que son dogmáticas y que conciente e inconcientemente indican como debe de ser una mujer. Ideas que provienen de la familia y de la cultura y en donde no se ha considerado ni cuidado los intereses de la mujer.

Por otro lado, Burin (1990) señala que la construcción de la noción de salud-enfermedad ha demostrado ser un problema de quienes lo han formulado, es decir de los hombres, por lo que las prácticas utilizadas y los criterios ideológicos en los cuales se ha fundamentado ha existido un sesgo sexista y la óptica se sustenta en el modelo médico hegemónico.

En este sentido, esta autora cita a Foucault al plantear que la figura del médico ha implicado a través del tiempo criterios de competencia y saber, instituciones, sistemas, normas pedagógicas, junto con condiciones legales le han validado el derecho de articular discursos que le otorgan el poder de conjurar el sufrimiento o decretar su alivio, ello ha tenido un impacto fundamental en la concepción de las mujeres como veremos más adelante.

Burín (1990) cita a Saez Buenaventura, al confirmar que la construcción de la salud-enfermedad mental de las mujeres no solo se realiza con criterios sexistas sino también clasistas, o sea, por el sexo dominante y la clase en el poder.

Comenta en un interesante recorrido que hace a través de la historia, que la construcción de la subjetividad femenina

en nuestra cultura estuvo intercalada con la construcción de la salud mental de las mismas mujeres que han sido consideradas a través de la historia desde vírgenes a pecadoras y desde brujas a locas, veamos a continuación:

### **Condición de la mujer en la época judeo cristiana**

Comenta Burin (1990) que en la época judeo-cristiana, el modo de producción religioso, interesado en los preceptos divinos, impuso una forma particular de ser humano, a imagen y semejanza de un dios masculino, con una autoridad omnipotente sobre quienes consideraba sus bienes: su mujer, sus hijos, sus siervos y animales. La definición de sujeto psíquico estaba equiparada a la de hombre-religioso, mientras que la mujer quedó relegada a la noción de objeto, un objeto que debía ser dominado, incapaz de trascender al orden divino. Con el paso del tiempo y con la mediación del Concilio de Trento para la adjudicación de una "alma" a la mujer, ésta avanzó como un ser religioso, sin embargo seguía siendo relegada al nivel de lo instintivo y lo irracional, de lo no-espiritual.

Según esta autora, los inicios de la moral judeo-cristiana concibieron a la mujer como una hembra-humana, por su tarea reproductora, y solo las mujeres que eran consideradas vírgenes eran excluidas de esta concepción, mientras que otras mujeres eran estigmatizadas por su "perversa" relación con el sexo relacionado a lo demoníaco-pecador. Para ese momento de la historia, afirma Burin, los conceptos de salud-enfermedad mental que se referían a las a las mujeres oscilaban como vírgenes dignas de ser santificadas, a demoníacas figuras de la sensualidad y lo irracional.

En cualquiera de los dos casos, su definición como sujetos estaba dada por el hecho de que fueran reconocidas por hombres relacionados al poder divino, más que a las concepciones que las mujeres tuvieran de sí mismas. Se trató de una de las formas de poder patriarcal por el cual eran los hombres los que emitían juicios de existencia acerca de la condición de las mujeres como sujetos psíquicos.

### **Condición de la mujer durante la Edad Media**

En la Edad Media, convulsionada por las luchas políticas, religiosas y de fronteras, desde el poder religioso se consideraban diabólicos todos aquellos disidentes en ideología política y religiosa y que el cristianismo no lograba reprimir.

En este ambiente socialmente amenazante surge en el año de 1204 la Inquisición en Francia, adoptada por varios países europeos, y más adelante por las colonias de Norte América.

Burín (1990) cita a Sáez Buenaventura, al plantear que fue en este ambiente en que se da lugar a la persecución de las brujas. Pues en la Antigüedad, existió la creencia de que ciertas mujeres (hechiceras, pitonisas, curanderas) ejercían la magia con habilidades especiales y contaban con poderes ocultos, sin embargo eran mujeres que atendían las necesidades de los ciudadanos. Con el triunfo del cristianismo, las mujeres que no se dedicaban al aprendizaje y transmisión religiosa despertaban la sospecha de ser criaturas demoníacas, y eran castigadas mediante su confinamiento y destrucción.

Durante la Edad Media el lugar feudal de la mujer era la casa, las mujeres del señor feudal tan solo salían de ella para contraer matrimonio o desempañarse en conventos.

Entre el campesinado no existía otra alternativa para la mujer que la servidumbre, el vagabundeo y la prostitución. Las mujeres acusadas de brujería eran mujeres viejas, pobres, carentes de prestigio social, mujeres que por no tener medios para subsistir recurrían a formas de vida marginales. En cuanto a su saber, éste difería de lo oficialmente permitido.

De acuerdo con esta autora, la cacería de brujas constituyó un "sexocidio" en el que las mujeres eran despreciadas, pues habían perdido su encanto físico, su capacidad de procrear y de reponer la fuerza de trabajo en el ámbito del hogar; usaban su sexualidad fuera de los límites aprobados socialmente; y lograban vivir de manera autónoma dedicándose a actividades no domésticas. Además cuestionaban la autoridad masculina, demostrando independencia cognitiva de los hombres, mediante el ejercicio y transmisión de un saber de mujeres.

Las mujeres en esa época eran sujetos de un saber reconocido y validado por sus pares, pero dicho saber compartido con sus iguales estaba en contradicción con el saber oficial. La salud y enfermedad comenzaron a tener un status exclusivamente académico, mediante el conocimiento adquirido en las universidades a las que sólo podían acceder los hombres de los estratos más cómodos. Mediante este saber oficializado se estableció una diferencia entre la medicina "masculina", que determinaba los criterios de salud en alianza con la ley y con Dios; y por otro lado, la magia y la hechicería "femeninas", representadas por las brujas,

condenadas por criterios entre religiosos (se concebían como criaturas demoníacas) y científicos (irracionales, locas).

Siguiendo a Burin hacia fines del siglo XIII, las creencias dogmáticas y populares fueron transformándose hasta dar lugar a un concepto de la enfermedad mental cuyo origen podría ser tanto natural como sobrenatural. Las explicaciones sobre la etiología humoral de la enfermedad ganaron terreno, por lo que se terminó definiendo la enfermedad como de origen sobrenatural. En la que los tratamientos consistían en exorcismos y/o las peregrinaciones a determinados santuarios.

Burin (1990) cita a Foucault al afirmar que a finales del siglo XIII se crean en Europa los primeros hospitales generales como respuesta a la crisis económica del mundo occidental. En ese momento de la historia, la razón se toma como la medida de todas las cosas y la irracionalidad es considerada como locura. A diferencia de la Edad Media en donde la irracionalidad hubiera quedado instalada en el mundo de lo divino-demoníaco, en esta época la irracionalidad se excluye del mundo mercantil, de la moralidad y del trabajo.

Las autoridades religiosas fueron sustituidas por autoridades civiles - la figura del soberano absoluto- que regían a los ciudadanos como una gran familia y de cuyos miembros se exigió obediencia absoluta.

De esta manera, la anterior casa medieval se transformó poco a poco en una familia burguesa. En la comunidad doméstica de la antigua casa, el padre además de ser dueño de la casa, lo era de los demás familiares consanguíneos, de los aprendices, siervos que sustentaban la economía familiar. La familia formada por un compromiso previo entre las familias de los contrayentes, tendía a la acumulación hereditaria de bienes transmisibles. Las mujeres si bien es cierto dependían social y económicamente del padre-patrón, también participaban de manera activa en la producción de bienes y en la reproducción. Su función doméstica era muy valorada, ya que el trabajo doméstico formaba parte de la actividad productiva de la familia como un todo. En este tipo de familia se dio una toma de conciencia de la importancia de la vida interior de la familia, elaborando reglas y expectativas que gobernaban la vida familiar.

Era una familia basada en la propiedad productiva, una familia que otorgaba desde su interior, el sentido de existencia de cada uno de sus miembros que la componían, reconociéndolos como sujetos en cuanto pertenecían al grupo familiar. Las mujeres que no acataban lo impuesto por los

recintos familiares, ya sea porque se quedaban solas o por rebelarse al orden familiar, eran aisladas considerándolas enfermas mentales, alienadas, desajustadas del orden social.

### **Condición de la mujer en la Revolución Industrial**

En los inicios de la Revolución Industrial, la producción fuera de la familia se fue expandiendo y solo esa actividad productiva fue reconocida como verdadero trabajo. Ello matizó el proceso de la familia y las condiciones de vida de las mujeres. La familia se transformó en la esfera personal e íntima de la sociedad. El desarrollo de la familia nuclear, formada por padres, hijos y algún pariente cercano, implicó una demarcación de la intimidad personal extendiéndose las funciones emocionales de las mujeres.

De acuerdo a Burin (1990) junto con la reducción del escenario doméstico, las mujeres también sufrieron una demarcación en su entorno y perspectivas: las tareas domésticas, el consumo, la crianza de los hijos, lo privado e íntimo de los vínculos afectivos se convirtieron en su ámbito "natural". Así mismo se fueron construyendo una serie de mandatos con respecto a la "moral materna", que suponía un modelo femenino en el seno del ámbito doméstico con cualidades psíquicas de receptividad, contención y nutrición no sólo de los niños, sino también de los hombres que regresaban de su labor extra doméstica.

El desarrollo de esta "moral materna" y las condiciones de vida aislada, imprimieron en el psiquismo de la mujer un cambio históricamente significativo: el nacimiento del "ideal materno" como ideal privilegiado integrante de la subjetividad femenina. El cumplimiento de este ideal se ofrecía como garantía de la salud mental de las mujeres.

### **La psiquiatrización del cuerpo de las mujeres**

En este orden de ideas, señala Burin (1990) es como queda la salud mental de las mujeres circunscrita al ejercicio de una moral materna. Esta autora señala que a finales del siglo XVIII la enfermedad mental se asocia con enfermedades del útero: la histeria fue considerada la locura femenina por excelencia. La medicina positivista del siglo XIX "se apropia del cuerpo de las mujeres y psiquiatriza sus deseos, sentimientos, interpretándolos a través de los humores, los fluidos linfáticos y principalmente de las variaciones de temperatura en el útero (especialmente el calor) asociado a la menstruación." (p.32)



Pero no tan sólo esta psiquiatrización del cuerpo tiene una significación en la estructura femenina, sino también en su estructura moral. Ello explica que en este siglo pocas mujeres dedicadas a la vida dura se pusieran histéricas, sin embargo esta tendencia existía en aquellas mujeres que llevaban una vida burguesa ociosa, dentro del aislamiento del ámbito doméstico.

Comenta Burin (1990) que el saber psiquiátrico sobre el cuerpo de las mujeres ha sido expresado por los hombres que han concurrido por la medicina oficial, son ellos los que interpretan lo que pasa en el cuerpo femenino, manteniendo a las mujeres pendientes de su acontecer biológico, como si fuera patológico. Una vez más las mujeres buscaron en sus cuerpos -equiparados a la naturaleza- lo que les diga quienes son, que desean, que padecen o sea aquello que las valide como sujetos. Los médicos psiquiatras sustituyen así a los sacerdotes que escuchaban confesiones, convirtiéndose en guías y consejeros de las mujeres de la burguesía, creando un sistema hegemónico de comprensión e interpretación del malestar de las mujeres, un instrumento más de la clase y sexo en el poder como muchas feministas han afirmado.

Es en este escenario histórico-social de la psiquiatría relacionada con las mujeres, de acuerdo a esta autora es que surge la teoría Freudiana sobre el aparato psíquico femenino, generando controversia no sólo entre las estudiosas feministas, sino desde sus planteamientos de origen. Baste decir, que con las enunciaciones psicoanalíticas la subjetividad en las mujeres cambió: ahora será considerado como sujeto psíquico alguien quien pueda configurarse como deseante, desear ser el objeto del deseo de un hombre, y desear un hijo.

Bajo este contexto histórico surge, como afirma Burin (1990) la urgente necesidad de despatologizar el malestar de las mujeres manifestado muchas veces en diagnósticos dados a partir de la psiquiatría tradicional (histerias, fobias, depresión) y diferenciarlo de la enfermedad. Burin afirma que el malestar de las mujeres es definido como "un sufrimiento vinculado a una situación específica de opresión ... de subordinación social" (p. 35). La enfermedad es entendida como "pérdida de la conciencia de vivir en condiciones perturbadoras, siendo sujeto de un padecimiento individual, atribuido a disfunciones biológicas" (p. 35).

Burin considera que el concepto de dispositivo de poder propuesto por Foucault, permite el análisis de las subjetividades enfermizas, según la clásica caracterización

de histerias, fobias y depresiones. Propone establecer una clara diferenciación entre malestar y enfermedad no sólo a partir de considerar malestar como un hecho social, que tiene su origen en las leyes culturales que imponen condiciones de vida opresivas para las mujeres. Sino considerar también las implicaciones en el aspecto social. Por ejemplo, se sabe que una representación social dominante en nuestra cultura es que las mujeres son psíquicamente saludables en tanto pueden producir y regular los afectos en el seno de las familias:

Afirma que la construcción del concepto de malestar psíquico en las mujeres desestructura la dualidad salud-enfermedad, se filtra como tercer elemento que no tiene características de uno y otro. De esta manera, al ir analizando los significados de lo que es salud-enfermedad y malestar como tercer elemento se permite discernir en torno a una corriente de opinión en la que no compete solo al sujeto que la padece, sino que son objeto de debate publico que ha ganado terreno en amplios grupos colectivos. Propone asumir una visión crítica y de debate ante las representaciones sociales dominantes ofrecidas a las mujeres en torno a su salud mental.

Dio Bleichmar (1991) coincide con Burin (1990) en señalar que diversos estudios epidemiológicos, revelan la frecuencia de los trastornos de salud según el sexo indicando una predominancia femenina de dos por uno en las depresiones y de tres por uno en las neurosis simples; y una predominancia masculina de cuatro a cinco por uno en las toxicomanías y trastornos socio patológicos.

Sin embargo, Burin (1987) refiere la necesidad de actualizar los datos obtenidos, revisar el posible sub registro de trastornos que afectan a las mujeres así como examinar si hay inexistencia de registros sobre problemáticas de salud mental femenina, como en casos de incesto.

Por otro lado, Pelicier (1989) al estudiar estudiantes universitarios que asistían al servicio médico se percató que tanto mujeres como hombres que tenían un nivel educativo comparable, y que no parecían tener diferencias en las condiciones de vida, las mujeres presentaban con mas frecuencia depresión, encontró como dato relevante que las chicas asumían una actitud más abierta y aceptante en relación a sus emociones y a las variaciones de su vida emocional.

Llama la atención que para este autor durante la vida de la mujer existen factores de "fragilización" que vulneran

su estabilidad emocional y que ello favorece la aparición de reacciones depresivas. Señala la pubertad y la menstruación como susceptibles de desencadenar estos efectos además de depresivos agresivos. Y desde su visión masculina y apegada a prescripciones del modelo médico hegemónico del que habla Burin, señala que "el embarazo y el parto son momentos donde el equilibrio afectivo es alcanzado". (p 107).

Burin (1990) afirma que más recientemente se analizan los criterios sexistas en el diagnóstico y tratamiento realizado con las mujeres. Sin embargo, sigue vigente en la cultura patriarcal la noción de que el deseo maternal es el eje constitutivo de la subjetividad femenina, y la garantía de su salud mental.

Los debates feministas encaminados a una revisión de los criterios para diagnosticar la salud mental de las mujeres han puesto en evidencia que los criterios sexistas son vigentes en nuestra cultura patriarcal, es necesario continuar analizando, desarticulando discursos que en el cotidiano reproducen mandatos históricos acerca de cómo debería ser y comportarse la mujer de nuestros días.

### **3.2 FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN FEMENINA**

Como hemos visto a partir de la Revolución industrial, la repartición sexual de trabajo en tareas productivas y reproductivas, ha llevado a la mujer al campo de lo doméstico, de lo privado, donde ella puede tener el poder en función de que tan hábil sea para producir y manejarse afectivamente.

A este respecto Lara (1991) llevó a cabo una investigación en la que relacionó roles de género y salud mental. Estudio 885 personas de ambos sexos, de 14 años en adelante, quienes respondieron una escala de personalidad masculina y femenina, y otra escala de depresión. Los resultados encontrados indican una relación inversa: a mayor masculinidad auto afirmativa y feminidad afectiva menor depresión. A mayor androginia menor depresión. Es decir, aquellos varones que poseían rasgos propios no necesariamente los que tradicionalmente se espera de ellos, presentaron menor depresión. Mujeres que presentaron rasgos "masculinos" como confianza y seguridad en si mismas, presentaron una menor depresión

Por otra parte, Burin (1990) define "factor de riesgo" en la salud mental de las mujeres "la situación o conjunto de situaciones que ofrecen una probabilidad mayor al promedio,

de provocar estados de morbilidad o de enfermedad mental". Factores tales como la edad, el nivel ocupacional, el número y edad de los hijos, el estado civil, las situaciones de duelo (especialmente pérdida de la madre, o de un hijo) los fenómenos de violencia, son de los factores frecuentemente considerados como más riesgosos para la salud femenina".(p.56)

Lara (1999) plantea que cuando la mujer accede a un trabajo remunerado lo hace en condiciones más desfavorables que la del resto de los trabajadores: menor salario, puestos de menor categoría y discriminación para recibir ascensos, contrataciones y programas de capacitación. Su incursión al campo laboral remunerado no ha implicado cambios en la distribución del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, lo que ha llevado a la mujer a una doble jornada de trabajo.

Por otro lado afirma que a muchas mujeres se les demanda una alta productividad en condiciones poco favorables. Sin embargo, aun con todo lo anterior se observa mejor salud en las mujeres empleadas, en comparación con las amas de casa, mayor satisfacción con sus vidas y menos síntomas depresivos.

Lara (1999) desarrolló una línea de investigación cuyo objetivo era explorar los efectos del trabajo extra doméstico sobre la salud mental de las mujeres. Estudió una muestra de enfermeras y otra de amas de casa con las siguientes características: casadas, con hijos e hijas y de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo. Encontró mayor frecuencia de síntomas depresivos entre las mujeres que no estaban empleadas, aunque en ambos grupos se encontraron altos niveles de depresión mayores que los reportados entre la población general de nuestro país. Entre las enfermeras la tensión se originó del papel de madre, el conflicto entre ser trabajadora y madre, tensión con la pareja y por la misma ocupación y el conflicto de trabajar en un turno vespertino (seguramente debido a la dificultad de cuidar de sus hijos) tensión por estar en una área crítica (terapia intensiva o urgencias), así como tensión de vivir en una casa pequeña. Presentaban más síntomas somáticos cuando trabajaban en una área crítica, cuando la persona que les cuidaba a los niños era un familiar y cuando la vivienda era más grande y requería de más trabajo. Entre las amas de casa, las tensiones se derivaban de su papel de madre y de su relación de pareja se relacionaron con mayor depresión y somatización. Los resultados de esta investigación confirmaron la hipótesis de que el trabajo extra doméstico tiene una función moduladora de las tensiones de la pareja y de los hijos.

Un estudio citado por Burin (1990), se destaca el deterioro en la salud mental de las mujeres después del matrimonio. Se plantea que las mujeres casadas quedan en posición de dependencia, por lo que tienen que hacer mayores concesiones para preservar esta situación. Aún con el deterioro psíquico reportan las mujeres casadas ser felices. Es difícil concebirlo, sin embargo concluye esta autora que la mujer se adapta a expectativas sociales que de ella se espera cuando llega al matrimonio, ajustándose a las demandas de éste último cualquiera que sea el costo que le signifique, por lo que se consideran felices. Si han sido condicionadas que el sentido de su felicidad radica en estar dedicadas a su marido e hijos, y eso es lo que están haciendo, interpretan conformidad como felicidad.

Burin (1990) afirma que existen investigadores del campo clínico y sociológico que coinciden en señalar que existen factores de riesgo y factores de protección para la salud mental de las mujeres, a continuación se revisan:

- a) El matrimonio es un factor de riesgo para mujeres y de protección para los varones.
- B) El trabajo de ama de casa constituye un factor de riesgo, el trabajo fuera de la casa es un factor de protección para éstas, particularmente si es elegido por ésta.
- c) La jornada de trabajo doble es un factor de riesgo para la salud mental de las mujeres.
- d) Tener 3 o más niños pequeños es factor de riesgo.
- e) Falta de soporte o ayuda de amigos o familiares es un factor de riesgo.
- F) Falta de comunicación íntima con la pareja es factor de riesgo.

Por su parte de la Gandara (1999) considera el estado civil como un importante predictor de la salud mental. Y aun cuando la relación entre estado civil no es lineal, se han observado tasas más altas de depresión en las mujeres casadas que en los hombres casados. Pues mientras que la experiencia es para los hombres de beneficios materiales, instrumentales o de servicios, la mujer busca la satisfacción emocional y no solo la certeza de una vida sexual garantizada. Reporta la situación ocupacional como un factor de riesgo de trastornos afectivos. Comenta que el rol ocupacional en la

salud mental de la mujer parece depender de su estado civil, función parental y estatus socioeconómico. Refiere que las mujeres casadas desempeñan múltiples funciones, asumen el papel de cuidadoras del otro llámese hijo, esposo, anciano, suegro, ello aunado a la injusta repartición de trabajo domestico frente al hombre, la coloca en una situación vulnerable a desarrollar trastornos afectivos. Refiere que diversos estudios enfatizan el grado en que la mujer está involucrada en la vida de los otros, como uno de los principales contribuyentes a la asociación género-alteración emocional. Plantea que la carencia de apoyo social como carecer de un confidente o un grupo social pobre, aunado a falta de un trabajo fuera de casa, un nivel socioeconómico bajo son factores que incrementan la vulnerabilidad a la depresión en las mujeres.

Con lo anterior coincide Burin (1990) al afirmar que las expectativas sociales respecto al rol maternal puede implicar prácticas que se convierten en factores de riesgo para la salud mental de las mujeres y que conllevan a carecer de una red de apoyo constituída por amigos o familiares.

Adicionalmente a ello existe un aspecto que facilita el riesgo y es que el rol genera cansancio, el cual no es visto ni percibido por las mismas mujeres, para quienes el trabajo doméstico es todo menos un verdadero trabajo. El cansancio por el trabajo maternal está claramente asociado con el malestar de las mujeres, pero suele aparecer como angustia, sentimientos de culpa, hostilidad reprimida o trastornos psicósomáticos.

Sostiene la necesidad de feminizar las teorías y las prácticas vigentes en salud mental. Feminizar, lo explica como incluir la perspectiva de las mismas mujeres sobre sus condiciones de salud y sus modos de enfermar.

Finalmente como afirma Sinay (2006) parafraseando a Elizabeth Badinter no se ha tratado aquí de insistir acerca de la imagen de la mujer oprimida e indefensa contra el opresor hereditario, pues lo que se pierde es toda credibilidad ante las generaciones jóvenes. Tampoco se trata entonces de preservar un paradigma masculino y femenino basado en el dogma de una supuesta superioridad de un accidente biológico (el sexo) sobre el otro. Sino como propone este autor, si continuamos viendo el modelo masculino todavía como hegemónico en nuestra cultura como un problema "de los hombres", como una veta en la cual ellos se enriquecen a costa de sus víctimas femeninas y como una

simple cuestión de poderes en pugna, habremos caído en los paradigmas trágicos de nuestra cultura: el dualismo, la necesidad de entender las cosas en términos de una contra la otra, perdiendo así la riqueza de la visión integradora y transformadora.

### **3.3 Estudios recientes sobre depresión**

Como se ha visto estudios epidemiológicos revelan la predominancia femenina en los estados depresivos.

En esta línea de investigación un estudio que realizó Carvajal (1994) analizó el número de personas egresadas anualmente de todos los hospitales de Santiago de Chile entre 1981 y 1991 que fueron diagnosticadas con psicosis maniaco-depresiva tipo depresivo de acuerdo a los criterios del CIE-9, encontró un aumento de la frecuencia relativa de este diagnóstico en la última década tanto a nivel nacional como en establecimientos psiquiátricos de Chile. Además, cuando analizó los datos por sexo encontró que este diagnóstico es 2.7 veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Concluye entre otras cosas que el aumento puede deberse al hecho de que el espectro depresivo puede abarcar gran parte de la patología psiquiátrica cuando no existe una clínica que vaya más allá de una enumeración de síntomas analizados superficialmente.

Marcus, Young, Kerber, Kornstein, Farabaugh, Mitchell et al. (2005) coinciden en señalar la predominancia de la depresión en el género femenino, pero ellos van más allá al investigar la comorbilidad más frecuentemente asociada a la depresión como la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria. Considerando estos antecedentes, realizaron un estudio clínico multicéntrico que evaluó a sujetos con depresión mayor, no psicóticos evaluados en el campo de la consulta médica. 1500 sujetos entre 18 y 75 años conformaron su muestra en la que se analizó las similitudes y diferencias por género en la presencia y tipo de sintomatología depresiva. Al analizar sus resultados clínicos y compararlos entre los géneros, las mujeres tendieron a presentar el primer episodio depresivo en edades más tempranas, y la duración del episodio índice en ellas fue significativamente mayor. Así también fue más frecuente en mujeres la presentación de al menos un intento de suicidio. En cuanto a los síntomas asociados, las mujeres presentaron significativamente más sintomatología asociada al trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de somatización y bulimia. Por el contrario, los hombres mostraron mayor frecuencia de asociación con síntomas

obsesivos y con problemas relacionados con el consumo y el abuso de sustancias y de otros compuestos psicoactivos. Al analizar síntomas más específicos estos autores encontraron que las mujeres presentaron en mayor proporción síntomas como aumento de apetito y de peso, baja energía, quejas somáticas, molestias gastrointestinales y excesiva sensibilidad interpersonal. Por el contrario la pérdida de peso y de agitación psicomotriz fue más frecuente en hombres. La ideación suicida estuvo más presente en los varones, mientras que las mujeres la severidad del cuadro depresivo fue mayor. De igual manera este estudio corrobora la diferencia en la prevalencia de la depresión en los géneros, pero como este estudio buscaba dar tratamiento, un dato importante que encontraron los autores fue que tanto hombres como mujeres de manera similar buscaron ayuda para aliviar sus síntomas con ello se descarta la idea de que son las mujeres las que en su gran mayoría acuden a solicitar ayuda médica y que esto explicaría las diferencias de prevalencia entre géneros. La mayor presencia de síntomas ansiosos en las mujeres y de abuso y dependencia en los hombres son similares al de otros estudios clínicos y epidemiológicos. Más allá de lo exploratorio de los datos de esta investigación la aportación más importante fue el develar la ausencia de diferencias en cuanto a la búsqueda de ayuda por géneros, sin embargo los autores proponen investigar a fondo el impacto que pueden tener los factores psicosociales en las diferencias de la prevalencia de depresión entre los géneros.

En esta línea de investigación Möller-Leimküler, Bottlender, Straub y Rutz (2004) investigaron más profundamente el rol de género y su impacto en la depresión mayor de un grupo de 2411 pacientes que fueron admitidos en el Hospital psiquiátrico Ludwig-Maximilians- university de Munich en el periodo de 1980 a 1995 y que fueron diagnosticados con depresión unipolar de acuerdo al a Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). Su objetivo fue investigar si existía un síndrome depresivo masculino con síntomas específicos diferentes a los síntomas femeninos de acuerdo a la escala sugerida por Rutz (citado por los autores, 2001). Para ello se obtuvieron en cada paciente las calificaciones del AMDP sistema desarrollado en Europa por la Asociación para la Metodología y Documentación en Psiquiatría, escala estandarizada en la que se evaluaron síntomas somáticos, disturbios del sueño, vigilancia y apetito, disturbios gastrointestinales y cardiovasculares entre otros. Y después se correlacionaron con los ítems incluidos en la escala de Gotland propuesta por Rutz (citados por los autores, 2001). Analizaron los datos estadísticamente con la prueba de  $\chi^2$  y la t de student concluyendo que no



podieron demostrar que los síntomas depresivos atípicos eran más prevalentes en hombres que en mujeres. Sin embargo, estos resultados apoyan la hipótesis de un síndrome depresivo masculino en el que las diferencias cualitativas de género están relacionadas a patrones de síntomas: síntomas atípicos como irritabilidad, agresividad conducta antisocial están más fuertemente interrelacionadas en los varones depresivos que en las mujeres depresivas, cuando se realiza un análisis de factores. También estos autores plantean algunas limitaciones de su investigación en cuanto a la designación y selección de pacientes. Otra limitación fue el no evaluar la comorbilidad en cuanto alcoholismo y desordenes de la personalidad, ya que como comentan los autores el alcoholismo se ha reportado tres veces más frecuente en masculinos con depresión mayor con respecto a la población en general. Así mismo los desórdenes de la personalidad son más prevalentes en hombres y se han asociado con conductas abusivas. Finalmente los autores sugieren realizar más investigaciones focalizando el desarrollo gradual de la depresión enmascarada principalmente en muestras no clínicas.

Por otro lado, Caraveo (2003) estudió la tasa de prevalencia (total de números de casos que existe a lo largo de la vida de los sujetos de la ciudad de México de 18 a 54 años hasta 1995) datos retomados del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica. De acuerdo a criterios del DSM-III-R, encontró que la prevalencia de trastornos afectivos (episodios depresivos, distimia y trastornos bipolares) eran similares a los trastornos de ansiedad (fobias específicas, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad generalizada) 92 y 90 respectivamente.

Por otra parte, son los hombres (723) los que tuvieron una mayor frecuencia en uso de alcohol a lo largo de su vida, con respecto a las mujeres (208)

Encontraron también que en el caso de las manifestaciones depresivas de los varones de 4 a 16 años de edad el 4.2% de ellos existía una situación grave. En cambio en las niñas, observaron que las manifestaciones depresivas más severas empiezan a incrementarse entre los 13 y los 16. En cambio en los niños que eran más problemáticos, quienes tienen no solo un trastorno de atención sino también se manifiestan más depresivos empiezan a cambiar la situación a esta edad y por tanto el predominio de las manifestaciones depresivas y de ansiedad resultan ser más frecuentes entre las mujeres. Finalmente cuestionan si la depresión en los niños se resuelve en realidad con la adolescencia o más bien se enmascara.

## MÉTODO

### Justificación y planteamiento del problema

A través de la historia, las mujeres han sido depositarias de la anormalidad, enfermedad y locura, de acuerdo con Bonino (1997) quien señala que existen problemáticas que se nombran y estudian como predominantemente femeninas: la histeria, anorexia, bulimia, masoquismo, entre otras. Se habla de mujeres anorgásmicas, más no de hombres anorgásmicos, pues se da por sentado que el hombre logra el orgasmo cuando eyacula y de acuerdo con Sanz (1997), desde un punto de vista tántrico difiere. Por su parte, Burin (1990) refiere que esta tendencia a patologizar lo femenino, se debe a que en el campo de la salud mental ha existido un sesgo sexista que alberga el modelo médico hegemónico el cual se rige por los principios de la psiquiatría clásica la cual está permeada por una visión masculina que tiende a psiquiatrizar los conflictos que provocan malestar en las mujeres.

Acerca de la depresión en las mujeres Burin (1990) señala que existen numerosas investigaciones que se han ocupado de describir y analizarla relacionando la depresión con lo "esencialmente femenino": la maternidad, la capacidad procreativa, y la función materna, legitimando y naturalizando el fenómeno de la depresión en las mujeres.

En cuanto a la depresión en los hombres, Bonino (1997) afirma que las patologías predominantemente masculinas como adicciones, alcoholismo, suicidio consumado, sadismo, no se nombran como tales y se definen como propias de todas las personas invisibilizando la predominancia de los hombres. Sostiene que la depresión en los hombres no suele ser diagnosticada oportunamente, y ésta se evidencia a través de sus consecuencias: intoxicación por alcohol o drogas, accidentes de circulación, suicidio (de cada tres suicidios consumados, dos son de hombres) a veces acompañados por el asesinato de pareja o hijos.

Bajo este panorama la pregunta que da dirección al presente estudio es la siguiente: ¿las formas de depresión manifestadas en un grupo de varones mexicanos son diferentes a las formas de depresión manifestadas en un grupo de mujeres mexicanas?

La importancia de realizar la presente investigación es por un lado obtener información que permita ampliar la lente con

la que se enfoca el cuadro clínico de la depresión en los hombres. Contribuyendo al descubrimiento oportuno de este estado y evitar en la medida de lo posible sus lamentables consecuencias. Y por otro lado, se pretende continuar problematizando y deconstruyendo la supuesta normalidad masculina que más que ser una condición privilegiada, es un factor de riesgo como lo plantean autores como Burin y Dio Bleichmar (1996) y Bonino (1997).

## **OBJETIVO**

Explorar si las formas de expresar la depresión en un grupo de hombres y de mujeres mexicanos de 25 a 45 años son diferentes o similares.

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Existen diferencias en las formas de expresar la depresión en un grupo de varones y mujeres identificados como deprimidos en la Ciudad de México.

## **VARIABLES**

Variable dependiente: Formas de expresar la depresión.  
Variable de clasificación: sexo.

## **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES**

**Formas de expresar la depresión:** Puntuaciones de 0 ó 1 en el cuestionario de expresiones de la depresión (reactivo 16 al 27).

**Sexo:** Ser hombre o mujer

## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES**

**Formas de expresar la depresión:** comportamientos que responden a creencias o ideales que generan mandatos imperativos prescritos (deber ser) y proscritos (no deber ser) que requieren ser cumplidos para reconocer una identidad masculina o femenina (Bonino, 1997).

**Sexo:** "Conjunto de características genéticas, morfológicas y funcionales que dentro de una amplia gama de posibilidades y grados de diferenciación distingue a los organismos de una especie, en machos y hembras." (Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral, 2001, p.6).

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño de la presente investigación es no experimental de tipo transversal ya que como afirma Hernández (1991) "la investigación no experimental es investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre las variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural" (p.191).

## **MUESTRA**

Se trabajó con una muestra de 120 sujetos: 60 hombres y 60 mujeres con las siguientes características:

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Ser hombre o mujer
- de 25 a 45 años
- Originario de México.
- Que radique en la Ciudad de México.
- Que sepa leer y escribir
- Con escolaridad mínima de 5to. año de primaria
- Para ser clasificado en el grupo con depresión se considerara su sexo y su puntaje el cual deberá ser de 15 o más en el Inventario de depresión de Beck estandarizado para los residentes de la Ciudad de México (Jurado et al, 1998).
- Para ser clasificado en el grupo sin depresión se considerara su sexo y su puntaje el cual deberá ser de 0 a 14 en el Inventario de depresión de Beck estandarizado para los residentes de la Ciudad de México (Jurado et al, 1998).

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Que durante la entrevista haya presentado algún rasgo psicótico.

## **TIPO DE MUESTRA**

Los sujetos de este estudio fueron personas que de manera voluntaria participaron en la contestación de los instrumentos aplicados. Por tanto, el tipo de muestra fue no probabilística de sujetos voluntarios pues de acuerdo a Hernández (1991), "se trata de muestras fortuitas, en donde

el investigador elabora conclusiones sobre especímenes que llegan a sus manos de manera casual" (p.231).

De los 120 sujetos de la muestra total, se conformaron 4 grupos: 1) 30 hombres con depresión 2) 30 hombres sin depresión 3) 30 mujeres con depresión y 4) 30 mujeres sin depresión. Cada sujeto fue clasificado en cada grupo de acuerdo a su sexo y al puntaje que obtuvo en el Inventario de depresión de Beck (Jurado et al, 1998).

## **INSTRUMENTOS**

- 1) Se diseñó un cuestionario constituido por 29 reactivos con base en dos criterios:

1er. Criterio: los primeros 15 reactivos presentan formas de expresar la depresión de acuerdo a lo propuesto por LA Asociación Psiquiátrica Americana (1995) a través del DSM-IV y al Inventario Multifacético de la Personalidad Minnesota, MMPI-2 (1995).

2do. Criterio: los 14 últimos reactivos son formas de expresar la depresión en varones de acuerdo a lo propuesto por Cochran y Rabinowitz (2000).

Dicho instrumento (anexo 1) se validó con la técnica de jueceo que consistió en que 10 psicoterapeutas con al menos 10 años de experiencia clínica en el tema de depresión femenina y masculina, evaluaran tres aspectos del instrumento:

**Pertinencia:** que el reactivo midiera lo que se pretendía medir de acuerdo a los criterios 1 y 2 expuestos anteriormente

**Redacción:** que el reactivo estuviera redactado adecuadamente y

**Formato:** que el lenguaje empleado en el reactivo fuera el adecuado para la población a la que estaba dirigido

El procedimiento de calificación fue el de porcentajes de acuerdo entre jueces.

De esta manera cada juez otorgó para cada reactivo 3 calificaciones que podían ser 1: si se cumplía o 0: no se cumplía. Se determinó el porcentaje para cada reactivo en sus tres aspectos y para aquellos reactivos que obtuvieron un porcentaje de acuerdo, menor al 80% en el aspecto de pertinencia, fueron eliminados (ver tabla 1).

Aquellos reactivos que fueron calificados con menos del 80% de acuerdo en redacción, se corrigieron y redactaron nuevamente considerando la propuesta sugerida por el juez (ver tabla 2).

Para los reactivos que puntuaron con menos de 80% de acuerdo en formato se modificó el lenguaje empleado en función de lo sugerido por el juez (ver tabla 3).

La versión final del cuestionario tuvo 27 reactivos con dos opciones de respuesta V verdadero o F falso (Anexo 2).

- 2) Así también se utilizó el Inventario de depresión de Beck estandarizado para los residentes de la Ciudad de México (Jurado et al, 1998).

## **PROCEDIMIENTO**

Para reunir la muestra se difundió entre compañeros de trabajo, amigos, vecinos, conocidos y familiares la necesidad de participantes en la investigación con la condición de que se informaría sobre el tema de la misma al final de la aplicación de los cuestionarios. Con el fin de evitar en la medida de lo posible, que sus respuestas fueran predispuestas. De esta forma se trabajó con hombres y mujeres que voluntariamente participaron y que cumplían con los criterios de inclusión propuestos. La forma de trabajo fue la misma para todos, es decir, a cada participante fuera hombre o mujer, se le realizó una entrevista para reunir sus datos generales y descartar la presencia de algún rasgo psicótico que le impidiera participar. Posteriormente se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al, 1998), con el fin de detectar aquellos que tenían puntuaciones de 15 o más (requisito para considerarse depresivo y ser incluido en el grupo con depresión) e identificar también aquellos que tuvieran puntuaciones menores de 15 (requisito para ser integrado a grupo sin depresión).

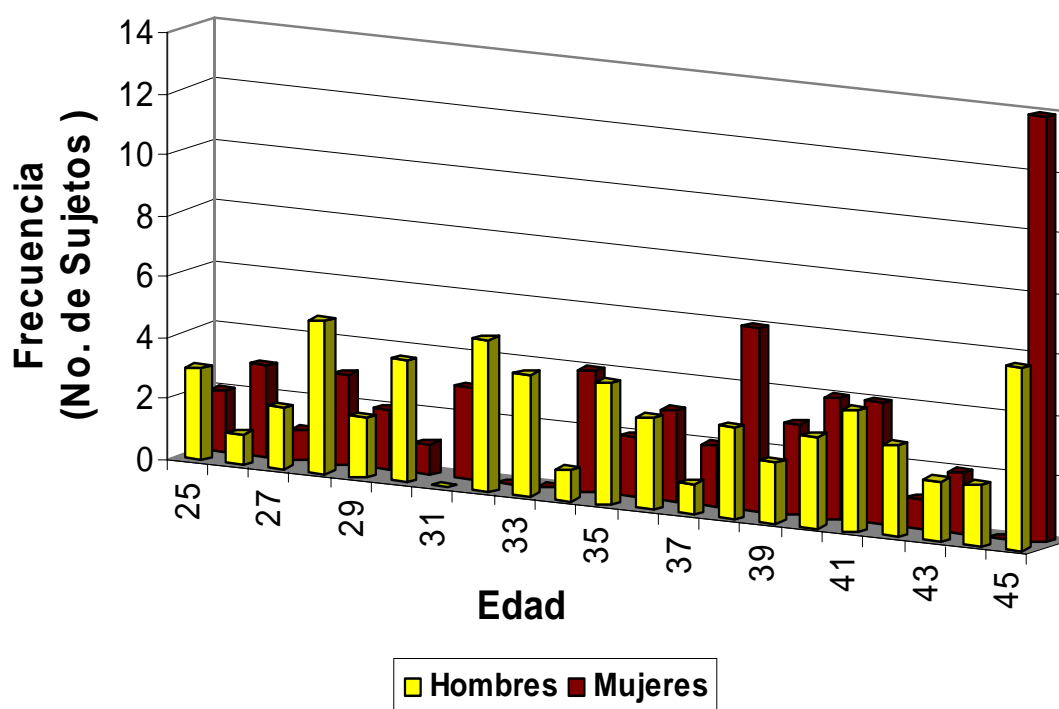
A continuación a cada hombre y a cada mujer, diagnosticado con depresión o sin depresión, se le aplicó el cuestionario de expresiones de la depresión previamente diseñado. Finalmente, para los varones y mujeres identificados con depresión se les brindó información sobre su estado emocional encontrado y se les sensibilizó e invitó a integrarse a alguna modalidad de psicoterapia (Anexo 3).

## RESULTADOS

Una vez reunida la muestra para los cuatro grupos tanto de hombres como de mujeres con depresión y sin depresión los resultados se analizaron en tres fases:

- Perfil sociodemográfico de la población.
- Perfil descriptivo entre hombres y mujeres para observar diferencias entre grupos.
- Un perfil comparativo por grupos (depresión y sexo).
- Un análisis estadístico por medio del análisis de varianza, que permita determinar las diferencias significativas.

La población total fue de 120 sujetos, conformada por partes iguales de hombres y mujeres, el rango de edad en ambos grupos osciló entre los 25 a los 45 años, siendo el promedio de edad para los varones de  $\bar{X}=35$  y la desviación Standard de 6.23, mientras que para las mujeres el promedio de edad fue de  $\bar{X}=37$  y la desviación Standard de 6.42:



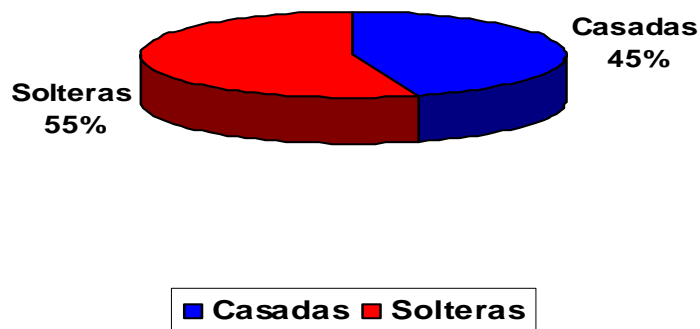
### COMPARACIÓN DE EDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES

En cuanto al estado civil la mayor proporción de varones (56%) son casados, mientras que la mayor proporción de las mujeres (55%) son solteras, como se observa a continuación.

### Hombres



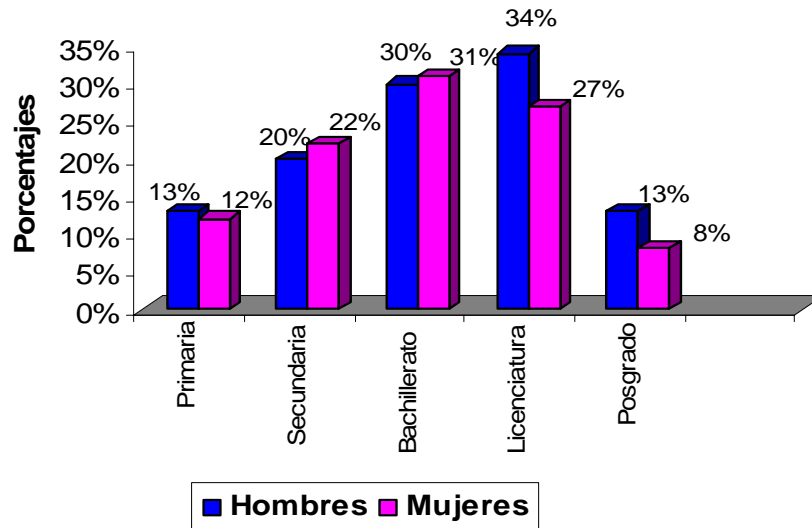
### Mujeres



## ESTADO CIVIL ENTRE HOMBRES Y MUJERES

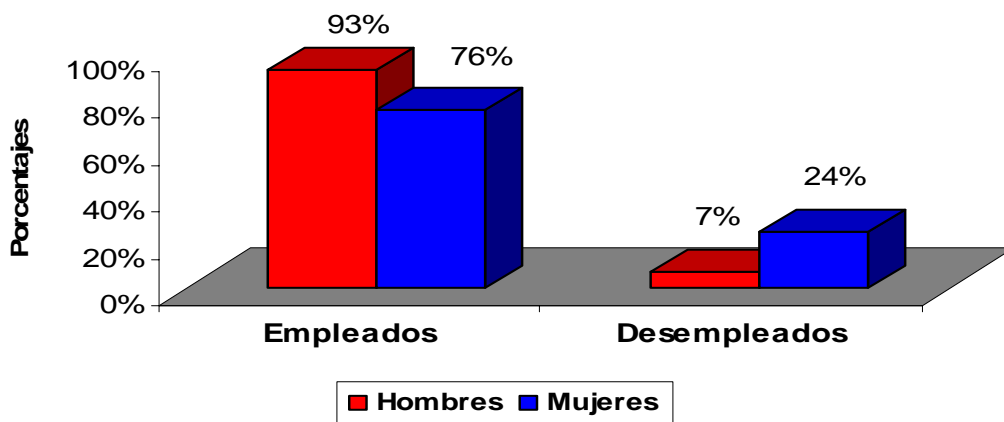


En cuanto a su escolaridad los varones en su mayoría (34%) tienen estudios de licenciatura. Mientras que en la población de mujeres la mayor proporción (31%) tiene bachillerato o estudios técnicos como se observa a continuación:



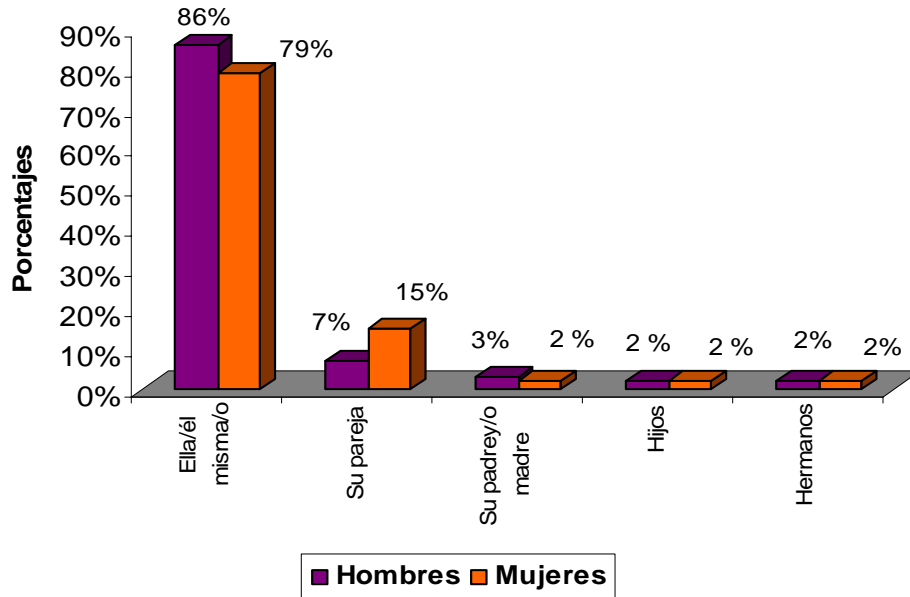
### ESCOLARIDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Por otro lado, la mayoría de los varones (93%) está empleado, mientras que en el caso de las mujeres, a pesar de que la mayor proporción (76%) también corresponde a aquellas que tienen empleo, es proporcionalmente menor que en los hombres:



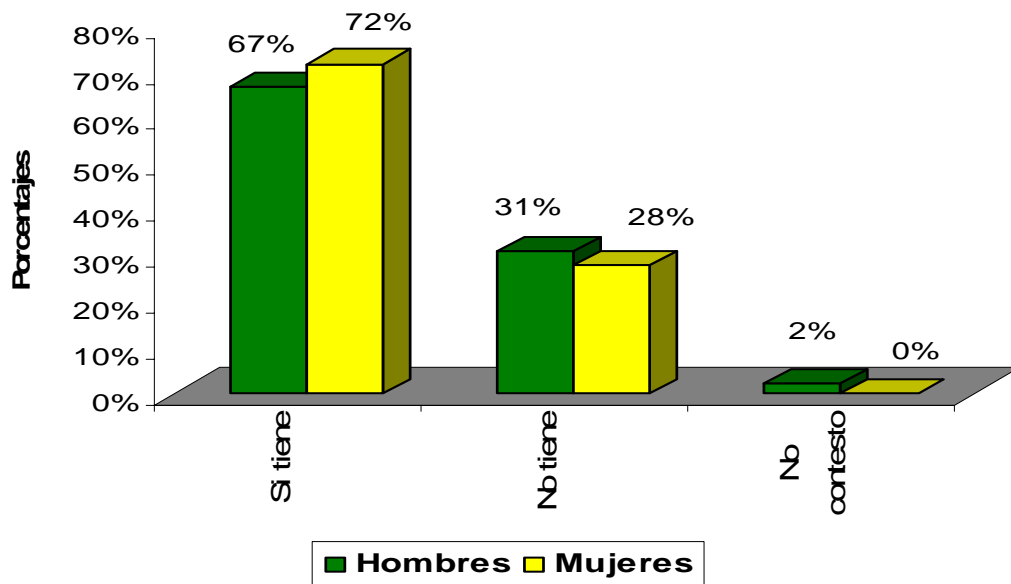
### PORCENTAJE DE EMPLEO Y DESEMPLEO

Con respecto a las aportaciones en la economía familiar, se observó que tanto hombres como mujeres participan en los ingresos familiares, aunque con mayor incidencia en el caso de los hombres (86%), tal y como puede observarse en la siguiente gráfica.



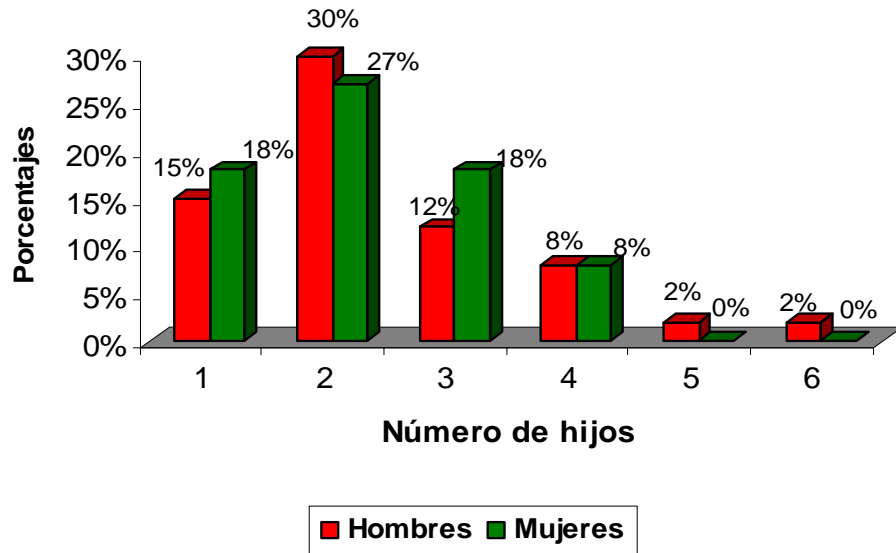
#### APORTACIÓN A LA ECONOMÍA FAMILIAR

Por otro lado, se observó que tanto hombres como mujeres tienen hijos aunque en mayor proporción en el caso de las mujeres:



#### COMPARATIVO EN CUANTO A TENER HIJOS

Finalmente tanto hombres como mujeres tienen en mayor proporción dos hijos, como se puede ver en la siguiente gráfica:

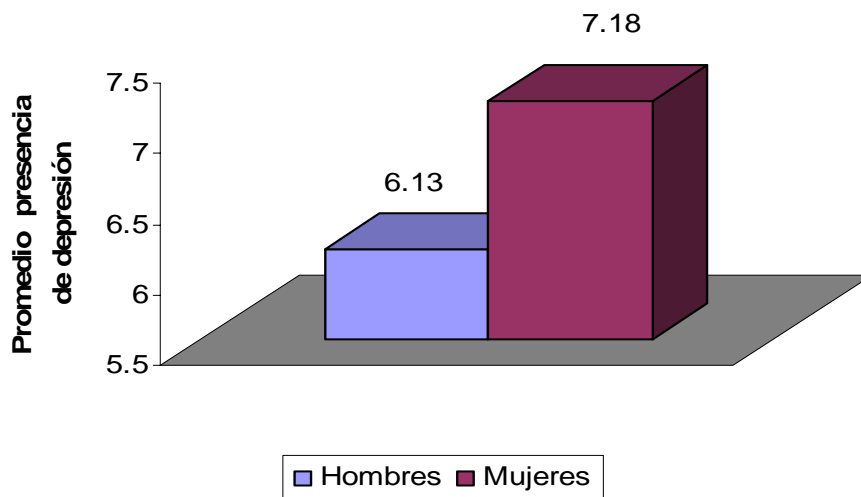


NUMERO DE HIJOS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Una vez concluido el perfil sociodemográfico de la población, se procedió a realizar un perfil descriptivo de "Presencia de depresión" y "Formas de expresar la depresión" entre hombres y mujeres.

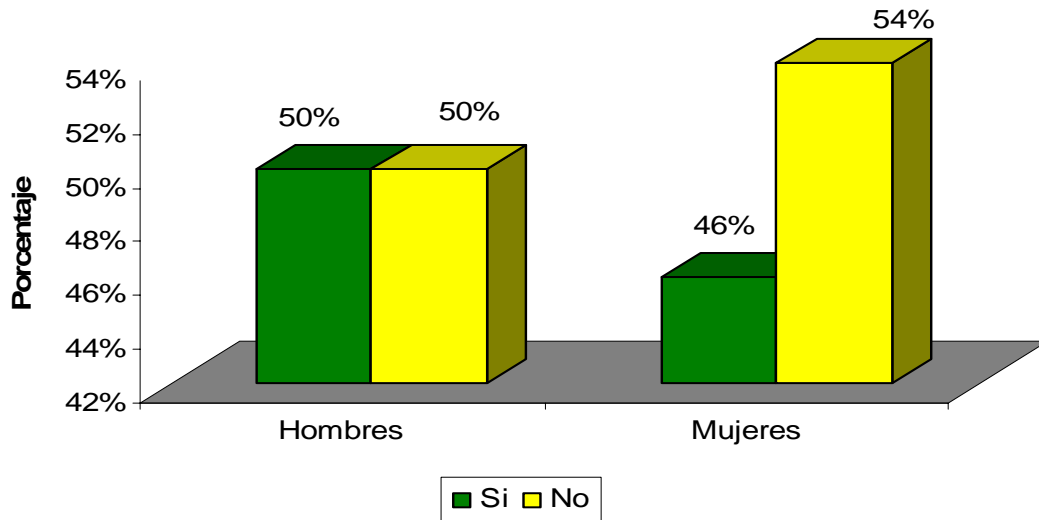
Cabe señalar que la variable "Presencia de depresión" se obtuvo de la suma de calificaciones del reactivo 1 al 15 del instrumento creado, en el que cada reactivo es un criterio basado en el DSM-IV (1995) y en la escala de depresión del MMPI (1995), que confirman la presencia de depresión.

Como se puede observar en la gráfica siguiente, en el grupo de hombres y mujeres, las mujeres presentan un promedio de depresión de 7.18 y una desviación estándar de 2.90, mientras que los hombres presentan un promedio de 6.13 y una desviación estándar de 2.67:



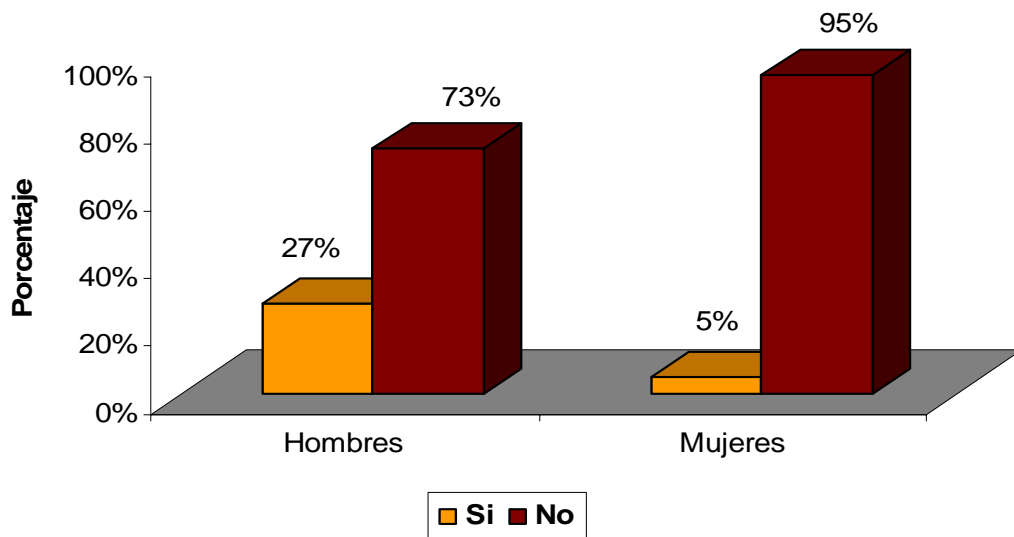
#### PROMEDIO DE "PRESENCIA DE DEPRESIÓN" ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Por otra parte, aunque hombres y mujeres dedican tiempo a su trabajo, son las mujeres (46%) quienes lo hacen en menor proporción, como se puede observar en la siguiente gráfica:



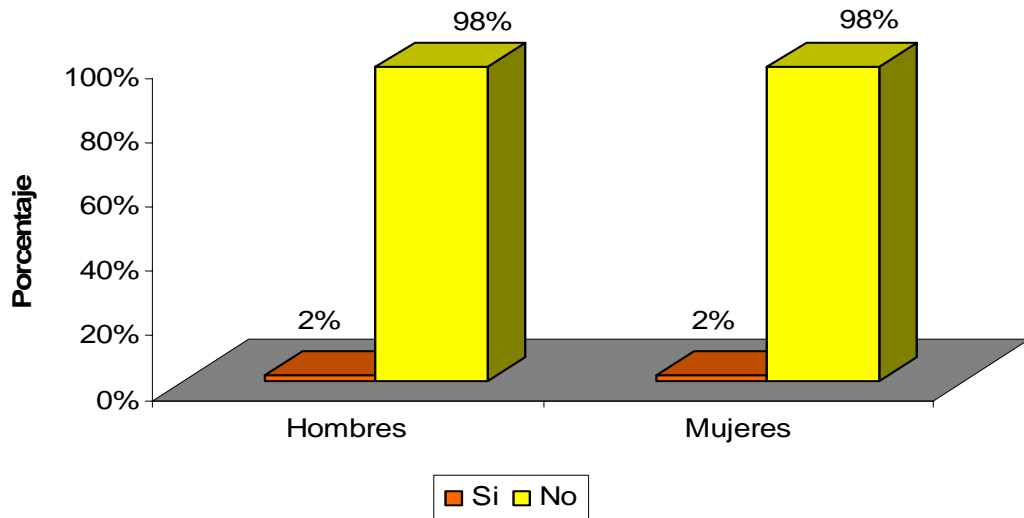
### DEDICA MÁS TIEMPO AL TRABAJO

En cuanto a si se ingiere alcohol y si se hace más de lo habitual, aunque hombres y mujeres lo hacen, son los varones quienes lo hacen en mayor porcentaje que las mujeres, como se aprecia en la siguiente gráfica:



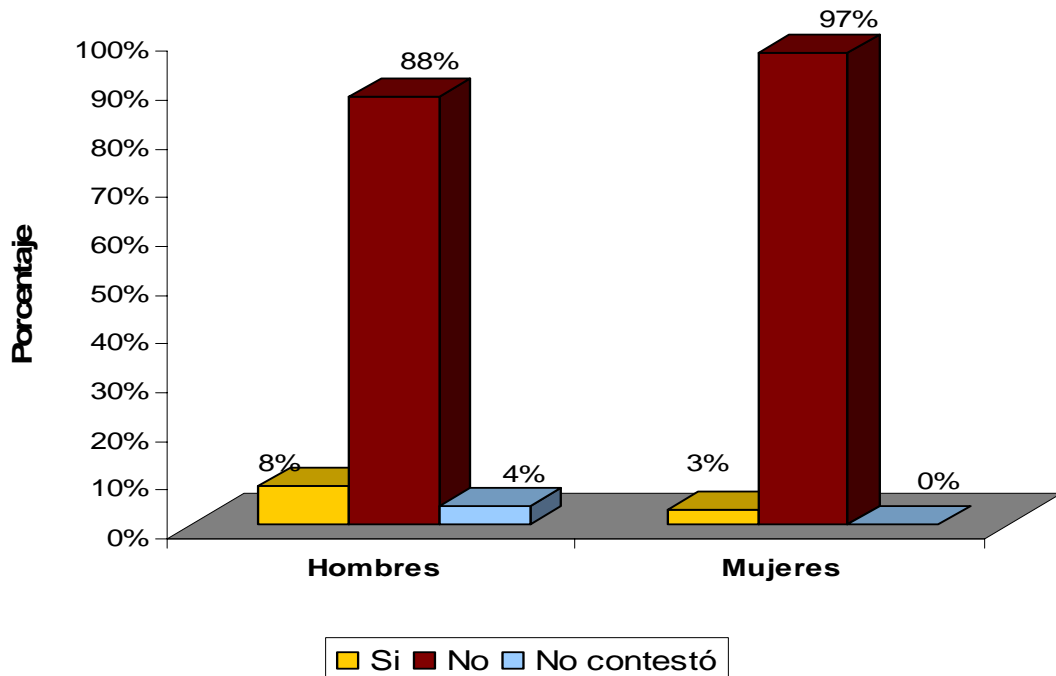
### SI TOMA ALCOHOL, LO HACE MAS DE LO HABITUAL

Mientras que en el rubro "si consumen drogas, lo hace más de lo habitual" tanto hombres como mujeres lo hacen en el mismo porcentaje.



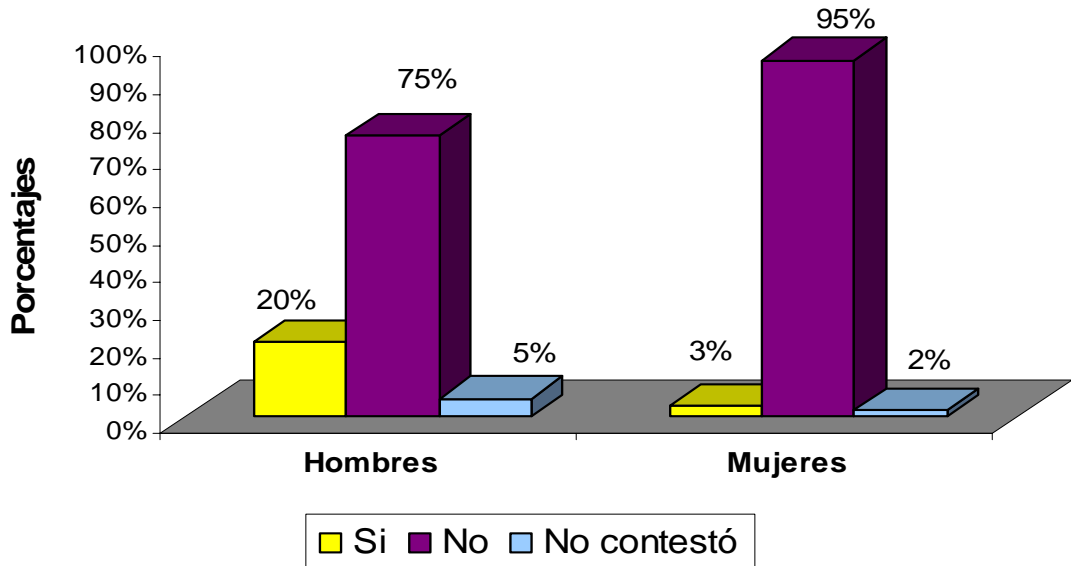
**SI CONSUME DROGA, LO HACE MAS DE LO HABITUAL**

Con respecto a manejar a alta velocidad el mayor porcentaje de hombres y mujeres respondió que no lo hace, sin embargo, son los hombres quienes lo hacen proporcionalmente más que las mujeres como se advierte en la gráfica:



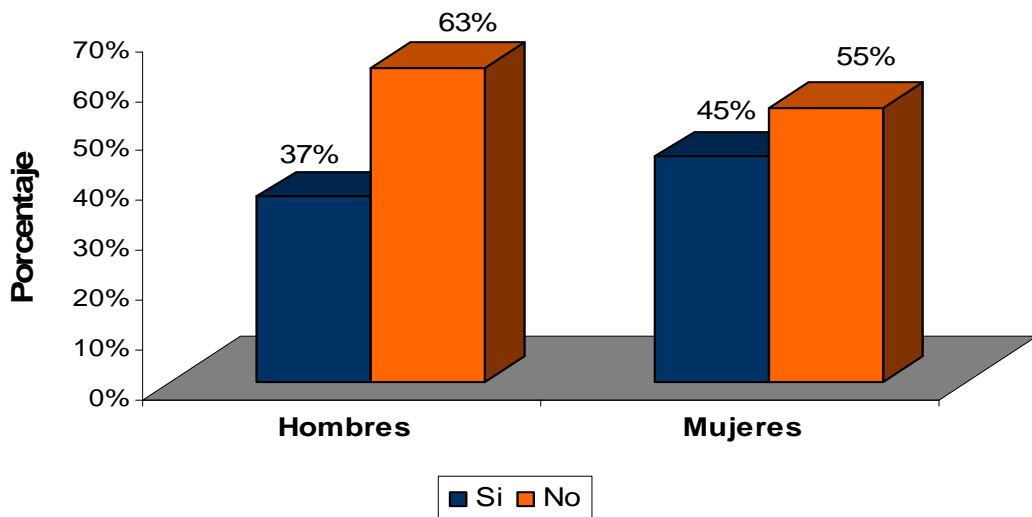
**MANEJA A ALTA VELOCIDAD**

En cuanto a que les llame la atención hacer cosas arriesgadas el grupo de los varones presenta un mayor porcentaje con respecto al grupo de las mujeres como se puede observar a continuación:



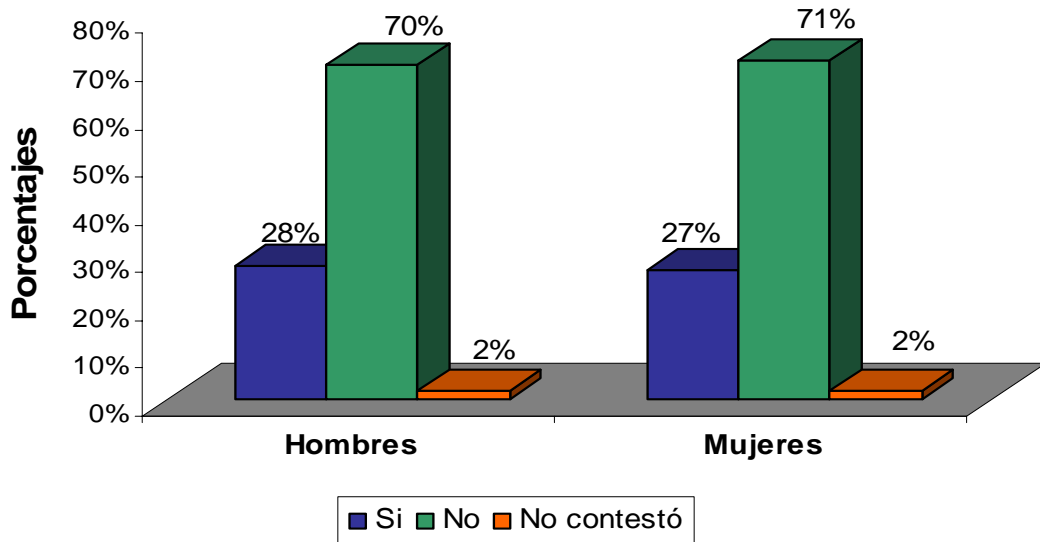
**LE LLAMA LA ATENCIÓN HACER COSAS ARRIESGADAS**

Por otra parte se puede observar que son las mujeres las que en mayor incidencia presentan malestares físicos (45%) con respecto al grupo de los hombres (37%) como se puede apreciar a continuación:



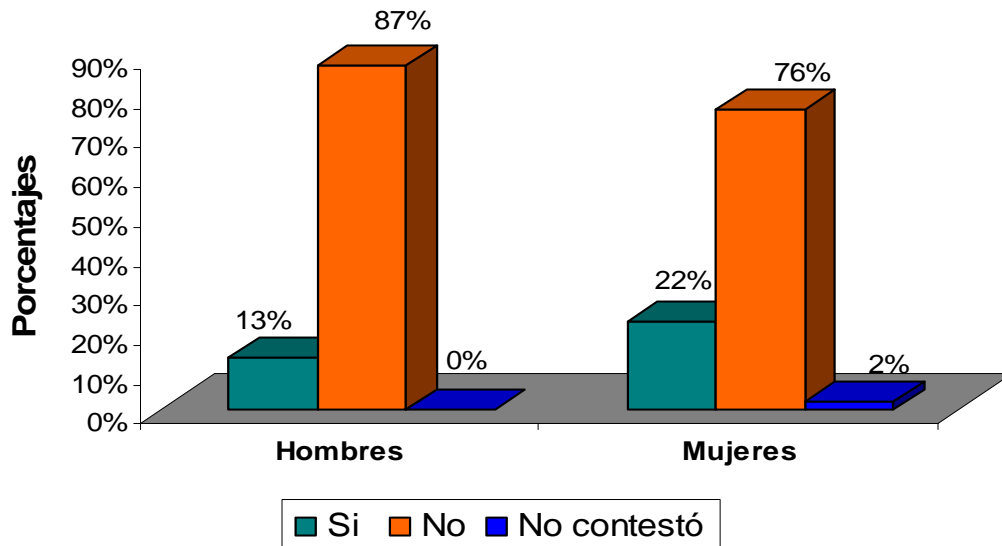
**SIENTE MÁS MALESTARES FÍSICOS**

Como se observa en la gráfica siguiente hombres y mujeres se aíslan y evitan el contacto; sin embargo el grupo de los varones tiene ligeramente una mayor incidencia al respecto (28%) en relación a las mujeres.



#### SE AÍSLA Y EVITA EL CONTACTO

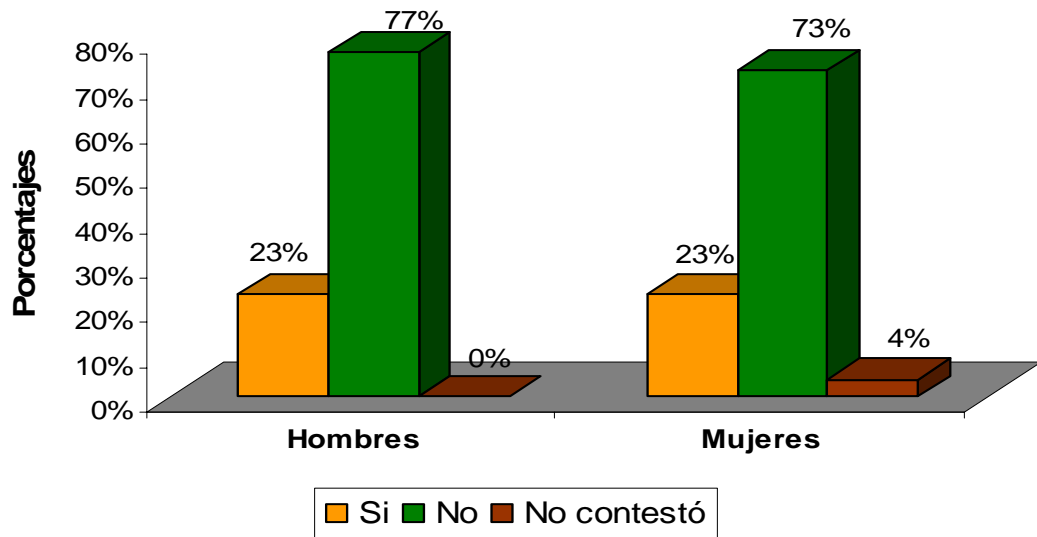
En cuanto a tener problemas en el trabajo tanto hombres como mujeres, los presentan; aunque son estas últimas quienes los tienen en mayor proporción (22%), como se advierte a continuación:



#### TIENE PROBLEMAS EN EL TRABAJO

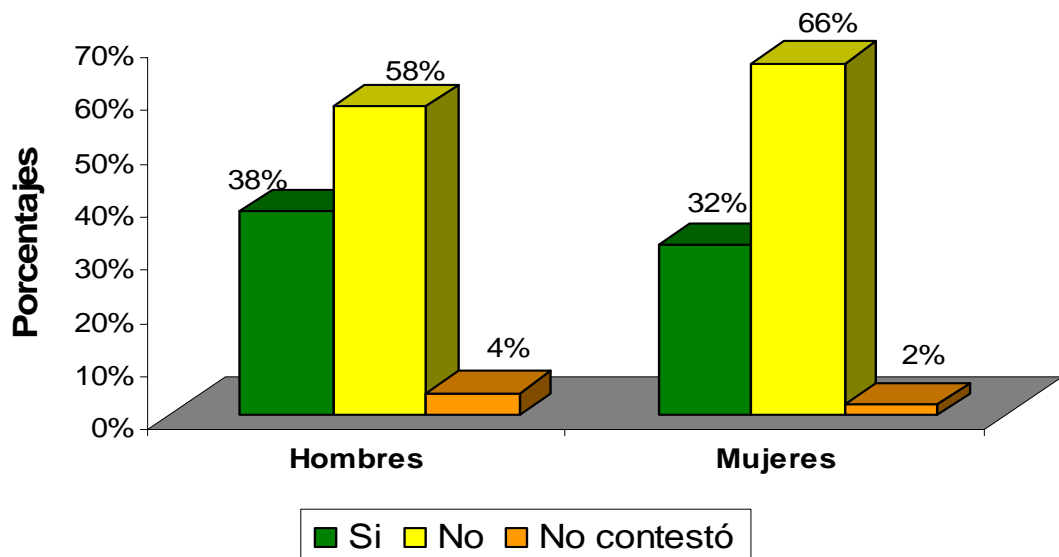


Con respecto a sentir ganas de llorar y no poder, tanto hombres como mujeres tiene la misma dificultad (23%) como se aprecia a continuación:



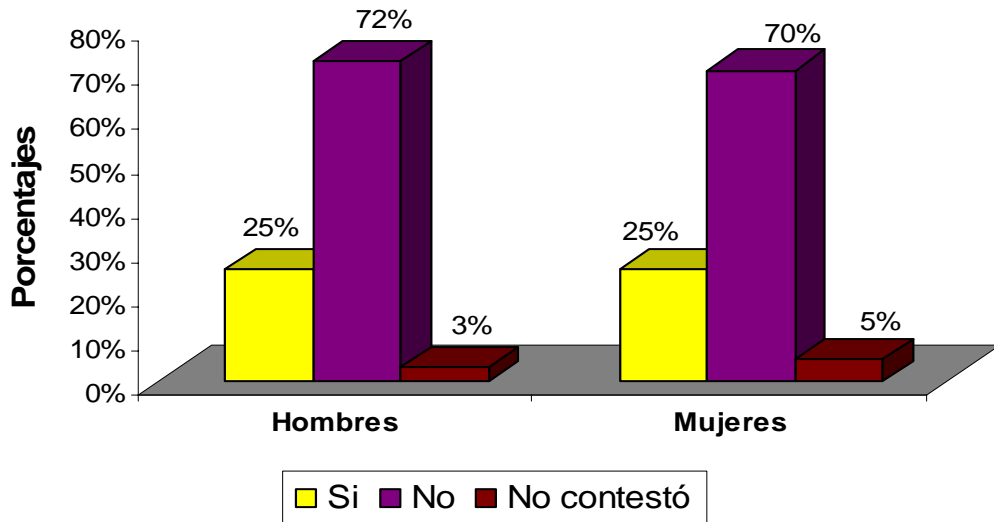
**SIENTE GANAS DE LLORAR Y NO PUEDE**

Con respecto a tener más enojos con la pareja, tanto el grupo de las mujeres como de hombres los tienen; sin embargo los hombres los tienen en mayor proporción como se observa a continuación:



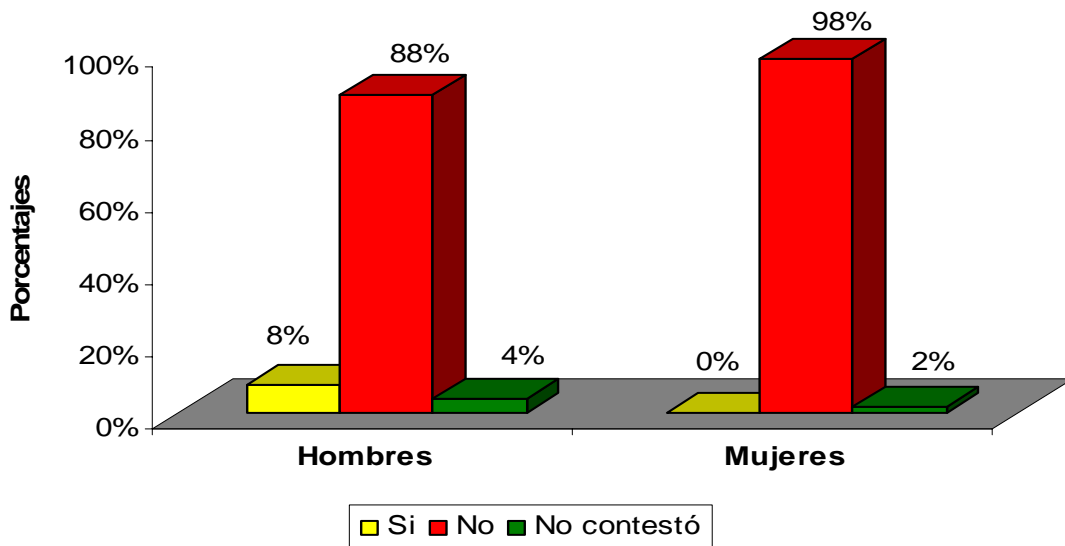
**TIENE MÁS ENOJOS CON SU PAREJA**

Por otra parte, con respecto a necesitar distanciarse de la pareja, se puede apreciar en la siguiente gráfica que tanto hombres como mujeres necesitan hacerlo en la misma proporción (25%):



#### NECESITA DISTANCIARSE DE LA PAREJA

Finalmente en cuanto masturbarse más de lo habitual, son los varones los que lo hacen en mayor proporción (8%) como se observa a continuación:



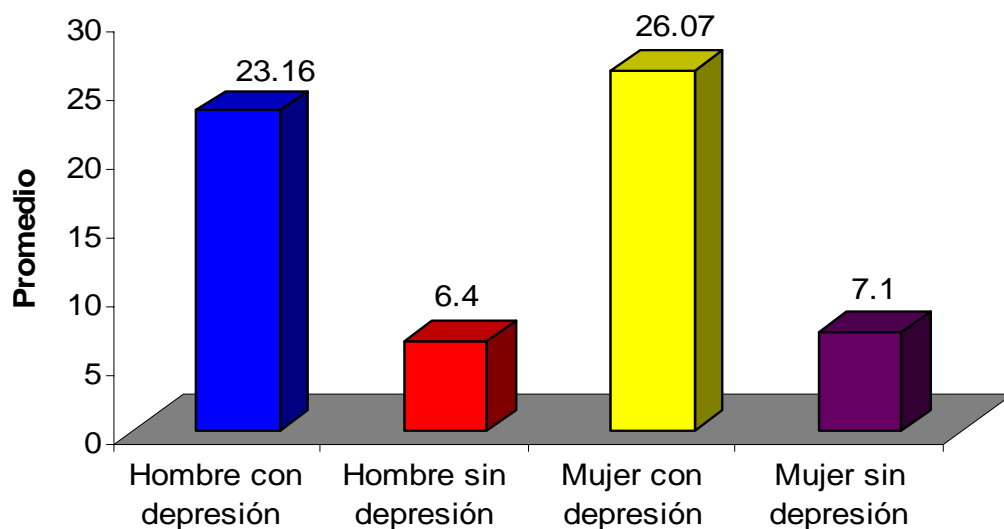
#### SI SE MASTURBA, LO HACE MAS DE LO HABITUAL

Una vez concluido el perfil descriptivo entre hombres y mujeres se incluye el perfil comparativo relacionado con la depresión en los cuatro grupos participantes: hombres deprimidos, hombres no deprimidos, mujeres deprimidas y mujeres no deprimidas.

A continuación se presentan los porcentajes obtenidos en los cuatro grupos estudiados para observar diferencias en 1) promedio de "Intensidad de la depresión" y 2) formas de expresar la depresión.

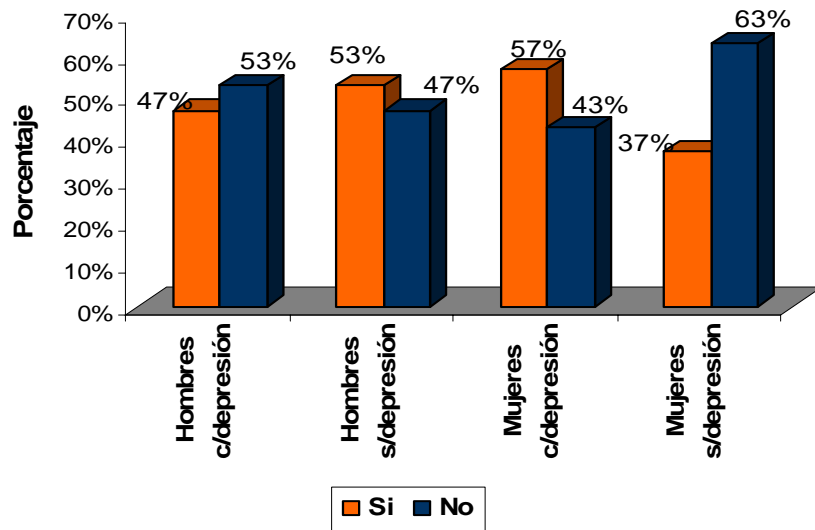
Cabe señalar que el promedio de la variable "Intensidad de la depresión" se obtuvo de las calificaciones arrojadas de la aplicación de los cuestionarios de Beck para medir depresión, ya que de acuerdo a este autor, este instrumento no tan solo evalúa depresión, sino también su intensidad en donde las calificaciones que se pueden obtener oscilan de 0 a 66, siendo 0= Menor intensidad y 66= Intensidad máxima.

A continuación se puede observar que tanto el grupo de hombres como el de mujeres con depresión presentan una intensidad similar; sin embargo el promedio es mayor para el grupo de mujeres con depresión ( $\bar{X}= 26.07$ ) que para grupo de hombres con depresión ( $\bar{X}= 23.16$ )



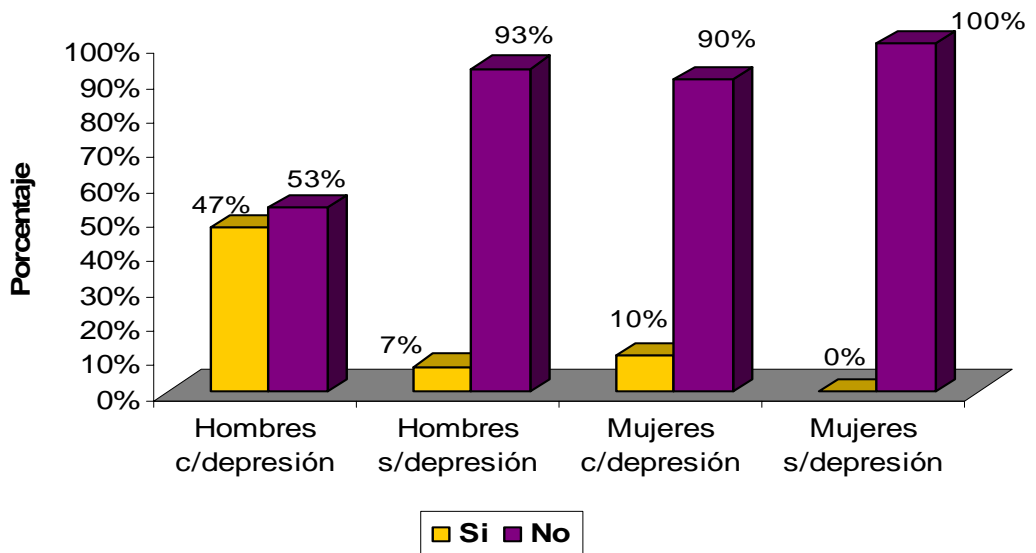
**PROMEDIO DE INTENSIDAD DE DEPRESIÓN  
EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS**

Por otro lado, se observa que tanto hombres como mujeres con depresión dedican más tiempo a su trabajo. Sin embargo las mujeres lo hacen en mayor proporción (57%) como se observa a continuación:



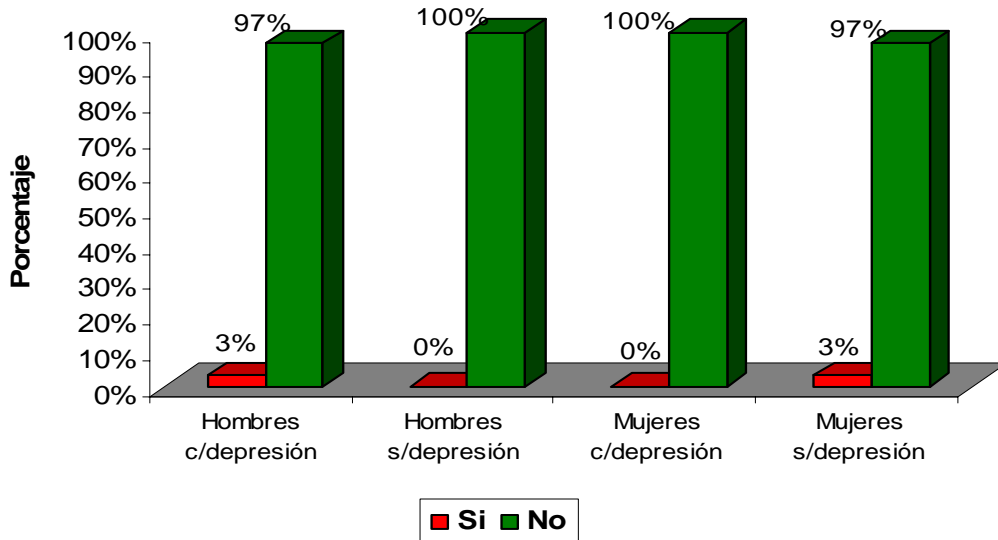
#### COMPARACIÓN POR GRUPOS "DEDICA MAS TIEMPO A SU TRABAJO"

En cuanto al rubro "Si toma alcohol, lo hace más de lo habitual", son los varones con depresión quienes obtienen el mayor porcentaje (47%) con respecto a las mujeres deprimidas como continuación se puede apreciar en la gráfica:



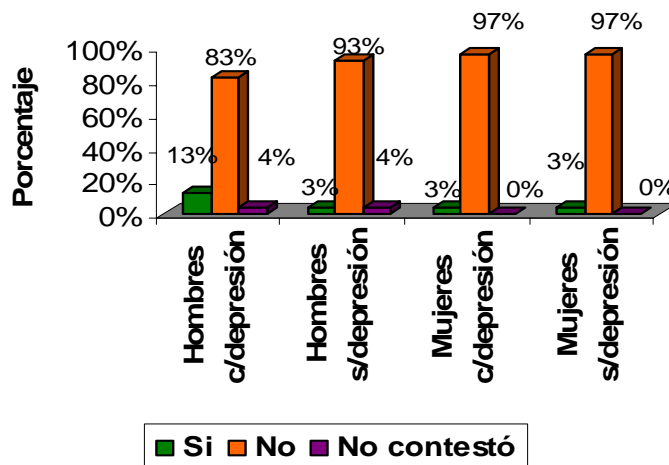
#### "SI TOMA ALCOHOL, LO HACE MÁS DE LO HABITUAL"

Mientras que en el rubro "Si consume drogas, lo hace más de lo habitual" se advierte que los 4 grupos presentan bajos porcentajes, aunque el grupo de varones con depresión obtienen el un porcentaje (3%) que aunque es bajo, comparado con el porcentaje de las mujeres con depresión (0%) este es mayor, como puede observarse en la siguiente gráfica:



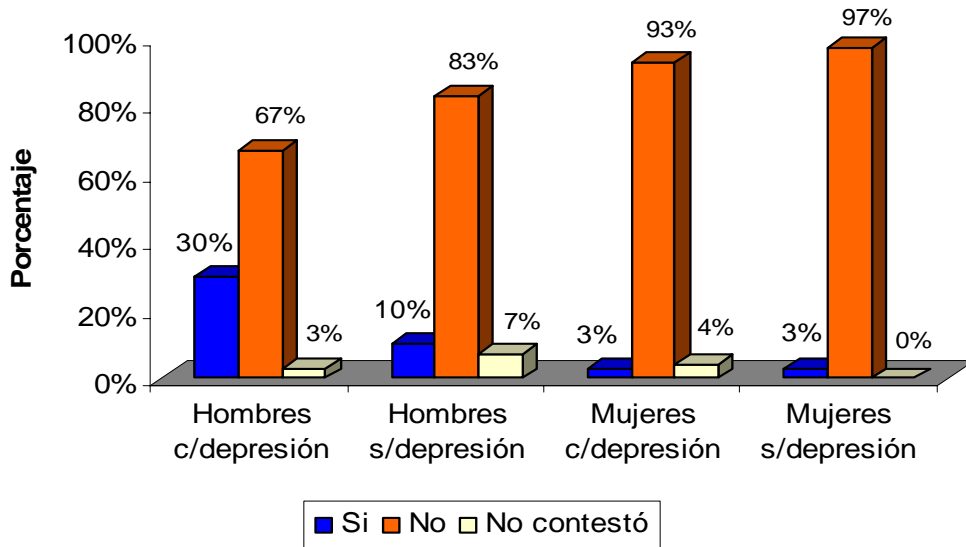
**"SI CONSUME DROGA LO HACE MAS DE LO HABITUAL"**

En cuanto a "Manejar a alta velocidad" se observa que en los cuatro grupos los porcentajes son bajos, sin embargo son los varones con depresión los que obtienen un mayor porcentaje (13%) con respecto a los otros grupos incluyendo el grupo de mujeres deprimidas:



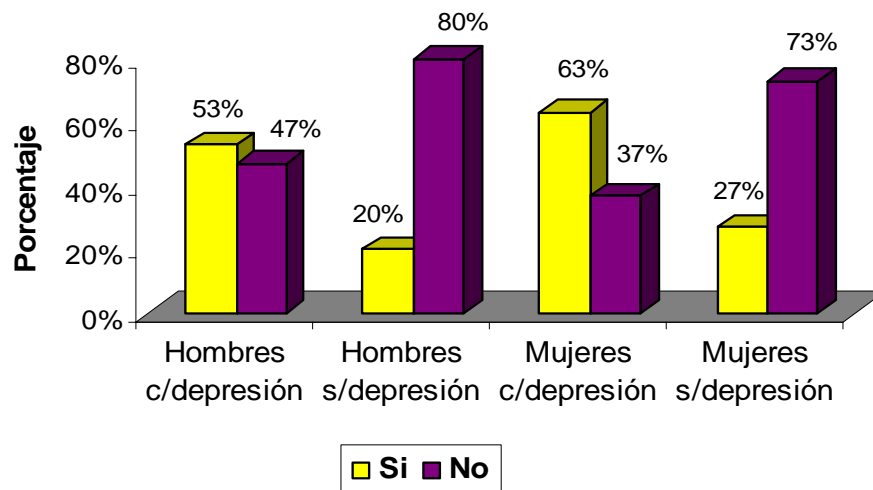
**"MANEJA A ALTA VELOCIDAD"**

Por otro lado, se puede apreciar en la gráfica que el grupo de hombres con depresión obtiene el mayor porcentaje (30%) en cuanto al rubro "le llama la atención hacer cosas arriesgadas":



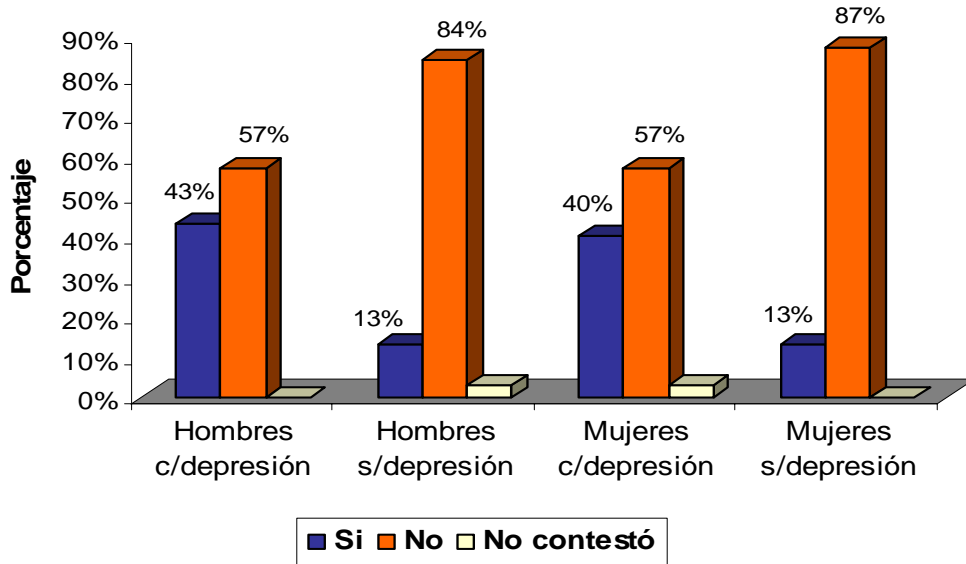
**"LE LLAMA LA ATENCIÓN HACER COSAS ARRIESGADAS"**

En cuanto a sentir más malestares físicos, tanto hombres y mujeres con depresión los sienten, aunque las mujeres deprimidas los sienten en mayor proporción (63%) con respecto a los otros grupos tal como se aprecia a continuación:



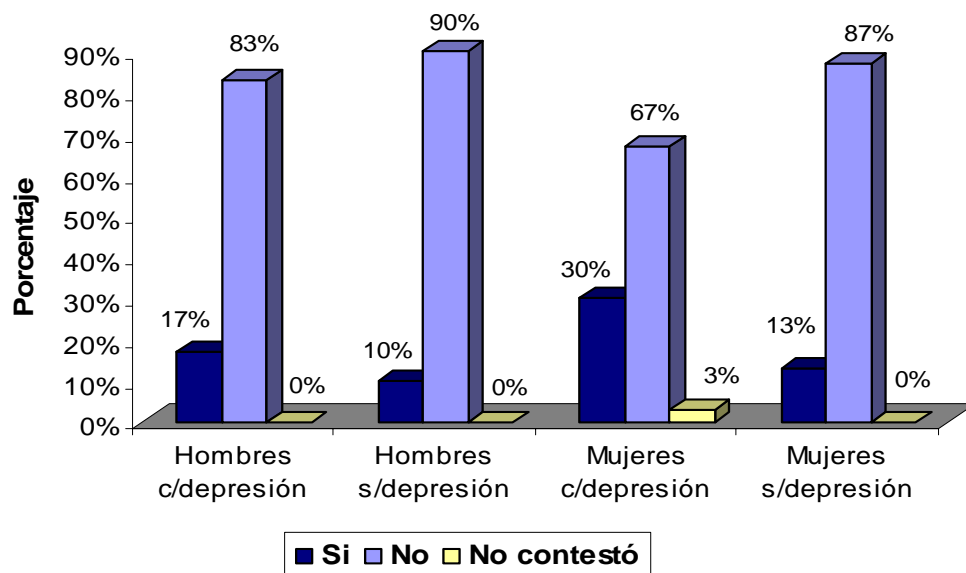
**"SIENTE MAS MALESTARES FÍSICOS"**

Con respecto a "aislarse y evitar contacto" aunque hombres y mujeres con depresión lo hacen, son los hombres deprimidos quienes en mayor porcentaje lo hacen (43%) con respecto a las mujeres deprimidas (40%) a continuación se muestra:



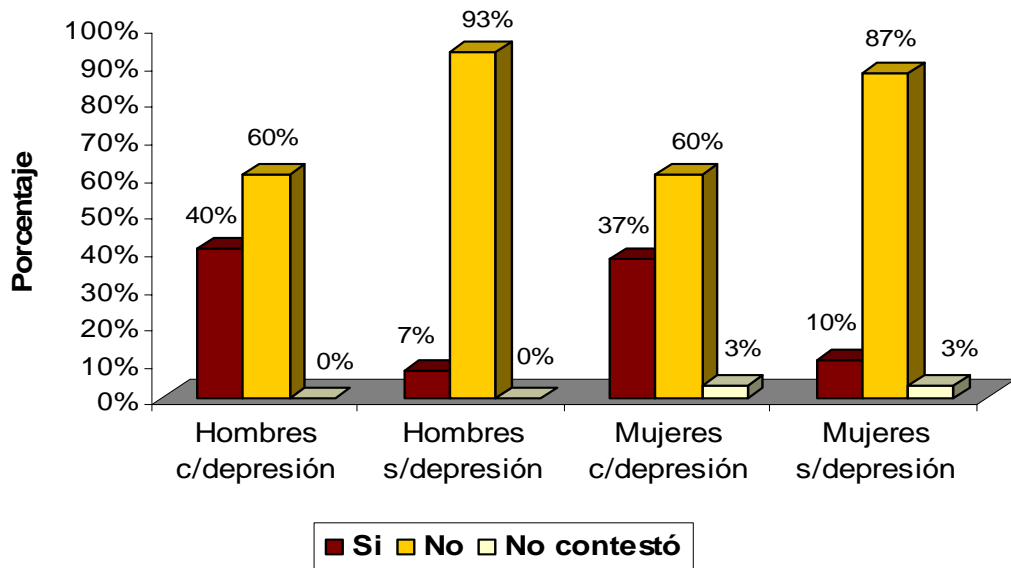
### "SE AÍSLA Y EVITA CONTACTO"

En cuanto a tener problemas en el trabajo son en mayor proporción las mujeres con depresión quienes los presentan (30%)



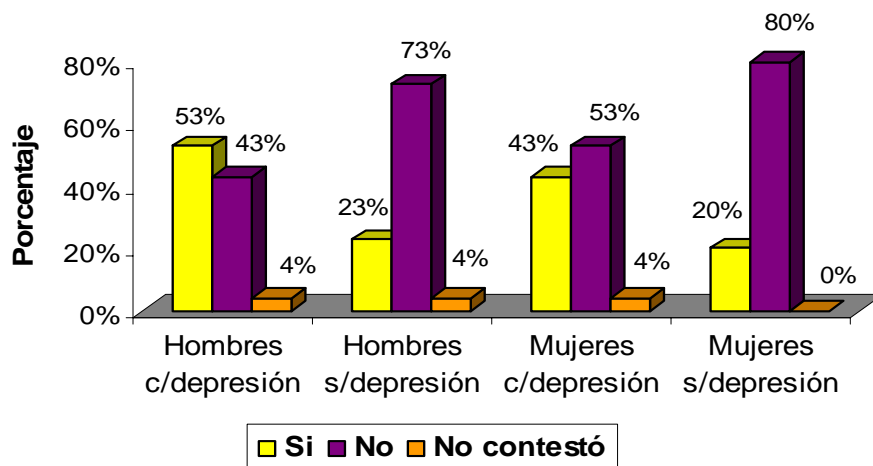
### "TIENE PROBLEMAS EN EL TRABAJO"

En cuanto a sentir ganas de llorar y no poder, se puede apreciar que aunque hombres y mujeres presentan esta dificultad, son los hombres con depresión quienes la presentan en mayor proporción (40%):



**“SIENTE GANAS DE LLORAR Y NO PUEDE”**

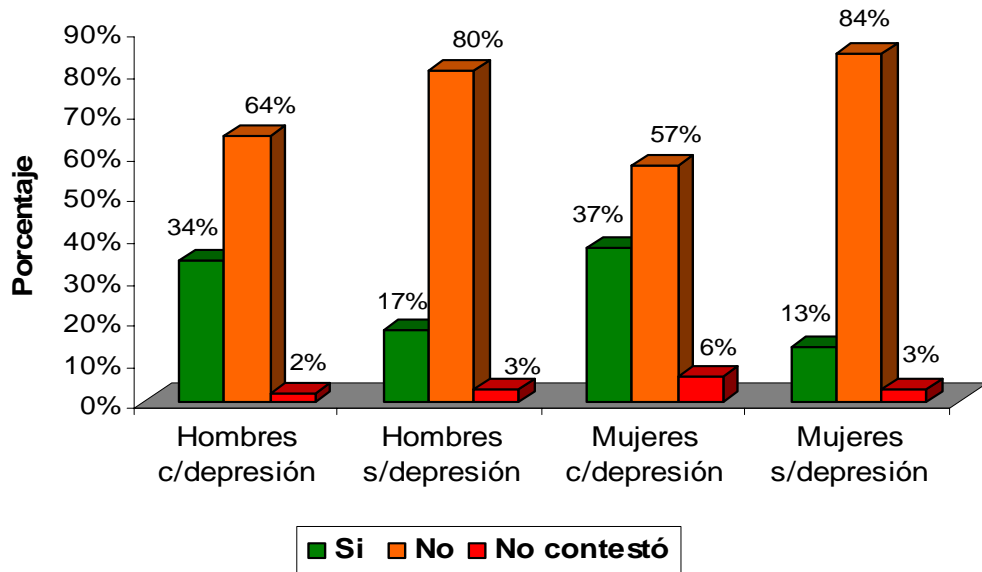
En cuanto a tener más enojos con su pareja se encontró que tanto hombres y mujeres con depresión los tienen, aunque son los varones deprimidos quienes en mayor porcentaje los presentan (53%) tal y como se observa a continuación:



**“TIENE MAS ENOJOS CON SU PAREJA”**

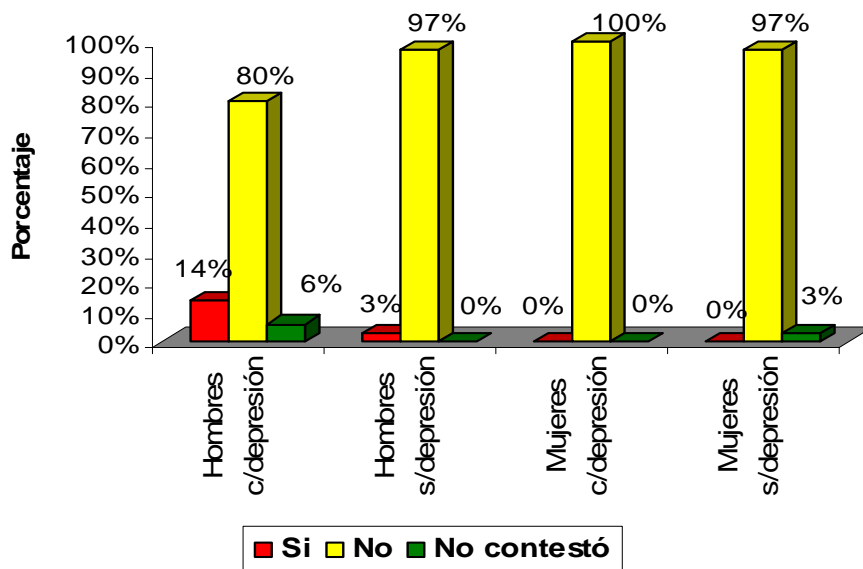


En cuanto a necesitar distanciarse de su pareja son las mujeres con depresión quienes en mayor proporción (37%) lo necesitan como se muestra a continuación:



**"NECESITA DISTANCIARSE DE SU PAREJA"**

Finalmente se muestra a continuación que son los hombres deprimidos quienes "si se masturban lo hacen más de lo habitual", en mayor porcentaje con respecto a los otros grupos (14%) tal y como se observa en la gráfica siguiente:



**"SI SE MASTURBA LO HACE MAS DE LO HABITUAL"**

Una vez que se concluyó el análisis estadístico que permitió ver los perfiles descriptivos en las variables medidas (formas de expresar la depresión y sexo) y se pudo observar que si existen diferencias entre los grupos, se procedió entonces a comprobar si dichas diferencias resultaban estadísticamente significativas para lo cual se utilizó:

- la prueba Análisis de varianza que "es una prueba que observa si 3 o más grupos presentan una diferencia significativa con respecto a una variable dependiente". (Rivera y García, 2005, p.182).

Las diferencias presentadas entre los 4 grupos: hombres con depresión, hombres sin depresión, mujeres con depresión mujeres sin depresión, resultó estadísticamente significativa con una  $\alpha = .000$  lo que indica que tanto el sexo como el grupo en el que fue clasificado son factores determinantes para la intensidad que puede alcanzar la depresión, tal y como se puede observar en la tabla siguiente:

Grupo	Tamaño de la muestra	Media	$\delta$	Grados de libertad	F	P	Probabilidad
Hombres con depresión	30	23.16	6.83	3	84.10	.000	<.05
Hombres sin depresión	30	6.40	4.26				
Mujer con depresión	30	26.06	8.54				
Mujer sin depresión	30	7.10	4.00				

Posteriormente se utilizó una prueba de comparación múltiple (prueba post hoc) de Scheffé para conocer entre que grupos se da la diferencia. En la siguiente tabla se puede observar remarcados los grupos que al ser comparados obtuvieron significancia estadística:

GRUPO	GRUPO	MEDIA DE LA DIFERENCIA (I-J)	ERROR STANDAR	SIGNIFICANCIA
Hombre con depresión	hombre con depresión			
	hombre sin depresión	16.7667	1.60171	<b>.000</b>
	mujer con depresión	-2.9000	1.60171	.355
	mujer sin depresión	16.0667	1.60171	<b>.000</b>
Hombre sin depresión	hombre con depresión	-16.7667	1.60171	<b>.000</b>
	hombre sin depresión			
	mujer con depresión	-19.6667	1.60171	<b>.000</b>
	mujer sin depresión	-.7000	1.60171	.979
Mujer con depresión	hombre con depresión	2.9000	1.60171	.355
	hombre sin depresión	19.6667	1.60171	<b>.000</b>
	mujer con depresión			
	mujer sin depresión	18.9667	1.60171	<b>.000</b>
Mujer sin depresión	hombre con depresión	-16.0667	1.60171	<b>.000</b>
	hombre sin depresión	.7000	1.60171	.979
	mujer con depresión	-18.9667	1.60171	<b>.000</b>
	mujer sin depresión			

Como se puede observar en la tabla siguiente, las mujeres con depresión presentan puntajes más altos de depresión que los hombres que también presentan depresión, la pregunta es si esa diferencia que existe entre hombres y mujeres que es de 2.9 es estadísticamente significativa.

	<b>Tamaño de la muestra</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
Hombres con depresión	30	23.16	6.83
Mujeres sin depresión	30	26.06	8.54

Como se puede observar en la tabla siguiente, a pesar de que si hay una diferencia entre el nivel de intensidad que los hombres deprimidos tienen con respecto al que las mujeres deprimidas tienen  $\alpha=.15$ , esa diferencia no es estadísticamente significativa.

<b>t</b>	<b>Grados de libertad</b>	<b>Significancia</b>
1.452	58	.15

Pareciera que aunque el sexo marca una diferencia, no es la razón principal por la que la intensidad de la depresión puede variar ya que la posibilidad que socialmente se da a una mujer de sentirse triste o deprimida y la forma en que lo manifiesta, es diferente a como lo manifiestan los hombres, pues de acuerdo a creencias aprendidas por ellos como "Los hombres no lloran", "Se debe ser fuerte y no vulnerable", es más fácil para una mujer que esté pasando por una depresión expresarlo a través de malestares físicos, dedicarse más tiempo a trabajar, tener problemas en el trabajo, mientras que un hombre lo manifieste a través de conductas como alcoholizarse, drogarse, manejar a alta velocidad, aislarse y evitar contacto, sintiendo ganas de llorar y no poder, teniendo más enojos con la pareja, y masturbándose como se puede ver con toda claridad en las graficas descriptivas. Luego entonces el sexo si tiene que ver efectivamente en que hombres y mujeres alcancen diferentes intensidades de depresión, sin embargo pareciera más bien una diferencia de cualidad que de cantidad y que tiene que ver más con la forma que se ha aprendido culturalmente a expresarse y no con lo que realmente se siente.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio se exploró qué pasa con los hombres cuando se deprimen, ¿expresan su depresión como lo hacen las mujeres o existen diferentes formas en que han aprendido a manifestarla?

Al realizar el análisis comparativo entre los grupos con depresión, tanto hombres como mujeres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $\alpha=.15$ ). Es decir, los resultados revelan que las mujeres deprimidas obtuvieron un promedio mayor en la variable intensidad de depresión con respecto a los hombres con depresión, pero esta diferencia no es significativa a nivel estadístico.

Sin embargo, los resultados obtenidos señalan diferencias estadísticamente significativas ( $\alpha= .000$ ) cuando se realizan comparaciones entre los 4 grupos estudiados: hombres con depresión, hombres sin depresión, mujeres con depresión y mujeres sin depresión, lo que indica que tanto el sexo como el grupo en el que se fue clasificado son factores determinantes para la intensidad que puede alcanzar la depresión.

Ahora bien, al no encontrar diferencias significativas a nivel estadístico en la intensidad de la depresión entre el grupo de mujeres con depresión con respecto al grupo de hombres con depresión ¿significa entonces que las mujeres cuando se encuentran en un cuadro depresivo se deprimen más?, o simplemente en este estudio se reprodujo en hombres y mujeres, lo que Bonino (1994) denomina "Normativa de género" y Kimmel (1997) nombra "Masculinidad hegemónica", es decir, qué tanto los hombres de este estudio respondieron en la evaluación que se les realizó, de acuerdo a creencias internalizadas sobre lo que se debe ser y hacer como varón, creencias designadas por el contexto específico y por la cultura, pues como afirman Kimmel (1997), Connell (1999) y Seidler (1995) los hombres responden a valores y atributos que son validados y permitidos en nuestra cultura para ellos, valores como: independencia, autosuficiencia, racionalidad, sabiduría, valentía, "ser fuerte como un roble", no tener necesidades emocionales etc. Y de acuerdo con Seidler (1995), todas estas consignas introyectadas no hacen otra cosa más que encubrir su vulnerabilidad en lugar de compartirla, pues como el mismo autor lo señala, hay muy pocas cosas que cuando fueron niños se les enseñó con

respecto a la vulnerabilidad y al contacto y ello supone no tener necesidades emocionales porque han aprendido que son señales de debilidad.

Por otra parte, González Núñez (1987) a este respecto señala que la sociedad influye mucho sobre el varón por medio de una serie de premisas, de frases o máximas (p. ej. "los hombres no deben llorar") que lo inhiben y le prohíben ser el mismo, ser espontáneo.

A este respecto Pollack (1998) plantea que existen códigos masculinos en los niños o adolescentes, que asumen y determinan su comportamiento desde temprana edad. Este código marca entre otras cosas asumir una máscara o careta en donde "todo está bien", el objetivo es ocultar pensamientos y sentimientos más profundos, su verdadero yo. Para este autor, el código masculino mete a niños y a hombres a una camisa de fuerza genérica que los restringe no sólo a ellos sino a quienes están a su alrededor, disminuyéndolos como seres humanos y con el paso del tiempo, convirtiéndolos en extraños para sí mismos y para los demás. Lo que coincide con Seidler (1995) cuando afirma que desde la racionalidad otorgada a los hombres "que les permite distinguir lo que les brinda felicidad y realización", se ha propiciado una despersonalización de la experiencia de sí mismos. De esta manera niños y hombres se alejan de aquellos sentimientos que son inaceptables en ellos: el miedo, la incertidumbre, la soledad, la sensación de necesitar y la tristeza. Pollack (1998) afirma que el uso de la máscara se vuelve tan habitual que deja de ser conciente.

En este sentido desde la racionalidad aprendida y asumida por los hombres como lo plantea Seidler (1995), qué tanto los hombres de este estudio, presentaron una experiencia despersonalizada de sí mismos, que les pudo dificultar compartir lo que realmente sentían, pues quizá ni ellos mismos lo sepan, como afirma Bonino (1997) cuando señala que la alexitimia normativa, es una de las problemáticas actuales de los hombres, caracterizada por "presentar una inhabilidad para identificar y describir las propias emociones", ya que durante la fase de obtención de la muestra del presente estudio, llamó la atención que algunos hombres que eran identificados por otras personas (hermana, amigos, conocidos) como deprimidos y derivados para realizar la evaluación, puntuaron con calificaciones muy bajas en el inventario de depresión de Beck (1998), y ello retraso de manera considerable completar los sujetos de la muestra.

A partir de lo anterior se considera que una limitación del presente estudio fue que la forma de evaluación (directa y estructurada), impidió conocer más allá de lo explorado a través de los instrumentos aplicados. Valdría la pena que en el futuro se continúe explorando sobre la temática del presente estudio. Una posible línea de investigación podría ser ¿qué hacen los hombres cuando se han encontrado deprimidos?, ¿presentan conductas diferentes antes y durante su depresión? Se podrían evaluar las diferentes salidas que tienen o han tenido frente a su depresión a través de una entrevista clínica profunda, y tal vez comparar sus respuestas con hombres que se encuentren en un proceso psicoterapéutico, ya que por lo regular, dicho proceso promueve la sensibilización, concientización y/o contacto de sí mismo y de los sentimientos más profundos, de este modo sus respuestas estarían más encaminadas a responder en función de lo que realmente se siente y no en función de lo que se debería de sentir.

Por otra parte es importante señalar que no tan sólo los hombres asumen estas creencias prescritas por la cultura en la vivimos, sino como afirma Dio Bleichmar (1991) las mujeres también hemos creído - y nos han hecho creer- que lo que predomina en nosotras son los sentimientos, los afectos, lo emocional. Luego entonces, probablemente también las mujeres de este estudio que obtuvieron calificaciones más altas de depresión con respecto a los hombres con depresión, aprendieron a identificar y a expresar con mayor permisividad social y cultural, sus sentimientos desde que fueron pequeñas (tristeza, culpa, desesperanza, auto castigo, auto disgusto, indecisión llanto, auto devaluación, fracaso, insatisfacción, áreas que explora el inventario de depresión de Beck (1998), y ello pudo facilitar la identificación de lo que sentían y expresarlo también con mayor facilidad durante la evaluación.

Así mismo en este estudio se encontró que las mujeres deprimidas presentan más preocupación por malestares físicos que los hombres con depresión, lo que se corrobora con lo que Marcus, Young y Kerber (2005) encontraron asociado a la depresión de las mujeres que ellos estudiaron, es decir las mujeres depresivas de su estudio a diferencia de los hombres depresivos mostraron quejas somáticas y molestias gastrointestinales.

Ahora bien, el hecho de que las mujeres depresivas del presente estudio estén más preocupadas por su salud física, concuerda con los planteamientos hechos por Burin (1990) acerca de que "el saber psiquiátrico sobre el cuerpo de las

mujeres ha sido expresado por los hombres que han transitado por la medicina oficial, quienes han interpretado lo que pasa en el cuerpo femenino, ello ha mantenido, y por lo visto mantiene a las mujeres pendientes de su acontecer biológico, como si fuera patológico. Es decir, las mujeres buscan en su cuerpo lo que les diga quienes son, qué desean, qué padecen o sea aquello que las valide como sujetos".

En este orden de ideas, la misma Burin (1990) afirma, que la salud mental de las mujeres ha sido un terreno en el que quien menos han opinado son las propias mujeres. Dice que "la construcción de la noción de salud-enfermedad ha demostrado ser un problema de quienes lo han formulado (de los varones), los criterios ideológicos en los cuales se ha fundamentado ha existido un sesgo sexista y la óptica se arraiga en el modelo médico hegemónico" (p.32), esto coincide con lo que asevera Buenaventura, citado por la misma Burin, con respecto a que la construcción de la salud-enfermedad mental de las mujeres no solo se realiza con criterios sexistas sino también clasistas, o sea, por el sexo dominante y la clase en el poder.

Por su parte Bonino (1997) plantea que los criterios diagnósticos para la depresión están basados en el modo femenino de su expresión (llanto, inhibición y emocionalidad depresiva) y las formas en que los varones expresan su depresión muchas veces dista de estos criterios.

Siguiendo este orden de ideas, cabe la siguiente pregunta ¿el hecho de que las mujeres presenten una depresión mayor en intensidad con respecto a los hombres es indicador de mayor patología en ellas? o más bien puede ser indicador de que los criterios para evaluar la depresión en este estudio reprodujeron estereotipos femeninos y una vez más se validó la supuesta "Normalidad" en los hombres de la que habla Burin y Dio Bleichmar (1996) y Bonino (1992) y que efectivamente "ser varón es un factor de riesgo" pues no se ve más allá de lo obvio, es decir, "son nuevamente las mujeres y no los hombres las que se deprimen más".

Por otro lado, de acuerdo al perfil comparativo de los 4 grupos estudiados se observaron porcentajes más altos en los hombres con depresión en los siguientes rubros:

- tomar alcohol
- consumir alguna droga
- manejar a alta velocidad
- les llama la atención hacer cosas arriesgadas



- se aíslan y evitan el contacto
- sienten ganas de llorar y no pueden
- tienen más enojos con su pareja y
- se masturban más de lo habitual

Mientras que las mujeres con depresión presentaron porcentajes más altos con respecto a los hombres deprimidos en:

- Dedicar más tiempo al trabajo
- Tener problemas en el trabajo
- Necesitar distanciarse de su pareja

Estos resultados confirman lo que Bonino (1997) señala con respecto a que "los varones expresan su depresión de los modos masculinos: se alcoholizan, conducen peligrosamente, pero dicen que no les pasa nada. Si muestran su depresión del modo "huraño" predomina su aislamiento silencioso, y quienes lo rodean lo perciben como siempre preocupado, enmudecido, que no acepta que le digan nada. Si su depresión se muestra del modo "agitado" predomina la irritabilidad, la explosividad y la amargura y quienes conviven con el lo describen como si fuera un animal enjaulado, hiper susceptible, hiperactivo, e inaguantable por sus exigencias".

Para este autor las patologías predominantemente masculinas (adicciones, alcoholismo, accidentes de tráfico, suicidio consumado, sadismo) no se nombran como tales y se conciben como propias de todas las personas in visibilizando la predominancia de los varones en éstas. Apunta que la supuesta normalidad de la condición masculina tendría que rastrearse en la sección del periódico sobre hechos delictivos, en las estadísticas sobre suicidios y accidentes de tráfico y en la población de las cárceles.

Para Bonino (1992) los daños que muchas veces provocan los comportamientos temerarios, son solamente efectos no deseados del intento de afirmación de la masculinidad de los varones. Lo anterior se confirma en este estudio ya que como se observó en el perfil comparativo de hombres y mujeres con depresión, éstos manejan a alta velocidad y les llama la atención hacer cosas arriesgadas, como buscar peleas absurdas, caminar solo a altas horas de la noche, como se pudo observar en sus respuestas.

A partir de lo anteriormente expuesto se concluye que tanto hombres como mujeres atravesamos por un proceso de aprendizaje sociocultural acerca de cómo tenemos que ser,

pensar y sentir en función de nuestro género. El cuerpo sexuado que se posee al nacer es determinante, pues dependiendo de si se es niño o niña, se introyectarán mensajes, creencias, pautas de comportamientos y "deberías" diferenciados para el hombre y la mujer, para más adelante poder ser reconocidos como tales.

De esta manera, mujeres y hombres nos hallamos inmersos en este proceso de construcción de nuestro género. Sin embargo, en el caso de el hombre, éste proceso conlleva demostrar- se y demostrar- les a otros no solo que es un hombre, sino que es "todo un hombre". Para ello debe aprender y ajustarse a pautas de comportamientos, creencias, mandatos o "deberías" que va dictando inicialmente su padre y después otros hombres, todo ello con un fin: pertenecer, ser reconocido y valorado en el mundo masculino y que ello lo pone en riesgo.

Por otra parte, valdría la pena considerar que antes de ser psicólogos o psicoterapeutas somos mujeres y hombres y que por lo tanto también tenemos internalizados mensajes o "deberías" que matizan no tan sólo la lente con la que miramos el mundo, sino también la lente con la que hacemos psicoterapia. En este sentido y en aras de tener una actitud abierta y de mayor conciencia sería importante revisar nuestros "deberías" introyectados para poder estar atentos a ¿Qué me pasa si un varón me muestra su vulnerabilidad? ¿Cómo me siento si un varón se permite llorar frente a mí? ¿Cuál es mi actitud ante ello y que mensajes no verbales transmito? Si logramos claridad en los mensajes que como mujeres y hombres hemos internalizado, seguramente podremos ayudar con mayor claridad a nuestros paciente masculino a que reconozca aquellos introyectos que pueden mantener encadenado, y facilitar así el despertar de su conciencia, de su sensibilidad, y de capacidad de discernimiento y elección sobre lo que quiere y necesita con respecto a su vida emocional.

Resulta entonces imprescindible continuar problematizando y deconstruyendo la supuesta "normalidad masculina" que forma parte del sistema de creencias que "privilegian" al varón y que lo ponen en riesgo. Se sugiere que en el futuro se continúen realizando investigaciones en las que se consideren comportamientos y actitudes de los hombres acordes a su forma de vivir lo masculino. Ello permitirá ofrecer alternativas de diagnóstico y tratamiento adecuadas y evitar en lo posible el descubrimiento de estados depresivos a través de sus lamentables consecuencias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araya, R., Rojas, G. y Fritsh, R. (2000): Depresión y género en Santiago de Chile. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 46(4),325-335.

Asociación Psiquiátrica Americana. (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Washington, EE.UU.: Masson.

Asociación Psiquiátrica Americana (2001). *Guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor*. (2da.ed.) Washington D.C: Ars Médica.

Barrios, D. (2003). *Resignificar lo masculino. Guía de supervivencia para varones del siglo XXI*. México: Vila editores.

Bellak, L. y Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax México.

Bonino, L. (1992). Accidentes de tráfico: asignatura pendiente en salud mental. Encuentro Hispano-Argentino. *Prevención en Salud Mental*, Santiago de Compostela.

Bonino, L. (1994). Varones y comportamientos temerarios. *Actualidad Psicológica*. Junio, 24-26.

Bonino, L. (1996). La condición masculina a debate: teorías y prácticas sobre el malestar en los varones. *Cuadernos de temas grupales e institucionales*.4, 16-20

Bonino, L. (1997). Deconstruyendo la normalidad masculina: apuntes para una psicopatología de género masculino. *Actualidad psicológica. argentina*. Recuperado el 13 octubre del 2004 en [www.hombresigualdad.com/deconstruyendo.htm](http://www.hombresigualdad.com/deconstruyendo.htm)

Burin, M (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina: Mujeres y salud mental*. Argentina: Grupo editorial Latinoamericano.

Burin, M. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Argentina: Paidós.

Burín, M. y Dio Bleichmar, E. (1996) *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Argentina: Paidós.

Burín, M.(2006).Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos. *Psicoanálisis, estudios feministas y género*. Recuperado el 01,septiembre, 2006, de <http://www.psicomundo.com/foros/género>.

Caraveo, J.J. (2003).*Trastornos Psiquiátricos y el consumo el alcohol: panorama epidemiológico*. México: Cuadernos de la Fundación de Investigaciones Sociales.

Carvajal, C. (1994). Variaciones en las frecuencias del diagnóstico de depresión en Chile. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 40(4), 301-307.

Coria, C. (1987) Grupos de reflexión, dependencia económica y salud mental de las mujeres. En M. Burin (ed.) *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y Salud Mental*. (pp. 261-269) Buenos Aires: Grupo editorial Americano.

Cochran, S. & Rabinowitz, F. (2000). *Men and depression*. United States of America: Academia Press.

Colectivo de hombres por relaciones igualitarias, A.C. (2002). *Manual del facilitador 2do. Nivel. Programa de Hombres Renunciando a su Violencia*.

Connell, R. (1999). El imperialismo y el cuerpo de los hombres. En T. Valdés (ed.) *Masculinidades y equidad de género en América Latina* (pp.76-89). Santiago de Chile: Flacso/Cepal.

Chinchilla, M. (1999) *Guía terapéutica de las depresiones*. España: Masson.

Dajas, F., Costa, G., Rivero, G. y Dajas, M. (1994).Estudio transcultural de la psicobiología del suicidio y la depresión. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 62 (1),23-30.

Daniel ,W. (1992). *Base para el análisis de Ciencias de la salud*. México: Grupo Noriega.

De la Gandara, J.J.(1999)Factores de riesgo de depresión en las mujeres en Leal, C. *Trastornos depresivos en la mujer*. España: Masson.

Desarrollo Integral de la Familia (1997). La perspectiva de género. Una herramienta para construir equidad entre hombres y mujeres. Manuscrito inédito.

Dio Bleichmar, E. (1989) *El feminismo espontáneo de la histeria*. México: Fontamara.

Dio Bleichmar, E.(1991) *La depresión en la mujer*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.

Fachel, O.(1997) Suicidio y honor en la cultura gaucha. *Isis Internacional*. Ediciones de las mujeres. 24, 113-124

Freud, S. (1981). *Obras Completas: Duelo y Melancolía*. (4ta, edición). España: Biblioteca Nueva

González, J.J (1987). *Una concepción masculina de la relación de objeto amoroso. Psicología de lo masculino*. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C.

González, J.J. (1988). *Los afectos: su expresión masculina*. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C.

González, J. J. (2002) *Teoría y Técnica de la terapia Psicoanalítica*. México: Plaza y Valdés.

González, J.J. y Zarco, S. (2007) Epigénesis del desarrollo erótico. *Aletheia*. 6,36-54 México: Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica y Social.

Hathaway, S.R., Mckinley, J.C.(1995) *Inventario Multifacético de la Personalidad Minnesota-2*. México: Manual Moderno.

Hernangómez, L. (2000). *¿Por qué estoy triste? Guía para conocer y afrontar la depresión*. España: ediciones Aljibe

Hernández, S., Fernández, C., Baptista, P. (1991) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.

Hornstein, L. (2006). *Las depresiones*. Buenos Aires: Paidós.

Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R., (1998) La estandarización del Inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 21(3),26-31.

Kaplan, H.I y Sadock, B. J. (1989) *Tratado de Psiquiatría*. España : Masson Salvat.

Kimell, M. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. *Isis Internacional*. 24, 49-62.

Lara, M.A. (1991) Masculinidad, feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental*. 14(1),12-18.

Lara, M. A. (1999). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. *Salud Mental*. 121-127.

Linares, J.L. Campos, C. (2000) *Tras la honorable fachada: los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.

Lowen, A.(1985) *El lenguaje del cuerpo*. España: Herder.

Marcus, S.M, Young, E.A., Kerber, K.B., Kornstein, S., Farabaugh, A. & Mitchell, J. et al. (2005) Gender differences in depression: findings from the STAR-D study. *Journal Affective Disorders*, 87:141-150.

Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1995) *La sexualidad humana*. Vol. 2. Barcelona: Grijalbo.

McCullough, J. (2003). Tratamiento para la depresión crónica. México: Manual Moderno.

Meler, I. (1996). Estados depresivos en pacientes mujeres. La perspectiva de los estudios de género. *Psicoanálisis, estudios feministas y de género*. Recuperado 02, septiembre, 2006. [www.psicomundo.com/foros/género/depresivos.htm](http://www.psicomundo.com/foros/género/depresivos.htm)

Melo, G. (2003) Seminario Permanente: Investigación, cultura y salud" La depresión y el consumo excesivo de alcohol. *Fundación de Investigaciones Sociales*, 11(4), 7-8.

Möller-Leimküler, A.M., Bottlender, R., Straub, A. & Rutz, W. (2004) Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? *Journal of affective Disorders*. 80: 87-93.

Monroy de Velasco, A. (1977) *La educación de la sexualidad Humana*. Cuadernos de Salud Escolar. (1ra. Edición). México: Secretaria de Educación Publica.

National Institute of Mental Health (ed.). (1999). Informe (Disponible por Instituto Nacional de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU, Office of Communication 6001 Executiva Boulevard, Room 8181, MSC 9663, Washington EE.UU.)

Pelicier, Y. (1989). Prevención de la depresión en la mujer. *Psicopatología*, 9(2), 105-108

Pollak, W. (1998) *Qué pasa con los muchachos de hoy. Cómo rescatar a nuestros hijos de los estereotipos sobre lo que significa ser hombre*. México: Norma.

Ramírez, J.C. (1998). Violencia Masculina: algo más que gobernarse a sí mismo. *La ventana*. 7, 225-251.

Rivera, S. y García, M. (2005) Aplicación de la estadística a la psicología. México: Porrúa.

Rodríguez, F., Sierra, A., Gracia, R., González de Rivera, J.L. y Montes de Oca, D. (1990). La prevención del suicidio (I) prevención primaria. *Psiquis*. 11, 47-52.

Rodríguez, F., Monje, M.J, Monterrey, A.L. y García S. (1994) Factores de riesgo de la conducta suicida en el alcoholismo. *Psiquis*, 15 (2). 48-63.

Rojtenberg, S. (2001) *Depresiones y antidepresivos*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Sanz, F. (1997) *Psicoerotismo Femenino y Masculino*. Barcelona: Kairos.

Saucedo, I., Magallón, C., González, S. y Ornelas, C. (2001). *Violencia Domestica: Modelo de intervención en Unidades de Salud*. (Disponible por el Banco de Interamericano de Desarrollo.)

Seidler, V.J. (1995). Los hombres heterosexuales y su vida emocional. *Debate feminista*.4, 78-111.

Sinay, S. (2006). *La masculinidad tóxica*. Argentina: ediciones B.

Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral, A.C. (2001) Módulo "Introducción a la sexualidad". Manuscrito inédito.

Weissman, M. (2002) *Tratamiento de la depresión*. Una puerta al siglo XXI. Barcelona, España: Ars Médica

Yontef, G. (2003). *Proceso y Dialogo en Gestalt*. (4ta. Ed.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.



Tabla 1

PORCENTAJES DE ACUERDO DE LOS JUECES AL EVALUAR PERTINENCIA

		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	% ACUERDO	
<b>Pertinencia</b>	R1	1	1		1	1	1	1	0	1	1	90	
	R2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
	R3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
	R4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	90	
	R5	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	90	
	R6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
	R7	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	90	
	R8	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	90	
	R9	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	90	
	R10	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	90	
	R11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
	R12	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	80	
	R13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
	R14	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	90	
	R15	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	90	
	R16	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	80	
	R17	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	90	
	R18	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	80	
	R19	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	90	
	<b>R20</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>60</b>
	R21	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	90
	R22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	<b>R23</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>70</b>
	R24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R27	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	90
	R28	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	90
	R29	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	80

Nota: Reactivos con un porcentaje de acuerdo menor al 80% (en negritas) fueron eliminados.

Tabla 2

PORCENTAJES DE ACUERDO DE LOS JUECES AL EVALUAR REDACCIÓN

		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	% ACUERDO
Redacción	R1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	90
	R2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	90
	<b>R4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>60</b>
	R5	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	90
	R6	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	90
	R7	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	80
	R8	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	90
	R9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	<b>R11</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>60</b>
	R12	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	90
	R13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R15	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	90
	<b>R16</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>70</b>
	R17	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	80
	R18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R19	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	90
	R20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R21	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	80
	R22	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	90
	R23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	<b>R26</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>70</b>
	R27	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	80
	R28	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	80
	R29	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	80

Nota: Reactivos con un porcentaje de acuerdo menor al 80% (en negritas) fueron eliminados.

Tabla 3

PORCENTAJES DE ACUERDO DE LOS JUECES AL EVALUAR FORMATO

		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	% ACUERDO	
Formato	R1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
	R2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
	R3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	90	
	R4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	90	
	R5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
	<b>R6</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>70</b>
	<b>R7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>70</b>
	R8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	<b>R11</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>60</b>
	R12	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	90
	R13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R15	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	90
	R16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	90
	R17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R22	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	90
	R23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
	R26	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	90
	R27	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	80
	R28	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	80
	R29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	90

Nota: Reactivos con un porcentaje de acuerdo menor al 80% (en negritas), se modifico el lenguaje empleado en función de lo sugerido por los jueces.

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO DE EXPRESIONES DE LA DEPRESIÓN

A continuación se te presenta un cuestionario con 29 reactivos dirigido a mujeres y varones mexicanos de 25 a 45 años con escolaridad mínima de 5to. de primaria de la Ciudad de México identificados como depresivos de acuerdo al Inventario de depresión de Beck. Cada reactivo indica formas de expresar la depresión, por favor evalúalos de acuerdo a los dos siguientes criterios: a) del reactivo 1 al 15 son reactivos que evalúan depresión de acuerdo a los criterios clínicamente conocidos por DSM-IV Y MMPI en la escala de depresión y b) del reactivo 16 al 29 son formas en que en nuestra cultura mexicana los varones pueden expresar (o disfrazar) su depresión.

De acuerdo a tu criterio clínico y experiencia psicoterapéutica en el tema de depresión y depresión en varones, señala en la primera celda que evalúa **pertinencia**, con un **1** si crees que el reactivo mide lo que se pretende medir de acuerdo a los criterios a) y b) arriba mencionados, o **0** si no lo mide. En la celda 2, de **redacción** señala con un **1** si el reactivo esta redactado adecuadamente y **0** si no lo esta y marca en este caso, tu sugerencia de redacción del reactivo. Finalmente en la celda de **formato** señala con un **1** si el lenguaje empleado en el reactivo es el adecuado para la población a la que esta dirigido el cuestionario, o **0** si no lo es..

**Nota:** Las respuestas esperadas del o la paciente depresiv@ (V: verdadero o F: falso), se indican con negritas después de cada reactivo. SE ANEXA FORMATO ORIGINAL DEL CUESTIONARIO.

Cualquier observación o comentario que tengas sobre este cuestionario lo puedes poner al final de la evaluación, será muy valioso para la investigación.

**MUCHAS GRACIAS POR TU AYUDA**

Recuerda:

**Pertinencia:** evalúa si el reactivo mide lo que se pretende medir de acuerdo a los dos siguientes criterios: a) del reactivo 1 al 15 son reactivos que evalúan depresión de acuerdo a los criterios clínicamente conocidos por DSM-IV Y MMPI en la escala de depresión y b) del reactivo 16 al 30 son formas en que en nuestra cultura mexicana los varones pueden expresar (o disfrazar) su depresión.

1: si lo mide, 0: no lo mide.

**Redacción:** el reactivo esta redactado adecuadamente. 1: si esta redactado adecuadamente 0: no esta redactado adecuadamente, señala tu sugerencia.

**Formato:** 1: es adecuado el lenguaje empleado en el reactivo para la población a la que esta dirigido el cuestionario y 0: no es adecuado el lenguaje empleado en el reactivo para la población a la que esta dirigido.

Contesta las siguientes oraciones antecediéndoles la frase: "En días como hoy:"	PERTINENCIA	REDACCIÓN	FORMATO
1. Lloro fácilmente V			
2. Me siento triste V			
3. He perdido interés a las cosas que solían interesarme V			
4. Puedo disfrutar como siempre, de actividades que hago F			
5. Tengo alteraciones en mi forma acostumbrada de comer (ya sea tengo más apetito o menos apetito que antes). V			
6. El futuro me parece desesperanzador			

Contesta las siguientes oraciones antecediéndoles la frase: "En días como hoy:"	PERTINENCIA	REDACCIÓN	FORMATO
V			
7. Mi sueño es regular y tranquilo F			
8. Por las noches me cuesta trabajo quedarme dormido V			
9. Pienso que soy tan listo o capaz como la mayoría de las personas que me rodean F			
10. Tengo la sensación de que hice algo malo V			
11. Siento poca energía V			
12. Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto V			
13. Los demás estarían mejor sin mí V			
14. Me cuesta trabajo concentrarme en una tarea o trabajo V			
15. Me es difícil tomar una decisión V			
16. Me refugio en mi trabajo, es decir, le dedico más tiempo de lo habitual V			
17. Tomo bebidas alcohólicas, y si las acostumbro, tomo más de lo habitual			

Contesta las siguientes oraciones antecediéndoles la frase: "En días como hoy:"	PERTINENCIA	REDACCIÓN	FORMATO
V			
18. Consumo alguna droga, y si la acostumbro, consumo más de lo habitual V			
19. Manejo a alta velocidad (automóvil, moto) que de costumbre V			
20. Tengo sexo sin protección V			
21. Me llama la atención hacer cosas arriesgadas (sí contestas Verdadero) ¿señala cuáles? _____ V			
22. Siento más malestares físicos que de costumbre V			
23. Si tengo oportunidad me peleo a golpes con alguna persona V			
24. Me aílo y evito contacto con los demás V			
25. Tengo problemas en mi trabajo V			
26. Aunque siento ganas, no puedo llorar V			
27. Tengo más enojos con mi pareja (novia, esposa o amiga cariñosa)			

Contesta las siguientes oraciones antecediéndoles la frase: "En días como hoy:"	PERTINENCIA	REDACCIÓN	FORMATO
V			
28.Necesito distanciarme de mi pareja V			
29. Me masturbo, si lo hago habitualmente, lo hago más que de costumbre V			

OBSERVACIONES O COMENTARIOS:

---



## ANEXO 2

### CUESTIONARIO

Fecha:\_\_\_\_\_Sexo:\_\_\_\_\_Edad:\_\_\_\_\_EstadoCivil:\_\_\_\_\_Escolaridad:\_\_\_\_\_Emplead@:\_\_\_\_\_

En caso de ser desemplead@ quien aporta a la economía familiar \_\_\_\_\_  
Tiene hijos\_\_\_\_\_ cuantos:\_\_\_\_\_

Por favor lee cuidadosamente cada oración y contesta V (verdadero) si describe lo que sientes, piensas o haces a partir de la semana pasada inclusive el día de hoy; o F (falso) si no lo describe. Encierra en un círculo tu respuesta.

Asegúrate de contestar todas las oraciones de manera honesta pues con ello ayudas a que este estudio sea más confiable en sus resultados. No olvides que tus respuestas son anónimas, solo serán utilizadas para el análisis estadístico . GRACIAS.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Lloro fácilmente   | V | F |
| 2. Me siento triste   | V | F |
| 3. He perdido interés a las cosas que solían interesarme  | V | F |
| 4. Disfruto como siempre de actividades que hago  | V | F |
| 5. .Tengo alteraciones en mi forma acostumbrada de comer (ya sea tengo más apetito o menos apetito que antes) | V | F |
| 6. No tengo esperanzas en el futuro   | V | F |
| 7. Duermo bien y tranquilamente   | V | F |
| 8. Por las noches me cuesta trabajo quedarme dormido  | V | F |
| 9. Pienso que soy tan listo o capaz como la mayoría de las personas que me rodean                             | V | F |
| 10. Tengo la sensación de que hice algo malo  | V | F |

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 11. Me siento desganado                                   | V | F |
| 12. Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto      | V | F |
| 13. Los demás estarían mejor sin mí                       | V | F |
| 14. Me cuesta trabajo concentrarme en una tarea o trabajo | V | F |
| 15. Me es difícil tomar una decisión                      | V | F |

Contesta las siguientes oraciones antecediéndoles la frase

**"En días como hoy ":**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 16. Le dedico más tiempo de lo habitual a mi trabajo   | V | F |
| 17. Tomo bebidas alcohólicas, y si las acostumbro tomo más de lo habitual                      | V | F |
| 18. Consumo alguna droga, y si la acostumbro consumo más de lo habitual                        | V | F |
| 19. Manejo a alta velocidad (automóvil, moto) que de costumbre                                 | V | F |
| 20. Me llama la atención hacer cosas arriesgadas si contestas Verdadero) ¿señala cuáles? _____ | V | F |
| 21. Siento más malestares físicos que de costumbre V   | V | F |
| 22. Me aísto y evito contacto con los demás  | V | F |
| 23. Tengo problemas en mi trabajo  | V | F |
| 24. Siento ganas de llorar pero no puedo hacerlo   | V | F |
| 25. Tengo más enojos con mi pareja (novia, esposa o amiga cariñosa)                            | V | F |
| 26. Necesito distanciarme de mi pareja   | V | F |
| 27. Me masturbo, y si lo acostumbro a hacer, lo hago más de lo habitual                        | V | F |

**ANEXO 3**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**C.**

**P R E S E N T E.**

GRACIAS POR PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN QUE SE REALIZA PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

QUIERO INFORMARTE QUE TU EVALUACIÓN SE HA MANEJADO DE MANERA COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL Y COMO PARTE DE LAS VENTAJAS AL PARTICIPAR ES QUE DADO QUE TU EVALUACIÓN ALCANZO LOS PUNTAJES REQUERIDOS, SE TE BRINDARA UNA PLATICA TERAPÉUTICA DE MANERA INDIVIDUAL CON EL FIN DE HACERTE UNA DEVOLUCIÓN DE TUS RESULTADOS Y ALGUNAS RECOMENDACIONES. POR LO QUE QUIERO INVITARTE A QUE TE DES UN TIEMPO PARA AGENDAR CONMIGO DICHA PLATICA, PENSANDO EN TODO MOMENTO QUE PUEDE RESULTAR EN TU BENEFICIO PERSONAL.

LA PLATICA QUE TE OFREZCO ES COMPLETAMENTE GRATUITA Y CONFIDENCIAL. EL TIEMPO APROXIMADO ES DE MEDIA HORA, SOLO TIENES QUE CONTACTARTE CONMIGO A LOS SIGUIENTES TELÉFONOS:

TEL. DE CASA:

CELULAR:

**PSIC. CRISTINA SÁNCHEZ DE ITA**