

196  
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

La Depresión en la Mujer: Perspectiva Psicosocial

T E S I S

Que para obtener el grado de  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a

MONICA ORENDAIN TREMEAR

Director: Lic. Eduardo Herrasti y Aguirre



México, D. F.

1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

**Este trabajo está dedicado con todo cariño a mis hermanos: Octavio, Ramiro, Angélica, Horacio, Arturo y Marlene; esperando que también ellos alcancen sus metas.**

## AGRADECIMIENTOS

*A mi Director de Tesis: Dr. Eduardo Herrasti Aguirre, por su apoyo y supervisión a lo largo del desarrollo de la investigación.*

*A mi Sinodal Revisor: Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro por sus valiosos comentarios y sugerencias que ayudaron al enriquecimiento del trabajo.*

*A la Dra: Fátima Flores Palacios, quien me ayudó a configurar las primeras ideas.*

*A mi amiga: Adriana Scherer Ibarra, por el ánimo que me infundió durante todo el curso de nuestra carrera.*

*A mi tía: Alicia Carreola, por el interés que siempre ha demostrado en mi persona y en mi trabajo.*

## ÍNDICE

<b>Introducción</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo I : Método</b>	<b>13</b>
1.1 Planteamiento del problema	13
1.2 Preguntas de investigación	13
1.3 Hipótesis	14
1.4 Objetivos	14
1.4.1 Objetivo General	14
1.4.2 Objetivos específicos	14
1.5 Metodología	15
1.5.1 Definición de variables	15
1.5.2 Procedimiento	16
<b>Capítulo II: Contexto General de la Neurosis</b>	<b>17</b>
2.1 Definición	17
2.1.2 Angustia	21
2.2 Solicitud de Tratamiento	23
<b>Capítulo III: Depresión</b>	<b>27</b>
3 Concepto	27
3.1 Depresión Mayor	29
3.1.2 Síntomas	29
3.1.3 Causas	30
3.2 Distimia	30
3.2.1 Síntomas	30
3.2.2 Causas	34
3.3 Enfermedad Maníaco Depresiva	35
3.4 Diagnóstico Diferencial	37
3.4.1 Depresión Mayor y Distimia	37
3.4.2 Depresión Bipolar- Unipolar	39
3.5 Depresión Enmascarada	40
3.6 Factores Biológicos de la Depresión	42
3.7 Diferencias Biológicas de Acuerdo al Sexo	44
3.7.1 Hipotiroidismo	44
3.7.2 Esteroides Gonadales	45
3.7.3 Uso de Medicamentos Anti-Depresivos	45
<b>Capítulo IV: Importancia de los factores Psicosociales en la salud o enfermedad mental.</b>	<b>49</b>
4.1 Importancia Sociocultural de la Depresión	52
4.2 Representación Social de la Enfermedad Mental	54
4.3 Urbanismo	56

<b>4.4 Estrés</b>	<b>60</b>
<b>Capítulo V: Estudios de Depresión Femenina</b>	<b>63</b>
5.1 Importancia del rol de Género Social	69
5.1.1 Definición del término Rol	69
5.1.2 Diferencias de Género en Afectos y Emociones	70
5.1.3 Diferencias de Roles y Salud Mental	71
5.2 Matrimonio	74
5.3 Hijos	79
5.4 Concepciones de Salud Mental Femenina	82
5.5 Resonancia de Roles y Conductas	87
5.5.1 Mujeres	87
5.5.2 Hombres	90
<b>Capítulo VI: Perspectiva Psicoanalítica</b>	<b>93</b>
6.1 Psicodinamia de la Depresión	93
6.2 Autoagresión y Enojo	95
6.3 Devaluación de la Autoestima	96
6.4 Suicidio	98
6.5 Duelo	99
6.6 Culpa	101
6.7 Restricciones Sexuales de la Cultura	102
6.8 Tristeza	105
<b>Conclusiones y Recomendaciones</b>	<b>107</b>
<b>Referencias</b>	<b>113</b>

## INTRODUCCIÓN

La depresión ha sido considerada la enfermedad del siglo, la incidencia y la prevalencia de esta enfermedad van en aumento constante y las personas que tienden más a adquirirla o al menos a presentar síntomas depresivos, son del sexo femenino.

Para analizar este fenómeno se han hecho diversos estudios que van desde estudios de la bioquímica cerebral y genéticos hasta trabajos de tipo sociocultural, en donde el énfasis está puesto en la influencia de la sociocultura y el desempeño de los roles de género.

El presente trabajo retoma precisamente este enfoque; recapitula y analiza varios de los anteriores trabajos con el fin de dar una visión global de la enfermedad depresiva femenina, lo que la hace diferente a la del hombre en cantidad y cualidad y también enfocándose en otros ámbitos de la salud mental. Asimismo se tiene la intención de resaltar la importancia que tiene en entorno social en la salud o enfermedad mental y, en el caso particular de la depresión en la mujer, observar la importancia que tienen los roles socioculturalmente impuestos a los diferentes sexos como variable interviniente.

La importancia del presente estudio reside en poder detectar algunos factores sociales de riesgo para así poder intervenir en un nivel preventivo.

Otro punto importante a retomar, es el peso sociocultural que se da a la salud o enfermedad mental, sabemos que el individuo se circunscribe en un universo simbólico, para formar parte de él y de sus representaciones y que estas representaciones tendrán que ver con el concepto de sí mismo y con un etiquetamiento social que, el individuo toma del colectivo, para hacerlo propio.

Se postula y se ha postulado que la intervención de los factores psicosociales en la salud o enfermedad mental tienen repercusiones importantes, al tratar de ilustrar cómo se presentan éstos fenómenos, se tratará de otorgar la importancia significativa que corresponde al contexto sociocultural en que se desarrolla el individuo, como factor a tomar en cuenta para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la depresión.

Para ello, se realizó la revisión de autores que han estudiado a la depresión desde el enfoque clínico como desde el enfoque psicosocial, enfatizando la influencia de ésta última variable en el fenómeno depresivo.

Se realizará asimismo un análisis particular de la presencia de la depresión en la mujer retomando todo su contexto sociocultural, sus roles de género y su psicodinamia, con el fin de obtener algunas conclusiones que hagan pensar hipotéticamente que tienen alguna influencia en la más alta frecuencia de depresión encontrada en las mujeres con relación al hombre.

Se incluye un capítulo referente a la neurosis en general, que pretende esclarecer la manera como se inserta la neurosis en la sociedad y la depresión en la neurosis, aunque el alcance de este trabajo no se restringe a la depresión neurótica.

## I. MÉTODO

### 1. MÉTODO

#### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen factores psico-sociales que intervienen en la adquisición y desarrollo de la depresión, factores tales como desarrollo laboral, roles de género, expectativas sociales de conducta, oportunidades de esparcimiento, entre otros. Hablar de estos factores es definitivamente importante para la comprensión del síndrome depresivo en un contexto social. Algo que llama particularmente la atención es el hecho de que la depresión se presenta en las mujeres 2 veces a una en relación al sexo masculino. (DSM IV, 1994).

El presente trabajo considera que el rol de género impuesto por la cultura, principalmente a las mujeres, es un factor determinante en la adquisición y desarrollo de la depresión por su carácter socialmente limitante y por las exigencias a nivel afectivo y emocional que implica un desgaste psíquico y mayor vulnerabilidad a los desordenes del estado de ánimo en general y a la depresión en particular.

#### 1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- A) ¿Influye el contexto social en el síndrome depresivo?
- B) ¿Es la depresión una consecuencia sociocultural?
- C) ¿Influye el desempeño de los roles de género en la predisposición a la depresión?
- D) ¿Es el matrimonio un factor de riesgo o un factor de protección de la salud mental?

### 1.3 HIPÓTESIS

El contexto sociocultural influye fuertemente en la predisposición a la depresión haciendo en la población en general sujetos vulnerables. La depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres porque se enfrentan a mayores índices de riesgo al cumplir con los roles maternos y matrimoniales, así como la diferencia de educación y expectativas que hay en torno a ellas.

### 1.4 OBJETIVOS

#### 1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un estudio documental que se aproxime a la relación de causas que precipitan o desencadenan el trastorno depresivo en un marco psicosocial, para finalmente determinar indicadores sociales de riesgo.

#### 1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enfatizar la importancia de los factores psicosociales en la enfermedad mental en general y en la depresión en particular.
- Enfatizar la importancia de las representaciones sociales de salud y enfermedad mental.
- Recopilación, revisión y análisis de diversos autores en torno al fenómeno depresivo con el fin de encontrar factores de vulnerabilidad a la depresión y encontrar qué tanto afectan estos factores a hombres y mujeres diferencialmente.
- Determinar de qué forma los roles de género pueden ser factores predisponentes a la enfermedad o por el contrario ser factores de protección

- **Analizar la psicodinamia de la depresión y observar de qué forma está asociada con las características femeninas.**
- **Realización de algunas propuestas que puedan resultar eficaces para la prevención de la enfermedad depresiva.**

## **1.5 METODOLOGÍA**

### **1.5.1 DEFINICIÓN DE VARIABLES**

**Depresión:** Se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades.

**Síntoma:** Un tono afectivo de tristeza, un descenso en el estado de ánimo.

**Síndromes depresivos:** Implican un trastorno afectivo, retraso y constricción de procesos de pensamiento, poca espontaneidad, relaciones sociales empobrecidas y cambios fisiológicos.

En la depresión encontramos tres trastornos fundamentales: el humor (o estado de ánimo) que se manifiesta en forma de tristeza que aparentemente se presenta sin un motivo que la cause, también se presenta inhibición psíquica y motora, esto provoca que el paciente pierda interés en las actividades que anteriormente le atraían, se sienta cansado y prefiera estar aislado; además de una disminución en la autoestima que desemboca en autodepreciación, sentimientos de culpa y autoreproches. Los trastornos psicósomáticos son frecuentes y existen alteraciones a nivel del sueño y del apetito.

**Factores Psicosociales:** Elementos propios de determinada cultura a los cuales los seres humanos son expuestos y deben adaptarse. Son parte del contexto social, tales como fenómenos sociales, económicos y políticos que modelan de alguna manera la personalidad.

**Rol de Género:** Serie de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y actividades diferenciadas entre hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene una serie de elementos distintivos.

### **1.5.2 PROCEDIMIENTO**

**Identificación, recopilación, análisis y síntesis de textos relacionados con la depresión desde un punto de vista clínico y desde un punto de vista psicosocial para determinar cómo estos pueden influir en aquellos.**

**Detección de factores psicosociales que según los autores pueden influir en la depresión que serán expuestos a través de la estructura temática del cuerpo del trabajo.**

## II. CONTEXTO GENERAL DE LA NEUROSIS

### 2.1 DEFINICIÓN.

Henry Ey (1965) define las neurosis como enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales que producen mas bien una perturbación del equilibrio interior del neurótico que una alteración de su sistema de realidad. Constituyen según este mismo autor enfermedades crónicas menores que desestructuran menos profundamente que las psicosis el sistema del Yo en sus relaciones con la realidad.

Fenichel (1971) menciona que en todos los síntomas neuróticos sucede algo que el paciente percibe como extraño e ininteligible. Todos los síntomas dan la impresión de algo que parece asaltar a la personalidad, partiendo de una fuente desconocida; algo que perturba la continuidad de la personalidad y reside fuera de la esfera de la voluntad consciente.

Fenichel (1971) hace alusión igualmente a estados neuróticos de otro tipo: Lo que el llama los "caracteres neuróticos" donde la personalidad no parece ser uniforme o estar solo perturbada solo por algún suceso interruptor, sino a tal punto manifiestamente desgarrada o deformada y con frecuencia afectada en tal extensión por la enfermedad, que resulta imposible decir dónde termina la personalidad y dónde empieza el síntoma.

En la neurosis, la manera normal y racional de manejar tanto las exigencias del mundo externo, -es decir todas las exigencias superyoicas- como los impulsos internos -provenientes del ello- ha sido sustituida por algún fenómeno irracional, que parece extraño y no puede ser controlado voluntariamente. Dado que el funcionamiento normal de la mente está regido por

un aparato normal de control que organiza, dirige e inhibe fuerzas instintivas más arcaicas y más profundas. (Fenichel, 1971).

Ey (1965) menciona que la fisonomía clínica de las neurosis viene caracterizada por:

a) síntomas neuróticos: son trastornos de conducta, de sentimientos o de ideas que manifiestan una defensa contra la angustia y que constituyen en relación con este conflicto interno un compromiso del que el sujeto obtiene, desde su posición neurótica cierto provecho

b) Por el carácter neurótico del Yo: éste a través de la identificación consigo mismo, no puede encontrar buenas relaciones con el prójimo ni un equilibrio interior satisfactorio.

En general podemos encontrar 3 ideas esenciales en el contexto general de las neurosis: en primer lugar los autores hablan de enfermedad mental menor que no produce alejamiento de la realidad y donde sus causas son funcionales, es decir, no implica trastornos orgánicos del sistema nervioso.

Por ejemplo Barclay (1974) dice que bajo el título de trastornos neuróticos se agrupa un amplio abanico de trastornos originados por una serie de factores biosociales; desórdenes que se mezclan sin el obstáculo de rígidas fronteras, con la "normalidad" por una parte y con otros varios tipos de psicopatología como los desórdenes psicosomáticos, los trastornos del carácter y los trastornos psicóticos.

Este autor reconoce como síntomas comunes al trastorno neurótico la reacción de angustia, la reacción fóbica, la reacción obsesivo compulsiva, reacción histérica y reacción depresiva. Muchos pacientes presentan según Barclay (1974) combinaciones de síntomas o bien síntomas específicos de su propio caso.

Una segunda idea básica es la preponderancia de trastornos subjetivos, es el mismo paciente neurótico el que crea, fabrica sus síntomas y por ello su naturaleza tan particular y diría Ey (1965) tan artificial. Existe un grado importante de debilidad yoica, se puede incluso hablar de que sus síntomas son "símbolos" de la existencia del paciente.

Por último mencionemos las técnicas inconscientes dirigidas para defenderse de la angustia que constituyen según Ey (1965) el traslado de los síntomas. Esta angustia proviene de las pulsiones más arcaicas de las cuales el paciente se defiende mediante mecanismos de defensa y son estos los que forman los síntomas de la neurosis o los rasgos de carácter.

También Karen Horney (1951) en su libro: "La personalidad neurótica de nuestro tiempo" enfatiza la importancia de la angustia mencionando que por compleja que sea la estructura de una neurosis, es la angustia el factor que desencadena el proceso neurótico y lo mantiene en actividad.

Esta misma autora menciona asimismo dos características esenciales a cualquier neurosis:

- a) cierta rigidez en las relaciones
- b) discrepancia entre las capacidades del individuo y sus realizaciones.

El síntoma neurótico es algo que estorba a la persona, muchas veces según Horney el neurótico tiene la impresión de que él mismo es un obstáculo en su propio camino.

Otra característica esencial que menciona esta autora es la presencia de tendencias en conflicto, de cuya existencia o por lo menos de cuyo contenido preciso el mismo neurótico no se percata y ante las cuales automáticamente procura alcanzar ciertas soluciones de compromiso. La autora define estas soluciones de compromiso como legítimamente

neuróticas y menos satisfactorias que las obtenidas por el individuo sano y establecidas con gran prejuicio para la personalidad total.

Para Martí y Murcia (1988) la neurosis es una enfermedad caracterizada por una alteración del equilibrio interno del individuo que repercute en su capacidad de relación social, para estos autores este padecimiento si supone una pérdida ligera de la realidad que consiste esencialmente en la dificultad para evaluar y tratar los problemas de su inconsciente. Se dan también trastornos del fisiologismo causados fundamentalmente por la ansiedad patológica o sus manifestaciones corporales o mentales personalizadas.

Estos autores reconocen que la vida cotidiana implica de hecho un marcado grado de ansiedad y mencionan que el debordamiento de ésta es lo que supone la clave del posterior trastorno neurótico.

Si bien la existencia de una personalidad premórbida constitucional y de carácter es causa originaria del trastorno, no podemos obviar las causas ambientales psicosociales porque de su presencia o ausencia depende que el cuadro se manifieste o permanezca larvado (Martí; Murcia, 1988)

Caso (1979) al respecto menciona que con frecuencia es evidente que los factores hereditarios y ambientales se influyen mutuamente. Así un conflicto puede desencadenar una reacción genética preformada; la anormalidad de esta reacción y los problemas que crea conduce de nuevo a reacciones del ambiente y a una gran variedad de síntomas.

Para Caso (1979) los enfermos con neurosis no manifiestan distorsiones ostensibles de la realidad exterior. Algunas neurosis tienen su origen en la inseguridad; en conflictos no

**resueltos, entendiendo por conflicto el choque entre dos o mas impulsos, deseos opuestos o incompatibles que producen como norma ansiedad y/o tensión emocional.**

**Siendo de tal importancia la angustia como motor de la neurosis será importante destacar algunos aspectos de ésta y su funcionamiento en dicho padecimiento.**

### **2.1.2 ANGUSTIA**

**La angustia consiste esencialmente en una reacción frente al peligro en la que el yo evidencia su deseo de sobrevivir y se prepara para la lucha o para la fuga si ello es necesario, se exterioriza como un estado afectivo displacentero, acompañado de síntomas físicos característicos (palidez, cambios en el pulso y en el ritmo cardíaco) la angustia aparece ante la eminencia de un ataque dirigido contra el yo.**

**Para Fenichel (1971) la angustia es una fuerza de contracatexia típica que el yo utiliza contra los instintos pero que es al mismo tiempo derivada de ellos. Es una contracatexia porque es iniciada por el Yo y basada en una anticipación activa de cierta posibilidad futura.**

**Explica lo anterior diciendo que a lo largo del desarrollo las personas son puestas en situaciones traumáticas de las cuales surge la idea de que los instintos pueden ser peligrosos, basando esta idea en fundamentos válidos o no. De este modo el Yo se vuelve contra los instintos porque los cree peligrosos. Así el problema de la angustia es la esencia de toda psicología de los conflictos neuróticos. La angustia primaria es la manifestación de una tensión no dominada, es un fenómeno automático que se produce todas las veces que el organismo se ve inundado de excitación, se produce automáticamente, hace su aparición en forma de pánico y es experimentada por el Yo en forma pasiva. Mas tarde el Yo aprende a**

usar para sus fines las que antes fueron reacciones automáticas arcaicas. El juicio del yo acerca de la existencia de un peligro inminente coloca al organismo en un estado similar al de un trauma, pero de menor intensidad. La angustia "amansada", así creada por el Yo en situación de peligro, puede ser considerada como una señal de angustia ya que es usada para indicar la necesidad de iniciar una actitud defensiva. (Fenichel, 1971)

Toda angustia es así un temor de sufrir un estado traumático, un temor a la posibilidad de que la organización del Yo sea arrollada por la excitación.

Para Horney (1951) el factor subjetivo implícito en la angustia reside en nuestro propios impulsos. En rigor los impulsos hostiles de las mas diversas especies constituyen la fuente principal de la mayoría de las neurosis. Agrega que todo impulso hostil agudo puede ser una causa directa de angustia si su relación contraria a los intereses del propio sujeto.

Además de esto Horney menciona la influencia recíproca que existe entre angustia y hostilidad y su importancia; dice al respecto que si se llega a comprender que la hostilidad puede ser intensificada por la angustia, no es necesario buscar una fuente biológica especial de los impulsos destructivos como hizo Freud en la teoría del impulso de muerte. No importa cuál sea el factor primitivo, lo importante es que angustia y hostilidad están indisolublemente entrelazadas.

La angustia no resulta del temor a nuestro impulsos, sino más bien del temor a nuestros impulsos reprimidos. (Horney 1951).

## 2. 2 SOLICITUD DE TRATAMIENTO

Con cierta frecuencia, las personas que padecen neurosis, no se percatan de su estado enfermo y por ende no recurren a tratamiento oportunamente, esta es una de las razones por la que las enfermedades mentales tienden a adquirir un estado más agudo.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) estima en 1995 que del 10 al 13% de la población mayor de 15 años sufre alguna forma de neurosis y que si bien la mayoría de los casos no amerita hospitalización estos diagnósticos han ocupado el sexto lugar como causa de internamiento en mujeres, además de que es probable que algunas depresiones sean agrupadas incorrectamente bajo este rubro.

Agrega la SSA (1995) que las neurosis ocupan el 3er lugar en cuanto a solicitud de consulta externa en los varones y el 1o entre las mujeres.

Estos datos nos muestran la vigencia y la frecuencia de este tipo de padecimientos en la población mexicana, y llama la atención el hecho de que en las mujeres la frecuencia es mayor que en los hombres, probablemente la resonancia de conductas de acuerdo a los roles que desempeñan ambos sexos los predispone de formas diferentes a la neurosis.

Como se mencionó en el apartado anterior, muchas veces no se consideran padecimientos y por lo tanto no se busca ayuda profesional, generalmente el tiempo que transcurre entre la iniciación del problema y la solicitud de ayuda es excesivo. En la Encuesta Nacional de Salud Mental, citada por la SSA (1995) el 7% de la población estudiada manifestó haber sufrido incapacidad para asistir al trabajo o a la escuela a causa de problemas de salud mental, pese a lo cual es bajo el número de personas que solicitaron ayuda profesional. La mayoría de los

encuestados que confrontaron problemas de salud mental no muy severos recurrió en busca de la ayuda de los familiares, amigos, sacerdotes o procedió a automedicarse.

Cochrane, (1991) reconoce que un individuo atraviesa por diversas fases antes de ser canalizado a un servicio de salud adecuado a su padecimiento.

Desde su aparición puede ser que tarde en ser reconocido como padecimiento mental atribuyéndolo a causas físicas o a malestares menores propios de la personalidad del sujeto, posteriormente viene la idea de que el problema puede o no ser superado llevando a la persona o bien a buscar ayuda o bien a automedicarse o desviarse a otros medios (como la bebida) o buscar ayuda en familiares y amigos.

Si llega a ir al médico puede darse el caso de que el médico lo reconozca como un problema psicológico y se derive a la persona con un profesional de la salud o bien que se piense que es un desorden físico o trastorno menor de carácter pasajero.

Puede ser que una persona antes de ser internada por un problema depresivo pase por un tratamiento inadecuado y se agudice su problema.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental (SSA, 1995) entre las personas con problemas psiquiátricos que manifestaron no haber solicitado ayuda de ningún tipo, predominaron quienes admitieron su desconocimiento tanto de la naturaleza de su sufrimiento, como de la existencia de tratamientos especializados. Muchos expresaron prejuicios acerca de las causas de estos trastornos.

**En México el tiempo que transcurre entre la iniciación de los trastornos emocionales y problemas de conducta y la solicitud de ayuda médica según la SSA (1995) osciló entre 8 y 52 semanas (para población derechohabiente y abierta respectivamente)**

**Páez, Basabe, Cedeño y Celorio (1989) mencionan al respecto que cuando el grueso de la sintomatología que puede llegar a padecer una paciente en casos de depresión, ansiedad, tensión, y conductas conflictivas no es demasiado invalidante la respuesta de los sujetos ante ella no viene dada por las características intrínsecas de los síntomas. Continúan los autores, diciendo que la mayoría de los síntomas de "trastorno mental", no tienen características intrínsecas y son una respuesta a los problemas de modo de vida. El sujeto buscará tratamiento sólo cuando sus síntomas sobrepasen el umbral de tolerancia de su entorno y cuando el costo de buscar ayuda sea inferior a los beneficios que se extraigan del tratamiento.**

**Para Caso (1979) el tratamiento con éxito de los conflictos depende del hecho de identificarlos y ayudar al enfermo a reconocerlos y encontrar mejores soluciones contra los mismos que la formación de síntomas neuróticos o modificaciones anormales de la conducta. Si estos datos nos dan como conclusión que el primer paso, es decir la identificación del conflicto lleva tanto tiempo podemos esperar que los tratamientos sean administrados cuando la enfermedad ya ha avanzado en forma considerable.**

### III. DEPRESIÓN

#### 3. CONCEPTO

La depresión es un padecimiento que afecta muchas esferas del ser humano su mente y su cuerpo. La mente a nivel del estado de ánimo, los pensamientos, el autoconcepto; el cuerpo a nivel del apetito, el sueño y el nivel de energía en general. El hablar de una trastorno depresivo no implica una situación pasajera de tristeza y falta de ánimo, es todo un complejo síndrome que requiere tratamiento terapéutico adecuado y oportuno y en algunos casos farmacológico. Todos los síntomas son algo ajeno a la voluntad del paciente, por lo que no es algo autocontrolable.

Los sentimientos de trastorno se encuentran asociados generalmente a una reducción del nivel de eficacia cognoscitiva y la capacidad de resolución de problemas cuya magnitud depende de la intensidad y duración de la respuesta emocional. Existe una capacidad mermada para recoger y procesar información y para acceder a recuerdos relevantes que den un significado importante a las percepciones. Se da, además un deterioro en la claridad del autoconcepto por parte de la persona y un deterioro en su capacidad de mantener la habilidad de perseverar frente al malestar, todo lo cual debilita su voluntad de seguir luchando. (Caplan, 1993).

Es un padecimiento asimismo que engloba distintos subtipos con diversos síntomas y manifestaciones; cronicidad y gravedad.

El DSM IV: (1994) Manual de diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) contempla la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo (mood disorders). Los trastornos del estado de ánimo según este manual, están divididos en: Trastornos Depresivos; donde se incluyen la Depresión Mayor, la Distimia y Trastorno Depresivo no Especificado; los Trastornos Bipolares que incluyen a los

**Trastornos Bipolares I y II, Cielotimia, Trastorno Bipolar no especificado y finalmente Trastornos basados en la etiología, en éstos últimos se incluyen: el Trastorno del estado de ánimo debido a una condición médica específica y Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.**

La depresión ha sido estudiada desde la época de Hipócrates, (siglo V, A. C.) en su libro "De la naturaleza del hombre". En aquella época las enfermedades eran atribuidas a la reacción conjunta de los 4 humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. La bilis negra que era un producto tóxico resultante de la degeneración de la bilis amarilla era considerado el factor fundamental de la enfermedad. El nombre de melancolía proviene precisamente de ahí. (melanos-negro, choles-bilis) (Jakson, 1986)

Bemporad menciona que fue Areteo de Cappadocia en el siglo II de nuestra era, quien formuló un cuadro más completo que el de Hipócrates y notablemente moderno de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que poco tenía que ver con la atrabilis o con los demás humores, asocia la manía a la depresión y las considera a ambas como parte de una única entidad nosológica. (Arieti y Bemporad, 1978)

En general podemos hablar de un estado de ánimo triste que colorea toda la personalidad, un estado persistente de dolor y decaimiento, se encuentra que el paciente ya no disfruta con las cosas que antes le producían placer. Se presenta una actitud de pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad. Existe también una disminución importante de energía que dependiendo el cuadro que presente el paciente (Depresión Mayor o Distimia) serán más o menos incapacitantes para el desarrollo de sus actividades cotidianas: trabajar, comer, dormir, divertirse y disfrutar en general.

Arieti menciona que la depresión es un sentimiento pero contrariamente al pesar y a la tristeza comunes, es también un síndrome en la medida en que produce graves alteraciones del funcionamiento psicológico y de algunas funciones somáticas. (Arieti y Bemporad, 1978)

Los pacientes depresivos representan un riesgo de muerte cuatro veces superior al de los no depresivos descartando el riesgo por suicidio. Las causas de muerte más frecuentes son; según la Secretaría de Salubridad y Asistencia, patología cardiovascular y cáncer. (SSA, 1995)

### 3.1 DEPRESIÓN MAYOR

Según el DSM IV (APA, 1994) la historia clínica de un paciente con depresión mayor está caracterizada por uno o más episodios depresivos mayores sin una historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, en cuyo caso se calificaría como depresión bipolar.

Guillermo Calderón (1984) resalta la importancia de los elementos genéticos en la Depresión Mayor, a la cual denomina Depresión Psicótica, y la caracteriza por la seria alteración de la personalidad, pérdida de autocrítica y choque importante con el medio.

#### 3.1.2 SÍNTOMAS

Se presentan desordenes de los hábitos alimenticios como baja de apetito a aumento de él; desordenes en el sueño como insomnio o hipersomnia. Según este mismo manual el 15% de las personas que padecen depresión mayor mueren a causa del suicidio. (DSM IV, 1994)

Ey (1965) habla de la Depresión Mayor como un estado de depresión intensiva vivificado con un sentimiento de dolor moral (abatimiento, disgusto, descorazonamiento, desesperanza y lamentos) y caracterizado por el enlentecimiento y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras. Menciona asimismo que los sentimientos depresivos ocupan el primer plano en el cuadro clínico, estando el sujeto invadido por una profunda tristeza que abarca casi todo el campo de su consciencia.

### 3. 1. 3 CAUSAS

El DSM IV (1994) considera factores predisponentes a la depresión mayor: Las enfermedades físicas crónicas y la dependencia a sustancias psicoactivas, particularmente la dependencia del alcohol y la cocaína. También contempla al estrés psicosocial como factor predisponente en especial la muerte y la separación, es decir las pérdidas.

### 3.2 DISTIMIA

#### 3.2.1 SÍNTOMAS

El DSM IV considera que en la Distimia, pueden presentarse los síntomas vegetativos que se presentan en la depresión mayor; es decir, los trastornos de sueño, de apetito y los síntomas psicomotores; pero con menor frecuencia.

Se presentan aquí según este manual una baja en la energía, sentimientos de inadecuación, sentimientos subjetivos de culpabilidad, baja autoestima, poca concentración, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Asimismo se presentan pocos intereses y autocrítica, y una autopercepción de incapacidad.

Para Henry Ey (1965) el factor semiológico elemental en la depresión es un aspecto fenomenológico caracterizado por un trastorno, un descenso del humor (timia) que termina siendo triste, al cual como consecuencia o como asociación, se encuentran añadidos a los trastornos del humor, otros dos fenómenos: la inhibición y el dolor moral. La primera se refiere a una especie de frenaje o entecimiento de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses, repliega al sujeto sobre sí mismo en un aislamiento que le empuja a rehuir de los demás y de las relaciones con los otros. Subjetivamente el sujeto experimenta fatiga psíquica, paralelamente experimenta una astenia física y un entecimiento de la actividad motriz que se alteran con malestares somáticos

variados en relación con unas perturbaciones neurovegetativas siempre revelables. El enfermo es consciente de esta inhibición.

Al referirse al límite entre lo sano y lo patológico Ey (1965) menciona que la reacción de inhibición puede ser una reacción normal en un sujeto sano como consecuencia de un acontecimiento muy penoso (duelo normal). No es más que la prolongación o exageración de este estado lo que se convierte en patológico.

Sin embargo, en cuanto a la inhibición depresiva se da un fenómeno importante, tal como lo remarca Hugo Bleichmar (1991) no existe una restricción a los intentos con respecto al objeto perdido sino a todos los demás objetos, ya que existe en el sujeto una fijación desecosa hacia este objeto y una percepción del mismo de irrealizable. Esta particular vicisitud del deseo determina el retardo o en algunos casos casi anulación que sufren la ideación, la percepción, la motricidad y las manifestaciones afectivas.

Este mismo autor reconoce tres caracteres en la inhibición depresiva:

- a) se mantiene un deseo,
- b) el deseo se anticipa como irrealizable,
- c) hay fijación de ese deseo, es decir imposibilidad de pasar a otro.

Según Hugo Bleichmar (1991) a mayor fijación y a mayor percepción del deseo como irrealizable, mayor será la inhibición depresiva.

En cuanto al síntoma del dolor moral, Ey (1965) menciona que se expresa en su forma mas elemental por una depreciación que puede encaminarse hacia una autoacusación, autopunición, sentimiento de culpabilidad. Este síntoma de autoacusación está determinado por un factor cultural, es decir, de las características que cierta cultura considere como buenas o malas dependerá la manera como el paciente dirija su culpa.

Según el CIE 10: (OMS, 1992) Décima Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales de la Organización Mundial de la Salud, la alteración fundamental en la depresión se da a nivel del humor o la afectividad. La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la afectividad o son comprensibles en su contexto. Para Hugo Bleichmar (1991) la tristeza también es considerada como el elemento que pone en marcha a los demás en el contexto de la depresión, que serían su consecuencia. De ahí según este autor que se hiciera formar parte a las depresiones de la categoría nosológica de los trastornos del humor o de la afectividad.

La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con situaciones estresantes. Según la décima clasificación de los trastornos mentales, son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) disminución en atención y concentración
- b) pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- c) ideas de culpa e inutilidad
- d) perspectiva sombría del futuro
- e) pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f) trastornos del sueño
- g) pérdida del apetito

Los episodios depresivos son propios tanto de la Depresión Mayor como de la Distimia, el diagnóstico en base a la cronicidad y a la gravedad.

El CIE 10 define a la Distimia como una depresión crónica del estado de ánimo donde los enfermos reportan días donde se sienten bien, pero la mayor parte del tiempo (puede ser durante meses) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer

frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La Distimia, por lo tanto tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica.(OMS, 1992)

En la depresión neurótica según Calderón, (1984) la personalidad del sujeto ha sido mal integrada en la etapas evolutivas, debido a problemas importantes que se presenten durante la infancia o adolescencia. Ey (1965) a éste respecto menciona que las crisis de depresión neurótica son resultante de la descompensación de una estructura neurótica anterior.

Considera también Calderón (1984) la depresión simple donde la personalidad no sufre ningún trastorno, por lo que no se considera como trastorno psiquiátrico. Esta definición de depresión simple coincidiría con lo que otros autores como Mackinnon (1973) llaman simplemente síntoma depresivo, y como menciona Ey (1965) pueden presentarse en cualquier persona.

Dongier (1971) define la depresión por la pérdida del gusto de vivir, el enfermo neurótico depresivo, según éste autor puede repetir aveces que no vale nada para que se le convenza de lo contrario y distingue dentro de la depresión neurótica los estados depresivos esenciales crónicos, donde el factor constitucional parece mayor y las depresiones sintomáticas reactivas.

Caso (1979) habla también de una depresión de tipo neurótico, considerando cuando el paciente trata de adaptarse a ciertas tensiones usando la depresión como mecanismo de defensa.

Hace también alusión a la significancia de las pérdidas en un paciente depresivo, esta significancia reside en el trauma psíquico que provocan dichas pérdidas, mencionando de hecho la tendencia de los pacientes a la ideación constante al rededor del sentimiento de pérdida y un componente culpígeno.

Hace también alusión a la significancia de las pérdidas en un paciente depresivo, esta significancia reside en el trauma psíquico que provocan dichas pérdidas, mencionando de hecho la tendencia de los pacientes a la ideación constante al rededor del sentimiento de pérdida y un componente culpígeno.

Para Barclay (1974) una reacción depresiva es neurótica si se dan ciertas circunstancias ambientales que juegan un papel importante en su aparición y si los síntomas no son demasiado graves y no comprenden erróneas distorsiones de la realidad. Barclay caracteriza el cuadro de síntomas como una extensión de la reacción normal al dolor con fuertes tendencias autodepreciativas. La reacción depresiva neurótica viene generalmente precipitada por alguna pérdida, siendo estos sucesos capaces de deprimir a cualquiera pero en el neurótico es más fuerte sin desaparecer en plazos razonables.

Las crisis de llanto se presenta con importante frecuencia y los síntomas tienden a ser exagerados. Existen posibilidades de suicidio pero menores que en la Depresión Mayor. (Caso, 1979)

### 3. 2.2 CAUSAS

Para el DSM IV (APA, 1994) la Distimia puede ser consecuencia de un trastorno crónico preexistente y tipificado como por ejemplo la anorexia nerviosa, somatizaciones, dependencia a sustancias psicoactivas, trastorno por ansiedad, artritis reumatoide, estas Distimias se consideran como de tipo secundario y las que no están relacionadas con un trastorno crónico preexistente se clasifican como de tipo primario.

Este mismo manual considera los casos de Distimia que se desarrollan antes de los 21 años como de inicio precoz y los que se desarrollan a esa edad o posteriormente se clasifican como

Este mismo autor considera la posibilidad de una predisposición hereditaria, es decir genética al igual que en las psicosis maníaco depresivas.

### 3.3 ENFERMEDAD MANÍACO DEPRESIVA

La manía es considerada tanto por el DSM IV (APA, 1994) como por el CIE 10 (OMS, 1992) un desorden en el humor o estado de ánimo, tal como lo es la depresión; pero aquí contrariamente a ésta, se presenta un júbilo intenso e inadecuado, irritabilidad intensa e inadecuada, insomnio importante, características propias del lenguaje como: falta de lógica y coherencia en el encadenamiento de ideas, rapidez al hablar, pensamiento desarticulado, distractibilidad ante los estímulos sonoros del lenguaje; se presenta un aumento en la energía incluyendo la sexual y en general un comportamiento social inadecuado.

Es un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa de los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. (OMS, 1992)

Dentro de los trastornos bipolares el DSM IV reconoce:

- El trastorno bipolar I que se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
- El trastorno bipolar II que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.
- El trastorno ciclotímico que se caracteriza por al menos dos años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor. (APA, 1994)
- El trastorno bipolar no especificado: aquí se incluyen los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos antes definidos (o síntomas bipolares sobre los que se tenga una información inadecuada o contradictoria).

El CIE 10 clasifica los trastornos bipolares dependiendo del episodio actual y los síntomas que lo acompañan: hipomaníaco, maníaco con o sin síntomas psicóticos, depresivo leve o moderado con o sin síntomas somáticos, depresivo grave con o sin síntomas psicóticos, mixto y en remisión. (OMS, 1992)

En cuanto a la ciclotimia el CIE 10 reconoce dentro de ella una inestabilidad persistente en el estado de ánimo que generalmente aparece al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico. Aunque a veces el estado de ánimo puede permanecer normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales.

La ciclotimia puede pasar desapercibida por el profesional clínico ya que las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los periodos de euforia pueden ser muy agradables, los cambios a nivel del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos a nivel de la actividad, la confianza en sí mismo, la sociabilidad o las aptencias.

Leibenluft (1996) encuentra diferencias de género en el curso de la enfermedad bipolar en el sentido de que la mujeres tienden a presentar ciclos rápidos y una cantidad mayor de episodios depresivos en oposición a los episodios maníacos.

Argumenta como posibles explicaciones, los altos niveles de hipotiroidismo, el mayor uso de antidepressivos y los efectos de los esteroides gonadales haciendo que presenten un mecanismo de switch más débil.

Las influencia de los factores anteriormente citados no son mutuamente excluyentes y cada paciente difiere en cuanto a la sensibilidad que manifiesta.

El CIE 10 (OMS, 1992) reconoce además del trastorno bipolar no especificado, otros trastornos bipolares.

### **3.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

#### **3.4.1 DEPRESIÓN MAYOR Y DISTIMIA**

Los criterios que toman en cuenta los clínicos a la hora de diagnosticar Depresión mayor y Distimia (depresión endógena y exógena) se basan, según Freden (1986) en:

- a) Si hay depresión en la familia
- b) grado de depresión (grave/ligera)
- c) reacciones motoras (inhibidas/normales)

- d) reacción a agentes antidepresivos**
- e) la presencia de algunos factores desencadenantes**

Algunas pautas consideradas por el CIE 10 (1992) son: Depresión prolongada del estado de ánimo como rasgo esencial. Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un periodo depresivo aislado o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.

Incluye:

- Depresión ansiosa persistente
- Neurosis Depresiva
- Trastorno de personalidad depresiva
- Depresión neurótica (de más de dos años de duración)

Otros factores imprescindibles de tomar en cuenta serían la gravedad, cronicidad y persistencia de los síntomas.

El DSM IV resalta la dificultad que existe para diferenciar entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor por el hecho de que ambos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en cuanto a inicio, duración, persistencia y gravedad no son fáciles de evaluar retrospectivamente. (APA, 1994)

Normalmente el trastorno depresivo mayor consiste en uno o más episodios depresivos mayores diferenciados que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años.

En sus criterios de diagnóstico diferencial el DSM IV (APA, 1994) agrega que sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico con posterioridad a un trastorno depresivo

mayor si el trastorno distímico es cronológicamente anterior del primer episodio depresivo mayor o si ha habido una remisión total del episodio depresivo mayor antes del inicio del trastorno distímico.

Cabe agregar que a nivel de la psiquiatría tradicional se define el problema depresivo como si fuera únicamente biológico. Para García López (1991) el diagnóstico psiquiátrico de la depresión está basado en una mezcla de causa-efecto, síntoma y tratamiento, sin tomar en cuenta el contexto social, esto hace que aunque se permita al paciente un manejo adecuado de sus vidas por medio de la terapia farmacológica, no se adentran en las vidas de las personas y por ello los beneficios son temporales. La remisión del síntoma no implica la cura de la enfermedad.

Se coincide con la autora en lo que se refiere a la importancia de los factores socioculturales en el curso de la enfermedad, deben tomarse en cuenta como parte de la etiología de ésta y definir cuadros nosológicos donde además de los elementos de pérdida se tomen en cuenta los roles de género, las demandas de la socio-cultura y las expectativas de género.

Además para un diagnóstico adecuado debemos tomar en cuenta como lo hace Winokur (1995) que cada enfermedad tiene un conjunto propio de epidemiología, personalidad premórbida, cuadro clínico, evolución y pronóstico, antecedentes familiares (genéticos) y respuesta al tratamiento.

### 3.4.2 DEPRESIÓN BIPOLAR-UNIPOLAR

En cuanto a la distinción de la enfermedad bipolar y la depresión unipolar, la clave está precisamente en los episodios maníacos, que si se dan, se diagnostica como enfermedad bipolar o maníaco depresiva.

Algunas diferencias importantes entre éstas dos enfermedades son: los pacientes bipolares tienen mayores probabilidades de existencia previa de casos de manía en la familia, en comparación a los enfermos de depresión unipolar, además de que en los primeros, las probabilidades de antecedente familiar de enfermedades afectivas son mayores que en los segundos. (Winokur, 1995)

La depresión es una entidad muy heterogénea, que puede relacionarse también con estrés o problemas de personalidad preexistentes; además la depresión mayor puede surgir como un trastorno endógeno, muchos episodios depresivos unipolares pueden ser conceptualizados como primarios, mientras que algunos son secundarios a otros padecimientos psiquiátricos, la enfermedad bipolar tiende a ser más homogénea. La depresión de enfermos bipolares es en realidad muy similar a la de los pacientes unipolares, las distinciones se enfocan a puntos muy finos, pero hay una diferencia interesante: los pacientes bipolares tienen episodios depresivos más breves.

Winokur, (1995) concluye que el trastorno bipolar y la depresión unipolar, son enfermedades independientes cuando se toman en cuenta la epidemiología, los antecedentes premórbidos y de personalidad, los antecedentes familiares, (genéticos) la evolución de la enfermedad, datos biológicos y resultados terapéuticos. El uso de las características distintivas entre ellas permite tener mayor capacidad de clasificación. Si el trastorno bipolar y los trastornos afectivos unipolares son entidades separadas, el tratamiento será más específico al tomar éste factor en consideración.

### 3. 5 DEPRESIÓN ENMASCARADA

Algunas mujeres, de acuerdo a Emilce Dio Bleichmar (1991) sufren síntomas depresivos sin percatarse de que están profundamente deprimidas, porque adoptan una fisonomía atípica

constituyendo así las depresiones encubiertas cuyos síntomas principales según esta autora son:

1.- Comer compulsivo.

2.- Problemas en la vida de pareja.

a) dificultades sexuales.

b) irritación y desánimo.

3.- Problemas en las relaciones interpersonales. Esto es volcando un estado de ánimo que proviene de un conflicto interior en el seno de una relación interpersonal.

4.- Síntomas físicos. (somatizaciones)

Lesse (1981) considera que el afecto depresivo puede a veces estar enmascarado, de manera que los psicólogos y psiquiatras no se percaten de él. Esto se debe a que la depresión se oculta bajo síntomas hipocondríacos y psicossomáticos; también el abuso de drogas puede ser considerado un acting-out conductual de las depresiones enmascaradas. Especialmente en las grandes ciudades la depresión tiende a disfrazarse.

Según este mismo autor a la depresión enmascarada se le han atribuido una gran variedad de etiquetas, que han contribuido a la confusión de este síndrome, entre esas varias etiquetas están: 1) depresión enmascarada, 2) equivalentes depresivos, 3) equivalentes afectivos, 4) síndromes borderline y 5) depresiones escondidas. Considera asimismo que la máscara de la depresión varía dependiendo de muchos factores: 1)cultura, 2)edad del paciente, 3) antecedentes socioeconómicos y sociofilosóficos, 4) procesos hereditarios y congénitos y 5) desarrollo ontogénico.

También en la depresión enmascarada se encuentran rangos de padecimiento más altos en mujeres que en hombres, principalmente mujeres en la mitad de la vida.

### 3.6 FACTORES BIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN

Dado que la presente es una tesis, en la cual se pretende resaltar la importancia de los factores psicosociales en el trastorno depresivo, se hará tan solo una breve mención de algunas hipótesis biológicas sin pretender ser exhaustiva, únicamente proporcionando una breve visión de estos fenómenos como participantes en la complejidad del síndrome depresivo.

Las teorías biológicas de las causas del trastorno depresivo simple son semejantes a las de la depresión mayor, la distinción principal según Goldman (1994) consiste en que el trastorno distímico (neurótico o simple) es un síndrome menos grave pero más crónico.

En cuanto a la depresión mayor los estudios genéticos indican que el riesgo entre los parientes de primer grado de los sujetos que sufren depresión mayor (unipolar) es de dos a tres veces el riesgo de la población general. Esto es la mitad aproximadamente de la tasa entre los parientes de primer grado de los sujetos que sufren enfermedad bipolar. (Goldman 1994)

La más importante de las hipótesis que se han considerado entraña la función alterada de una o más monoaminas que actúan como transmisores sinápticos o neurohormonas en las terminales nerviosas del Sistema Nervioso Central. (Baldessarini 1986)

Las aminas más frecuentemente mencionadas han sido la catecolamina noradrenalina (NA) y la indolamina serotonina o 5-hidroxitriptamina. (5-HT). Además se han considerado la función alterada de la acetilcolina (ACh) así como la de la catecolamina dopamina (DA), un transmisor que es además el precursor inmediato de la noradrenalina. Se sabe que todas estas sustancias se sintetizan almacenan y liberan de fibras neuronales específicas en el cerebro, la médula espinal o el sistema nervioso periférico.

Existe en la depresión la regulación alterada del equilibrio colinérgico y adrenérgico y se caracteriza por un dominio colinérgico relativo. Como los sistemas neurotransmisores monoamínicos del Sistema Nervioso Central, se encuentran distribuidos con amplitud y participan en la regulación tónica de las funciones vegetativas como: excitación, movilidad, sueño, agresividad y otras se prestan perfectamente bien para esta hipótesis. (Goldman 1994)

El funcionamiento de las vías noradrenérgicas, dopaminérgicas y serotoninérgicas influye sobre el origen del estado depresivo y se modifica profundamente por el influjo de los fármacos antidepressivos. La hipótesis genérica, más plausible en la depresión es la de admitir la existencia de una hiposensibilidad del receptor post-sináptico particularmente en las vías noradrenérgicas. (Fernández 1988)

Las variables de las cuales depende el funcionamiento de estos tres grandes sistemas según Fernández (1988) se sistematizan en los factores siguientes: la síntesis de la monoamina, la degradación de la monoamina, la sensibilidad del receptor post-sináptico, que depende de la liberación de la sustancia y de la recaptación de la misma como fuerzas contrapuestas.

Al llegar un impulso nervioso a la terminación presináptica se produce una liberación del neurotransmisor en la hendidura intersináptica. El contacto del neurotransmisor con el receptor post-sináptico produce una modificación en la permeabilidad de la membrana originando un impulso nervioso en la neurona post-sináptica.

Sin embargo debemos tomar en cuenta de igual forma, tal como lo menciona Freden (1986) que los cambios en las sustancias neurotransmisoras también pueden ser el resultado de un largo periodo de tensión o de un suceso profundamente traumático.

Algunos especialistas creen en la existencia de un punto débil sobre el cual ejercería su acción cualquier trastorno psicosocial, facilitando así la aparición de una alteración orgánica, ya que

los factores del medio externo, una vez interiorizados, pueden dar lugar a procesos cerebrales que activen el sistema neuroendócrino modificando el estado funcional de los órganos efectores y los sistemas motores. (OMS, 1964, citado por Martí y Murcia, 1988)

Es verdad que en el cerebro de la persona que experimenta tristeza se produce una alteración bioquímica pero parece más atinado afirmar que la alteración no se transmite del plano bioquímico al psicológico sino del psicológico al bioquímico. En otras palabras, la evaluación cognoscitiva del hecho es previa a la modificación de la bioquímica cerebral. Si esta fuera requisito de la vivencia subjetiva de la tristeza, también tendría que ser responsable de otra transformación, la de una reacción química de la experiencia psicológica de tristeza.

### 3.7 DIFERENCIAS BIOLÓGICAS DE ACUERDO AL SEXO.

En la enfermedad bipolar, la prevalencia de mujeres enfermas no es mayor a la del hombre, sin embargo sí se encuentran diferencias de acuerdo al sexo de los sujetos en cuanto al curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, por ejemplo las mujeres tienden a presentar ciclos más rápidos en la enfermedad maníaco depresiva con una prevalencia mayor de los episodios depresivos por encima de los maníacos. (Leibenluft, 1996)

Posible explicaciones a este mecanismo de switch débil son los altos niveles de hipotiroidismo presentados en su mayoría por mujeres, mayor uso de antidepresivos y efectos de los esteroides gonadales. (Leibenluft, 1996) Sus influencias no son mutuamente excluyentes y cada paciente difiere en cuanto a la sensibilidad que manifiesta.

#### 3.7.1 HIPOTIROIDISMO

Algunos factores que influyen en la prevalencia de hipotiroidismo son: género, edad, y duración del tratamiento con litio. La función tiroidea varía con el estado de ánimo en

**pacientes de ciclo rápido. Además la regulación de las funciones tiroideas periféricas y centrales son reguladas separadamente, así las medidas periféricas no son un reflejo exacto del funcionamiento tiroideo en el sistema nervioso central (S.N.C).**

### **3.7.2 ESTEROIDES GONADALES**

**Una línea obvia de razonamiento sugiere que el ciclo rápido es más común en mujeres porque las fluctuaciones de los esteroides gonadales a través del ciclo menstrual predisponen a las mujeres con enfermedad bipolar a frecuentes cambios del estado de ánimo. Estos estudios son limitados ya que la enfermedad también existe en hombres y en mujeres que ya han pasado por la menopausia. Muchas mujeres bipolares no muestran una relación sistemática entre el ciclo menstrual y el estado de ánimo.**

**Los esteroides pueden influir indirectamente a la patogénesis de los ciclos del estado de ánimo a través de sus efectos en los niveles de actividad de los ritmos circadianos.**

**Tanto la manía como la depresión están asociadas a alteraciones en los niveles de sueño y actividad, por ende cualquier influencia de los esteroides en el ciclo de sueño-vigilia pueden influenciar el curso de la enfermedad bipolar y ayudar a explicar algunas diferencias de género observadas.**

### **3.7.3 USO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS**

**Los antidepresivos pueden inducir al ciclo rápido en pacientes bipolares. Esto se puede explicar por una mayor sensibilidad de estos pacientes hacia el medicamento. En un estudio se comprobó que de cada 9 pacientes bipolares que experimentaban una aceleración del ciclo debido a los antidepresivos 8 eran mujeres, sin embargo no se especificó a qué dosis se**

sometió a cada sexo, es probable que las mujeres sean tratadas con dosis mas altas, pero quizá sea preferible un ciclo rápido y no un episodio depresivo largo que pueda llevar al suicidio.

Es indudable la importancia de la administración de medicamentos para el alivio de los síntomas depresivos. Con una prescripción adecuada puede reducirse de manera considerable el riesgo de suicidio en pacientes con tendencia a él, sin embargo, el tratamiento farmacológico aislado no tiene el potencial de cura y los efectos a largo plazo que tendría si se acompaña de una psicoterapia. De manera aislada la terapia farmacológica sólo ofrece beneficios temporales. Sin embargo esta capacidad de acción inmediata sobre el individuo y sus síntomas es importante para las primeras intervenciones.

Todavía en la década de los 50's no se conocía otro método de tratamiento de la depresión que los electrochoques, su influencia terapéutica fue descubierta en 1938 por Ugo Serletti. Fue en 1957 cuando Roberto Domenjoz y Roland Kuhn descubrieron el primer antidepressivo: la imipramina, que es un tricíclico y se cree que su actividad terapéutica se basa ante todo en su capacidad para inhibir la captación neuronal de la noradrenalina (NA) y la serotonina (5-HT). La imipramina pertenece a la categoría de los llamados bloqueadores mixtos, es decir, inhibe la reincorporación de (NA) y (5-HT) aproximadamente en la misma medida.

Algunos antidepressivos tricíclicos son los siguientes:

Anafranil (Clomipramina)

Tryptanol (Clorhidrato de amitriptilina)

Mutabon A

Perfenazina (2.0)

Clorhidrato de Amitriptilina (25.0 mg.)

Diclorhidrato de Flutenazina (0.50 mg.)

Motival

**Clorhidrato de Nortripifina (10 mg.)**

**Ekilid**

**Cápsulas: Sulpirido (50 mg.)**

**Comprimidos: Sulpirido (200 mg.)**

Por otro lado estan los inhibidores de las monoaminooxidasas cuyo efecto está en mantener altos niveles de serotonina inhibiendo su recaptación. Algunos de estos son los siguientes:

**Marplan (Isocarboxidasa)**

**Durorex (moclobemida)**

**Altruline (Clorhidrato de sertralina), este es un inhibidor muy potente de la captura de la serotonina.**

**Prozac (Clorhidrato de Fluoxetina 20 mg.)**

**Luvox (Maleato de Flovoxamina en 50 mg. y 100 mg.)**

#### **IV. IMPORTANCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN LA SALUD O ENFERMEDAD MENTAL**

Ya se ha resaltado la importancia de los factores psicosociales en los estudios de salud mental, como por ejemplo los de la OPS (1983) o los de la APA (1994). En el presente trabajo ya se ha hecho mención de la característica multicausal de la depresión y en general de todos los padecimientos mentales. No podemos atribuir sus causas únicamente a factores bioquímicos, hereditarios o medioambientales, porque esto equivaldría a reducir la importancia de los otros, debe tomarse en cuenta la acción conjunta de todos ellos. De acuerdo a la OMS, cada día aparecen nuevas formas de enfermar debido a la estrecha relación de los factores bio-psico-sociales. (Martí y Murcia 1988)

Sin embargo, se coincide con el punto de vista de Cochrane (1991) quien resalta que si bien existen diferencias individuales y biológicas, son los factores sociales altamente responsables de la creación de diferencias en salud mental, diferencias en cuanto a vulnerabilidad y formas de afección. Este mismo autor hace alusión al hecho de que muchos individuos con predisposiciones genéticas no sufren perturbaciones psicológicas, mientras otras, sin esta predisposición, pasan efectivamente por periodos de enfermedad mental.

Martí y Murcia (1988) también reconocen que si bien existe la influencia genética, el trastorno no aparecerá salvo si ocurren ciertas condiciones adaptativas especiales.

Ey (1965) Afirma que el comportamiento depresivo es variable con la cultura, hasta el punto de transformar profundamente el cuadro de una enfermedad en la que los factores genéticos están sin embargo asegurados. Con esto Ey ratifica la preponderancia de la cultura y la sociedad sobre la depresión, por encima de los factores genéticos.

Recientemente la investigación epidemiológica está tomando mucho en consideración los aspectos socioculturales por haberse demostrado la importancia que tienen en la salud o enfermedad mental. Es indispensable estudiar la influencia de los factores socioculturales en la etiología, patogenia, terapéutica y prevención de la enfermedad mental, ya que el individuo no puede ser extraído de sus grupos de referencia. (Martí y Murcia, 1988) El estudio de estos factores facilitará la integración del individuo a su medio, pudiendo desarrollar sistemas más adecuados de cura y prevención; son además un auxiliar para la clínica ya que permiten trabajar a un nivel preventivo. Otra de las ventajas que pueden obtenerse al estudiar factores psicosociales y en general el contexto social en el que se desarrollan los síntomas, es que permitirá un diagnóstico más certero y delimitado y así mismo las estrategias de tratamiento.

No es muy claro cómo las variables macrosociales ejercen su influencia, elevando el estrés, incrementando la probabilidad de ocurrencia de eventos amenazantes, fomentando el pensamiento disfuncional, haciendo que las relaciones interpersonales sean cada vez más impersonales o haciendo que el enfrentamiento a las situaciones sea más difícil, ya que en las grandes ciudades se exige un nivel de funcionamiento mayor al que exige la vida rural. Probablemente todas las variables antes mencionadas participen en alguna medida.

Tal como mencionan Martí y Murcia (1988), la salud mental no es un estado de la mente del individuo, sino la cualidad de su actividad humana y esta depende de una matriz social y se desarrolla dentro de ella.

Una investigación seria acerca de las interrelaciones de factores patógenos debe rechazar criterios simplistas de causa-efecto. Tal como menciona Ey, (1965) si la enfermedad depende siempre de las modalidades de existencia y en la red de relaciones con los otros, se reduce al ser el efecto de una situación desafortunada. Esto no es así y la prueba son las múltiples

personas que han sobrevivido a desastres naturales, sociales y a múltiples pérdidas sin desarrollar ninguna forma patológica. Continúa el autor diciendo que la enfermedad comienza cuando, dependiendo del umbral de reacción, depende de este umbral y no solamente de la situación.

Cochrane (1991) afirma que no hay una relación clara entre las teorías de tratamiento y las teorías de etiología de muchas perturbaciones mentales, el autor atribuye a esto el hecho de que para muchos padecimientos, entre ellos la depresión no se ofrezca una cura real, sino únicamente control.

Este control va desde el control de los síntomas mediante psicofármacos hasta el control de los individuos confinándolos en hospitales psiquiátricos. La razón de estas situaciones es que se considera al individuo ignorando las más de las veces el contexto social en que se desenvuelve.

Con respecto de los hospitales psiquiátricos Henri Baruk (1979) remarca el esfuerzo que se realiza a nivel mundial para modificar la organización de estos, que no tienen que degenerar en un simple depósito de personas abandonadas a sí mismas, sino que deben facilitar a los internos una verdadera vida social. Si esto ocurre se evitaría según este autor, no sólo que el enfermo se replegase sobre sí mismo, sino además que el peso de su enfermedad y el concomitante complejo de inferioridad generaran consecuencias sobre el paciente.

Ey (1965) hace alusión a algo similar en relación a investigaciones y estudios llevados a cabo (ejemplo. Eaton y Weill, 1955; Kaplan y Plaut, 1956) que, según él poseen un límite en su principio mismo: consideran al "objeto psiquiátrico" (sujeto enfermo) y al grupo del que forma parte como objetos extraños entre sí en su significación misma.

## 4.1 IMPORTANCIA SOCIOCULTURAL DE LA DEPRESIÓN

Freud (1930) definió la cultura como una suma de operaciones y normas que distancian nuestra vida de la de nuestros antepasados animales y que sirven para dos fines: la protección del ser humano frente a la naturaleza y la regulación de los vínculos recíprocos entre los hombres.

Es importante investigar por qué esta cultura, puede ser en un momento dado un agente nocivo para la salud mental; es decir cómo puede influir para el desarrollo de enfermedades mentales en este caso la depresión.

Constantemente los seres humanos tratan de adaptarse a su ambiente y vivir de acuerdo a las normas que rigen a su sociedad; esto es tomado como un índice de salud mental y hasta de inteligencia. Pero ¿qué pasa cuando su capacidad de adaptación es limitada o cuando a nivel individual existen ciertas contradicciones con la cultura? Podemos responder a esta pregunta diciendo que es entonces cuando aparecen ciertos síntomas psicológicos que son un obstáculo para el individuo y para su pleno desarrollo en la sociedad. Estos síntomas pueden estar aislados o bien aparecer conjuntamente formando así síndromes psiquiátricos que son un indicador de inadaptación. También cabe preguntarse qué tanto la misma sociedad frena el pleno desarrollo de los individuos en un afán de uniformidad de los sujetos.

En la depresión los factores psicosociales se hacen especialmente relevantes, ya que la función repetida y presionante que ejercen sobre la personalidad provoca la descompensación de estructuras neuróticas previas, pues el constante estado de estrés acaba por dismantelar los mecanismos de defensa. (Marti y Murcia, 1988)

Fábrega (1975a) se cuestiona el por qué los trastornos del humor son médicamente significativos y concluye que ellos expresan una desarticulación ya sea moral o social y la expresan metafóricamente. Un tanto similar a lo que menciona Ey (1965) en relación a que los síntomas son como símbolos muy particulares de los padecimientos neuróticos.

Agrega Fábrega (1975a) que en la cultura existen reglas y patrones construidos de que las personas deben ser felices o al menos estar satisfechas con sus obligaciones sociales y soportarlas con una actitud positiva o neutral.

Cuando esto no ocurre así, es probable que sobrevenga esta desarticulación que menciona el autor, sobre todo cuando en la cultura están de tal manera arraigados los estereotipos que es difícil discernir entre lo social externamente impuesto y lo natural e internamente predispuesto y cuando además, existen tantas desigualdades.

En el caso de la depresión femenina esto puede ser particularmente cierto sobre todo cuando están tan arraigados los estereotipos de esposa y madre abnegada, considerándolos incluso parte de la naturaleza femenina y existiendo en el lenguaje palabras que incluso refieren esas funciones al "instinto", por ejemplo: instinto materno.

El hecho de que el cumplimiento de sus funciones no les sea del todo satisfactorio las lleva a la depresión y a la culpa por considerarse a sí mismas "desnaturalizadas". Muchas mujeres luchan contra esto y tratan de cumplir sus funciones, pero la insatisfacción sigue presente, actuando como un agente patógeno. Las expectativas sociales, reglas imágenes y mensajes que las mujeres reciben a través de su vida se internalizan y se traducen en modos de reacción habituales. Las mujeres son frecuentemente inconscientes de cómo sus pensamientos automáticos y conductas son moldeados y mantenidos por las expectativas de género que otros tienen hacia ellas. Algunos de los signos primordiales de la depresión, aunque se

**presentan tanto en mujeres como en hombres, aparentan correlacionarse con la socialización de la feminidad: pasividad, poca asertividad, sentimientos de incompetencia y culpa, expectativas inferiores y patrones disfuncionales. (Worell y Remer, 1992)**

**El sexismo social produce déficits en la mujer y una socialización que fomenta el aprendizaje del desamparo psicológico. (Worell y Remer, 1992; Garcia Mulsa, 1986)**

El DSM IV (APA, 1994) toma en cuenta la importancia de la cultura en la experiencia y la comunicación de la depresión, ya que los síntomas pueden diferir de acuerdo a la cultura donde se desenvuelva la persona, la edad y el sexo. Este manual de diagnóstico enfatiza la importancia de tomar en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, pudiendo reducir con ello su infraestimación y los errores diagnósticos. Las diversas culturas también pueden diferir en la valoración de la importancia de experimentar o expresar disforia, también es importante que el profesional clínico no subestime ningún síntoma porque este sea visto como algo general en la cultura.

#### **4. 2 REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

Para los estudios antropológicos según Ey (1965), la sociogénesis de la enfermedad mental es la idea de que la cultura forma y deforma la personalidad, de una manera muy elaborada, puesto que actúa no sólo a nivel de las conciencias individuales, sino a nivel del inconsciente individual y colectivo; es decir genera toda una gama de representaciones sociales a nivel de la subjetividad.

Se realizan una serie de "asignaciones" que se arraigan en la cultura dependiendo de cuál se trate y dependiendo también del objeto en el que se depositen.

Ey, (1965) subraya asimismo las limitantes que tienen los estudios sociológicos donde el único interés es lo colectivo y por lo tanto, como dice él, lo patológico se disuelve en el cuerpo social. Sin embargo es rescatable el hincapié que hacen hacia todo lo que es el papel de las relaciones imaginarias, el mundo de las imágenes inconscientes y las comunicaciones simbólicas.

La salud es algo altamente valorado en la sociedad, especialmente en lo que se refiere a enfermedad mental existen muchos prejuicios. Por ello existe a veces mucha resistencia a acudir con un profesional en salud mental ante el temor de ser catalogado como "loco".

También Cochrane (1991) resalta la gran importancia que tiene la definición que se da a las situaciones sociales, es decir el peso social y cultural, la percepción subjetiva que de ellas se tiene y que influyen en conjunto en la salud o enfermedad mental.

Esta representación social de la enfermedad mental tiene repercusiones importantes en la conducta del individuo poseedor de la enfermedad y a su vez de la colectividad que lo rodea que es la que le da determinada imagen y lo estigmatiza.

Ey (1965) menciona que el papel que para el enfermo tiene el medio es fundamental así como las imágenes o las ideas del grupo sobre la enfermedad. Agrega que si no es cierto que la enfermedad mental sea una reacción a las condiciones socioculturales, es sin embargo sensible a estas condiciones. Pone como ejemplos el rechazo, el aislamiento y el miedo que a través de la historia ha afectado a los enfermos como leprosos y epilépticos. Hoy día podemos hablar también de este tipo de reacciones hacia enfermos con SIDA. Estos son factores son en definitiva agravantes para las debilidades congénitas o adquiridas del campo mental.

Flores (1993) menciona cómo una representación de salud o enfermedad mental da lugar a toda una organización subjetiva en la que el sujeto se coloca y dentro de la cual se originan comportamientos y creencias que le definen. Esta definición que menciona la autora se extiende no sólo a una auto-definición sino también a una definición o etiquetamiento hacia los demás. Acerca de esta representación Ey (1965) menciona que las situaciones patógenas son la confrontación de una persona en todo su conjunto biológico y social, con el acontecimiento, "figura" que adquiere significado por relación con el sujeto mismo, con su historia y sus relaciones. Es este "fondo" el que crea el acontecimiento para el sujeto.

Cochrane (1991) Subraya tres puntos importantes:

- 1.- Los diferentes grupos sociales son más o menos vulnerables al acceso de la enfermedad mental a causa de sus características sociales.
- 2.- Las características sociales determinarán también ampliamente la manera en que la gente responde a los problemas psicológicos que experimenta.
- 3.- La probable eficacia de las varias formas de que disponen los individuos para hacer frente a los estragos del padecimiento psicológico estará también influida por las características sociales.

La enfermedad se circunscribe en un universo simbólico y de acuerdo a un significado que el sujeto le otorga tomando en cuenta su propia experiencia y el grupo del que es parte.

#### 4.3 URBANISMO

Está demostrado que en las zonas urbanas las enfermedades mentales son más frecuentes. (OPS, 1993) Esto puede ser atribuido a los altos niveles de estrés a los que está expuesta la población en las grandes ciudades, causados por la sobrepoblación, los altos niveles de

contaminación, ruido, tráfico, problemas de transporte. Además de las altas exigencias a los individuos en un medio ambiente urbano.

Según la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, 1995) el desarrollo económico y la rápida urbanización, han traído como consecuencia el incremento de las enfermedades no transmisibles en general y de problemas que afectan la salud mental en particular. En la Universidad Nacional Autónoma de México se ha desarrollado un Programa Universitario de Estudios sobre la Ciudad, (PUEC) el cual se suma al análisis nacional para generar propuestas tendentes a evitar que siga deteriorándose el nivel de vida de sus habitantes. El director de este programa universitario: Sergio Reyes Luján afirma que muchos de los problemas que enfrentan las grandes ciudades son inéditos y algunos no se sabe cómo resolverlos. (Herrera Vázquez, 1996)

Ante esto, los habitantes tienen que hacer acopio de todas sus facultades adaptativas y de tolerancia a la frustración, sin embargo, no deja de representar un desgaste psicológico que a la larga afecta a toda la población.

En opinión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1983) el hombre paga un elevado precio por las ventajas económicas y administrativas que ofrece la vida en la ciudad, y hace mención de estudios epidemiológicos que han demostrado que por lo menos una quinta parte de todos los pacientes que acuden a los servicios generales de salud padecen fundamentalmente problemas psicosociales, y una proporción aún mas grande presenta una combinación de problemas psicosociales y somáticos.

El hecho de que un malestar psicológico se acompañe de varios síntomas físicos es un factor que propicia que el médico no se percate del verdadero origen de los problemas de su

paciente, provocando que generalmente se alargue el tiempo para que reciba el tratamiento adecuado y se agudice la enfermedad.

Se ha llegado a considerar según la SSA (1995) que estos padecimientos no reciben el reconocimiento adecuado en los países en desarrollo a pesar de que las estimaciones sugieren que el 1% de la población sufre trastornos mentales graves y entre el 5 y el 10% experimenta en algún momento de su vida, ansiedad, depresión o problemas psicosociales que afectan a la salud.

De acuerdo a la OMS, la depresión, la ansiedad y otras alteraciones asociadas producen más consultas en clínicas de atención primaria que todas las enfermedades infecciosas juntas. (SSA, 1995)

La adaptación del individuo depende de las condiciones que ofrezca el medio, que en las grandes ciudades no son las óptimas y si a esto le agregamos incapacidad económica todo resulta más complicado.

La falta de servicios y el deficiente sistema asistencial es otro factor medioambiental que influye en la adquisición de conductas de adaptación y alienación social. Según Reyes Luján hablando de la ciudad de México los problemas de coyuntura más importantes que tiene la ciudad son la inseguridad en la calle y el deterioro de la economía familiar. (Herrera Vázquez, 1996)

La insuficiencia de los servicios de salud, escolares, guarderías, áreas verdes, donde el individuo pueda desarrollar alguna actividad física que ayude a canalizar su agresión hace que precisamente esa agresión se dirija hacia la comunidad y se adopte una posición de mero interés personal con una concomitante agresión al medio. Así, todas estas influencias

repercuten no sólo a nivel individual sino también grupal y de este modo las redes de soporte social se ven alteradas potenciando como mencionan Martí y Murcia (1988) una deficiente integración y rechazo de las normas y valores morales asumidos por la cultura, que son puestos en entredicho.

Cada día los ciudadanos de las grandes urbes son víctimas y victimarios constantes de una hostilidad colectiva producto de un medio ambiente agresivo.

Dollard (1939), un etnosociólogo (citado por Ey, 1965) postula que la cultura significa un renunciamiento a la libertad y a la expresión de pulsiones, y este renunciamiento se percibe sobre todo como frustración. Todo individuo se desenvuelve con un trasfondo de hostilidad y agresión y toda cultura debe enfrentarse con este problema, debilitar la agresión y utilizarla.

Todos los individuos de una sociedad deben aprender de un modo u otro a sublimar las pulsiones agresivas y canalizar su agresión en forma productiva, de no ser así es imposible una adaptación al medio. En otras palabras permitir un aprendizaje de las frustraciones inevitables.

Si se define al individuo como uno más de los elementos que conforman su grupo social de actuación, es necesario conocer cómo el grupo afecta al sujeto y de qué manera el trastorno generado se puede volver contra el entorno que lo favoreció, ya que la salud mental depende de las características sociales del medio y su éxito o su fracaso puede suponer alteraciones en el intercambio comunicativo. (Martí y Murcia, 1988)

Ey (1965) citando a Dollard (1939) dice que el prejuicio (los grupos que se tiene derecho a detestar), la guerra y la neurosis (la guerra contra sí) son las válvulas de seguridad de las sociedades por la parte de agresividad que no pueden utilizar, señala asimismo otra

**importante cuestión: las variaciones individuales de la tolerancia a la frustración, que indicarán variaciones a nivel del grado de adaptación de los sujetos a su medio ambiente.**

**Ante estos datos resulta evidente que la medicina y los servicios de salud deben reorientar sus enfoques tomando en cuenta no únicamente el tratamiento de la enfermedad sino la totalidad de la persona y su medio social.**

#### **4.4 ESTRÉS**

**El término estrés ha sido utilizado de diversas formas por los distintos investigadores, no logrando aún diferenciar entre su posible significado como estímulo físico, respuesta corporal, estímulo o respuesta psicológica, proceso interactivo fisiológico o psicológico entre una persona y una situación nueva en su medio físico o psicosocial. ( Caplan, 1993 )**

**Para Peiro, Gonzalez-Romá, Melia y Zalbidea, (1992) el estrés se conceptualiza como un desequilibrio percibido entre las demandas y las capacidades de respuesta en condiciones en las cuales el fallo en la satisfacción de las demandas tiene consecuencias importantes. Es decir, no se considera como un estímulo ni como una respuesta, sino como una experiencia subjetiva.**

**Fábrega (1975b) considera que se llama factor estresante al estímulo externo que provoca una respuesta orgánica y a esta respuesta orgánica le llama estrés.**

**La emoción en tanto que estrés no se revela patógena mas que si se admite como patógeno el estímulo o la respuesta del organismo, de forma que el problema queda en suspenso. (Cochrane, 1992)**

Investigaciones realizadas por Caplan en 1981 revelan la importancia del soporte social para evitar las consecuencias del estrés, encontrando que aunque los niveles de estrés a los que estuvieran expuestos los individuos fueran muy altos, las consecuencias serían prácticamente nulas, si recibían apoyo psicológico durante la experiencia. Por el contrario la ausencia de apoyo psicológico, expuestos al mismo nivel de estrés aumenta en forma significativa el riesgo de secuelas psiquiátricas. (citados por Caplan, 1993)

Los factores estresantes en la mujer pueden diferir en calidad contenido y duración y pueden contribuir a crear en la mujeres sentimientos de desamparo, incompetencia y falta de control. El hecho importante no es si las mujeres están sometidas a mayores factores estresantes que los hombres, sino considerar y explorar la naturaleza de los eventos sociales, imágenes y expectativas para cada mujer que producen estrés en su vida. (Worell y Remer, 1992)

Para Crepet, (1993 ) las relaciones sociales son elementos de gran importancia a menudo subestimado, refiriéndose al caso del desempleo refiere trabajos donde se ha encontrado que el estado de estrés en un desempleado es inversamente proporcional al tiempo en que éste haya pasado con sus propios amigos en el mes anterior a la recogida del dato, otras investigaciones han puesto de manifiesto, a través de estudios de tipo cualitativo, que el bienestar psíquico de quien ha perdido su trabajo es correlacionable estadísticamente con la ampliación de los contactos sociales.

## V. ESTUDIOS DE DEPRESIÓN FEMENINA

Existen una gran variedad de explicaciones en torno a la mayor incidencia depresiva encontrada en mujeres en relación a los hombres, estas van desde cuestiones biológicas y hormonales hasta socioculturales. Raymond Cochrane (1992) identifica 6 diferentes categorías de explicaciones que se han propuesto en torno a este fenómeno en Inglaterra, pero reconoce que coinciden con otras encontradas en otros países. Estas diferentes categorías no son mutuamente excluyentes y de acuerdo al criterio de este autor, puede ser el caso de que todas ellas contribuyan a crear una explicación completa y satisfactoria.

1.- En primer lugar revisa el criterio que dice que los casos sometidos a tratamiento no reflejan la verdadera incidencia, sin embargo las mujeres se ven más afectadas por la depresión, con una proporción del 2:1 de acuerdo a Smith y Weissman (1991) tanto cuando las tasas tienen en cuenta todo tipo de contactos con los servicios sanitarios, como cuando se basan en la medición de la sintomatología depresiva entre muestras aleatorias de población no hospitalizada. Por lo tanto no es un criterio que pueda explicar esa mayoría depresiva del sexo femenino.

2.- En segundo lugar habla de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. De hecho sí está reconocida cierta influencia biológica pero es según Warell y Remer (1992) una influencia moderada y transitoria. De acuerdo a éstas mismas autoras el hecho de que alrededor del 70% de las prescripciones de psicotrópicos sean para las mujeres, puede reflejar más bien los presupuestos médicos acerca de la depresión y las reacciones ansiosas en las mujeres y no en realidad una influencia significativa. Cochrane (1992) reconoce que las diferencias biológicas no pueden explicar las grandes variaciones en el riesgo relativo de sufrir una depresión, ya que para ello debería por un lado mantenerse más o menos constante entre distintas categorías sociales y por otro apoyarse en la

existencia demostrada de mecanismos sexuales relacionados, los estudios hechos al respecto no cumplen con estos criterios y hacen pensar que los datos varían de acuerdo a categorías sociales específicas.

Además es importante tomar en cuenta que estas categorías sociales sufren lo que Miller (1975) llamó movilidad de estatus, es decir, se da cierto movimiento de los individuos a través de las categorías sociales y psicológicas de un estatus a otro.

La movilidad de estatus incluye movimientos a través de tales estados, por ejemplo, marital, educacional, ocupacional, religioso y de clase social; y aunque de menos significancia demográfica recientemente ha sido posible, como menciona este mismo autor, una movilidad de estatus a través de la variable sexo.

Todo este movimiento puede hallar sus causas tanto en la toma de decisiones como en la intencionalidad (Miller, 1975) y tiene importantes antecedentes psicológicos y a su vez tiene consecuencias psicológicas.

Tipos específicos de enfermedad mental pueden predisponer a la movilidad social y ésta puede resultar en diferentes tipos de enfermedad mental. Por ello un conjunto de enfermedades psiquiátricas específicas, serán esperables en determinadas clases sociales.

Sería de gran importancia no pasar por alto estas consideraciones antes de diseñar investigación, tomando en cuenta las interrelaciones entre estas dos variables y teniendo cuidado de los resultados obtenidos en ciertas investigaciones que han considerado la influencia de esta variable de un modo unidimensional, siendo que la influencia es recíproca.

Con respecto a las diferencias biológicas, se ha propuesto que la depresión puede ser causada por tensión premenstrual, depresión postparto, la menopausia y otras donde el punto clave son los cambios hormonales. Cochrane, (1992) considera que son insuficientes para explicar las grandes diferencias encontradas entre hombres y mujeres. y retomando a Weissman y Klerman (1977) pone de manifiesto que los efectos psicológicos de la menopausia están mediatizados socialmente, ya que se ha hecho pensar a las mujeres que la menopausia está asociada con trastornos emocionales y esta creencia se ha transformado en una profecía que se cumple a sí misma.

Las explicaciones biológicas relacionadas a la reproducción son demasiado simplistas para explicar completamente las diferencias de depresión de acuerdo al género (APA, 1990)

Aguila y Ptak (1983) realizaron una tesis donde pretendían investigar si existían diferencias en la depresión climatérica entre mujeres que tienen un trabajo remunerado y amas de casa, utilizando la escala para la automedición de la depresión de Zung. Encontraron que las mujeres que trabajan fuera de casa se preocupan menos ante la proximidad de la menopausia siendo la depresión más frecuente en amas de casa.

Estas autoras afirman que los factores psicosociales influyen decisivamente en la percepción de sí mismas durante la menopausia, apoyan la teoría de que las mujeres en la época climatérica están bajo una gran presión social, ya que esta época simboliza el comienzo de la edad madura en una sociedad donde el atractivo sexual se relaciona con juventud y belleza.

Aguila y Ptak (1983) explican la incidencia mas alta en las amas de casa en comparación con los registrados en la mujeres que trabajan, diciendo que el trabajo es el vínculo más importante del individuo con la sociedad y que el efecto positivo del trabajo sobre la

salud mental se debe principalmente a los sentimientos de satisfacción y al incremento en la autoestima que produce el realizar una labor socialmente valorada, en cambio las amas de casa, las más de las veces, no reciben ninguna valoración ni moral, ni económica del trabajo que realizan por más duro que éste sea.

Estas autoras afirman que la igualdad es un factor de protección para la salud mental, y es el trabajo el factor que puede proveer a la persona esa percepción de igualdad y satisfacción.

El estatus ocupacional y el prestigio son importantes predictores de salud mental para ambos sexos. (APA, 1990)

Cochrane (1992) considera que una clave para comprender la vulnerabilidad diferencial entre hombres y mujeres parece estar en el conjunto de circunstancias en torno a la experiencia de maternidad y del cuidado de los hijos, en lo que esta experiencia aporta a las mujeres y en aquello de lo que les priva. Cochrane (1992) habla de una vivencia psicológica y una influencia social, no de los cambios hormonales y biológicos que pueda haber en esta etapa.

Tomemos en cuenta que el embarazo ocurre en un contexto social que incluye las actitudes y sentimientos femeninos en torno a estar embarazada. Los embarazos no deseados, sea que concluyan con el nacimiento del niño o con el aborto, pueden contribuir a exacerbar los problemas de mujeres con una historia previa de desórdenes psiquiátricos (APA, 1990).

A nivel psicológico existe un conjunto de conductas relativas a la fertilidad que pueden dividirse de acuerdo a Miller, (1975) en 4 categorías: 1) conducta sexual o conducta que posee estimulación o gratificación sexual como parte de la finalidad o como la finalidad

única. 2) conducta conceptiva o conducta cuya finalidad es concebir, o por el contrario, evitar la concepción; 3) conducta de búsqueda de aborto donde la finalidad es la interrupción del embarazo, 4) conducta de procreación cuya finalidad es dar a luz y criar a un niño.

Las normas sociales que regulan estas conductas han sufrido rápidos cambios. Por ejemplo, las normas sexuales se han vuelto menos restrictivas, la anticoncepción está ganando cada vez mayor aceptación y el tamaño de la familia ha tendido a disminuir. Según Miller, (1975) todos estos cambios van a alterar la importancia de variables de la personalidad en la expresión de las conductas citadas, también los cambios en los grados de restricción alterarán a su vez, el tipo de variables de la personalidad que afectarán a las conductas relativas a la fertilidad.

Todo lo anterior, nos revela lo complejo que es poder comprender la manera como pueden afectar cada uno de estos factores a las mujeres.

Las mujeres experimentan mayores cambios que los hombres en la transición a la paternidad, las madres de niños pequeños son blanco de muchas demandas de los miembros de sus familias, además de que el hecho de tener niños pequeños, restringe las posibilidades de las mujeres de involucrarse en actividades sociales mucho más que de los hombres, todo ello debido a la naturaleza asimétrica de los roles en la familia (APA, 1990). También es importante considerar; y se aborda más adelante en este trabajo, la influencia negativa que una madre depresiva e insatisfecha puede generar en su hijo.

3.- Un tercer punto tomado en consideración por Cochrane (1992) son los efectos a largo plazo de los maltratos infligidos a los niños. A este respecto Cochrane dice que la violencia hacia las niñas es mayor que hacia los niños y que los malos tratos constituyen un importante agente etiológico de la depresión, por ello reconoce que este factor es de

**gran importancia para explicar las diferencias de las tasas de depresión de acuerdo al sexo.**

**4.- La socialización para la adopción de roles de género crea una vulnerabilidad mayor en la mujer. El autor dice que los efectos directos de la discriminación sexual en la salud mental sean equiparables a los efectos igualmente poderosos de las definiciones de los roles sexuales en que se fundan las desigualdades estructurales.**

La socialización para desempeñar los roles sexuales también puede condicionar la manera en que hombres y mujeres manifiestan sus problemas psicológicos., la depresión resulta más inaceptable para hombres que para mujeres, por discrepar fuertemente con el estereotipo masculino, a las mujeres puede resultarles más fácil admitir los síntomas depresivos y buscar apoyo social y profesional, con lo que se arriesgan a que se les atribuya una imagen depresiva.

**5.- Algunos aspectos del rol adulto femenino son de carácter patógeno. En este punto lo que plantea el autor es que el trabajo es una fuente de salud mental porque brinda seguridad a la persona y niega que la mujer entre en conflicto cuando además de cumplir con un rol de madre y ama de casa, cumple con un rol externo al hogar, ya que de acuerdo a este autor, los roles se complementan y los beneficios derivados de cada uno se acumulan y actúan como defensas contra la depresión.**

La APA (1990) apoya este criterio diciendo que entre más completas sean las configuraciones de rol de una mujer, tiende a experimentar menor sintomatología depresiva. Por otro lado Worell y Remer (1992) consideran que los roles múltiples contribuyen al incremento de la autoestima.

Por ejemplo en cuanto a las mujeres que además de trabajar dentro del hogar, tienen un empleo remunerado se ha encontrado que la actitud que muestra el marido hacia el trabajo de su mujer es determinante en el sentimiento de bienestar de ella, ya que un esposo que acepta el empleo de la esposa, le ayuda con los niños y los quehaceres domésticos, es un factor que contribuye a la salud mental de la esposa, contrariamente a lo que sucede cuando la actitud del esposo es negativa y de reproche (APA, 1990)

Será importante revisar en seguida los criterios de otros autores en torno a estas explicaciones y a algunas otras que apuntan como importantes para explicar la aparición del fenómeno depresivo tan frecuentemente en mujeres.

## 5. 1 IMPORTANCIA DEL ROL DE GÉNERO SOCIAL

### 5.1.1 DEFINICIÓN DEL TÉRMINO ROL

Empecemos por definir el término rol; el rol es una variable funcional que designa el comportamiento esperado por otros en una situación dada. La complejidad de los roles en la sociedad moderna es una carga para la personalidad, esta noción implica la de normas sociales y también los sistemas de comunicación propios a cada uno de estos papeles. La noción de rol permite reunir en una forma utilizable lo que corresponde a las estructuras personales (que nos permiten adaptarnos a roles diversos, y la salud mental aparece entonces como la capacidad de un sujeto de adaptarse a la multiplicidad de sus roles); y lo que corresponde a las estructuras sociales y culturales (lo que incluye las normas del grupo y de la cultura, los sistemas de comunicación y los sistemas de valores. (Ey, 1965)

Los roles en cualquier sociedad están influenciado por un gran número de variables y dependen también del tiempo y la cultura. El funcionamiento de acuerdo al rol sexual

está multideterminado según Worrel y Remer (1992) por las fuerzas sociales, eventos de vida y por los propios procesos psicológicos del individuo.

La noción de rol se esfuerza por recoger en una configuración específica el concepto general de la interrelación (Ey, 1965) y de acuerdo a ésta noción se establecen una serie de diferencias.

### 5.1.2 DIFERENCIAS DE GÉNERO EN AFECTOS y EMOCIONES

Para explicar las diferencias en la vivencia emocional entre hombres y mujeres de acuerdo al rol sexual, Vergara y Páez (1989) sostienen que la expresividad emocional en las mujeres tiene una funcionalidad, es decir una utilidad; que puede explicarse según estos mismos autores a dos niveles:

a) A nivel micro-social podemos hablar de la manera que tienen las mujeres de conseguir ciertos fines. Ante la falta de otros recursos, las mujeres utilizan las emociones como un sistema de intercambio social.

Además las mujeres son orientadas y llenan roles en los que el trabajo emocional prevaleciente es el de controlar la rabia y la agresividad y la de manifestar emociones positivas. Por el contrario, a los hombres se les asignan las tareas de agredir a los que quebrantan las normas sociales, y el trabajo emocional que deben desarrollar es el de controlar el miedo y la vulnerabilidad.

Por su estatus subordinado y por el tipo de tareas sociales, las mujeres están más expuestas a ser el blanco de la descarga emocional negativa. Una forma de reaccionar ante esto, es el despliegue defensivo de las emociones positivas. Por todo lo anterior

Vergara y Páez (1989) consideran que el despliegue emocional de las mujeres es funcional para ellas.

Por otro lado hablan de un segundo punto:

b) La funcionalidad teleológica que está referida a un nivel social, la explican diciendo que el despliegue afectivo positivo y en parte negativo de las mujeres, sería básico para llenar las necesidades de soporte social en la colectividad. Está claro que es el componente subjetivo de apoyo emocional el elemento fundamental del soporte social y que es un factor de protección ante el estrés y los síntomas y enfermedades físicas y mentales.

### 5.1.3 DIFERENCIAS DE ROLES Y SALUD MENTAL

Cochrane (1991) opina que las diferencias sexuales en las perturbaciones psicológicas pueden explicarse por la diferencia de roles creados por la sociedad para hombres y mujeres y por las relaciones de poder entre los dos sexos. Agrega que en muchas áreas de empleo, a nivel de remuneración y oportunidades por ejemplo; y a nivel de las relaciones interpersonales, las mujeres están a menudo en desventaja, esto implica un precio psicológico que paga el grupo inferior, sobre todo, cuando los valores culturales dominantes afirman la importancia de la independencia y la realización al asignar estatus, aún cuando la oportunidad de lograr estos objetivos estén limitadas por disposiciones institucionalizadas.

Páez et al. (1989) reconocen al rol sexual como un factor determinante de la salud mental y mencionan que las mujeres presentan una mayor sintomatología y predominan como usuarias tanto de tratamientos ambulatorios como hospitalarios. Además de las diferencias de rol y de normatividad ideológica entre hombres y mujeres, estos autores

creen que los factores psicosociales explicativos de los trastornos psicológicos son los mismos para hombres y mujeres.

Carmen, Russo y Miller (1981) afirman que comportamientos tales como inhibición, pasividad y sometimiento no conducen a resultados favorables y cumplen un rol en el desarrollo de problemas psicológicos. (citados por Cochrane 1991)

Vemos que son precisamente estos comportamientos los más presentados en personas del sexo femenino e incluso son socialmente aceptados y reconocidos como parte de la naturaleza femenina.

Continúa Cochrane (1991) diciendo que aceptar el rol implica una baja capacidad de influir en el propio ambiente y controlar la propia vida. Sobre todo, cuando este rol es aceptado sin cuestionarlo y sin tratar de modificar algunos aspectos de él en algún momento de la vida.

Con respecto de la capacidad de modificar en el ambiente como forma de preservar la salud mental, Seligman (1975) indicó que la poca capacidad de influir en el medio a menudo puede llevar a la depresión. Siendo ésta la situación, entonces será esperable observar una disminución en las tasas diferenciales de desorden para los dos sexos cuando las mujeres sean más seguras de sí mismas y la igualdad sexual se transforme en una realidad y consecuentemente las mujeres tengan un grado de control de la propia vida comparable al de los hombres.

Ante la evidencia que aportan los estudios anteriormente citados podemos comenzar a atribuir a ciertos aspectos psicosociales las causas de muchas depresiones, asimismo la causa de que la proporción de mujeres deprimidas sea significativamente mayor al de los hombres. Se puede pensar con esto que la diferencia se debe a que de alguna manera

los hombres se ven favorecidos con los modos de vida de nuestra sociedad, de modo que su salud mental está más protegida.

Para sustentar esta hipótesis nos apoyaremos trabajos como los de Emilce Dio Bleichmar quien afirma que el sexo no sólo incluye peculiaridades anatómicas, sino que de tal anatomía parece surgir todo el universo de significaciones simbólicas que rigen las teorías vigentes sobre el sexo y el género en nuestra cultura.

Según Burin (1991) existe una especificidad femenina en el modo de enfermar y postula el término "patologías de género", un fenómeno que surge como paradigmático en las mujeres según ella es el de la depresión. Mabel Burin menciona cómo los roles de género tales como: madres, esposas y amas de casa; y muy particularmente la maternalización de todos los roles que desempeñan las mujeres, las disponen a estar más atentas a las emociones y sentimientos propios y ajenos, especialmente a aquellos ligados al dolor, al sufrimiento, a la frustración, a la angustia, a la insatisfacción.

Davila, Hammen, Burge y Paley, (1995) consideran que son los altos niveles de factores interpersonales estresantes contribuyen a exacerbar o dar inicio a los síntomas depresivos, estos autores consideran que las mujeres tienden a ser autogeneradoras de estrés fomentando en ellas conductas de dependencia. Consideran asimismo que la asociación que se ha hecho entre deficiencia en la habilidad para resolver problemas debe ser enfocada a la habilidad para resolver problemas interpersonales, ya que muchos de los factores estresantes son interpersonales y reflejan la interacción de la persona deprimida y la atmósfera social, particularmente en lo que se refiere a las relaciones cercanas

## 5. 2 MATRIMONIO

Las relaciones maritales pueden jugar un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de la depresión y al mismo tiempo en tener una utilidad potencial para promover la recuperación y mantenimiento de los beneficios, puede ser o un factor de riesgo para la salud mental o bien un factor de protección. (Beach, Sandeen y O' Leary; APA, 1990)

Sin embargo, el matrimonio tradicional es más protector de la salud mental de los varones que de las mujeres, ya que en ellas recaen importantes responsabilidades de cuidado y atención de los demás que son emocionalmente dependientes de las mujeres, aunque sean adultos. (APA, 1990; Burin, 1990).

Puede que no sea el matrimonio por sí mismo sino las obligaciones y roles sociales que lo acompañan lo que cause éstos niveles más altos de depresión (Schwartz y Schwartz, 1993)

Las mujeres asimismo tienden a verse afectadas en mayor medida cuando hay problemas en el matrimonio, presentando síntomas depresivos y de angustia relacionados con dichos problemas. En matrimonios infelices se ha encontrado que las mujeres tienden a deprimirse tres veces más que los hombres y casi la mitad de las mujeres en dichos matrimonios estaban deprimidas. según (APA, 1990)

Freden (1986) menciona que el hecho de que la falta de profundidad en la relación con la pareja surja como un factor tan importante, puede depender de las expectativas tan altas que se le atribuyen a la idea del triunfo en este sector en particular. Agrega además que en la cultura occidental, no se espera que mostremos el mismo grado de respeto o subordinación al cónyuge que a los padres y es posible que exista la esperanza de una

**mejora en la relación insatisfactoria, o bien que se piense que una huida de esos niveles de subordinación y de respeto a los padres sea el matrimonio. También aquí vemos cómo los elementos que toma en cuenta una persona a la hora de elegir pareja son tan importantes para que el matrimonio funcione bien.**

**La situación marital tiene importante influencia en la sensación de bienestar o por el contrario de malestar. Por ello representa un blanco de intervención importante en los pacientes depresivos. (Beach et al, 1990)**

**Estos autores identificaron 6 aspectos de las relaciones matrimoniales con capacidad para proveer soporte social y fortalecer la relación y a la persona y 5 factores inducentes de estrés.**

**Los aspectos de relaciones maritales con relevancia para proveer soporte social son según estos autores:**

**a) Cohesión en la pareja: la cohesión en la pareja la definen como la cantidad de tiempo que la pareja invierte en desarrollar actividades placenteras para ambos incluyendo aquí actividades rutinarias como: muestras de afecto, charlas de situaciones cotidianas, hacer planes en conjunto, etc. Esto brinda a la pareja una gran estabilidad y familiaridad.**

**b) Aceptación y favorecimiento de la expresión emocional: Esto se refiere a poder expresar los propios sentimientos y sentirse comprendido y aprobado por otros. Es con la pareja con quien se tiene mayores oportunidades para compartir problemas personales y sentimientos en general; si la persona trata de ocultar sus síntomas depresivos, lo más probable es que empeore.**

c) **Ayuda para el enfrentamiento:** Ofrecer a la pareja ayuda es algo que puede influir en el alivio del estrés, la resolución conjunta de un problema tiene probabilidades de influir positivamente en la sintomatología depresiva y disminuir asimismo el grado en el que el miembro de la pareja no deprimido obstaculiza al deprimido la ejecución de metas importantes para él.

d) **Apoyo directo a la autoestima:** La autoestima es importante para preservar la salud en muchas formas, pero principalmente importante para las mujeres, quienes tienden a ser más autocríticas que sus maridos.

Percepción de seguridad, seriedad, formalidad y permanente compromiso en la relación: La percepción de una alianza confiable reduce los niveles de estrés y las reacciones a éste, ya que se percibe a la pareja como una fuente de recursos en momentos de dificultad.

e) **Propiciar una relación confidente e íntima:** Intimidad se refiere en éste contexto a una relación en la cual los sentimientos más profundos, pueden ser revelados y explorados, se espera que la intimidad crezca a medida que la relación se desarrolla, además está asociada con satisfacción matrimonial. El mecanismo por el cual la confidencialidad protege en la depresión aun no se comprende del todo, pero puede ser que adicionalmente a la producción de afecto positivo incrementa las posibilidades de obtención directa de ayuda y consejo.

Los 5 factores encontrados por estos autores que son propiciadores de estrés fueron: abierta hostilidad, amenaza de divorcio o separación, severa denigración hacia la pareja, repentino rompimiento de las rutinas matrimoniales preestablecidas; además de otros factores idiosincrásicos estresantes identificados por la pareja.

Se ha encontrado que una interacción social efectiva es el resultado del reconocimiento de que el compromiso, la coordinación mutua, y el interés por el otro, son factores necesarios para una continuidad en la relación.

También Brown y Harris (1978) otorgan al apoyo social y familiar un poder moderado pero suficientemente significativo para reducir el riesgo de la depresión, impulsando según estos autores una visión más cercana al rol de protección de relaciones sociales más sólidas.

González Duro (1989) cita en su libro: "La neurosis del ama de casa" una investigación realizada en España en la cual se llegó a la conclusión de que la depresión era probable sobre todo en el ama de casa con una edad promedio comprendida entre los 35 y 50 años de edad y con más de tres hijos, y tanto más cuanto mas baja fuera la clase social. Por consiguiente la condición de ama de casa de clase media-baja de 35 a 50 años y madre de mas de 3 hijos, constituía un factor de muy alto riesgo para la salud mental de las mujeres y no solamente referente a la depresión sino también a cualquier tipo de malestar psíquico, neurosis o estado de ansiedad.

Brown y Harris (1978) observaron alta frecuencia de enfermedad mental en la mujer, comparando grupos de mujeres con problemas psiquiátricos y un grupo de mujeres consideradas normales. Las pacientes psiquiátricas habían enfrentado acontecimientos vitales mucho más graves que las mujeres normales. Examinando el contenido de los sucesos graves se encontró que el elemento crucial era la pérdida. Estos acontecimientos estaban relacionados con la separación y la muerte de personas significativas.

Estos autores plantearon los siguientes factores y acontecimientos vitales como significativamente correlativos a la depresión:

- 1) Clase media baja.
- 2) No disponer de empleo.
- 3) Estar siempre en el hogar.
- 4) Tener más de 3 hijos entre 0 y 14 años.
- 5) Nulas relaciones de intimidad.
- 6) Pérdida de la madre antes de los 6 años.

De tal manera es frecuente la depresión entre la población femenina que se ha afirmado que dicha enfermedad actúa como si fuese la forma con que la mujer se mantiene socioculturalmente leal a su rol social. (González Duro 1989)

También para Burin (1991) el desempeño de los roles de género tradicionales coloca a las mujeres en condiciones desventajas para preservar su salud mental.

La depresión femenina es en gran parte una cuestión de patrones rígidos de acción por una posición fija asignada y adaptada por y para otras personas. La posición de la mujer sobre todo en el hogar, fácilmente se convierte en una serie de rutinas. (Freden, 1986)

Los que están aislados del mundo exterior les es más difícil imaginar alternativas y no tiene acceso a aspectos motivadores que incrementen su valor y su autoestima. Su valor no les es propio sino que está incluido en las relaciones con los otros, no viven en función de ellos sino en función de los demás, no tienen expectativas propias sino tratan de cumplir las expectativas que de ellos esperan los demás. Con todo ello como menciona Freden, (1996) no es necesario mucho esfuerzo para hacerles sentir que carecen por completo de valor, y habiendo señalado la importancia que tiene la

autoestimación en relación a la depresión, podemos inducir entonces que es un elemento que predispone a ella.

La mayoría de la gente que se deprime ha puesto sus esperanzas, expectativas, energía y empeño en otras personas y no han invertido nada para sí mismos.

Rowe (1978) en el cual describe una coincidencia alta de personas que padecen depresión de una sensación de haberse adaptado a las necesidades de otras personas y haber reprimido sus propios sentimientos sometidos a la voluntad de terceros, las mas de las veces, los padres. (citado por Freden, 1986)

### 5.3 HIJOS

Desde la infancia podemos encontrar la génesis de la depresión y su relación con factores psicosociales. Esta noción la apoyan Cassano y Gmionzi (1983) al mencionar que la aparición de la depresión en la niñez puede señalar la existencia de una atmósfera desagradable en la familia y de tensión entre los padres, a resultas de lo cual el niño tiene una relación deficiente con su ambiente. Podemos agregar a esto la existencia de la depresión en los padres, transmitida a los hijos ya sea por herencia o por factores ontogenéticos.

Además según Gastó et al. (1993) los hijos de padres depresivos parecen poseer un riesgo elevado de problemas psicológicos, dificultades escolares y problemas de salud en general, manifiestan mayor impulsividad y más bajo rendimiento que los niños de padres no depresivos.

De acuerdo a Schwartz y Schwartz, (1993) los hijos de padres depresivos tienen más alto riesgo de sufrir desórdenes psiquiátricos, de atención y de conducta, lo mismo que accidentales.

Es definitivo que las pautas de conducta que los niños aprenden en los primeros años van a modelar de alguna manera sus relaciones futuras y sus maneras de interactúan con el medio y esto determinará a su vez su nivel de adaptación a éste. Ansiedad, depresión o cualquier trastorno del humor puede ser adquirido por el niño y prevalecer hasta la vida adulta.

Para Schwartz y Schwartz (1993) los hijos de padres depresivos tienen más probabilidades de sufrir depresión también cuando son adolescentes o adultos, explican que a causa de su propio dolor, los padres depresivos no tienen una adecuada sensibilidad ni empatía hacia sus hijos como un padre no depresivo, su tendencia a la conducta crítica y de aislamiento interfieren con el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Estos autores concluyen que la gente deprimida funciona inadecuadamente como padres, puesto que muestran rumiación de pensamiento y ensimismamiento y parecen menos capaces que los padres no depresivos de dar a sus hijos apropiadas estructuras guía y observancia de normas. El desamparo e impotencia se hacen evidentes en su imposibilidad de disciplinar a sus hijos. Lo más probable es que una madre con un trastorno depresivo no tendrá la fortaleza y asertividad necesaria para criar a un hijo. Harnish y Dodge (1995) realizaron un estudio que pretendía examinar el rol mediador que tiene la cualidad de interacción madre-hijo en el desarrollo de problemas de conducta en niños pequeños relacionando la sintomatología materna depresiva y el estatus socioeconómico. Harnish y Dodge (1995) pidieron a madres resolver tareas con sus hijos observando la calidad de la interacción y encontraron que una pobre capacidad de resolver problemas en co-acción madre-hijo, predice altos niveles de estrés que llevan

finalmente a una sintomatología depresiva. Los síntomas depresivos iniciales y una pobre capacidad de resolver problemas interactuando, llevan a niveles más altos de estrés interpersonal, éste a su vez, lleva a sufrir síntomas depresivos ulteriores.

Concluyen además que si se quieren desarrollar modos de tratamiento terapéutico más afectivos, se debe identificar cómo las personas interactúan con el medio ambiente de modo que afecta el curso de su depresión, sólo así se podrá ayudarlos a tener un rol más adaptativo en el proceso del manejo de sus vidas. Encontraron que la relación entre el nivel de sintomatología depresiva de la madre y los problemas de conducta infantiles estaba parcialmente influida por la interacción madre-hijo, los niños tienden a reaccionar hacia la madre con desobediencia y a tener poca gratificación de la interacción y aprende así a responder negativamente a las interacciones con otros. Los bajos niveles socioeconómicos se correlacionaron en el estudio con una pobre interacción. Los autores explican esto diciendo que el estrés asociado a la pobreza puede tener un impacto negativo en la forma como madre e hijo disfrutan y participan en la interacción, además de que la pobre educación que suelen tener las madres de niveles económicos bajos, puede dar un desconocimiento de cómo interactuar apropiadamente, lo más probable es que recurra a los golpes a causa de su impotencia.

La conducta de maltrato es también una característica del enojo encubierto que tienen las personas depresivas y el objetivo es influir en sus hijos a través de la coersión y el temor, más que del respeto.

A criterio de Freden (1986), mientras se siga educando a los niños en condiciones que los asusten, la experiencia de los seres humanos será la experiencia de la depresión, preparando el terreno para la inseguridad y el miedo.

**El niño que desarrolla un fuerte sentido del deber a tan temprana edad, está propenso a albergar sentimientos de culpa cada vez que aparentemente no ha podido cumplir con las expectativas de la madre o de la familia en general.**

**Con frecuencia el niño despreciará a ambos padres de manera inconsciente. Esta opinión circunscrita y de ideales limitados y esta dificultad para identificarse con un padre o con una madre, reducirán mucho la variedad de alternativas de acción y de significados disponibles para el niño. (Freden, 1986) el modelo que absorbe el niño necesariamente está circunscrito: ni el opresor ni el oprimido proporcionan un modelo deseable.**

#### **5.4 CONCEPCIONES DE SALUD MENTAL FEMENINA**

**Burin (1991) propone estudiar la salud mental de las mujeres y sus modos de enfermar desde una perspectiva que intenta explicar las vicisitudes de la construcción social de la subjetividad femenina. Y realiza una crítica de los trabajos que consideran únicamente factores biológicos, específicamente hormonales, al estudiar la depresión femenina.**

**Según esta autora existe una psicopatología de la diferencia sexual basada en la construcción social de la subjetividad femenina, de la cual, según Emilce Dio Bleichmar, el estado de ánimo es el termómetro, esto como consecuencia de la significación que se otorga a los acontecimientos.**

**Burin Propone una perspectiva de construcción dinámica del malestar femenino, contraria a la noción que define los modos de concebir las depresiones en las mujeres. Entendiendo los sentidos que se le otorgan a dicho malestar, especialmente a aquella construcción de sentidos enraizada en las condiciones de la vida cotidiana de las mujeres. Agrega que el modelo de salud mental de nuestra cultura es un modelo**

masculino, mientras que las mujeres tendrían una "salud mental patológica" esperable, construida socialmente como norma. (Burin 1991)

Esta "normalidad patológica socialmente esperada", como Burin la denomina, hace que los malestares psicológicos de las mujeres permanezcan invisibles. Nadie se percata de ellos porque coinciden con ciertas expectativas culturales.

Newman (1986) postula que la diferencia de la depresión entre sexo y género refleja los altos niveles de estrés a los que las mujeres están expuestas contrariamente a una mayor vulnerabilidad psicológica. Así mismo reporta que en circunstancias sociales similares las mujeres no son más vulnerables que los hombres. (APA,1990)

Esta misma autora encontró en 1984 que en las mujeres se reportan mayores sentimientos de tristeza no relacionados con el síndrome depresivo, la capacidad para expresar y experimentar sentimientos de tristeza debe ser vista como un indicador de salud mental que puede actuar como un factor que impida el desarrollo de una sintomatología más severa. Esto es resultado del efecto protector de la catarsis o indirectamente logrando tener soporte social al expresar nuestros sentimientos (APA, 1990)

García López (1991), menciona que existen aspectos, vivencias, experiencias, pérdidas que se traducen en conductas que se involucran en las actividades de los seres humanos socialmente, como son el rol en la familia, la educación, el trabajo, la cultura y otros, para el sufrimiento y mantenimiento de la depresión en ellos; y a pesar de ello, los teóricos ven al depresivo sin sesgo de género.

**Para Burin (1991) la salud mental femenina se va construyendo de acuerdo a ciertos procesos históricos, sociales, económicos, o sea a través de múltiples entrecruzamientos que la van configurando;**

**-distribución del trabajo,**

**-distribución de las áreas del poder. (intra e intersexual)**

Según esta autora los roles femeninos dejaron de tener valor y sentido social a raíz de algunos fenómenos sociales y económicos y especialmente por las necesidades impuestas por las guerras mundiales. También su poder afectivo fue perdiendo su significación histórica y social.

También para Grove (citado por Cochrane, 1991) es a partir de la segunda guerra mundial que el rol de ama de casa se ha convertido en algo aún menos satisfactorio que antes. Él lo atribuye al amplio uso en el hogar de máquinas que ahorran trabajo y la fácil accesibilidad a comidas rápidas, ya que rebajan al ama de casa al estatus de cuidadora de máquinas y descongeladora de comida.

Muchas veces las mujeres creen haber elegido un modo de vida donde se privilegian las funciones maternas domésticas, sin embargo, esta es una pseudoelección, donde vemos una tendencia a repetir patrones y un modo de identificación con lo socialmente reconocido como femenino, haciendo a un lado lo que pudieron haber sido sus verdaderos deseos. (Burin 1991)

Unda ( 1991 ) menciona que el ama de casa muestra con frecuencia reacciones depresivas, ya que asume sin ninguna duda los quehaceres domésticos o sus actividades profesionales, agotamiento tanto más patógeno porque su trabajo exterior no responde a ninguna aspiración personal sino a necesidades económicas. Ella trata de asociar

**insatisfacción marital y depresión y demuestra que la sintomatología depresiva se asocia con conflictos familiares y de pareja.**

Según investigaciones realizadas por Bustos Romero (1989) existe una división de géneros que prevalece en la sociedad y a partir de ello se organizan jerarquías de poder entre los géneros, asignándose funciones diferenciadas a hombres y mujeres dando como resultado los llamados roles de género. Esta división de géneros y este orden jerárquico también influyen en la salud o enfermedad mental ya que el hecho de no cumplir con los roles asignados por las instancias ideosocializadoras se considera anómico y por lo tanto inadecuado, esto puede desequilibrar a la persona de manera importante y hacer que adquiera una afección psicológica, que viene siendo el producto de un malestar cultural.

Ante la demarcación cultural y social que se ha hecho entre ambos sexos, la asunción de roles determinados tiene consecuencias que pueden producir malestar, confusión o una identificación impuesta desde el estereotipo social, en la que su papel queda determinado por los parámetros culturales que se han construido alrededor de su género sexual. (Flores 1993)

Si bien la asimilación del rol es un proceso que se da a nivel individual, en casa y en la familia, no podemos analizarlo adecuadamente sin considerar que la cultura y el manejo de roles que introyectan la psicología de las mujeres lo convierte en colectivo, como lo menciona Flores (1989). Porque es un proceso que ocurre en cada persona según las exigencias de la sociedad donde se desenvuelve. Inclusive los profesionales de la salud mental no pueden deslindarse de sus prejuicios de género a la hora de diagnosticar o dar tratamiento, esto lo demuestra Flores (1994) en una investigación realizada con profesionales de la salud mental de diferentes extracciones culturales y con diversas corrientes teóricas.

Flores (1993) menciona que si bien el modelo psicosocial funcional de considerar la enfermedad mental es menos rígido que el modelo médico tradicional no deja de recurrir a cuadros previamente definidos y etiquetas del modelo tradicional.

Mabel Burin (1992) propone una concepción participativa en la salud mental, donde se reconozcan los problemas de género en los modos de enfermar y construir salud mental, esta misma autora menciona que la distribución de las áreas de poder, la producción de sujetos fragilizados y vulnerables ha conducido a que se padezcan estados depresivos como modo privilegiado del malestar del sexo femenino.

Según la American Psychiatric Association (APA, 1990) en lugar de factores psicológicos internos puede ser que la realidad externa de la dependencia femenina a otros y las expectativas externas a las que las mujeres responden (con las concomitantes recompensas o punitivas a sus acciones) son factores clave en el entendimiento de la relación entre las interacciones femeninas y la depresión. La interacción de factores psicológicos con vivencias negativas se puede comprender cuando el rol del género en depresión se comprende.

Por otro lado también se observa que en la mujer y en el hombre hay ciertas expectativas de conducta, los individuos se adhieren a estas conductas a veces sin cuestionarlas, esto es a lo que Burin (1991) se refiere cuando habla de una "normalidad patológica socialmente esperada" mencionando asimismo que su patología no es por no entrar fuera de la norma sino precisamente por adherirse a ella, esto lo refuerza Tubert (1988) cuando menciona que los síntomas neuroticos de la mujer son al mismo tiempo la sujeción y la rebeldía a los patrones predisuestos. Horney (1993) menciona que existen en el ser humano inhibiciones que cuando coinciden con las formas colectivamente

aceptadas o con las ideologías imperantes en el medio puede ser imposible enterarse de ellas. Su cotidianidad las ha hecho invisibles (Burin, 1991)

Hablar de salud mental es referirse a tener satisfacción de lo que es la persona y lo que hace, existen muchas amas de casa consagradas a su tarea y están satisfechas con ello, es decir, tienen salud mental, pero en un gran número de casos la mujer no desea ser confinada al hogar sino desarrollarse en una multiplicidad de aspectos que incluyen cuestiones sociales y laborales.

## 5.5 RESONANCIA DE ROLES Y CONDUCTAS

### 5.5.1 MUJERES

De acuerdo a la teoría previamente citada podemos extraer ya ciertas conclusiones en torno a la consecuencia psicológica que trae la desigualdad sexual y las expectativas sociales de conducta. Ahora es importante ver de qué manera las mujeres adoptan conductas que las hacen más vulnerables a padecer depresión o a expresarla con todos sus matices.

Existe una hipótesis (Schwartz y Schwartz, 1993) que sostiene que las mujeres son educadas y condicionadas en contra de expresar afirmación e independencia, ser femenina es similar a las características de desamparo aprendido de la depresión, la sociedad dicta básicamente roles pasivos para la mujer, negándoles expresiones de agresión, dominio o poder activos, valorando en ellas el sacrificio y el servicio.

Por otro lado Cochrane (1991) plantea la posibilidad de que las mujeres tengan mayor propensión que los hombres a reconocer que sus problemas tienen una base emocional. Se apoya en Huxley (1980) para decir que las mujeres y las personas a las que se ha visto en el pasado reciente en el consultorio junto con aquellos que son separados o viudos

**tienen mas probabilidades de que se reconozca que sus enfermedades tienen un origen psicológico.**

**Por ello además de una más alta ocurrencia de la depresión también existe lo que sería una expresión más ríftida por parte de las mujeres de su depresión. Los profesionales clínicos también tienen ciertas expectativas sobre los pacientes que reciben.**

**Arieti menciona que en muchos medios es posible detectar un vínculo de obligación heredado de madres a hijas. La obligación parece transmitirse con más intensidad a las hijas que a los hijos y por tanto aquellas tienden a desarrollar un acrecentado sentido del deber. (Arieti y Bemporad, 1978)**

**Este autor apoya la teoría de Miller (1976) quien observó que es norma aceptada esperar que la mujer está al servicio de las necesidades de los demás y asocie su destino al de un hombre haciendo notar además cuántas más dificultades que éste encuentra para ser tal como auténticamente es.**

**Arieti puntualiza que en una sociedad patriarcal, la mujer reprime a menudo el dolor, el encono y la frustración que acompañan su modo de vida subordinado. (Arieti y Bemporad, 1978).**

**Las mujeres tienden a permanecer mas involucradas en los problemas de sus hijos, aún siendo adultos y a proveer cuidados a sus parientes ancianos. (APA, 1991)**

**Es socialmente esperado que las mujeres respondan al dolor y las necesidades de otros, aunque con ello dejen sus propias necesidades de lado. Así, es poco sorprendente que las mujeres sufran mucho más que los hombres del contagio de estrés, que se experimenta cuando eventos vitales negativos afligen a quienes se tiene cerca. En**

**conclusión su mayor “rango de cuidado” las expone a un riesgo mayor de depresión.(APA, 1990)**

**Los puntos de coincidencia que se han encontrado hasta ahora son en el sentido de que la mujer se siente insatisfecha por las pocas actividades estimulantes que puede emprender, porque su trabajo no es remunerado ni socialmente reconocido y por consagrar su vida a necesidades de terceros y no a las propias.**

Arieti (Arieti y Bemporad, 1978) dice que la mayor parte de las depresiones femeninas están vinculadas con el amor y la realización del sueño del amor romántico. Sueño que es constantemente reforzado por los medios de comunicación y por la educación proporcionada en el hogar por las madres aunque ellas mismas hayan tenido la experiencia de que no es una realidad.

Continúa Arieti diciendo que cuando este sueño se convierte en el único interés en la vida y toma el lugar de todos los demás objetivos incluyendo la búsqueda de otros tipos de amor, la existencia queda indebidamente restringida a patrones rígidos que será muy difícil reemplazar en el futuro. (Arieti y Bemporad, 1978)

Debido a razones puramente sociológicas la felicidad de una mujer casada depende del sentido de autorealización de su marido más de lo que la felicidad del hombre casado depende del sentido de autorealización de su mujer, y si bien la sociedad ha avanzado en el sentido de modificar las condiciones que predisponen a la mujer a la depresión, la situación actual está lejos de ser satisfactoria (Arieti en Arieti y Bemporad, 1978)

Burin (1991) menciona que ser mujer significa contar con representaciones histórico-culturales y espacios sociales determinados que ofrecen escasas posibilidades para desarrollarse como un sujeto activo en la sociedad. Los estereotipos de cada rol genérico

y su naturalización, relegaron a la mujer a la esfera privada y doméstica de la vida social y, por lo tanto, constituyen una expresión clara de la subordinación femenina.

Sería muy conveniente realizar estudios comparativos acerca de la relación entre depresión y formación de la personalidad, tomando en cuenta el ciclo vital en general pero particularmente en los periodos de la adolescencia y la adultez joven ya que estos periodos son importantemente formativos en el desarrollo de identidades de género adultas, y porque en esta etapa empiezan a aparecer diferencias en la depresión.

### 5.5.2 HOMBRES

Es realmente poca la literatura disponible en torno a la depresión masculina exclusivamente en relación a las teorías planteadas en torno a la depresión femenina, esto es atribuible también a la más alta frecuencia de ocurrencia de dicho padecimiento en la población femenina.

Para explicar la génesis de la depresión en el sexo masculino Arieti (Arieti Y Bemporad, 1978) resalta el hecho de que a diferencia de las mujeres, en los hombres la meta cuya no consecución desencadena el desorden depresivo, se vincula en general con una carrera, con un desarrollo profesional o con cuestiones económicas, ampliando de esta forma su círculo de acción en la sociedad.

Podemos hablar a grandes rasgos que si la depresión femenina la observamos por el hecho de cumplir su rol social de género; es decir, sumisión, pasividad, proveedoras de estabilidad emocional, en el hombre la depresión no es tan frecuente porque socialmente no tiene una carga tan grande de responsabilidades de la salud mental de otros y estabilidad emocional, en general su rol activo y de intervención en la sociedad protege

su salud mental. Sin embargo, pueden caer en depresión cuando no cumplen las expectativas sociales de buen proveedor económico, fortaleza, seguridad.

Con respecto del reconocimiento de un problema emocional propio, Cochrane (1991) menciona que en general los hombres se defienden de este reconocimiento, ya que admitirlo puede ser considerado poco varonil por considerarse a su vez una debilidad. Así los hombres tienden a echar mano de formas alternativas para desviar el problema como beber, encerrarse en el trabajo y sus obligaciones; y así se libran de buscar consejo profesional o de expresar su depresión de otras formas.

En algunos casos se da lo que el denomina transformación de la tristeza, en donde la psique no tolera más que un determinado monto de este sentimiento y el individuo parece entonces funcionar mejor bajo la influencia de otros sentimientos también negativos. La tristeza se convierte así en ansiedad, rabia, enojo; probablemente de éstos hacen uso los hombres.

Cochrane (1991) explica retomando a Huxley (1980) que los médicos consideran poco probable que un paciente sufra un problema psicológico si es varón, muy joven o de más de 65 años, soltero o bien educado. Este dato refuerza lo que se mencionaba anteriormente acerca de los estereotipos para diagnosticar y dar tratamiento a los diferentes tipos de pacientes.

Ross y Huber (1985) encontraron que para los hombres, los factores económicos estaban altamente correlacionados con depresión, aunque, estos elementos están correlacionados también con la depresión femenina, el nivel educativo y los hijos eran elementos más importantes en ellas. El nivel educativo es importante en los hombres en tanto que ello les permita incrementar sus ingresos, no la educación por sí misma (APA, 1991).

**Estas sería en general las diferencias encontradas en cuanto a la depresión de acuerdo al género del paciente, hasta aquí hemos visto el peso que tienen las cuestiones culturales para ambos sexos, asimismo las desventajas en que la mujer está obligada a desarrollarse.**

## VI. PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Es importante antes de entrar al análisis de la psicodinamia en la depresión, destacar lo que menciona Bemporad (Arieti y Bemporad, 1978) con respecto a la tendencia sutil del psicoanálisis, de ajustar los datos clínicos a teorías preexistentes, el autor habla en especial del caso de Abraham. (1916). Además agrega Bemporad que la teoría misma se hace más distante de la observación concreta y por lo tanto más difícil de covalidar empíricamente.

El mismo Sigmund Freud (1917) en su artículo "Duelo y Melancolía" reconoce que su material está restringido a un pequeño número de casos cuya naturaleza psicógena era indudable y por ello no pretende que sus conclusiones tengan validez universal.

Sin embargo, el presente trabajo considera que el psicoanálisis hace aportaciones valiosas al conocimiento de la depresión porque los datos que ofrece son eminentemente psicológicos, independientemente de su carácter difícil de observar; a diferencia de la psiquiatría tradicional, cuyos datos son casi exclusivamente biológicos. Además el psicoanálisis esclarece algunos aspectos relativos al duelo normal y a lo que es considerado patológico, por todo ello se considera fundamental la inclusión de este apartado en el presente trabajo.

### 6.1 PSICODINAMIA DE LA DEPRESIÓN

En la psicodinamia de la depresión existe una insatisfacción de las necesidades narcisísticas, lo que lleva a la autoestima a descender a un punto peligroso. (Fenichel, 1994) Si relacionamos este punto de vista con la teoría de género vemos que coincide con el de Emilee Dio Bleichmar quien menciona que las mujeres tienen un "narcisismo derrotado" ya que en la infancia al identificarse con la figura parental de su mismo sexo,

-su madre- encuentran que esta figura está en desventaja en relación a la figura masculina y por lo tanto su proceso identificatorio resulta devaluado.

Fenichel (1991) menciona que la dependencia oral de las personas que padecen depresión les impulsa a tratar de conseguir lo que necesitan por medio de la propiciación y la sumisión. Vemos que la sumisión es una cualidad socialmente esperada en las mujeres, entonces podemos estar hablando de que las características de sumisión de las mujeres son producto de una depresión que es producto a su vez de las expectativas y modos de convivencia sociales, en otras palabras, del desempeño de su rol.

No obstante, esta sumisión es en parte una manera de dominio de los demás, las mujeres obtienen poder por medio de su debilidad, según Fenichel (1974) esto es manifestación de un intenso sadismo oral, que se presenta en el paciente depresivo y que le ayuda a ejercer cierto dominio manipulativo; aquí la teoría psicoanalítica y la teoría de género encuentran otro punto de coincidencia en el sentido que marca Burin (Burin et al.,1991): las mujeres tienen en poder de los afectos, sin embargo, este poderío es limitado y al hallar el límite la depresión se incrementa.

Este límite podemos hallarlo cuando por ejemplo los hijos dejan la casa y comienzan a ser independientes, llega una edad en la que la madre deja de ser la proveedora y la figura de dependencia emocional para los hijos, es entonces cuando la mujer encuentra su poderío frustrado, se da cuenta que dedicó toda su vida a algo de limitada duración y sobre todo que nunca tuvo intereses propios sino que siempre se dedicó a los demás; este dato coincide con las edades de mayor incidencia de la depresión en la mujer, que son según González Duró (1989) entre los 35 y 50 años.

## 6.2 AUTOAGRESIÓN Y ENOJO

En la depresión el enojo juega un papel fundamental un enojo inicialmente dirigido a un ente externo que posteriormente se dirige hacia el yo; es decir, se da una autoagresión. Estos dos elementos están íntimamente ligados en la dinámica depresiva.

Al hacer su descripción de la psicodinamia de la depresión Fenichel (1971) menciona que incluye una identificación total indiscriminada con los rasgos, tanto positivos como negativos de la representación mental ambivalente del objeto perdido, la cual es asimilada dentro del concepto que el doliente tiene de sí mismo.

El enojo es la rabia imaginada, producida por la imagen de los estímulos que en general provocan rabia. Mientras por lo común la rabia lleva a una inmediata descarga motora contra el estímulo que la produce, el enojo tiende a ser más duradero aunque conserve su característica impulsiva. Precisamente es más duradero porque al igual que la ansiedad, está vehiculado por formas simbólicas. (Fenichel, 1971)

Según González Duro (1989) la mujer tiende a adoptar pautas psicodinámicas que la predisponen a la depresión. Esto lo explica diciendo que la depresión es en cierto modo una autoagresión psíquica, es decir, una relación del sujeto consigo mismo en la que el yo es tomado como objeto de odio, consecuente a la interiorización de una relación intersubjetiva, frustrada y deteriorada.

Ante este mismo punto Sullivan (1992) menciona que en efecto es la fuerza del enojo dirigida hacia adentro la dinámica crucial del síndrome depresivo. Los impulsos agresivos se revierten por no poder dirigirlos abiertamente hacia la persona o personas que lo provocan.

La persona deprimida se ve impedida a atacar al objeto de su enojo y tiene que dar una expresión masoquista del mismo: el resultado es que la persona deprimida cree no tener ningún valor.

Por ello menciona Grinberg (1980) que el mayor peligro para el sujeto en duelo es la vuelta hacia sí mismo del odio hacia la persona amada y perdida, por el monto de ambivalencia en el que se experimenta al mismo tiempo amor y odio, esto es un desencadenante del suicidio.

Debido al odio se ataca la parte del Yo identificada con el objeto, humillándola y encontrando en ese sufrimiento una satisfacción sádica. Este sadismo nos aclara uno de los enigmas de la tendencia al suicidio. La tendencia a orientar hacia sí mismo la hostilidad primitivamente dirigida hacia el objeto significativo.

### 6.3 DEVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA

Menciona Fenichel (1988) que en la fenomenología de la depresión se habla en primer término de una pérdida más o menos grande de la autoestima, La fórmula subjetiva es "Lo he perdido todo", si la pérdida de autoestima se debe principalmente a suministros internos la fórmula es: "Lo he perdido todo porque no soy merecedor de nada".

Entre los factores que pueden desencadenar un deterioro de la autoestima lo más relevante es según Freden (1986) la importancia que las diferentes clases sociales atribuyen a las distintas clases de pérdida y a diferentes clases de problemas. De acuerdo a este autor la autoestima parece estar expuesta al mismo riesgo en todas las clases sociales pero no necesariamente de las mismas fuentes.

Beker (1974) reconoce la importancia que dentro de las características de la personalidad depresiva, tiene la poca autoestima. Además de ésta reconoce que existen patrones

rígidos de acción, y una variedad limitada de acciones posibles. Por ello considera que un elemento importante para evitar la depresión es la posibilidad de acceso a una amplia variedad de acciones posibles con las cuales se puede enfrentar a situaciones difíciles tales como la pérdida de un objeto y cabría agregar que irán aumentando la autoestima de la persona.(citado por Freden, 1986)

El tener opciones de acción y el poder de elegir entre ellas es un acceso a oportunidades de sociales que enriquecerán necesariamente la vida de la persona y la defenderán de la depresión.

Una consciencia fuerte y estable del propio valor es un elemento poderoso en la defensa contra la depresión. (Beker, 1974 en Freden, 1986).

Al referirse a la devaluación del autoconcepto que sufre el paciente con depresión simple, Volkan (1990) menciona que a diferencia del individuo con depresión psicótica aquel paciente no sufre ningún cambio severo de su identidad como resultado de esta identificación aunque su autoconcepto está fuertemente afectado.

Por su parte Fenichel (1971) dice que el paciente depresivo no puede quererse a sí mismo más de lo que puede querer a los objetos externos. Es tan ambivalente hacia sí mismo como lo es hacia los objetos. Los objetos de la ambivalencia se estratifican de manera diferente. En relación al objeto los impulsos de amor (hacerse amar) son más manifiestos en tanto que el odio se oculta. En relación al propio yo es el odio el que se hace más aparente mientras que la sobre estimación narcisista primaria del yo permanece oculta.

Podemos concluir entonces que el enojo es la principal fuente afectiva de la depresión y se manifiesta con autoagresiones que pueden alcanzar su punto máximo en el suicidio.

## 6. 4 SUICIDIO

El suicidio es el complejo resultado de los tres elementos antes citados: autoagresión, enojo y devaluación de la autoestima.

El suicidio es el acto constituido por la tendencia autodestructiva más extrema. Constituye un cuadro regresivo de naturaleza psicótica. (Grinberg, 1971) . Es de naturaleza psicótica porque recurre a mecanismos mágicos y omnipotentes, además de la negación de la propia muerte, es decir hay en el paciente una fantasía inconsciente de renacer o no morir

Algunas veces el suicidio es el resultado de una identificación patológica con un objeto hostil en cuyas relaciones existe ambivalencia. Freud (1917) dice al respecto que el conflicto de ambivalencia es precisamente lo que complica a la melancolía, este conflicto hace que existan una serie de batallas parciales por el objeto donde se enfrentan el odio y el amor, el primero lucha por desatar la libido del objeto, lo que provocaría la resolución del estado melancólico, pero se ve frenado por la acción del amor que insiste en mantener esa posición libidinal. Agrega que el yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como a un objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que tendría que recaer sobre un objeto y subroga la reacción originaria del Yo hacia objetos del mundo exterior.

Para Grinberg existe además otro tipo de ambivalencia en la persona con tendencias suicidas; una ambivalencia entre el deseo de morir y el deseo de vivir.

Sería además interesante analizar las características del paciente suicida ya que sus niveles de agresión son tan altos que incluso se puede decir que son en potencia niveles de agresión

**homicida. Sullivan (1992) Menciona que en el suicida existen tanto deseos de morir, de ser matado y de matar, y que es importante entonces aclarar cuál de estos tres deseos pesa más en el sujeto**

**Lo que puede precipitar el suicidio son los sentimientos de pérdida, sea de una persona o de objetos, de estatus o del trabajo, aunado esto a niveles altos de agresión y el suicidio no siempre es producto de una depresión.**

## **6 . 5 DUELO**

**Freud (1917) describe el duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción, en el duelo se dan graves desviaciones de la conducta normal, sin embargo, no se reconoce este estado como patológico.**

**Según Volkan (1990) también existe un duelo que es normal, sin embargo, una depresión reactiva puede ser producto de una complicación que contamina la etapa crónica de los procesos psicodinámicos de un deliniente, esta complicación puede desembocar asimismo en un Duelo Patológico. Lo que hay en común a ambas según este autor es la regresión que es necesaria en el trabajo de duelo y tiene lugar al servicio de la nueva organización psíquica que aparecerá cuando se termina el duelo.**

**Para Leon Grinberg (1971) en el duelo normal la libido es retirada del objeto amado perdido y desplazada a otro objeto, mientras que en el duelo patológico la libido permanece orientada hacia el yo, donde se produce la identificación con el objeto**

**García López (1991) explica que por medio del duelo se reconoce la pérdida y se le acepta, en la melancolía ni se reconoce ni se acepta porque el Yo se identifica con el objeto y lo incorpora. La melancolía es provocada por la pérdida afectiva del objeto amado, es el Superyó el que reprime al Yo aplastándolo, provocando en él un**

**sentimiento de culpabilidad mientras que en el duelo es una reacción ante la pérdida de la persona amada. En el duelo el mundo es deficiente y vacío; la pérdida en el duelo es consciente, en la melancolía es inconsciente.**

Freud (1917) dice que la melancolía también puede ser una reacción frente a la pérdida de un objeto amado pero en este caso la naturaleza de la pérdida es más ideal, lo explica diciendo que el enfermo sabe lo que perdió pero no lo que perdió en él, estamos hablando de elementos de la pérdida que la hacen inconsciente. Este es uno de los elementos que hacen a las depresiones algo tan complejo, el paciente no puede recuperarse de la pérdida con un nuevo objeto porque no sabe qué buscar, no sabe qué es lo que trata de recuperar, no sabe por qué se siente así, no puede animarse a sí mismo.

Grinberg (1971) considera que el trabajo de duelo incluye una serie de reacciones tendientes a la aceptación de la pérdida y a una readaptación del Yo frente a la realidad. Por ello el sufrimiento puede hacerse productivo ya que cada avance en el proceso de duelo da por resultado la profundización de la relación del individuo con sus objetos internos, además de que las experiencias dolorosas favorecen la sublimación.

Para Grinberg (1971) el concepto de duelo implica todo un proceso dinámico complejo que involucra a la personalidad total del individuo y abarca de un modo consciente o inconsciente, todas las funciones del yo, sus actitudes defensivas y en particular las relaciones con los demás. Las causas desencadenantes del duelo parecen ser múltiples y dependerán de diversas circunstancias, pero todas ellas tendrán como base común la valoración afectiva que consciente o inconscientemente es atribuida a la pérdida.

Weiss (1987) considera que ya que no pueden evitarse las pérdidas y ya que el dolor como respuesta a ésta es una consecuencia ineludible del afecto nunca podremos aprender a evitar el dolor de la pérdida ni deberíamos aspirar a ello. Es posible en

**cambio, entender mejor el dolor de la experiencia de duelo y aumentar nuestra habilidad para ayudar en estos casos. (citado por Caplan, 1983).**

## **6.6 CULPA**

Etxebarría (1989) menciona acerca de los sentimientos de culpa, que son diferentes de aquellas emociones displacenteras intrínsecas al conocimiento de la transgresión propia y el temor o la ansiedad por las posibles consecuencias de la detección de la falta por parte de los demás. El sentimiento de culpa, en cuanto independiente de las posibles sanciones externas, es considerado como un índice fundamental del grado de internalización moral de la persona.

Para Grinberg (1971) los sentimientos de culpa son una experiencia indispensable para alcanzar la capacidad de amor, pero tales sentimientos corresponden a los que él describe como culpa depresiva a los que denomina también sentimientos de responsabilidad, y permiten hacerse cargo de la elaboración del duelo y la consecuente reparación del objeto amado, la culpa depresiva es una expresión de evolución y salud del Yo, de este modo, la culpa es un afecto con una trascendencia muy importante en la evolución psíquica del individuo. Este autor hace una diferenciación entre esta culpa depresiva y la culpa persecutoria la cual se caracteriza por una aparición precoz y se encuentre bajo el dominio del tánatos. Los individuos con culpa depresiva tienden a la autopunición y por ende al suicidio, esta culpa funciona en los estados más regresivos y las defensas que erige el yo contra ella son así mismo las más primitivas: disociación, omnipotencia, idealización y negación.

Vemos que a nivel de la culpa también existen diferencias de género. Para Etxebarría la culpa no es manifestación de un mayor moralismo ni de una mayor labilidad afectiva innata, sino el fruto de determinadas prácticas educativas. Esto lo atribuye a que hacia las mujeres existe una vigilancia moral más estricta de su conducta, tanto por parte de

los padres como de las madres. Ambos progenitores utilizan con los hombres más razonamiento y con las mujeres recurren más a prácticas disciplinarias menos racionales y más impositivas, y dirigidas al control de la conducta.

Menciona asimismo que los sentimientos de culpa actúan como un factor de inhibición de la conducta, generan sumisión, aratamiento, obediencia. La sumisión puede actuar como una forma de autocastigo, reparación o expiación. Finalmente agrega que los sentimientos de culpa pueden actuar como un freno en los momentos de cambio, limitando la evolución autónoma por el peso de la educación.

## 6. 7 RESTRICCIONES SEXUALES DE LA CULTURA

Uno de los aspectos donde más control se impone hacia la mujer es en relación al ejercicio de su sexualidad. La familia, la sociedad, la religión y otros sistemas, pretenden normatizar una cuestión que pertenece única y exclusivamente a la persona y a su intimidad.

Siguiendo a Flores (1993) existe una regulación de la sexualidad por parte de los sistemas de poder, es evidente que la fuerza de coerción subjetiva y social que se ejerce se traduce en una sujeción y control del placer que evidentemente normativiza las dimensiones de la sexualidad, adapta su función a la reproducción y la contrapone al deseo que se encuentra la margen de la procreación. En nuestra cultura el deseo sexual se ha artificializado y se ha legitimado a través del matrimonio.

Freud dice que las mujeres establecieron inicialmente el fundamento de la cultura, al ser ellas quienes insistían en permanecer vinculadas a sus hijos y al padre de éstos; pero posteriormente entran en contradicción con ella y despliegan su influjo de retardo y reserva. Ellas subrogan los intereses de la familia y de la vida sexual; explica esto diciendo que el trabajo de la cultura se ha ido convirtiendo cada vez más en asunto de

los varones, a quienes plantea tareas de creciente dificultad, construyéndolos a sublimaciones pulsionales a cuya altura las mujeres no han llegado. A pesar de que el artículo de Freud data de 1930, no podemos negar su vigencia a unos cuantos años de entrar al siglo veintiuno, a casi setenta años de distancia las mujeres aún no pueden equipararse a los hombres en cuestión de oportunidades de trabajo y de obtención de prestigio en una cultura a través del trabajo.

Agrega Freud (1930) que lo que se usa para fines culturales lo sustrae en buena parte de las mujeres y de la vida sexual: la permanente convivencia con varones, su dependencia de los vínculos con ellos, llegan a enajenarlo de sus tareas de esposo y padre, la mujer se ve relegada a un segundo plano por las exigencias de la cultura y entra en una relación de hostilidad con ella.

Muchas veces ellas no son conscientes de esta situación, ya que los estereotipos están tan arraigados en la cultura que las mujeres los adoptan sin cuestionarlos y se apegan a ellos, muchas veces, limitando sus potencialidades.

La participación de la cultura consiste en dificultar - diría Arieti - que la mujer tome consciencia de la anomalía de su situación. (Arieti y Bemporad, 1978).

Freud (1930) decía que la cultura impone sacrificios a la sexualidad, y a la inclinación agresiva del ser humano, de modo tal que es comprensible que los seres humanos difícilmente se sientan dichosos en ella. De parte de la cultura -agrega Freud- la tendencia a limitar la vida sexual no es menos nítida que su otra tendencia, la de ampliar su círculo, las limitaciones por ejemplo a nivel de la elección incestuosa de objeto, y otras limitaciones que afectan tanto a hombres como a mujeres, la libertad sexual depende de las diferentes culturas. Freud dice que la cultura obedece en este punto a la compulsión de la necesidad económica, viéndose precisada a extraer de la sexualidad un gran monto de la energía psíquica que ella misma gasta.

**El reclamo de una vida sexual uniforme para todos, que se traduce en ciertas prohibiciones prescinde de las desigualdades en la constitución sexual innata y adquirida de los seres humanos, segregando a un buen número de ellos del goce sexual y de tal modo se convierte en fuente de grave injusticia. (Freud, 1930)**

Sin embargo, ese amor genital heterosexual no proscrito por la cultura es estorbado también por las limitaciones que imponen la legitimidad y la monogamia. Culturalmente está permitidas las relaciones sexuales únicamente como fuente instituida para la multiplicación de los seres humanos bajo una condición legal o religiosa. (Freud, 1930)

Aunque es un hecho -y de hecho lo era en 1930- que esta regla se transgrede y la sociedad lo ha aceptado calladamente así como muchas otras transgresiones a muchos otros estatutos. Encontramos que socialmente existen mayores exigencias hacia las mujeres de adherirse a estas reglas.

Tubert (1988) retoma también el artículo de Freud de el malestar en la cultura (1930) para explicar para explicar la depresión femenina, menciona que para él la mujer aparece como una figura de la cultura, en la que funciona como síntoma, fundamentalmente como síntoma del perjuicio que la moral sexual civilizada, produce al deseo individual.

La infelicidad surge cuando la función sexual pierde su naturalidad del reino animal para hacerse humana.(Freud 1930)

Tubert (1988) dice que el deseo de la mujer sólo es capaz de expresarse en la neurosis. A través de su miseria simbólica la mujer expresa lo insoportable de la realidad de la miseria social. El síntoma revela a un tiempo su sujeción y su rebeldía, aparecen como una ilustración de un destino cultural, revelando la neurosis propia de la cultura.

A este respecto para Burin (1991) es contradictorio definir el malestar femenino en términos de patologías, e incluso de desviación de la norma social, cuando es en realidad la adhesión a la norma, en su cotidianidad, lo que genera tal malestar, por ello esta autora habla de una "normalidad patológica socialmente esperada" donde el estado esperable en la mujer y el comportamiento considerado como socialmente adaptado, es en realidad patológico y por ello cierta depresión y ansiedad son esperables.

## 6.8 TRISTEZA

Hugo Bleichmar (1991) define a la tristeza como un abanico de estados en que el dolor psíquico se desencadena por la significación que una situación determinada tiene para el sujeto y si la significación está de por medio es porque en la tristeza, obviamente al afecto está enlazado a un determinado tipo de ideas, constituyéndose así una estructura cognitivo-afectiva. El papel de las ideas es otorgar especificidad al efecto displacentero de las ideas diferenciándolo de otros tipos de displacer, como el miedo o la ansiedad.

Arieti (Arieti y Bemporad, 1978) reconoce una estrecha relación entre la tristeza, una emoción normal y la depresión que es una sintoma o un estado psiquiátrico. Agrega que la tristeza es el efecto emocional que se manifiesta en el ser humano cuando éste reconoce una situación que habría preferido que no ocurriera y que considera lesiva para su bienestar y además que la tristeza presupone la capacidad de experimentar otras emociones y estados normales como afecto, afinidad, amor, autorespeto y satisfacción, la ausencia o pérdida de estas emociones positivas nos hace vulnerables a la tristeza y experimentar la tristeza implica una evaluación y apreciación de su situación y el impacto que trae consigo. Sin embargo, menciona que la tristeza puede convertirse en una fuerza motivacional, al igual que otras experiencias displacenteras, la motivación tendería en este caso a eliminar la causa del sentimiento displacentero, ya que la tristeza tiene este efecto displacentero debe tener la propiedad de movilizar actitudes conducentes a la eliminación de sus causas.

## CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

Después de la revisión teórica realizada se pueden extraer las siguientes conclusiones:

No puede negarse el carácter multicausal de la enfermedad depresiva, los factores genéticos, biológicos, el contexto social y cultural y las vivencias propias, influyen definitivamente en el desarrollo e incidencia de este padecimiento, sin embargo esta prevalencia diferencial tan marcada hacia las mujeres puede adjudicarse en particular a los factores psicosociales, especialmente al cumplimiento de sus roles y a las diferencias de oportunidades que para ellas existen. No estamos excluyendo la importancia de los demás factores, sólo subrayando que el contexto social tiene consecuencias muy importantes en la vivencia emocional de las mujeres, que a la larga afectan a su salud mental en general.

Esta afección que se da, como ya dijimos desde el cumplimiento de los roles de género de madre y esposa impuestos socioculturalmente, limitan el panorama de acción de las mujeres simplemente al hogar y a la familia, esto hace que ellas como proveedoras de afecto y atención tengan un desgaste psicológico y que cuando ellas mismas necesitan del afecto y la atención no pueden recibirlo.

Al no tener un vínculo real con la sociedad y su desarrollo, encierran su mundo al hogar y a las pocas satisfacciones que encuentran dentro de él, dado su reducido campo de acción, desarrollan autoestima pobre y caen en cuadros depresivos. Las mujeres deben buscar un rol más activo dentro de la sociedad y buscar actividades e intereses legítimamente suyos; intereses personales, intelectuales, laborales, sociales, que le ayuden a crear una identidad propia.

### *Nivel Macrosocial*

A nivel macro social podemos hablar de la necesidad de una planificación de las ciudades, ya que a nivel correctivo el cambio resulta muchísimo más complejo. La mala planificación de las ciudades lleva a altos niveles de estrés y a que los ciudadanos se vuelvan hostiles al ver invadidos sus espacios vitales. Esta planificación debiera incluir tasas de crecimiento, morbilidad, oportunidades laborales, de acceso a la salud y a oportunidades de recreación para sus habitantes.

La medicina y los servicios de salud deben reorientar sus enfoques tomando en cuenta no únicamente el tratamiento de la enfermedad sino la totalidad de la persona y su medio social.

Socioculturalmente hay una serie de expectativas en torno a la mujer, expectativas que se califican como las "cualidades" que toda mujer debe tener, estas cualidades, coinciden con un cuadro psicopatológico llamado depresión: sumisión, dependencia, pocos intereses, poca actividad, desamparo e impotencia son algunas de ellas. Como consecuencia de esto se va moldeando la psicodinamia femenina hasta que encaja perfectamente en la depresión.

### *Nivel Microsocial*

Un factor microsocial muy importante es la educación que se da en casa hacia las niñas, se debe empezar desde estos niveles a conscientizar a las mujeres que son entes independientes tan capaces de tomar decisiones o de desarrollar un trabajo o una carrera como los hombres, hacer a un lado la coerción y el miedo como medios educativos y optar por una mejor comunicación tanto con los hijos como con la pareja, recordemos que mientras más sano sea el hogar de procedencia más sano se tendería a buscar el matrimonio. Así como a nivel macrosocial la medicina debe reorientar perspectivas, la mujer a nivel microsocial debe redefinirse como individuo en la sociedad.

En cuanto al matrimonio podemos decir que puede ser una fuente de satisfacción en la vida de una pareja, tanto del hombre como de la mujer, pero que depende de la calidad de la relación de pareja y de la forma como se realizó la elección de casarse, si ésta elección se realiza como la única opción de vida y se ponen todas las expectativas de vida en el éxito de éste ámbito, lo más probable es que la mujer se vea decepcionada. Lo mismo si eligió el matrimonio como escapatoria a su vida familiar porque sale de un ámbito de dependencia para entrar a otro, donde además tendrá responsabilidades importantes. La visión de la vida matrimonial debe hacerse en forma realista, contemplándose todas las responsabilidades que se están adquiriendo y ver si se tiene la madurez necesaria para afrontarlas, lo ideal sería que previo al matrimonio la mujer haya podido desarrollarse en otros ámbitos y que no sea totalmente dependiente ni económica ni afectivamente al esposo. Las responsabilidades en el matrimonio y en el hogar deben compartirse equitativamente, debe buscarse una unión democrática donde la pareja esté satisfecha.

El estrés es otra variable importante y asociada con los roles de género y la naturaleza del matrimonio con la dependencia que existe de los niños hacia la madre y la necesidad de ser proveedoras de cuidado y afecto también para los adultos, son diferencias de género que contribuyen substancialmente a las diferencias de género en depresión.

En este estrés patógeno no se incluye el estrés que puede sentir una mujer que trabaja fuera del hogar y por ende tiene mayores responsabilidades, ya que la multiplicidad de roles y la combinación de actividades satisfactorias favorecen la salud mental.

A nivel del tratamiento en la depresión femenina podemos decir que es necesario que el profesional clínico debe tener muy en cuenta la etiología propia de la depresión femenina y un conocimiento de la psicología de la mujer, el tratamiento debe ser dirigido a un establecimiento de control en sus vidas para que dejen de sentir que son marionetas y que los demás toman decisiones por ellas, así como a una efectiva resolución de problemas, todo ello coadyuvará a romper los estereotipos de sumisión y a que la mujer se sienta más dueña de su vida y más independiente.

Por todo lo anterior se considera que es muy conveniente realizar investigación en estas áreas, tratando de correlacionar padecimientos psíquicos y orgánicos con factores medioambientales, para encontrar factores de riesgo, son muchos los elementos que se deben tomar en cuenta como la movilidad social y el estrés, afortunadamente la investigación en estas áreas ha ido en aumento y por ende el conocimiento del padecimiento depresivo propio de la mujer.

Se debe realizar investigación de la depresión desde la adolescencia ya que es en éste periodo crítico donde se gestan muchas de las depresiones.

Las mujeres son las que deben empezar a redefinir su postura en la sociedad, ellas deben empezar a luchar por ellas mismas y por su género, empezar a crear espacios de salud, cambiar la sociedad tomaría mucho tiempo y muchas generaciones, pero se puede empezar hoy por cada una de nosotras.

## REFERENCIAS

1. Aguilá, N. N., y Ptak M. E.(1983). La depresión durante el climaterio en mujeres que trabajan fuera del hogar y amas de casa.Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México.
2. American Psychiatric Association. (1990). Women and depression: Risk factors and treatment issues. [Mujer y depresión: Factores de riesgo y elementos de tratamiento]. Washington, DC: Autor.
3. American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Barcelona: Masson.
4. Arieti, S., y Bemporad, J. (1978). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós.
5. Axelrod, R. (1990). Una alternativa para la medición de la depresión.Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México.
6. Baldessarini, R. J. (1986). Bases biomédicas de la depresión y su tratamiento. México: La Prensa Médica Mexicana.
7. Barclay, M. (1974) Angustia y Trastornos neuróticos. Barcelona: Herder.
8. Baruk, H. (1979). La psiquiatría social. Barcelona: Oikos-Tau Ediciones.
9. Beach, S., Sandeen, E. E., y O' Leary K.D.(1990) Depression in marriage. [Depresión en el matrimonio]. London: The Gilford Press.

10. Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. y Emery G. (1979) Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer.
11. Beverly, A. K., y Douglas, L. E. (1996). The experience and expression of anger: Relationships with gender, gender role socialization, depression, and mental health functioning. Journal of counseling psychology , 43, (2), 158-165.
12. Bleichmar, H. B. (1976). La depresión: Un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión.
13. Brown, G. W., y Harris T. (1978) Social origins of depression: A study of psychiatric disorder. in women. [Orígenes sociales de la depresión: Un estudio de desórdenes psiquiátricos en la mujer]. Great Britain: Cambridge University Press, Tavistok Publications.
14. Burin, M. (1991). El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós.
15. Burin, M. (1992). Nuevas perspectivas en salud mental de mujeres. En A.M. Fernandez (Comp.). Las Mujeres en la Imagen Colectiva: Una historia de discriminación y resistencias. (pp. 314-331). México: Paidós.
16. Butcher, J. N., y Williams, C.L. (1992). Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation. [Aspectos esenciales de la interpretación del MMPI-2 y el MMPI-A] Minneapolis: University of Minnesota.
17. Calderón, N. C. (1984). Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas
18. Caplan, G. (1993) Aspectos preventivos en salud mental. Paidós: Barcelona.

19. Caso, M.A. (1979). Fundamentos de psiquiatría. México: Limusa.
20. Cassano, G. B., y Gmiozzi, M. (1983) Aspectos psicosociales de la Depresión. En P. Kielholz, El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos. Barcelona : Herder
21. Chasseguet, S. (1985) La sexualidad femenina. Barcelona: Laia-Divergencias,
22. Cochrane, R. (1991) La creación social de la enfermedad mental. Buenos Aires: Nueva Visión.
23. Cochrane, R. (1992). Incidencia de la depresión en hombres y mujeres. En. J.L. Alvaro, J. R. Torregrosa y A. Garrido (comps.). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental (pp. 49-71). Madrid : Siglo veintiuno editores.
24. Dávila, J., Hammen, C., Burge, D. y Paley, S: (1995). Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women. [la deficiente resolución interpersonal de problemas como mecanismo de generación de estrés en la depresión entre mujeres adolescentes]. Journal of Abnormal Psychology 104, (4) 592-600.
25. Dio Bleichmar, E. (1985). El feminismo espontáneo de la histeria: Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad. Madrid: Siglo veintiuno.
26. Dio Bleichmar, E. (1991). La depresión en la mujer. Madrid: Temas de Hoy.
27. Dongier, M. (1971). Neurosis y trastornos psicósomáticos. Guadarrama: Madrid.

28. Ey, H. (1965). Tratado de psiquiatría. México: Masson.
29. Etzebarria, I. (1989). Diferencias sexuales en sentimientos de culpa. En A. Vergara y D. Páez (eds.). Emociones: Perspectivas psicosociales. (pp. 245-258). Madrid: Fundamentos
30. Fábrega, H., Jr. (1975a). Cultural influences in depression. En E. J. Anthony y T. Benedeck (eds.). Depression and Human Existence. Boston: Little Brown.
31. Fábrega, H., Jr. (1975b). Social factors in depression. En Depression and Human Existence. E. J. Anthony y T. Benedeck (eds.). Boston: Little Brown and Company.
32. Fencihel, O. (1971) Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Paidós: México.
33. Fernandez, F. A. (1988). La depresión y su diagnóstico: Nuevo modelo clínico. Barcelona: Labor
34. Flores, F. (1989) El devenir de la subjetividad femenina: Un paradigma entre lo individual y lo colectivo. En Bedolla P. (Comp.). Estudios de Género y Feminismo Vol 1. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
35. Flores, F. (1993). Representación social de la feminidad y masculinidad en profesionales de la salud mental. Tesis doctoral, Universidad de Madrid.
36. Flores, F. y Parada, L. (1994). Las sexualidades y las ideologías. En: Antología de la sexualidad humana. J. México: Consejo Nacional de Población. (CONAPO)

37. Frances, A. y Hall, W. (1991). Work in progress on the DSM-IV mood disorders. En J. P. Feigher y W. F. Boyer (eds.). The diagnosis of Depression. England: Wiley.
38. Freden, L. (1986). Aspectos psicosociales de la depresión. México: Fondo de Cultura Económica.
39. Freud, S. (1957) Duelo y melancolía. En J. Strachey (ed.). Obras Completas (Vol 14, pp. 237-255). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1917).
40. Freud, S. (1961) El malestar en la cultura. En J. Strachey (ed.). Obras Completas (Vol. 21, pp. 59-140) Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1930).
41. García, E. C. (1991). Depresión y mujer: Consideraciones acerca de su etiología. Tesis, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, México.
42. García, M. C. (1986) Depresión y desamparo aprendido. Tesis, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, México.
43. Gastó, C., Vallejo, J. y Menchón, J.M. (1993). Depresiones Crónicas. Barcelona: Ediciones Doyma.
44. Goldman, H. H. (1994). Psiquiatría general. México: Manual Moderno.
45. Gonzalez, D. E. (1989). Las neurosis del ama de casa. Madrid: Eudema Actualidad.
46. Gonzales de Rivera J. L., Rodríguez, F., Sierra, A. ( 1993). El método epidemiológico en la salud mental. Barcelona: Masson-Salvat.

47. Graham, J.R. (1987). MMPI: Guía práctica. México: El Manual Moderno.
48. Grinberg, L. (1971) Culpa y depresión : Estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.
49. Harnish, J.D., y Kenneth, A. D. (1995). Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. En : Child Development . 66 , 739-753.
50. Herrera, P. (1996, Septiembre-Octubre). Enfrenta el D.F. problemas inéditos. UNAM-Hoy. Año 5 No. 26 . Dirección General de Información de la UNAM : México.
51. Horney, K. (1951). La personalidad neurótica de nuestro tiempo. México: Paidós.
52. Jackson, S. W. (1986) Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. Madrid: Turner.
53. Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, H., y Toda, M. A. (1994). Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: Repeated use of the General Health Questionnaire and Zung's self-rating depression scale among women during antenatal and postnatal periods. [Variación temporal de validez de cuestionarios de automedición: Uso repetido del cuestionario general de salud y de la escala de automedición de la depresión de Zung entre mujeres durante periodos prenatales y postnatales] Acta Psiquiátrica Scandinava, 90, 446-450.
54. Lesse, S. (1981) Masked Depression and depressive equivalents. Basic Books Inc: New York

55. Liebenluft, E. (1996). Women with bipolar illness: Clinical and research issues. American Journal of Psychiatry, 153 (2), 163-173.
56. Mackinnon, R. A. (1973). Psiquiatría clínica aplicada. México: Interamericana.
57. Martí Tusquets, J.L. y Murcia Grau M.J.(1988). Enfermedad mental y entorno urbano: Metodología e Investigación. Barcelona : Anthropos.
58. Miller (1975) Psychological and psychiatric aspects of population problems. En: American Handbook of Psychiatry Vol. 7. Basic Books Inc: New York.
59. Organización Mundial de la Salud. (1992). Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE 10): Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
60. Organización Panamericana de la Salud. (1983). Dimensiones sociales de la salud mental. Ginebra: Servicio de Publicaciones y Documentación OPS/OMS.
61. Páez, D., Basabe, N., Cedeño, A. y Celorio M.J. (1989). El rol sexual como factor determinante de la salud mental. En: D. Páez (comp.). Salud mental y factores psicosociales. Madrid: Fundamentos.
62. Peiró, J.M., González-Romá, V., Meliá, J.L. y Zalbidea, M. A.(1992). Estrés de rol y bienestar psicológico en el trabajo. En J. L. Alvaro, J. R. Torregrosa y A. Garrido (Comps.). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. pp. ( 1 2 1 - 1 4 2 ). Madrid: Siglo Veintiuno.

63. Scherer, A., Sánchez, E. y Rodea, A. (1997). Correlación de la depresión madre-hijo en el diagnóstico y tratamiento del niño con cáncer. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México.
64. Schwartz, A; Schwartz, R.M. (1993). Depression: Theories and treatments: Psychological, biological and social perspectives. [Depresión: Teorías y tratamientos: Perspectivas psicológicas, biológicas y sociales] Columbia University.
65. Smith, A.L., y Weissman, M. M. (1991). The epidemiology of depressive disorders: National and international perspectives. [Epidemiología de los trastornos depresivos: Perspectivas nacionales e internacionales] En J.P. Feighl y W. F. Boyer (Comps.). The diagnosis of depression. England: Wiley.
66. Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1995). Programa integral de salud mental 1995-2000. Manuscrito Inédito.
67. Spangler, D. L., Simons, A. D. y Thase, M. E. Gender differences in cognitive diathesis-stress domain match: Implications for differential pathways to depression. [Diferencias de género en: Implicaciones para las vías diferenciales a la depresión] Journal of Abnormal Psychology. 105, (4), 653-657.
68. Sullivan, D., Everstine, L. (1992). Personas en crisis: Intervenciones terapéuticas estratégicas. México: Pax.
69. Tubert, S. (1988). La sexualidad femenina y su construcción imaginaria. Madrid: El Arquero.

70. Unda, L. (1990). Depresión y satisfacción marital en mujeres mexicanas de diferentes niveles socioeconómicos. Tesis, Universidad Franco Mexicana, Edo. de Mex.
71. Vergara, A., Páez, D. (1989). Rol sexual y diferencias en vivencia emocional: explicaciones psicológico-sociales. En A. Vergara y Páez, D. (Eds.). Emociones: Perspectivas psicosociales. Madrid: Fundamentos.
72. Volkan, D. V. (1990) Duelo complicado. Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México . 1 (4), 47-71.
73. Weissman, M. y Paykel, S. (1974). The depressed women: A study of social relationships. Chicago: The University of Chicago.
74. Worell, J; Remer, P. (1992). Feminist perspectives in therapy. England: Wiley.