



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

DEPRESION Y MUJER.

CONSIDERACIONES ACERCA DE SU ETIOLOGIA

PO 726/91 G.3

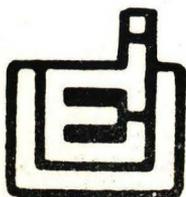
**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

EDITH CECILIA GARCIA LOPEZ





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**DEPRESION Y MUJER:  
CONSIDERACIONES ACERCA DE SU ETIOLOGIA.**



EL GRITO

---

*Edvard Munch.*

**DEDICATORIAS**

***Con amor a mi hija Gizeh.***

**Por el apoyo y motivación para seguir adelante, a mis padres SALVADOR y CECILIA.**

**Con cariño a mis hermanos SALVADOR, TERE, MARCO ANTONIO y EDGAR, a mi cuñada ROSINA y a mi sobrina CAROLINA.**

**A todas aquéllas personas con quienes he construído una auténtica amistad.**

**Agradezco el tiempo e interés dedicado para la realización de este trabajo al Lic. JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ.**

**Al Lic. MARCO VINICIO VELASCO DEL VALLE y al Lic. FRANCISCO OCHOA BAUTISTA mi reconocimiento por sus comentarios y sugerencias.**

## INDICE

	página
<b>Introducción.</b>	1
<b>Capítulo I.      Diversos enfoques teóricos en torno a la definición y etiología de la depresión en general.</b>	5
Psiquiátrico.	6
Psicoanálisis.	11
Cognitivo.	14
Conductual.	16
Sociocultural.	20
Características de los depresivos.	23
El problema de la definición.	24
<b>Capítulo II.     Diversas explicaciones y algunas características de la mujer depresiva.</b>	26
Alta incidencia de mujeres depresivas.	27
Aproximaciones psiquiátricas de la depresión femenina	28
Aproximaciones psicoanalíticas a la depresión en la mujer.	33
Aproximaciones conductuales a la depresión femenina.	36
Aproximaciones socioculturales de la depresión en la mujer.	41
<b>Capítulo III.    Factores socioculturales asociados a la depresión.</b>	45
La producción como articuladora de la sociedad	50

<b>El trabajo como división entre hombres y mujeres.</b>	<b>53</b>
<b>La familia como base de la sociedad.</b>	<b>56</b>
<b>Educación.</b>	<b>59</b>
<b>Relaciones sociales.</b>	<b>63</b>
<b>Conclusiones.</b>	<b>69</b>
<b>Bibliografía.</b>	<b>83</b>

**INTRODUCCION.**

Hoy en día el término "depresión" se ha generalizado tanto, que si no existiera habría que inventarlo: describe toda la gama de emociones, desde una leve fatiga pasajera ("hoy estoy deprimido, anoche tuve insomnio") hasta sentimientos de desesperación más profundos. Se comenta en todo lugar: en el trabajo, en la oficina, en el club, en las fiestas, en las reuniones, en el colegio, en el autobús, en los colectivos, en la calle, etc.; y ahora forma parte también del vocabulario infantil. Sin embargo, no se conocen con profundidad sus causas reales.

Además, la depresión ocupa un lugar destacado en los problemas clínicos de mayor prevalencia en la sociedad contemporánea. Algunos clínicos e investigadores señalan que en la etiología se involucran diversos factores: genéticos, bioquímicos, de personalidad, eventos estresantes de la vida, medio social; algunas son consecuencia de drogas como anfetaminas o rauwolfia. No obstante, en la mayoría de las depresiones, la etiología es incierta debido a la combinación de ellas (Klerman y Weissman, 1980).

Dependiendo del enfoque teórico en que se ubique a la depresión, es como se define. En la Psiquiatría tradicional se conceptualiza a ésta como endógena o exógena.

Por su parte, Freud argumenta desde una postura psicoanalítica, que la depresión es un estado donde las personas vuelven la agresión a sí mismas, en lugar de dirigirla a los individuos que son objeto de esos sentimientos.

Mientras que el enfoque conductual considera a la depresión en términos de la teoría del aprendizaje, como producto de las contingencias de reforzamiento.

El punto de vista cognitivo, señala que la depresión es el resultado de los pensamientos negativos que tiene el sujeto de sí mismo, de lo que le rodea y de su futuro.

Algunas de las investigaciones <sup>como</sup> que apoyan lo anterior, son la de Billings, Cronkite y Moos (1983) quienes observaron que los eventos más importantes a la

depresión son la pérdida ó éxito de éstos (divorcio, muerte, cuando los hijos se van de casa), generando efectos en la autoestima; otros síntomas depresivos se apoyan en los problemas del matrimonio, la falta de dinero, la permanencia en el trabajo, la presión del tiempo, la falta de decisión, la ambigüedad en el trabajo; mas común en solteros y de bajo estrato socioeconómico. Entonces, la falta de redes interpersonales contribuye a que se depriman, pero las razones por las que tienen limitados sus círculos sociales, es por su baja autoestima.

En tanto que, Folkman y Lazarus (1986) dicen que para entender la relación entre la sintomatología depresiva, el "estres" de la vida y las características de los depresivos, se requiere del conocimiento de cuánto y en qué grado los que se deprimen y los que no lo hacen difieren en la forma en que valoran, se sienten capaces y responden emocionalmente a la vida. Folkman y col. entrevistaron a 75 parejas casadas acerca de lo más "estresante" que habían vivido en la última semana; encontraron que las personas con niveles altos de síntomas depresivos presentan mas "estres", confrontan su capacidad, son más enojones, disgustados, preocupados, miedosos, menos confidentes y menos seguros que otras personas.

✦ También, Blumberg y Hokanson (1983) estudiaron las posibles variaciones en conductas sociales de los depresivos, dependiendo de las características de las personas con las que interactúan; y, concluyeron, que los depresivos emiten conversaciones neutrales, además de disponer de contenidos negativos y en nuevos encuentros sociales comunican tristeza, desamparo y autodevaluaciones.

Ahora bien, si las diferentes conceptualizaciones de la depresión han considerado a ésta de un modo general, no a todos les causa depresión los mismos eventos, porque en nuestra sociedad es diferente el comportamiento que se les demanda a unos y a otros que se dá por la estructura de factores psicológicos, en función de las experiencias y de la organización sociocultural. Además la literatura marca una alta incidencia depresiva en el grupo de las mujeres.

Dado su género, a partir de la genitalidad mostrada, se les trata como seres pasivos, sumisas, intuitivas; ocupando puestos de servicio, atención y cuidado de los niños, entre otras; mientras que los varones hacen lo contrario (Sears, 1975).

Por lo tanto, se supone que existen variables de tipo sociocultural que influyen en la mujer, ya que ella al aprender y asumir su rol social (tierna, cumplidora, emotiva, abnegada y otros) también adquiere una predisposición (o repertorios) que la hacen más vulnerable a la depresión y a veces, por largos períodos.

De ahí, la importancia de intentar explicar cómo intervienen algunos factores socioculturales (sociedad, trabajo, familia, educación y relaciones sociales) en la depresión de las mujeres.

Para lograr este objetivo, en el primer capítulo hemos hecho una revisión teórica desde los enfoques: psiquiátrico, psicoanalítico, cognitivo, conductual y sociocultural que tratan de la definición y etiología de la depresión en general.

Debido a la alta incidencia depresiva en mujeres, en el segundo capítulo se señalan las diversas explicaciones y aportaciones de trabajos, etc. que tratan de las manifestaciones de la mujer depresiva, de acuerdo a los enfoques teóricos antes mencionados.

En el tercer capítulo, nos referimos a las interacciones establecidas por los individuos dentro de una organización social, que generan sentimientos, actitudes, pensamientos y atribuciones, entre otros, para que las mujeres manifiesten ese estado de ánimo denominado "depresión"; se analizarán los factores socioculturales: sociedad; trabajo; familia; educación y relaciones sociales.

Finalmente, están las conclusiones en función de lo revisado y sus implicaciones teórico-aplicadas.

**CAPITULO I. DIVERSOS ENFOQUES TEORICOS  
EN TORNO A LA DEFINICION Y ETIOLOGIA  
DE LA DEPRESION EN GENERAL.**

Sin lugar a duda, la mayoría de las personas en su vida diaria definen el término "depresión" a la luz de lo que observan, escuchan, y hablan de los individuos aislados, los que lloran con frecuencia, los que tienen pocos deseos de realizar las cosas, etc. Y que se ha manejado como sinónimo de tristeza, melancolía y otros.

De ahí, que el objetivo del presente capítulo, sea señalar la forma en que definen la "depresión" distintos enfoques teóricos (Psiquiatría, Psicoanálisis, Conductual, Cognitivo y Sociocultural), así como algunas causas que la originan.

#### PSIQUIATRICO.

Desde el punto de vista psiquiátrico, las depresiones se dividen en endógenas y exógenas. Las primeras se originan en el individuo por factores bioquímicos y genéticos, y las segundas son originadas por circunstancias externas al individuo (Calderón, 1990).

A sí mismo se dividen en neurosis depresivas y psicosis depresivas. La neurosis depresiva ó depresión reactiva es una combinación de ansiedad-depresión donde predomina la última. La angustia se disfraza por la manifestación de autodesprecio sin alteraciones afectivas, cognoscitivas o somáticas; entre los trastornos se incluyen duelo patológico (luto prolongado por un ser querido) que inicia ante la pérdida real de muerte, la separación o después de una derrota en la vida social, económica o personal. Esas crisis son la ruptura de un compromiso; rechazo de algún pretendiente; divorcio; pérdida de una fortuna o alguna función valiosa.

En este tipo de neurosis depresiva no se observan síntomas somáticos como son anorexia, estreñimiento, pérdida de peso, lentitud y agitación, pero existe llanto frecuente. Son personas tímidas que se autodesprecian, que son arrogantes e intolerables y cuando se enfrentan a una pérdida aparece tristeza; generalmente se quejan de fatiga, insomnio, dificultad para trabajar; son pesimistas; tienen poca concentración, padecen dolores musculares y cefaleas, tienen lástima de sí mismos pero continúan en sus actividades diarias (Kolb y Brodie, 1988).

En cuanto a las psicosis maniaco-depresivas éstas son trastornos afectivos que dominan la vida mental de las personas, que se caracterizan por un aumento o disminución de actividad o pensamiento que evidencian depresión o exaltación; aquéllos que manifiestan sólo depresión se les denomina "unipolar" y a los que presentan manía "bipolar" (Pugatch y Solomon, 1976).

Los tipos o fases de psicosis bipolares de acuerdo a Noyes y Kolb, 1969; Zax y Cowen, 1979; Kolb y col. (op. cit.); Carranza, 1983; Mackinnon y Michels, 1985; Pugatch y col. op. cit., son los siguientes : 1) maniaca, 2) depresiva, 3) cíclica y 4) mixta.

1) Maniaca. La personalidad del paciente manifiesta satisfacción de sí mismo, es confiado, agresivo, extrovertido, está agusto y tiene energías; expresa sus emociones y responde a los estímulos. La manía es precedida de depresión simple (pocos días), seguida por excitación moderada y en ocasiones, se queda así y se denomina "hipomanía".

Los maniacos también manifiestan exigencia, desinhibición, efusividad, son liberales en sus modales y charla, narcisistas, orgullosos, no les agrada que los critiquen, socialmente agresivos, ingeniosos, discutidores, despilfarradores, ambiciosos y por lo tanto fracasan abandonando rápidamente los planes; abusan del alcohol para conciliar el sueño y aliviar sus síntomas maniacos; utiliza constantemente los términos: absolutamente, mucho y nunca; sus comentarios sólo los hace con base en otras personas, eventos y circunstancias para compararlas consigo mismo; convencen a los que no los conocen; se aburren con la rutina; hay falta de interés en cualquier actividad y están muy ocupados para criticar sus impresiones; se distraen fácilmente.

Muchos maniacos son ruidosos; traviesos; bromistas; hacen observaciones atrevidas; cuentan chistes vulgares e impropios; tienen relaciones superficiales con los otros y son insensibles a las demandas de ellos; si alguien duda de su opinión o rompe sus deseos: muestran enojo. Cambian fácilmente de un estado a otro; a veces son tan entrometidos que se convierten en una carga para los que les rodean; dicen que no necesitan descansar. En las cartas subrayan palabras, pasajes y ponen comentarios entre paréntesis; su composición es florida e ingeniosa, la letra es grande, fluida y agraciada; en lugar de mandar las cartas por correo, envían telegrama; discuten con extraños cosas íntimas; son eróticos, si es hombre manifiesta excesos sexuales y si es mujer casta se entrega a la promiscuidad sexual o se casa con un hombre de bajos recursos económicos.

Si hay tendencia paranoide: son altaneros, arrogantes, exigentes, vengativos y sarcásticos; en su pensamiento existen ideas rápidas, acentúan enfáticamente; hacen cambios en el tono (alto, bajo); su habla parece declamación teatral. En los estados más excitados desgarran su cama y ropa como una necesidad de estar ocupados; duermen poco sin estar fatigados; se cortan y abrasan sin importarles lo que suceda (no permiten tampoco que los curen); pueden presentar alucinaciones (de tipo ilusorio).

Si la manía es moderada, físicamente están saludables: sus ojos son brillantes, la cabeza está erecta, su paso es rápido y aumenta de peso. Y si la manía es extrema, físicamente se observan más delgados y se deshidratan.

2) En la psicosis bipolar depresiva, los psicóticos que se limitan a las reacciones depresivas han sido: amigables; prudentes; tímidos; inseguros; dependientes; hipersensibles; escrupulosos; de reglas éticas y morales rígidas; meticulosos; exigentes consigo mismos; perfeccionistas; mojigatos; sensibles a la crítica; han elaborado opiniones fijas y maneras rígidas de hacer las cosas; son aprehensivos; miedosos; con necesidad de amor, de respeto y de formar parte de un grupo.

Arieti (1981) denomina la depresión suplicatoria como aquella donde el sujeto se encuentra angustiado y quiere que la gente que lo rodea se dé cuenta de su estado "si sufro es porque no me ayudan" "ustedes pueden impedir mi muerte y deben saberlo"; no manifiestan pérdida de peso y se incrementan las horas de sueño.

En la depresión moderada no se reconoce su causa, por ausencia de trastornos mentales. Se presenta de dos formas generales: como período de fatiga, desanimación e inercia, y como un período donde el paciente tiene molestias físicas sin causa orgánica. Si la depresión se evidencia, sus amigos le llaman ataque de tristeza; el depresivo no tiene autoconfianza; pierde el interés por la vida; se siente cansado, no quiere hacer algo; quiere estar solo; le pesan sus responsabilidades, a veces abandona el empleo; experimenta dudas, le preocupa exageradamente su familia. Sus temas son limitados, su habla es un poco espontánea, las respuestas a las preguntas son retardadas; no revela sus pensamientos privados, no le gusta ver a la gente, son indecisos por el temor a fracasar nuevamente o a que los rechacen o les tomen represalias. Otros son hostiles, niegan su enfermedad; manifiestan dominio y agresión; se deprimen cuando no son autosuficientes y cuando no tienen control sobre el ambiente. Hay pérdida de peso, insomnio, anorexia, hipocondría, debilidad, fatiga, preocupación por cualquier cosa, dolor de cabeza o epigástrico. Las bases físicas de tensión o angustia son el punto central en las sensaciones corporales y creen que su abatimiento es por su salud.

En la depresión grave se presentan los síntomas anteriores, pero en poco tiempo manifiestan sufrimiento afectivo profundo. Su postura, tensión muscular y síntomas físicos manifiestan ese estado de ánimo: cuerpo encorvado, cabeza flexionada, frente arrugada, mirada fija hacia abajo; la cara expresa pena y perplejidad; adelgazan y se ven enfermos; el sudor y otras secreciones disminuyen; hay constipación; disminuye el deseo sexual; despiertan más temprano de lo normal.

En este mismo sentido, Lowen (1984) señala que la condición del depresivo es que no es capaz de responder; su irrealidad se evidencia en el grado en que ha perdido contacto con su cuerpo; Inmoviliza a la persona haciéndola incapaz de reunir la energía para seguir adelante; es una pérdida de la fuerza interna del organismo (flujo de impulso y emociones) que está reducida en número e intensidad.

Otros depresivos se quejan de que todo es extraño y poco natural; se dan cuenta de que el cambio está en sí mismos; no responden a los consejos comprensivos y afectuosos.

En la depresión retardada, el paciente habla lentamente, no encuentra palabras, proporciona respuestas cortas y en voz baja, empieza la respuesta y no la termina, o lo hace cuando el interlocutor se aleja; su conducta se inhibe cada vez más y es muy lenta. El retardo puede ser tan intenso que llega al estupor.

El estupor depresivo, es la forma más intensa: existe inhibición profunda donde no hay actividad motora espontánea; el individuo está mudo, con preocupación intensa e ideas de muerte; su cara es rígida de angustia; es alimentado con sondas; orina y defeca en la ropa.

3) La psicosis bipolar cíclica, se caracteriza por alternar reacciones maniacas y depresivas. De esta manera, impiden una adaptación propia de su vida.

4) Finalmente en la psicosis bipolar mixta, se encuentran las siguientes formas: depresión agitada; estupor maniaco; manía depresiva y depresión con fuga.

Los cuatro tipos anteriores, también se les conoce como depresiones primarias. Arieti (op. cit.) plantea que las depresiones secundarias son las que están asociadas con enfermedades neurológicas o cerebrales: son comunes en las personas que sufren de corea de Huntington; los que padecieron encefalitis; el mal de Parkinson,

y se observa después de que se administran drogas que afectan a los ganglios basales.

Las depresiones que están asociadas con desórdenes endocrinos son: el hipo e hipertiroidismo cuando existe mixedema.

No se sabe con certeza si la enfermedad física incide en la etiología de la depresión o si es la respuesta psicológica de la persona frente al malestar causado por su enfermedad física.

✕ Por su parte, Carranza (op. cit.) indica cuatro tipos de depresión:

- 1) La existencial o tristeza no denota patología (según los psiquiatras) y por esa razón no la consideran para hacer algún diagnóstico.
- 2) La sintomática que se evidencia en enfermedades virales como son: influenza, hepatitis, herpes simple, parotiditis; y en accidentes vasculares cerebrales. Aunque también es causada por algunos fármacos: la reserpina, barbitúricos, bromuros y fenotiacinas.
- 3) Síndrome depresivo asociado a reacciones de ansiedad.
- 4) Enfermedad depresiva o melancolía, referida a depresiones psicóticas y endógenas como las más graves de este grupo.

De ese modo, los trastornos bipolares se presentan en: descendientes de familias con historia depresiva; cuando existen antecedentes de privación materna y/o muerte, divorcio, etc.; más frecuente en estrato socioeconómico alto y profesionistas.

Los estudios genéticos actuales han establecido que el locus genético se encuentra en el cromosoma X; y el grupo sanguíneo Xg se transmite en generaciones sucesivas. Posiblemente los trastornos del afecto dependen de un trastorno del equilibrio normal en el Sistema Nervioso Central, entre los sistemas dopaminérgicos y colinérgicos.

Existe entre otras, la hipótesis de las catecolaminas para explicar el mismo fenómeno: en las células nerviosas, existen sustancias neurotransmisoras

(catecolaminas) que actúan como un auxilio necesario; algunas de éstas (dopamina, noradrenalina, adrenalina y serotina) se concentran en el tallo cerebral para actuar como transmisores, pero si hay pocas catecolaminas se interrelaciona con la depresión.

— Pero también algunos medicamentos inactivan la noradrenalina de las estructuras centrales y predisponen a la depresión. ]

— Para determinar si existe depresión, habría que identificar si hay depresión en la familia, el grado de depresión, si las reacciones motoras están inhibidas o son normales, la reacción a los antidepresivos y si existen factores desencadenantes, para entonces determinar si son exógenas o endógenas (Fredén, 1986).

Con lo anterior, puede observarse que el diagnóstico psiquiátrico de la depresión está basado en una mezcla de causa-efecto (síntoma) y tratamiento. Ellos definen el problema como si sólo fuera biológico, sin importar un contexto social; además proporcionan un alivio temporal a las personas, permitiéndoles por lapsos manejar adecuadamente su vida; con frecuencia ocultan lo que en realidad les sucede, es decir, los psiquiatras no se involucran o no se adentran en la vida de las personas para saber lo que está manteniendo el que se sienta, piense y actúe de esa manera. Simplemente observan ciertos síntomas y los "etiquetan" sin vincularlos a un tratamiento, cuya situación se ha aliviado posteriormente con el uso del Psicoanálisis, y terapias de apoyo.

## PSICOANALISIS.

En el Psicoanálisis han hablado de dos aproximaciones teóricas en el estudio de la depresión: 1) La clásica de Freud (1917), y Abraham 1911, 1924 (citado en Fredén, op. cit. y Bernesderfer y Cohler, 1989), y 2) La del ego psicológico descrito por Bribing 1953 (citado en Fredén, op.cit. y Bernesderfer y col. op. cit.).

El interés de Freud por la depresión lo señala en su ensayo titulado "Duelo y melancolía" (1917); en éste consideraba a la depresión como un estado donde el sujeto vuelve la agresión a sí mismo, en vez de dirigirla a la gente que es objeto de esos sentimientos. Cualquier sentimiento negativo que antes estuvo ligado en la mente de una persona no puede expresarlo abiertamente, son sentimientos prohibidos.

En la melancolía hay una pérdida de autoestima y en el duelo no, éste último le proporciona al individuo la posibilidad de retirar los sentimientos que había invertido en el objeto amado que ha perdido; pero no es fácil porque se aferra al objeto perdido y niega esa pérdida, para evitar el dolor de la separación (melancolía).

Por medio del duelo se reconoce la pérdida y se le acepta; en la melancolía ni se acepta, ni se reconoce, porque el ego se identifica con el objeto y lo incorpora. En otras palabras, la melancolía es provocada por la pérdida afectiva del objeto amado; es el superyo el que reprime y aplasta al yo, provocándole un sentimiento de culpabilidad, en tanto que, en el duelo es una reacción ante la pérdida de la persona amada. En el duelo, el mundo es deficiente y vacío, además de que la pérdida es consciente y en la melancolía es inconsciente.

La persona que está en duelo expresa su aflicción, llora, se lamenta por la pérdida e incluso se daña físicamente para descargar su dolor, y cuando esto no sucede, suprime el dolor para dominarlo, entonces su vida emocional se empobrece (Lowen op. cit.; Mackinnon y col. op. cit.; Fredén, op. cit.; Bernesderfer y col. op. cit.; Seligman, Klein y Miller, 1976).

A sí mismo, Caruso (1986) sostiene que la pérdida de relaciones en el pasado, se transfiere al futuro, de tal forma que el melancólico es una eterna pérdida; es una enfermedad del yo, porque introyecta al otro, a la persona amada, y de cuya pérdida no puede escapar. Entonces, la separación no es la causa de la depresión, sino su consecuencia e inconscientemente se la introduce como pretexto.

Mientras que, Karl Abraham relacionó la depresión del adulto con un regreso a una "depresión primaria en la infancia", donde había experiencias desagradables por el trato de sus padres y como resultado se sentía lleno de odio.

\* En este sentido, puede decirse que la pérdida del objeto en las diversas etapas de la vida de acuerdo a Noyes y col. (op. cit.) son :

1. Infancia. Las relaciones cercanas y de apoyo con su madre durante su primer año de vida, posibilitará que el niño haga relaciones con otros, en tanto que si no se le proporciona afectividad e intimidad (en la relación), éste será reservado. Las madres que son depresivas y reservadas tienen hijos "límitrofes"; por ello se recomienda que sean atendidos por otras personas que le proporcionen "calor materno".

**2. Niñez.** Si no existe diferenciación auto-objetiva suficiente, es decir, autoafirmación donde él es uno y su madre otro, el niño no querrá que se vaya ésta y se establecerán relaciones simbióticas originando graves problemas psiquiátricos.

**3. Adolescencia.** Es la etapa de la vida donde las personas dejan de ser niños para ser adultos, generándoles turbulencias emocionales al querer ser independientes y maduros. Entonces la pérdida del objeto coincide con la pérdida de protección familiar y al abandonar la imagen paterna de seres supremos e infalibles, le origina depresión, que casi siempre se manifiesta en rebeldía, desafío y mal humor.

**4. Edad adulta.** Esa pérdida está vinculada a los seres queridos, situaciones económicas, de poder o salud; y la intensidad y/o duración de su reacción ante tales eventos muestran depresión.

Por otra parte, Edward Bibring (citado en Bernesderfer y col. op. cit.; Fredén, op. cit.) conceptualiza la depresión como un fenómeno del ego, donde el punto clave es la relación entre el individuo y su ambiente, donde la pérdida de la autoestima es la causa de la depresión y hace que la agresión sea interna.

La depresión es la expresión emocional del ego, de su desamparo y su impotencia; es el resultado de ser valorado, amado, ser fuerte, seguro, bueno y de darse cuenta de que eso es inalcanzable. Se presenta cuando no se vive a la altura de los ideales del ego; así, la autoestimación está destruida o deteriorada y el punto básico que predispone a las personas a la depresión es la experiencia de los primeros años, donde no se han satisfecho las necesidades vitales. La pérdida en la vida adulta que evoca a la pérdida anterior, puede ser real, imaginada o simbólica.

De esta manera, puede decirse que la etiología de la depresión es doble: hay una pérdida de placer significativa, del niño, en relación con la madre y después se le niega a éste el derecho a protestar por su privación y se le castiga su enojo; el resultado es una pérdida al querer alcanzar lo que uno desea. Además, a medida que el significado de la vida se degrada por la pérdida del placer de vivir, la gente se deprime con frecuencia, sobre todo en las protestas sociales donde nunca se les hace caso o si se les hace es bajo las condiciones que ellos no esperaban.

Por su parte, Melanie Klein (1985) explica como se estructura al sujeto; sostiene que todos pasamos por un proceso, en la identificación-individuación con la madre, donde el hijo siente que está solo, y se angustia. Es decir, en el bebé se nota que empieza a reconocer a su madre como un objeto total, como algo que está integrado y no como una extensión de él, debido a que en el inicio creía que su madre (o

sustituto que cumpla las mismas funciones de ella) eran uno mismo, como si tuviera otro brazo o apéndice, y posteriormente se da cuenta que son dos personas diferentes, donde a veces ella es buena y a veces es mala, que puede ausentarse o presentarse, a la que ama y odia al mismo tiempo. El se da cuenta de que sus experiencias buenas y malas proceden de ella; reconocerla como una persona total, es considerarla como alguien con su propia vida y que se relaciona con los demás, entonces, se ve a sí mismo como alguien que está desamparado, que depende de ella y le provocan celos los demás.

La ansiedad del bebé se basa en que sus impulsos destructivos lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente. Como sabe que la madre puede ausentarse, quiere tenerla, guardarla dentro de sí, de protegerla de su propia destructividad, de no destruir el objeto bueno externo y al introyectado.

La depresión es provocada por el sentimiento de que perdió al objeto bueno por su propia destrucción; el bebé recuerda que ha amado y que ama a su madre, pero siente que la ha destruido (al odiarla) y que no puede volver a ella en el mundo exterior, aunque también la ha destruido internamente. Ahora su mundo interno está despedazado y siente culpabilidad, nostalgia y pérdida; sufre por ambos porque constantemente la introyecta y se identifica con ella (Segal, 1985; Liakos, Markidis, Kokkevi, Trikkas, Hambouratzis y Stefanis, 1983).

Ahora bien, Freud sostiene que la depresión es el resultado de la agresión internalizada originalmente dirigida al objeto de amor. Y los que agreden externamente; verbalmente y físicamente no se deprimen?. Según lo cotidiano, algunos después de mostrar su agresión de manera violenta, se sienten culpables o con remordimientos, habrá otros que no, que al contrario, no hicieron y dijeron todo lo que debían. De alguna manera también se autoagreden, porque al golpear al otro (aún humillándolo) sabe que le "rebota" lo ocurrido.

#### COGNITIVO.

Este enfoque teórico apoya que la respuesta afectiva está determinada por la forma en que un individuo estructura su experiencia, porque del dominio de ciertos esquemas cognitivos, el sujeto tiende a verse a sí mismo, a sus experiencias, y a su futuro como algo negativo, lo que representa la tríada cognitiva de la depresión (Shaw y Beck, 1977).

Los pensamientos negativos de sí mismos, se refieren a las creencias de verse como defecto, inadecuado y carente; la poca autoestima deriva del sentirse de ese modo y cuando tiene experiencias "malas" se deprime; además atribuye sus experiencias desagradables a lo psicológico, moral y a su propia persona, por lo que no puede ser feliz.

Los pensamientos negativos de lo que le rodea son las interpretaciones de todo lo que le pasa como lo peor; consideran los pequeños obstáculos como barreras imposibles de vencer; creen que todo es negativo aun cuando no lo es, es decir, sienten que el mundo demanda demasiado en ellos.

El punto de vista negativo del futuro es un desamparo, piensan que les pasará todo lo negativo como un resultado de su incapacidad personal.

✓ El modelo cognitivo considera a los signos y a los síntomas del síndrome depresivo como una consecuencia de los patrones negativos en el pensamiento, v.gr. si la persona cree erróneamente que es un obstáculo social, se sentirá solo.

El segundo punto importante en el modelo cognitivo es el de esquemas, que explica por qué los depresivos mantienen su dolor y derrota a pesar de evidenciar factores positivos en su vida (categoriza y evalúa su experiencia a través de esquemas). La clase de esquemas empleados determina cómo alguien estructurará de forma diferente sus experiencias. El paciente pierde el control sobre el proceso de pensamiento y es incapáz de evocar esquemas apropiados, lo que incrementa las ideas negativas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1980).

Específicamente, la persona depresiva se ve como una perdedora. Sus pensamientos son distorsionados; los errores sistemáticos en su lógica son: 1) inferencia arbitraria que es cuando concluyen sin o con poco apoyo de información;

2) abstracción selectiva que significa centrarse en un mínimo detalle de la conversación y se pierden de lo más importante; 3) sobregeneralización que significa hacer conclusiones globales de algo; 4) minimización y maximización son grandes errores de evaluar las cosas al revés: los pequeños eventos malos son maximizados y los eventos buenos son minimizados; y 5) personalización, es cuando se responsabilizan incorrectamente de los eventos negativos en el mundo (Seligman, 1975).

Los depresivos consideran que han perdido algo de valor sustancial, como la relación personal o que han fallado en terminar algún objetivo importante y se culpan de la pérdida. Además, esperan que los resultados de cualquier actividad sean negativos y por tanto, no se motivan a lograr metas creyendo que su futuro será deficiente en satisfacciones; continuamente comparan lo que deberían hacer con lo que hacen.

La teoría cognitiva propone que las experiencias tempranas proveen las bases para formar conceptos negativos de sí mismos, de lo que le rodea y del futuro. Estos pensamientos negativos (esquemas) pueden estar latentes pero se activan por circunstancias específicas, v.gr. la ruptura de una situación marital puede activar el concepto de pérdida irreversible asociado con la muerte de un padre en la niñez.

En este sentido, Teasdale (1985) dice que los síntomas de depresión pueden producirse por la activación de la representación en la memoria de eventos previamente asociados con depresión, es decir, con memorias aversivas e incontrolables en el pasado.

Los efectos que mantienen a la depresión a través de experiencias altamente aversivas e incontrolables son: 1) el continuo "estres", 2) argumentos maritales o dificultades con los niños, como un incremento de pensamientos negativos, 3) memorias de experiencias depresivas pasadas que vienen a la mente fácilmente, si la atención del depresivo no se ocupa en otras cosas y 4) el mismo estado depresivo.

Por lo anterior, puede decirse que lo básico es el pensamiento negativo para sostener que las personas se deprimen, entonces ¿los niños no se deprimen?; no significa que éstos no piensen, sino que existen etapas que señalan la madurez para hacer abstracciones hipotética-deductivas de pensamiento. ¿Y qué decir de los animales?, en los estudios de Harlow con changos, se observa que los pequeños al separarlos de su madre se deprimen; lo que denominó Spitz como depresión involutiva en los bebés.

## CONDUCTUAL.

Existen dos formas principales de considerar la depresión en términos de la

teoría del aprendizaje. Donde se le considera el resultado de un acceso limitado a acciones que proporcionan un refuerzo positivo (premio), posiblemente porque el individuo es incapáz de realizar cosas que le proporcionen recompensas. Entonces se desencadena la depresión, 1) por la pérdida del refuerzo positivo ó 2) por la experiencia de refuerzo negativo ó ambos. Así, la depresión se refuerza a partir de otros y de sus interacciones (Eastman, 1976).

La formulación que ha recibido más atención, es la que considera a la depresión como una función de reforzamientos inadecuados, con dos formas: 1) reducción de reforzamiento y 2) baja frecuencia de reforzamiento social.

Al respecto, Lewinsohn y Shaw (1969) dicen que la depresión se mantiene porque la misma gente evita a las personas depresivas (las aísla), y por tanto reciben menos reforzamiento positivo. Tales autores se basan sobre todo en la frecuencia de reforzamiento social:

1) Las conductas depresivas se elicitán por la baja tasa de reforzamiento positivo contingente a la respuesta.

2) Esta baja tasa de conducta hace que las personas creen que están en extinción prolongada.

3) La cantidad de reforzamiento está en función de: número de eventos reforzantes para el individuo y que depende de factores biológicos (sexo y edad) o de experiencias, número de eventos reforzantes disponibles en el medio ambiente y habilidad de ocuparse en conductas que elicitán reforzamiento positivo.

Por su parte, Lazarus (1968) plantea tres formulaciones de depresión:

1) como consecuencia de la ansiedad intensa o prolongada, 2) como función de reforzadores inadecuados o insuficientes y 3) los pacientes depresivos necesitan aprender a reconocer y utilizar ciertos factores a su disposición.

Dentro de las críticas a estas concepciones, argumentan que sólo se han centrado en el retiro de reforzadores o la baja frecuencia de reforzamientos para que se presente la depresión; sin embargo, Moos y Boren en 1972 (citados en Eastman, op. cit.) listan cuatro parámetros interrelacionados de reforzamiento: frecuencia, duración, magnitud y el costo de respuesta, para darse cuenta de que no sólo existen los dos anteriores.

109  
La  
man  
A

Otra de las formulaciones conductuales es la pérdida de conductas reforzables. Ferster (1966, 1973) enfatiza que el denominador común de los depresivos es la pérdida de conductas reforzables, es decir, la baja frecuencia de tales conductas y la emisión de conductas de evitación/escape (quejas, llanto, irritabilidad).

En tanto que, Costello (1972) manifiesta que la falta de interés en el ambiente por los depresivos es una función de una pérdida general de la efectividad de los reforzadores. Sugiere dos antecedentes: 1) cambios endógenos bioquímicos y neuropsicológicos, 2) la ruptura de la cadena conductual. Supone que la efectividad del reforzador de todos los componentes de la cadena de la conducta son contingentes al completamiento de la cadena a un nivel oculto o abierto, v.gr. el retiro de un reforzador o la eliminación de un estímulo discriminativo en la conducta. También argumenta que no es que la conducta de las personas esté bajo el control de un estímulo, pero que los estímulos, respuestas y reforzadores son interdependientes y si existe una pérdida de la efectividad del reforzador, no existen otros reforzadores disponibles.

Por otro lado, la frecuencia de la conducta puede reducirse por un estímulo aversivo condicionado que precede a un evento aversivo. Moos y col. (op. cit.) identificaron dos formas donde el control aversivo se asocia con la depresión: a) directamente donde el evento aversivo es una reducción del reforzamiento positivo e b) indirectamente, donde el castigo, la evitación o el escape pueden suprimir conductas que pudieron haber sido seguidas por reforzamiento positivo.

Lazarus (op. cit.) está en desacuerdo en este punto. Insiste que la ansiedad empieza como una respuesta al estímulo aversivo y la depresión como una función del insuficiente e inadecuado reforzamiento positivo, empero, nota que la depresión puede resultar de una ansiedad intensa.

El defensor más importante del segundo y cada vez más popular modo de enfocar la depresión en la teoría del aprendizaje, ha sido Martin Seligman que junto con Overmier en 1967 (citados en Eastman, op. cit.) sujetaron a unos perros para unas series forzosas de choques eléctricos, previos a un entrenamiento de escape/evitación en una caja con lazadera. Dos terceras partes de los perros con los choques, no aprendieron a escapar saltando, mientras que el 90% de los perros control (sin choques previos) aprendieron. La inhabilidad de los animales para aprender a saltar con choques forzosos ha sido denominada "desamparo aprendido".

De ahí que consideren que el desamparo aprendido es un modelo de la depresión, ya que la percepción de sí como un controlador individual es un factor fundamental en la autoestima y aquéllo que percibe como una pérdida de control resulta un sentimiento de desamparo, es decir, la depresión se ve como el resultado de una pérdida de control sobre los medios de obtener un refuerzo positivo o negativo y se aplica principalmente a casos en que los sujetos no tienen iniciativa, se sienten impotentes y el futuro les parece desalentador (ven el triunfo y el fracaso fuera de su control y sin relación con sus acciones).

Seligman indica que es más probable que la gente a quien se le negó la oportunidad de controlar su propio medio en los primeros años, reaccione con desamparo aprendido en su vida adulta.

El modelo reformulado de desamparo aprendido parte de cuatro premisas:

- 1) **Expectativa aversiva.** El individuo cree que los resultados aversivos son más probables o que los resultados deseables son menos probables.
- 2) **Expectativa de incontrolabilidad.** El individuo cree que las respuestas de su repertorio no cambiarán.
- 3) **Estilo atribucional.** Este estilo gobierna la duración y extensión de los déficits del depresivo, reduciendo su autoestima; este estilo tiende a interiorizar las atribuciones de los fracasos y externar las de éxito, si ve todas de fracaso y una de éxito provoca déficits prolongados de depresión en diversas situaciones.
- 4) **Severidad.** La longitud de los déficits motivacionales y cognitivos de la depresión dependen de las dos primeras premisas; y la severidad de los déficits afectivos y de autoestima están dirigidos por la importancia que se le dá a los resultados incontrolables (Seligman, 1981).

Otro modelo que explica la depresión es el de "causas variables" descrito por Wolpe (1977), apoyando que la depresión es patológica cuando se observa que no sirve para restaurar la función adaptativa; cuando es muy larga con respecto a la privación que la originó, o si ha surgido fuera del contexto de una pérdida. A sí mismo, discutió tres grupos de circunstancias en los que se evidencia la depresión neurótica: 1) como una exageración y prolongación de la respuesta normal ante la pérdida, 2) como consecuencia de una respuesta de ansiedad intensa y prolongada y 3) como una consecuencia de fracaso para el control de las situaciones interpersonales.

El modelo de autocontrol de Rehm , según Kanfer y Hagerman (1981) se enfoca a los procesos de a) automonitoreo: atienden selectivamente a eventos negativos externos que siguen a su conducta, b) autoevaluación: establecen estándares perfeccionistas y c) autoreforzamiento: tienen tasas bajas de autorecompensa y tasas altas de autocastigo.

El modelo de eventos estresantes diarios sostiene que la depresión es una respuesta adaptativa a las condiciones medioambientales, donde la vida social tiene entradas y salidas. En las primeras se encuentra el matrimonio, nacimiento de un hijo, ascensos laborales, etc. y en las segundas está el divorcio, muerte de familiares, abandono del hogar de algún familiar, enfermedades graves, etc. Así, el depresivo se involucra más en las salidas.

Una de las críticas al enfoque conductual, es que no se diferencia la cantidad del refuerzo y el control sobre el mismo como factores decisivos. Además, el modelo de Seligman no dice cuáles son las circunstancias culturales que determinan el desamparo aprendido, y no considera que las personas seleccionan por diversas causas y que sus acciones están determinadas por el contexto social.

Por último, cabe mencionar que la literatura señala que se explica mejor la depresión a través del enfoque cognitivo-conductual, que es una combinación de los dos anteriores.

## **SOCIOCULTURAL.**

Horney (1982a) habla de los neuróticos (con aspectos básicos comunes a todos), como producto de los problemas que acontecen en nuestro tiempo y en nuestra cultura.

Entre los problemas básicos expresados por diferentes actitudes están:

1) El dar y recibir cariño, referido a una excesiva dependencia a la aprobación; anhelos insaciables traducidos en hipersensibilidad al no obtener lo deseado.

2) La autovaloración, son aquéllos sentimientos de inferioridad o inadecuación (Incompetencia, estupidez, fealdad) evidenciados en lamentaciones, preocupaciones o alardes.

3) La autoafirmación, que se refiere a la inhibición para expresar sus propios deseos; existe imposición de sí mismo; no se defiende; no sabe decir "no"; son manipulativos por un temor neurótico.

4) La agresividad, se manifiesta en ofensa, ataque, intrusión, exigencia, dominación, engaño o crítica.

5) La sexualidad, donde existen deseos compulsivos de tener actividades sexuales o inhibición frente a éstas.

La angustia es el motor de la neurosis, definida como una reacción desproporcionada al peligro o ante riesgos imaginarios; es lo oculto y subjetivo; se puede ocultar en malestares físicos (palpitaciones, fatiga), temores racionales y justificados; provoca una incapacidad de hacer las cosas e inhibición. Su origen es el impulso hostil vinculado al sexual.

En este sentido, los neuróticos tienen como características: falta de afecto-cariño y hostilidad originada por los padres, v.gr. al preferir a otros niños, al rechazarlos, al ser injustos, etc., pero también la cultura genera hostilidad por los placeres en general (sobre todo en el sexual).

De ese modo, entre más indefenso sea el ser humano, mostrará menos oposición y dirá "reprimó hostilidad porque te necesito"; si es más tímido y menos hostil "reprimó por miedo"; en el amor filial "reprimó por miedo a perder tu amor"; si hay sexualidad se siente culpable "reprimó si no soy malo".

A sí misma, Horney habla de la necesidad neurótica de afecto, donde lo básico es recuperar su seguridad; reciben afecto sin considerar que son incapaces de amar y aceptarlo; si su angustia es profunda, el afecto que le proporcionen le originará desconfianza y sentirá terror si le ofrecen amor sincero; son compulsivos (rígidos y no espontáneos); les es tan urgente el cariño que no discriminan a las personas en su necesidad neurótica de afecto, se concentran en alguien para asegurarse (papá, mamá, esposo, amigo, etc.) y si estos últimos no están, se sienten despreciados; existe dependencia emocional para quien le brinde protección; son insaciables y caen en la codicia que se evidencia en los sueños, la gula, etc.

La hipersensibilidad al rechazo por muy leve que sea, los hace hostiles inconscientemente o herméticos y el rechazo es tan leve que no alcanza la consciencia y se sentirán deprimidos sin motivo aparente; el cariño se obstaculiza por miedo al rechazo, porque no le deja ver a otros que quiere su simpatía "no me quieren, me aislo para que no me desprecien" y se hace el círculo vicioso:



De esta manera, para lograr el afecto: soborna (te amo y tú lo debes hacer igual), "ámame porque sufro y estoy indefenso" (quiere toda la atención y odia a quien quiere hacer lo mismo), hace como un llamado a la justicia "lo hago todo por tí, tú que haces por mí?". Explica sus sufrimientos porque cree que no merece algo mejor y ante el más pequeño motivo se siente culpable, estos sentimientos de culpabilidad (inconscientes) que se manifiestan en los estados depresivos son: autoacusaciones fantásticas o exageradamente groseras; se observan por medio del temor neurótico de ser reprobado (les es doloroso arrepentirse o avergonzarse y sobre todo confesarlo); su sensibilidad a la crítica la disfrazan bajo el hacer creer que lo toleran bien, siempre y cuando sea amistosa y constructiva, pero la amabilidad y elogios los recibe con rabia porque ello implica que no es del todo perfecto; el temor a la reprobación lo evidencia al molestar a la gente, es un temor a que descubran algo de él (resiste el que conozcan su vida privada), de su insinceridad; si se le señalan su hostilidad o exigencia, se angustia porque pella el apoyo que necesita; da la apariencia que es toda energía, ocultando su debilidad, inseguridad, poca autoafirmación y profunda angustia; evita la crítica siendo perfecto; se refugia en la ignorancia, enfermedad, indefensión o víctima; las depresiones inician después de que es incapaz de defender sus argumentos o de hacer críticas.

Así, el sufrir es una defensa directa y lo protege de los peligros. En las autoacusaciones evita ser acusado y acusar a los que le rodean, al hacer creer que es un enfermo o ignorante, elude los reproches; al autorrebajarse se elimina el riesgo de competencia. El sufrimiento lo utiliza para obtener lo que quiere: cariño, ayuda, dominio en sí mismo y quitarse de responsabilidades.

Por otra parte, las tendencias masoquistas son sentimientos de sentirse libre del poderío de los demás, manifestándolo en la subordinación, defensa del dominio de sí mismo, por dependencia del afecto. "No mueve un dedo"; son sentimientos de no poder hacer las cosas si los que le rodean no le dan los medios; es moldeable. Sus impulsos masoquistas son una protección contra la angustia; se abandonan al sufrimiento de una forma pasiva.

Finalmente, los rasgos culturales básicos que influyen en la neurosis son: competencia individual (se tienen que luchar aunque se aparte del camino a los demás, provocando la hostilidad entre todos); miedo al fracaso (cuando hay frustraciones en las necesidades personales como son económicas, prestigio, emocionales, etc.), autoestima (por el éxito vales o te devalúas). No obstante, existen contradicciones culturales, v.gr. se dice que se debe alcanzar el éxito no importando quien se quede abajo, y por otro lado, la religión plantea que no se debe ser egoísta, todos somos hermanos y debemos ayudarnos, etc.

En conclusión puede decirse (de acuerdo a los enfoques aquí mencionados) que las características que presentan los depresivos, son las siguientes:

- Antecedentes infantiles. Cuando se ha trabajado con familias de pacientes maniaco-depresivos, se ha observado que sus primeros años han sido limitados, porque los integrantes de la familia tuvieron altos valores morales y se comportaron correctamente por normas fijas; los niños estaban coartados socialmente porque la misma familia se aislaba y los presionaban para que triunfaran, sobre todo en su profesión. También, los depresivos señalan muchas relaciones perturbadoras de ambos padres durante la infancia.

- Educación. Se ha visto que los adultos deprimidos habían sido presionados durante la infancia para triunfar en la escuela, para que tuvieran más estatus que el de sus padres; y la sensación de no satisfacer altas expectativas genera depresión. Además se ha encontrado que los depresivos tienen una educación mejor, pero que les ofrecían pocas oportunidades en las carreras profesionales. Así, a los que les inculcaban el triunfo a edad temprana, cuando son adultos chocan con la realidad social.

- **Personalidad.** Son inflexibles en sus actitudes y opiniones, dependientes con la atención y el amor, quieren satisfacer las exigencias de los otros y se presionan para triunfar; muestran actitudes de sumisión a la autoridad, exageran la disciplina, roles y situaciones familiares, tienen poca autoestima y actitudes limitadas.

- **Sexo.** Es más común el desarrollo de la depresión en las mujeres que en los hombres, por la educación impuesta (Fredén, op. cit.).

Las distintas posturas teóricas expuestas aquí, dejan mucho que pensar, porque en primer lugar el problema es que no existe una sola definición de depresión, debido a que comúnmente se emplea como constructo y como una designación de eventos específicos (Lewinsohn, Biglan y Zeiss, 1976).

Como designación de eventos específicos: una persona dijo estar deprimida porque se siente infeliz, permanece inactiva, etc. Y como constructo, este término se evoca a circunstancias no bien definidas entre clínicos, es decir, implica la existencia de eventos internos y conductas que caracterizan a todos los depresivos; como si fuera una enfermedad semejante a las médicas. Tal postura no es consistente con los hechos disponibles porque al diagnóstico clínico le falta formalidad, no todos los pacientes presentan los mismos síntomas y a todos no les causa los mismos eventos el estar deprimidos, además oscurecen las variables que están interviniendo e implica una distinción entre un estado de ánimo "normal" y un "anormal". Por ejemplo, la persona que se siente mal unas semanas después de haber terminado con su pareja -estado normal-, mientras que, la persona que sigue deprimida después de algún año ante una pérdida, se dice que sufre de depresión. Lo que las hace diferentes es el dolor que ellas dicen sentir, y el tiempo (Klerman y col. op. cit.).

También han realizado el diagnóstico de los pacientes con base en la información vertida en inventarios, escalas, entrevistas o por medio de informantes como son los hermanos, padres y amigos que rodean a estas personas (obviamente el sector de la población deprimida que busca ayuda y no de la población que está deprimida sin haberse puesto en contacto alguna vez con instituciones psiquiátricas). Se ha demostrado que los informantes describen más condiciones patológicas de los mismos pacientes, aunque la importancia del paciente para el diagnóstico puede sobreestimarse debido a que sus entrevistas se hacen personalmente y la de los informantes a veces por teléfono, además de que el estado depresivo puede tener gran efecto en la percepción de los informantes (Zimmerman, Pfohl, Coryell, Stangl y Corenthal, 1988). Y cuando se cuestiona a los hijos de depresivos por medio de entrevistas directas (a ambos), se obtienen altos porcentajes de desórdenes en los

niños, debido a que existe mucha diferencia en la información que ofrecen tanto los padres como los hijos, y por ende, no se sabe quien es el mejor informante (Weissman, Gammon, John, Merikangas, Warner, Prusoff y Sholomskas, 1987).

Además, aunque se trata de manera general la depresión, existen elementos importantes que se han considerado iguales para los hombres y las mujeres; sin embargo, como se mencionó, no a todos nos causan los mismos eventos la depresión. Esta es algo personal que depende de las habilidades y características de las personas para presentar ciertas formas de comportamiento, pero también en nuestro proceso de vida y el rol genérico (femenino y masculino) asignado en la sociedad, existen diversas creencias y expectativas sobre ese rol y sobre la función que desempeña cada uno. En las sociedades industriales se ha estereotipado a las mujeres como seres pasivos, débiles, etc. y a los hombres como seres "supremos". Lo que posiblemente hace que las mujeres expresen más emociones y de ahí se considere una alta proporción de mayor probabilidad a la depresión entre ellas.

**CAPITULO II. DIVERSAS EXPLICACIONES Y ALGUNAS  
CARACTERISTICAS DE LA MUJER DEPRESIVA.**

En el capítulo anterior se describió a la depresión desde diversos enfoques teóricos, donde caracterizaban a los depresivos como si todos manifestaran los mismos síntomas, originados por iguales eventos. Y esto no puede definirse así, porque las personas tienen diferentes estilos de vida y distintas estructuras de interacción.

Específicamente en la mujer existe literatura que marca una gran incidencia de depresión en ella, es decir, diversas investigaciones indican que las mujeres proporcionan con mayor frecuencia diagnósticos depresivos significativos que los hombres casi en la mayoría de los países: Estados Unidos, Dinamarca, Escocia, Inglaterra, Gales, Australia, Canadá e Israel (Williams y Spitzer, 1983; Weissman y Klerman, 1977 y Stangler y Printz, 1980), se ha observado también que las mujeres exceden significativamente el número de depresión/unipolar (Weeke, Bile, Videbeck, Dupont, Juel-Nielsen, 1975; Baldwin, 1971; Dean, Walsh, Downing y Shelley, 1976; Berah, 1983; Markidis, Mantonakis, Kontaxakis y Gournas, 1983). Sin embargo, algunos estudios en culturas no industrializadas no encontraron diferencias significativas de género en depresión, v.gr. en Nigeria había más hombres que mujeres en los hospitales psiquiátricos (Ezello y Onyeama, 1980); en Egipto, Irak y Rodesia los diagnósticos los realizan unas personas que trabajan en los hospitales (sin ser precisamente profesionales), de acuerdo a sus propias impresiones porque no tienen criterios de diagnóstico convencional y porque el tratamiento psiquiátrico es más restrictivo para ellas que los hombres (Bazzoul, 1970).

A pesar de ello, otros estudios siguen reportando que hay mayor incidencia de depresión en mujeres que en los hombres cuando emplean algunos inventarios, como son: la escala de Zung, el inventario de Beck u otros (Myers, Weissman, Tschier, Holzer, Orvaschel, Anthony, Boyd, Burke, Kramer y Stoltzman, 1984).

Cabe preguntarse ¿por qué las mujeres son más depresivas? ó ¿en qué se basan para diagnosticarlas de esa manera?, para responder a eso, en este capítulo veremos los diferentes estudios que han contribuido con sus consideraciones teóricas, de laboratorio, etc. (aproximaciones psiquiátricas, psicoanalíticas, cognitivo, conductuales y socioculturales) a la depresión en la mujer, así como evidenciar las variables etiológicas que están influyendo y la forma en que manifiestan (las mujeres) su estado depresivo.

## APROXIMACIONES PSIQUIATRICAS DE LA DEPRESION FEMENINA.

Las explicaciones que se han dado desde la Psiquiatría tradicional, son que ellas acuden más al Dr. por los diversos síntomas que manifiestan (físicos o mentales) y por lo tanto se reportan más casos (Roy y Lawrence, 1982), además es aceptado socialmente que las mujeres se depriman, mientras que si los hombres evidencian que están enfermos, creen que es un signo de flaqueza, no obstante, muchos de los estudios reportados han sido realizados por los varones, y puede ser una vía masculina en nivelar más a las mujeres que a ellos siendo depresivos (Klerman y col. op. cit.).

En este mismo sentido, se ha observado en otras investigaciones que cuando se llega a pedir información de la gente que rodea a estas mujeres sobre su depresión, describen más condiciones patológicas de las que realmente ellas poseen (Zimmerman y col. op. cit.).

También se ha considerado que las diferencias de depresión, tanto en hombres como en mujeres en las diversas culturas, habiendo mayor vulnerabilidad por parte de ellas podría ser el resultado de características biológicas únicas en las mujeres. Los tipos generales de explicación biológica son: que las mujeres son más predispuestas a la depresión durante los períodos que experimentan cambios en los niveles hormonales (estrógenos, progesterona, etc.) y por genética.

Al respecto, Ganong (1984) señala que la mujer es más predispuesta a la depresión durante el período premenstrual, el postparto y la menopausia por los cambios en los niveles hormonales. Los niveles de estrógenos y progesterona cambian dramáticamente durante el embarazo, el postparto y la menopausia. Durante el embarazo, estos niveles se producen en grandes cantidades y cuando nace su bebé (postparto) baja rápidamente el nivel de estrógenos y progesterona. Similarmente ocurre en la menopausia, pero los bajos niveles se quedan ahí por el resto de la vida de ellas.

Si la mujer experimenta depresión durante estos períodos de cambios hormonales, eso apoya que su gran vulnerabilidad a la depresión en general, puede ser el resultado de efectos negativos de los cambios de hormonas femeninas sobre su estado de ánimo.

Algunos de los estudios que apoyan la intervención de los cambios hormonales

en la depresión son: Schuckit, Daly, Herrman y Hineman (1975) quienes evaluaron por medio de una entrevista estructurada a 105 mujeres estudiantes, cuestionandoles la ocurrencia de depresión, ansiedad, irritabilidad y lloriqueo durante diversos períodos de el ciclo menstrual. Sus hallazgos arrojaron que el 63% de la población reportó que casi no manifiestan esos síntomas durante la menstruación, pero el 33% de ellas dijeron que sí los presentan frecuentemente durante ese período.

Mientras que Steiner, Haskett y Carroll (1980) y Halbreich, Endicott y Nee (1983) evaluaron a 335 mujeres con el Premenstrual Assessment Form y encontraron que el 43% de ellas mostraron el síndrome depresivo premenstrual. Además muchas mujeres dicen que se sienten más deprimidas durante el período premenstrual que durante otros períodos.

Pero también se ha encontrado que las mujeres que tienen altos niveles de progesterona y estrógenos, manifiestan depresión (Munday, Brush y Taylor, 1981), cabe preguntarse entonces ¿qué está ocurriendo?, ¿influyen o no tales hormonas?. Los niveles de estrógenos y progesterona en las mujeres han estado correlacionados con niveles de ciertos neurotransmisores implicados en depresión, v.gr. el decremento de serotonina ha estado asociado con depresión en algunos casos (Baldessarini, 1986). Tampoco puede decirse que las fluctuaciones hormonales no tienen efecto alguno sobre el estado emocional de las mujeres, porque muchos estudios tienen fallas metodológicas (por ejemplo el tipo de variables, de escenarios, y otros); puede observarse que las diferencias de depresión en hombres y mujeres emerge después de la pubertad, cuando los cambios cíclicos en hormonas empiezan en ellas.

En tanto que Ruble y Frieze (1978) sostienen que aún en el Occidente, las actitudes sociales acerca de la menstruación son muy negativas. Cuando las mujeres menstrúan ocultan los síntomas del sangrado y es evidente el tabú del sexo: probablemente las expectativas negativas de sus estados emocionales durante la premenstruación y menstruación representan el temor de las inconveniencias sociales de estas fases, así, el incremento de ansiedad y depresión en algunas mujeres durante las fases premenstrual y menstrual pueden ser reacciones psicológicas a las consecuencias negativas sociales de la menstruación y a la incomodidad física de menstruar (v.gr. hincharse o que sientan calambres) y no directamente a los cambios biológicos.

Otros estudios han apoyado que los síntomas depresivos en el ciclo premenstrual, postparto y menopausia resultan del exceso de prolactina (hormona

que segrega leche después del parto) (Rubinow y Roy-Byrne, 1984). Y estos ciclos pueden ser riesgosos, porque la adrenalina incrementa los diferentes niveles de cortisona, que predisponen a la depresión (Clayton 1983).

También las anomalías cromosómicas y desórdenes endocrinos como son el síndrome de Klinefelter's, feminización testicular, entre otros, intervienen en la incidencia de la depresión (Katsching, Angst, Clayton, Gershon, Hautzinger, Helmchen, Henderson, Klerman, Möller, Paykel, Roth y Weissman, 1983). E.P. y OP.

Por otra parte, el cese de la menstruación (menopausia) influye en los niveles psicológico y social de las mujeres cuando no están preparadas para ello. Carranza (op. cit.) y Arletti (op. cit.) la denominan depresión involutiva o agitada; aparece con frecuencia en la mujer, entre los 45 y 55 años de edad, que coincide con jubilaciones o pérdida de bienes, de seres queridos o de prestigio; se manifiesta por insomnio severo, preocupaciones obsesivas por las funciones orgánicas y miedo a enfermarse, hipocondría, estreñimiento, sentimientos de minusvalía, llanto frecuente Inmotivado, aprehensión, ansiedad, pesimismo, agitación psicomotriz, temblor digital, intento e ideas suicidas.

En lo que respecta a el embarazo (como otra función biológica de la mujer) se plantea que este estado trae además de los cambios hormonales, cambios psicológicos y sociales no sólo para las gestantes, sino también para quienes las rodean; y depende de las expectativas que tenga de ese estado para que reaccione con agrado o no ante él. Bethea (1986) menciona que entre los diversos cambios se encuentran: la alimentación, el trabajo, las actividades sociales, las emociones, v.gr. el estado de ánimo (puede sentirse deprimida sin ninguna razón aparente, o terminar en llanto, etc.) que dependen de lo que ellas esperen del nuevo ser en su vida.

Pero también influye su estado civil, por ejemplo si es soltera y no tiene apoyo económico ni moral, le resulta difícil decidir si quiere o no tenerlo, el querer decirlo o no, si deja de estudiar o de trabajar, si ofrece a su hijo en adopción, etc., todo ello la agobia y se siente atrapada, no sabe hacia donde dirigirse, porque experimenta sentimientos de culpa y soledad. Por lo mismo, sus amigos dejan de frecuentarla debido a las actitudes que ella muestra y la consideran una persona voluble, sin conocer el fondo de las circunstancias.

Mientras que en el postparto, las diversas razones por las que se sienten deprimidas las mujeres son las siguientes: después de haber centrado la atención en ella los que la rodean, la cambian a el bebé; puede sentirse acosada por dudas

en cuanto a la incapacidad para el cuidado de su hijo o la preocupación por la actitud de su pareja hacia lo mismo; puede estar desgastada y cansada por el embarazo y el parto, de tal forma que le es difícil afrontar las nuevas responsabilidades sin ansiedad; al inicio está excitada por el nuevo ser y al final cuando disminuye la excitación puede volverse depresiva, irritable, con llanto y demás, por los cambios hormonales, la fatiga y las molestias después del parto (Richards, 1980 y Bleir, 1983).

En este mismo sentido, Anthony (1989) sostiene que los tres primeros meses de vida del bebé son un período de alto riesgo de desorden psiquiátrico en la mujer, debido a que se han encontrado las siguientes condiciones de postparto:

- Depresión pasajera (7-10 días): se sienten tristes, extremadamente fatigadas pero con insomnio; responden al esposo, a su madre y a su bebé.
- Depresión persistente moderada extendiéndose en el primer año de vida de su hijo: aparece por las experiencias positivas y negativas de la vida; se queja desde el nacimiento de su hijo, de ser infeliz; pero no siempre está triste, hay falta de energía e interés, no quiere cuidar al bebé; no se explica su llanto e interés. Tiene historia de tensión premenstrual y tendencia a depresión menopáusica.
- Identidad postparto (difusión de estados): manifiesta afecto depresivo, desorganización, despersonalización, desorientación de tiempo y lugar, indesección, ciertas imaginaciones, excitación e inquietud; no se conscientiza de que es madre.
- Desórdenes afectivos primarios (unipolar o bipolar): son aquéllos que están asociados con la ruptura de la realidad, existen alucinaciones de que el bebé está muerto, deformado, de que es un monstruo y ella quiere asesinarlo.
- Reacciones esquizo-depresivas: ocurren en las personas con psicosis atípicas, manifiestan delirio de persecución porque creen que su hijo está en peligro; su postura es inmóvil, su habla es baja en volumen; hay depresión, existen variaciones de humor diurnos; desamparo, sentimientos inadecuados, preocupaciones somáticas, deseos suicidas, pérdida de motivación e interés, fatigas, alteraciones de sueño, constipación y pérdida de apetito, entre otras.

En resumen, puede decirse que los factores importantes en el postparto son: 1) el efecto de los cambios hormonales que siguen al nacimiento (cambios que representan cambios endocrinos en el ciclo de la vida: gonandropina, estrógenos, progesterona, adrenocortical, andrógenos y niveles en la tiroides), y 2) la presión social del ser madre.

Por otro lado, la otra explicación biológica de depresión en mujeres es la atribuida a la predisposición genética. La que apoya que si existen desórdenes afectivos en las familias, hay mayor probabilidad de que alguno de los miembros sea depresivo (Gershon, 1983; Bernederfer y col. op. cit.; Weissman y col., 1987).

Lo que hace suponer que es el mismo porcentaje de incidencia depresiva para hombres y mujeres. Esto se apoya con la investigación de Merikangas, Weissman y Pauls (1985), quienes diagnosticaron depresión unipolar de 133 familias y encontraron que tanto hombres como mujeres fueron igualmente probables de ser diagnosticados como depresivos. Y eso no significa que las mujeres sean más depresivas que los hombres por cuestiones genéticas.

Por otra parte, en lo que corresponde a los efectos que produce la depresión en las actividades de la madre para con sus hijos, se ha reportado lo siguiente: Gordon, Burge, Hammen, Adrian, Jaenicke e Hiroto (1989) observaron que las madres con depresión unipolar son significativamente más negativas con sus hijos; hacen comentarios negativos y de crítica con los hijos más grandes, menos conductas positivas y menos comentarios constructivos. Porque la depresión y el "estrés" crónico generan mayor predisposición a que las mujeres se enojen, sean impacientes, distraídas y poco interesadas, llevándolas a hacer juicios negativos de sus hijos; además reducen su autoestima y efectividad, y por tanto tienen pocas expectativas de control sobre la conducta de los hijos. Bajo tales condiciones, Bungental y Shennum (1984) han propuesto que la madre puede mostrarse poco afectiva; así como también, bajo este estado de ánimo (depresión), toleran menos las conductas maladaptativas de sus hijos, porque están bloqueadas y no tienen buenas estrategias para resolver problemas con sus hijos en situaciones difíciles (Lahey, Conger y Atkinson, 1984).

De esta manera, cuando ellas son depresivas, están enojadas y resentidas, a cada uno de la familia le puede tocar algo de esa hostilidad y, generalmente, el esposo es objeto de esa hostilidad, no tienen comunicación y por consiguiente riñen con mucha frecuencia, existe sarcasmo, violencia física, pocas relaciones sexuales y poco placer en alguno de los dos. Mientras que sus hijos se hacen más vulnerables y por lo tanto, el deseo de las depresivas es no tener más hijos que le demanden obligaciones y responsabilidades.

A pesar de lo anterior, la mayoría de los hombres con esposas hospitalizadas por enfermedades psiquiátricas, se involucran más en las actividades domésticas y el cuidado de los niños, mientras que los esposos con esposas saludables no lo hace (Grunebaum, Gamer y Cohler, 1983).

## APROXIMACIONES PSICOANALITICAS A LA DEPRESION EN LA MUJER.

De acuerdo a la teoría clásica psicoanalítica, las mujeres son más susceptibles al proceso de la depresión por la estructura de la personalidad (Mitchell, 1974).

Durante la fase edípica, mientras el niño al no ser castrado es motivado a desarrollar el superego, las niñas están privadas de un pene, del poder y de un estatus, que son características masculinas. La niña se vuelve hostil hacia su madre por haberla privado de ese pene, y por lo tanto se siente autodevaluada, con poca autoestima y de ese modo empieza a aumentar la envidia para con su padre y los demás hombres.

La fijación de ella con su padre, quien es el modelo de las relaciones posteriores de amor con los hombres, se basa en el amor narcisista, es decir, ella es motivada a desear a tener una parte de sí misma que siente que ha perdido. Esta tendencia de las relaciones narcisistas de amor, la conducen a la envidia del pene, que coloca a las mujeres al riesgo de la melancolía (Mitchell, op. cit.). La mujer quiere al hombre para recompensar su pérdida, pero frecuentemente se desilusiona y se predispone a regresar a sí misma su energía-libidinal antes que reatacar nuevos objetos.

Las teorías psicoanalíticas posteriores (Horney 1967 y Menaker 1979) plantean nociones de determinismo biológico en el desarrollo de la personalidad, enfatizando las interacciones entre los roles biológicos y las restricciones culturales en las conductas de las mujeres.

Esas restricciones por culturas patriarcales como fuentes de frustración para las mujeres, se refieren a la expresión sexual femenina, al poder y a la libertad personal, además de los roles conflictivos con los niños, su autodesarrollo e independencia. (Si renuncia al rol de madre es desaprobada por los demás -de acuerdo a los neo-freudianos, niega el primer componente de la autodefinición femenina). Estas restricciones sobre la expresión femenina, el estatus inferior del rol femenino, y los conflictos entre el deseo de cuidar a los niños y las necesidades de independizarse contribuyen en gran medida a que las mujeres sean masoquistas (Horney, 1967).

Por otro lado, en lo que concierne a la tensión premenstrual, ésta se presenta en casos donde el deseo de tener un hijo se intensifica por una experiencia, pero la satisfacción real de ese deseo no ha podido llevarse a cabo por "x" razón. Y el

aumento de tensión libidinal no es el único que influye, sino también las expectativas que se hagan del embarazo; es un alivio al inicio de la menstruación, porque le pone fin a las fantasías que se hacen las mujeres del embarazo, es decir, ellas se emocionan y se sienten felices cuando "creen" que pudieran estar embarazadas, porque el tener un hijo representa lo que les hace falta, es ese hueco que consideran llenará su vida, pero, cuando aparece nuevamente la menstruación pareciera ser que rompe sus ilusiones, y conscientemente se sienten tranquilas de no estar embarazadas. Son tensiones de grados variables, que van desde la impresión de estar abrumada, la falta de energía y la autoreprobación hasta la depresión severa.

De esta manera, las tensiones premenstruales son provocadas por los procesos fisiológicos de preparación para el embarazo. El momento concreto del ciclo femenino representa una carga para las mujeres porque la maternidad está arraigada en los conflictos internos (Horney, 1982b).

En lo que corresponde a la dependencia, Bardwick (1983) argumenta que ésta significa apoyarse en otra persona para conseguir su ayuda. En la mujer, la dependencia implica una sensibilidad hacia las necesidades de las personas importantes para ella, permitiéndole protección.

Las mujeres que son excesivamente dependientes se sienten poco capaces de actuar por sí solas, experimentan más apoyo y se hacen más dependientes (lo que denominó Horney como necesidad neurótica de afecto) porque les dá miedo ser rechazadas por la gente que les rodea y no pueden hacer valer sus derechos de otra forma.

Entonces, las variables que mantienen su dependencia son: la misma socialización, los roles y juicios que hagan de ella la gente que las rodea; además de no haber conseguido éxitos y logros en su infancia; generalmente ellas dependen de la voluntad de los otros.

La dependencia se acompaña de conformismo y pasividad, debido a la falta de capacidad para estimarse a sí misma de una forma independiente.

Siguiendo esta línea, Symonds (1985) menciona que después de muchos años de ser prohibida una educación, posesión de propiedad, participación en el mundo de

políticos, artes, profesiones e industria, excepto a un nivel bajísimo, la mujer ha aprendido que su supervivencia depende de la elección de patrones elegidos para los hombres y que son tomados cuidadosamente por éstos. Los rasgos que desarrollaron ellas de dependencia, obediencia y miedo a exigir sus derechos, han sido y son vistos como competencia e inferioridad. De acuerdo al rol genérico, la masculinidad está definida por la separación y, la femineidad por el apego; tales diferencias genéricas son inducidas y formadas culturalmente, empezando desde la infancia, mantenidas constantemente por la familia, el medio ambiente, la escuela, y otros.

De ahí que la separación y la pérdida sean causas frecuentes para que las mujeres acudan a terapia. Algunas tratan de mantener su relación fracasada, otras están ansiosas por tener otra pareja y otras se están recobrando del divorcio o viudez. Son más anhelantes de hacer nuevas relaciones y sufren cuando éstas terminan; expresan más necesidad de amigos (as), hacen más esfuerzos por lograrlas y mantenerlas.

Por otra parte, se ha señalado que ellas presentan un síndrome "competencia pérdida", que es experimentado como desamparo y desesperanza ocurrida durante la separación actual o fantaseada de un objeto catártico maternal. Por lo que ellas inhiben su ira y se ven a sí mismas como ineptas para hacer o recordar su vida diaria. Lo que ocurre mental y afectivamente es que es una recapitulación infantil denominada síndrome "tristeza orgánica".

El material clínico ilustra que las separaciones reales o imaginadas, simbolizadas por actos autónomos o de disgusto en objetos idealizados, son una amenaza al vínculo maternal por la desviación de los roles tradicionales e identificaciones maternales. En respuesta a tales asaltos sobre la relación madre-hijo, las mujeres frecuentemente sufren depresiones (Bernay, 1982).

Sintetizando, puede plantearse que el Psicoanálisis tradicional considera a la depresión femenina como la pérdida de un falo, un poder o estatus que ha sido designado para los hombres, y que culpan a la madre por no haberles dado ese pene, empero, creen tenerlo por medio de los hombres.

Tomando en cuenta a las restricciones sociales de no poder negarse a ser madre (porque se niega a sí misma como femenina). También la intervención de la familia, la escuela, el trabajo y otros contribuyen para hacerlas dependientes y apegadas,

por lo que al sufrir una pérdida o separación se sienten deprimidas. Así como el no poder agredir abiertamente lo que les molesta, para ser aceptadas y por tanto se autoagreden.

Pero veamos a continuación la postura conductual que nos habla de la importancia de los estímulos medioambientales, para explicar el mismo fenómeno.

### APROXIMACIONES CONDUCTUALES A LA DEPRESION FEMENINA.

La postura conductual apoya que el desamparo aprendido ha sido definido como una serie de déficits motivacionales, cognitivos y afectivos que ocurren cuando se han experimentado eventos negativos incontrolables. Por lo que Seligman (1981) en combinación con la teoría de expectancia de Weiner, indicó que algunas depresiones pueden deberse a las expectativas que se tienen del poco control percibido sobre eventos importantes.

En este sentido, las mujeres pueden recibir más entrenamiento de desamparo en su vida que los hombres, por ejemplo en la crianza de los niños, Maccoby y Jacklin (1974) encontraron que los padres tratan diferencialmente a las niñas y a los niños en lo que realizan; a ellos les elogian o critican sus conductas y a ellas las ignoran. En el salón de clases ocurre lo mismo, los profesores responden más a los niños que a las niñas y por tanto, éstas tienen mucho más oportunidades de aprender que sus respuestas no son controlables (Dweck, Davidson, Nelson y Enna, 1978).

Como adultos, las mujeres sólo pueden esperar que sus acciones sean menos exitosas que las de los hombres. Y cuando ellas intentan ganar el poder en cualquier situación (v.gr. mostrándose asertivas, con experiencia, información, gran autoridad, mayores decisiones correctas que los hombres, etc.) se ven a sí mismas como "fuera de lugar" (Johnson, 1976).

Además, cuando las mujeres tienen éxito lo atribuyen a la "suerte" y no a su propio logro, entonces bloquea su pensamientos e inhibe la efectividad de reforzamiento positivo. Lo que apoya que la depresión es un problema específico de la mujer, no porque sea biológicamente femenina o porque expone un gran número de situaciones estresantes, sino que ha aprendido a ser más susceptible a la depresión (Sawyer, 1980).

También se ha descrito a las personas depresivas como deficientes en competencias sociales, interpersonalmente pasivos, pesimistas, autodevaluados y vulnerables a los otros. Al respecto, Blumberg y col. (op. cit.) estudiaron las diferentes conductas sociales de mujeres depresivas dependiendo de las características con las personas que interactúan, bajo tres estilos interpersonales: 1) crítico-competitivo, 2) desamparo-dependencia y 3) soporte-cooperativo en la "solución y cooperación de problemas" en un laboratorio. Hipotetizaron que 1) los depresivos cuando ingresan a una relación comunicarán más autodevaluación y desamparo; 2) cuando los otros se comporten de una manera de apoyo-cooperación, los depresivos expresarán preferencia para relaciones futuras y 3) cuando los otros se comportan de un modo crítico-competitivo o desamparo-dependencia, los depresivos dispondrán de más conversaciones castigantes mientras interactúan con la persona y expresarán menos deseos para relaciones futuras.

Tomaron como muestra 30 mujeres estudiantes de Psicología con depresión moderada (de acuerdo al BDI) y 30 no depresivas (de acuerdo al MMPI) y encontraron que en el mantenimiento de la conversación: las depresivas emiten poca habla neutral, disponen de muchos contenidos negativos, de tristeza y desamparo bajo las tres condiciones antes mencionadas, pero en la tercera condición comunicaron más castigos. Estos resultados apoyan las hipótesis de que las moderadamente depresivas en nuevos encuentros sociales comunican: más autodevaluaciones, tristeza, desamparo y contenidos negativos, además son poco amenas en la conversación. Sin embargo, los estilos de comunicación entre los dos grupos no hacen diferencias dramáticas.

Otro estudio, analizó el humor y actividades de mujeres previamente depresivas, depresivas y no depresivas; prediciendo que las primeras podrían reportar pocas actividades en rutinas diarias (además de tareas menos positivas) que las mujeres que no se deprimen y por tanto, estos dos grupos reportarían iguales humores y actividades que las mujeres depresivas (Maddever y Calhoun, 1986).

Seleccionaron 11 depresivas, 15 previamente depresivas y 13 no depresivas (de acuerdo al RDC), fueron evaluadas con el HRSD, BDI, PUES; monitorearon su actividad/humor para completar el DACL y un 2do. BDI. Los hallazgos encontrados arrojaron que las mujeres previamente depresivas presentaron mayor número de actividades en el PUES, seguidas por las no depresivas y al final las depresivas (el número de actividades no fué significativo). Los resultados sugieren que las mujeres que han experimentado un episodio agudo de depresión en el pasado, reciben un número comparable de reforzamiento y castigo como las mujeres que no han tenido depresión, no obstante, el humor de las primeras continúa siendo crónicamente

difórico. Así, la depresión podría ser más predictiva por las actividades negativas que ellas reportan, pero parece ser que las actividades negativas están más asociadas con las mujeres que no se deprimen y las que si lo han estado.

Otros de los factores que influyen en la mujer depresiva es que se automonitorea, es decir, se ha observado que cuando los hombres se deprimen, se involucran en actividades que distraigan su humor, mientras que las mujeres son menos activas y reflexionan tanto en las posibles causas de su humor, como en las implicaciones de sus episodios depresivos.

Al respecto, Nolen-Hoeksema (1987) propone que las tendencias de responder a su depresión (por parte de las mujeres) son la causa de seguir en ese estado "porque no se ocupan, se preocupan", se autodevalúan, se sienten solas, se odian a sí mismas, se sienten mal, reflexionan más sobre sus respuestas, ampliando y prolongando sus síntomas depresivos, mientras que los hombres casi no le hacen caso a su depresión, resulta de las sanciones que le hacen con respecto a ella, en tanto que ellas no son reprendidas, ni les dicen que no reflexionen o que no sean pasivas, y ellas piensan que es inevitable deprimirse. Lo que evidencia los altos porcentajes depresivos entre ellas y los bajos porcentajes depresivos en los hombres (Chino y Funabiki, 1984; Kleinke, Stansel y Mason, 1982). Aún en estudios con niños se ha encontrado lo mismo (Girgus y Seligman, 1986).

En lo que corresponde a los aspectos psicosociales, algunas investigaciones han apoyado que la depresión puede resultar de la interacción de factores precipitantes (eventos medioambientales estresantes y situaciones problemáticas de la vida) y susceptibles (eventos biológicos -predisponen-, y psicológicos -disposiciones aprendidas-). En este sentido, Warren y McEachren (1983) evaluaron a 499 mujeres para determinar si unas variables psicosociales están correlacionadas con la depresión en mujeres adultas y si estas variables están más asociadas con la depresión femenina, que diversos factores demográficos identificados en previas investigaciones como de riesgo para la depresión.

Las variables demográficas fueron: la edad, la educación, el estatus marital, el empleo (profesional o no) y los ingresos anuales familiares; mientras que las variables psicosociales fueron: autocontrol percibido, apoyo social, logros percibidos y personalidad. Los resultados fueron los siguientes: grandes asociaciones entre el logro percibido y educación; control percibido y educación; logro y edad. A excepción del estatus marital, las variables demográficas estuvieron significativamente asociadas con síntomas de depresión, en tanto que, los altos porcentajes en síntomas depresivos se correlacionaron con poca educación, poco

o sin empleo, jóvenes y el autocontrol fué la variable más correlacionada con el CES-D. Concluyendo que los factores psicosociales juegan un papel importante en la depresión femenina, antes que los demográficos.

En lo que se refiere al rol de esposas o parejas (depresivas), otros estudios mencionan que para entender la relación entre la sintomatología depresiva, el "estres" de vida y las características de los depresivos, se requiere del conocimiento de cuánto y en que grado los depresivos difieren en la forma que valoran, se sienten capaces y responden emocionalmente a los encuentros de la vida (Folkman y col. op. cit.), quienes realizaron una investigación derivada de la teoría cognitivo-fenomenológica de "estres" y capacidad, que sostiene que la relación entre eventos estresantes que una persona encuentra en su vida diaria y los resultados emocionales, están mediados por el valor cognitivo y la capacidad. El valor cognitivo es cuando se evalúa el significado de algo estresante que encuentra en su bienestar y tiene la opción de realizarlo; y la capacidad se refiere a los pensamientos y actos para manejar lo externo/interno (demandas) puestas en algo estresante.

Folkman y col. evaluaron a 75 parejas casadas, durante 6 meses a través de entrevistas; CES-D; protocolo; entrevista de "estres"; subescala de autoestima; escala Likert; cuestionario de las formas de capacidad y preguntas de emociones ante lo estresante. Obtuvieron que las parejas con síntomas en niveles altos de depresión, valoran más "estres"; confrontan su capacidad, autocontrol, escapan y evitan, aceptan más responsabilidades y demandan más apoyo social; son más imitables, disgustados, preocupados, miedosos y poco seguros. Reportan emociones positivas al inicio de los encuentros estresantes y los ven como satisfactorios e insatisfactorios, lo que hace pensar que las parejas depresivas no son negativas en toda su faceta de valoración y capacidad, y es posible que ambos grupos (bajos y altos síntomas) difieran en su experiencia subjetiva de eventos estresantes, antes que en lo que en realidad sucede. En conclusión, los individuos que experimentan niveles altos de depresión son psicológicamente vulnerables, hostiles, responden con emociones negativas durante encuentros "estresantes" que los que tienen niveles bajos de depresión.

Por su parte, Billings y col. (op. cit.) examinaron el rol de los factores "estresantes" y los de depresión para comparar a parejas en tratamiento y sin él. Evaluaron de acuerdo al RDC y hallaron en lo que corresponde a las características sociodemográficas: en educación y estatus ocupacional pequeñas diferencias (los hombres depresivos eran más grandes de edad y las mujeres más jóvenes que el grupo control). Además los depresivos reportan más sintomatología que el grupo control: en humor e ideación, rasgos depresivos, síntomas físicos, más probables

a fumar, poca autoconfianza, menos probables a ser empleados y buscar trabajo; expresan más "estres", más eventos negativos; en estrategias no responden tanto para resolver problemas y tienen más descarga emocional; tienen pocas relaciones interpersonales (por baja autoestima) independientemente que lleven una vida "estresante".

Finalmente, algunas investigaciones que se han realizado en el rol de madre depresiva, por ejemplo en el postparto, se señalan que con frecuencia se deprimen por el papel que juegan los factores cognitivos. Al respecto, Cutrona (1983) probó el número de predicciones del modelo de desamparo aprendido de depresión en el contexto de postparto; exploró el rol del "estres" en la etiología de depresión postparto y el impacto del estilo atribucional, como un predictor de síntomas depresivos en mujeres depresivas embarazadas y las depresivas después del nacimiento de su hijo.

El modelo atribucional de depresión de desamparo aprendido hipotetiza que algunos individuos tienen un estilo atribucional particular que los predispone a la depresión seguida de eventos "estresantes", mientras que las causas atribucionales de eventos recientes se vinculan a impulsos de síntomas depresivos.

En este experimento se eligieron a 85 mujeres, que fueron evaluadas en el primer trimestre del embarazo (con el cuestionario del estilo atribucional; BDI; Hamilton y DSM III, dos semanas después del parto (con las evaluaciones anteriores, más el inventario del cuidado del niño-"estresante" y la escala atribucional) y 8 semanas después del parto (con las mismas evaluaciones y un reporte que debían hacer diario). Encontraron mayor depresión 2 semanas después del parto, apoyando la hipótesis de que el estilo inicial atribucional podría ser un predictor para la depresión postparto, pero no es un buen predictor de las causas atribucionales para eventos "estresantes" que ocurrieron después del parto. Así, el número de eventos negativos relatados del niño, son mejores predictores de depresión postparto, que los pensamientos acerca de las causas de estos eventos.

Siguiendo esta línea, otros estudios señalan que las complicaciones neonatales están relacionadas con el grado de "estres" experimentado en el postparto y por su misma sintomatología depresiva, en otras palabras, los hijos de madres depresivas experimentan una alta incidencia de complicaciones neonatales y son evaluados (por ellas) como más dificultosos, inadaptables e imprecindibles, creando de esa forma patrones negativos en su interacción (Hopkins, Campbell y Marcus, 1987).

Otro de los factores que influyen, son los hijos con problemas de conducta, Forehand y Furey (1985) examinaron la conducta de los hijos como un predictor primario de la depresión materna y encontraron que las mismas actividades diarias negativas de ellas, se correlacionan con su humor depresivo y las conductas negativas del esposo e hijo.

#### APROXIMACIONES SOCIOCULTURALES DE LA DEPRESION EN LA MUJER.

La probabilidad de sufrir depresión es más alta en las mujeres, aunque varía de acuerdo al contexto social. En alguna parte de África (que es matriarcal), las mujeres no se deprimen por el exceso de actividad y porque no les ha sido permitido el ser sumisas, abnegadas, etc., sin embargo, aquí es más probable que se depriman los hombres. Lo que viene a poner de cabeza las posturas anteriores, porque esto hace pensar que no es lo biológico, sino las oportunidades que se le presentan a las personas para actuar de cierta forma (alcances y limitaciones), es decir, las mujeres (en estos países no industrializados: Nueva Guinéa e India) no son tan depresivas debido a que tienen más relaciones emocionales importantes y los hombres ponen su autoestima en el trabajo (Weissman y Klerman, 1977).

#### En México

Mientras que en el Occidente, en lo que respecta a los estilos de crianza, durante la infancia a las niñas se les enseña a ser dóciles y a considerar en primer lugar a su familia, el ser "alguien" no es su objetivo; la madre quiere hacer una "hija de bien" para que cuando se case sepa ser madre y esposa. En tanto que, al niño se le prepara para hacer y sentirse importante en el trabajo, que tenga un estatus social. El resultado es que las niñas tienen menos oportunidades que los niños de probar su fuerza en otras actividades (por ejemplo, a ellos se les da la libertad de jugar violentamente, a no laborar en las actividades domésticas, a estar más lejos de los padres, de formar su fortaleza física y seguridad, y a ellas les ofrecen lo contrario), en ese sentido, ellas idealizan la fuerza en los niños y la subestiman en sí mismas.

Fredén (op. cit.) dice que en nuestra cultura está permitido que los hombres sean violentos y agresivos, porque se les modela y moldea desde la infancia; es más probable que manejen el enojo sin tener sentimientos de culpabilidad, pueden golpear, maltratar, romper, sin sentirse mal moralmente, son más abiertos en este aspecto que las mujeres. A ellas se les dificulta el expresar abiertamente su agresión; reaccionan ante ella con ansiedad, porque tienen menos alternativas; desean más la aprobación de quienes le rodean y temen perderlos si expresan su enojo, por lo que la mujer de quien se espera básicamente que satisfaga las

**necesidades de los otros, es más susceptible a deprimirse. Aunque también son más propensas a la depresión después del matrimonio por el conflicto entre su libertad y restricción en diversas actividades, por el nacimiento de los hijos, por la limitación en recursos financieros, en relaciones interpersonales, falta de tiempo, etc.; es más común la depresión en mujeres de clase trabajadora que en las de clase media (Clayton, op. cit.).**

Ahora bien, puede ser que el hombre se deprima o más bien hay quienes lo hacen pero pueden disfrazarlo bajo otras máscaras, como es el alcohol, las drogas, etc. ¿quién puede afirmar que eso no es depresión?. Según los teóricos de la depresión dirían que no, porque ¡claro! sus parámetros son otros, además estas actitudes no corresponden con sus definiciones, pero muy probablemente sean diferentes estructuras de interacción o de relación. Desafortunadamente, no se puede apoyar teóricamente este punto, porque no existen investigaciones al respecto.

También pensemos en términos de que se les diga a los hombres "estás triste y deprimido", muchos no lo aceptarán porque desde niños les reprimen estos sentimientos. Ahí tenemos a los padres, hermanos, tíos, amigos y familiares en general que les dicen "si lloras, eres vieja" o "pareces niña", determinando que el llanto es característica exclusiva de las mujeres, y no sólo ésta, también el quejarse, porque si los hombres lo hacen, entre ellos mismos e incluso el género opuesto les dice "ya te pareces a las mujeres, nada les satisface".

Esta educación deja ver que las niñas tienen menos oportunidades de acción y por lo tanto, producen menor autoestima, además este tradicionalismo se trasmite a otras generaciones.

Debido a que la mujer considerará su hogar y familia como la esencia de su papel, en la edad madura sufren pérdidas de su rol: a) en el de madre, cuando sus hijos tengan convicciones y creencias opuestas a las de sus padres, y como ella está más con sus hijos, su autoestima se devalúa, porque pone la confianza en ellos y no en sí misma; b) en el de mujer, porque se le trata como un objeto, debido a que sólo es valorada por lo que proporciona emocional, física y sexualmente, y c) en el de hija, pierde el contacto con las manifestaciones de sus primeros años de vida, lo que es su familia.

Con respecto a su pareja, Fredón dice que influye: 1) demasiadas exigencias del otro cónyuge y 2) la falta de profundidad en la relación entre los dos cónyuges. Las

primeras van desde los insignificantes detalles cotidianos, hasta la aceptación de la pareja (las exigencias reales y las percibidas), por lo que se hace más difícil la relación si éstas no se expresan abiertamente; las mujeres que se someten a muchas exigencias, fácilmente se atan a las que le imponen, sobretodo si son personas con quien pasan más tiempo y son importantes para ella. El sentir que les exigen, significa que algunas acciones las ven como únicas alternativas posibles, como algo limitado. 2) La falta de profundidad en la pareja, se refiere a hablar de cualquier tema con ésta, la participación de tareas en el hogar (independientes). Las deprimidas son capaces de tener profundidad en su relación personal y ésta aparece cuando se decepcionan de su pareja; probablemente lo que suceda es que la falta de confianza establece barreras en la comunicación, manifestandose esto en que uno quiere que el otro le "adivine" lo que desea, pero como no lo hace se deprime.

Por otro lado, es necesario indicar la influencia de la literatura, los medios de comunicación, etc. en la depresión femenina.

Arieti y Bemporand (1981) argumentan que existen personas que tienen ideas que prevalecieron en el siglo pasado y principios de éste. Es importante ver el concepto que se tenía de la mujer, tomemos como ejemplo la ópera, en la forma en que estaba representada y si las mujeres vivían situaciones parecidas a las expuestas en el arte lírico o lo que expresa la ópera (tenían motivos para estar tristes o deprimidas), v.gr. Madame Butterfly de Puccini: la adolescente de 15 años es abandonada por su marido y se suicida. En Lucia di Lammermor de Donizetti: Lucia es obligada por su hermano a casarse con Arturo a quien detesta; de quien realmente esta enamorada interrumpe después la ceremonia y la maldice por su traición, ésta enloquece, asesina a Arturo y canta "la escena de la locura"; tan sólo por mencionar algunas.

En tanto que, los medios de comunicación masiva (T.V., radio, revistas, cine, periódico, etc.), son en parte responsables de la creación y difusión de multitud de estereotipos sociales actuales, donde ellas son el ama de casa, las cuidadoras de niños, las dependientes, las seductoras, etc. y los hombres son los arrogantes, decididos, etc. Para ilustrarlo consideremos algunos comerciales cotidianos: las mujeres anuncian "Ajax", "Lavomatic", "Fud", "Mabe", "Hérdez", "Osterizer", "Chambourcy", "Danone", y otros. Mientas que si se descompone un auto, anuncian fiestas o cosas por el estilo, salen hombres: "Chrysler", "Nissan", "Marlboro", "Bacardi", "Anteus", etc.

Además enajenan a las personas de una forma voluntaria e ignorante, es decir,

los hacen creer que necesitan esos productos sin saber las consecuencias de ello, y las mujeres son más consumidoras que los hombres, convirtiéndolas en objeto de mercancía. A la larga se deprimen por no tener o cubrir ciertos requisitos que impone la sociedad, como son la ropa "para estar a la moda", los productos de belleza, el asistir a ciertos lugares, entre otros.

Con lo anterior, podemos resumir que las mujeres han aprendido, hecho su realidad de tal modo que las hace más susceptibles a la depresión y el rol socialmente estereotipado es una fuente importante para que ésta se siga manteniendo.

Finalmente, si la duración, intensidad de frecuencia de disforia puede incrementarse debido a factores genéticos y biomédicos, eventos previos en su vida, la historia del reforzamiento o la combinación de esos factores, existiendo desacuerdo entre los teóricos que consideren a la depresión por los factores anteriores, poco se ha enfatizado en combinar lo psicológico, social y cultural en un lugar más extenso.

**CAPITULO III. FACTORES SOCIOCULTURALES  
ASOCIADOS A LA DEPRESION.**

Como describimos en los capítulos anteriores, encontramos que los diversos enfoques teóricos revisados (Psicoanalítico, Psiquiátrico, Cognitivo, Conductual y Sociocultural) abordan distintos aspectos en común, como son las experiencias e interacciones establecidas por los individuos dentro de una sociedad y que, a su vez intervienen en la depresión de ambos géneros (femenino y masculino), empero, es común encontrar un índice depresivo más alto en las mujeres (Williams y col. op. cit.; Weissman y col. op. cit.; Stangler y col. op. cit.; Weeke y col. op. cit.; Baldwin, op. cit.; Dean y col. op. cit.; Berah, op. cit.; Markidis y col. op. cit., y Myers y col. op. cit., entre otros); de ahí que el análisis de la etiología depresiva se centre en estas últimas.

El punto de vista psiquiátrico, sostiene que la etiología de la depresión se debe a: factores genéticos y biológicos (Carranza, op. cit.; Pugatch y col. op. cit.; Gershon, op. cit.; Bernesdefer y col. op. cit.; Weissman col. op. cit.); a factores externos al individuo, como son la pérdida de un trabajo, de una relación, etc. (Kolb y col. op. cit.); porque pierden el contacto con su cuerpo (Lowen, op. cit.); por medicamentos que inactivan la noradrenalina en las estructuras centrales y porque hay ocasiones en que existen pocas catecolaminas en el tallo cerebral (Fredén, op. cit.); estando asociado a enfermedades neurológicas o cerebrales (Arieti, op. cit.).

Ahora bien, estos teóricos han considerado las causas de la depresión de una manera general (para hombres y para mujeres), sin embargo, otros psiquiatras han señalado el origen de la depresión particularmente en la mujer: porque acuden con mas frecuencia al Dr. o psicoterapeuta que los varones (Roy y col. op. cit.), posiblemente porque muchos de los estudios se han realizado por los hombres y es probable que se centren más en ellas y no en ellos. Además se acepta socialmente a las mujeres deprimidas (Klerman y col. op. cit.); cuando se les pide información a las personas cercanas de las mujeres depresivas, ellos describen más condiciones patológicas y las hacen creer más de lo que en realidad éstas sienten (Zimmerman y col. op. cit.); por las características biológicas únicas en ellas, como son los cambios hormonales producidos durante la menstruación, embarazo, postparto y menopausia (Ganong, op. cit.; Shuckit y col. op. cit.; Steiner y col. op. cit.; Halbreich y col. op. cit.), por las expectativas negativas de sus ciclos menstruales (Ruble y col. op. cit.), por las expectativas del embarazo (Bethea, op. cit.), por la presión social del ser madre (Richards, op. cit.; Bleir, op. cit. y Anthony, op. cit.), por el exceso de prolactina (Rubinow y col. op. cit.) y por anomalías cromosómicas como el Síndrome de Klinefelter's o feminización testicular y desórdenes endocrinos (Katsching y col. op. cit.).

Lo anterior, evidencia las diferencias de comportamiento entre hombres y mujeres con respecto a la depresión, por razones biológicas, genéticas y sociales, empero, surgen algunas dudas: ¿la menstruación es un factor que interviene en la depresión de la mujer, y eso hace la diferencia para que los hombres no se depriman?, ¿si los cambios hormonales son importantes para que las mujeres se sientan de cierta forma -deprimidas, por ejemplo- por qué no todas las mujeres se sienten así?, ¿por qué en África, son los hombres quienes demandan más atención psiquiátrica?, ¿si genéticamente se transmite la depresión, por qué sólo la manifiesta alguno de los integrantes de la familia?, ¿por qué en los países industrializados, son las mujeres quienes más acuden al Dr. o psicoterapeuta?, ¿por qué se acepta que se depriman ellas y a los varones los reprimen?, ¿es que acaso la depresión es una manifestación exclusiva de las mujeres?. Richards y col. (op. cit.) dicen "las madres se deprimen en el postparto" ¿por qué se presionan a sí mismas las mujeres, al pensar si harán correctas las cosas con su nuevo hijo (a)?, esas diferencias de comportamiento -depresión- en las mujeres de diferentes culturas, ¿acaso no hablan de una influencia social?, ¿son sólo lo biológico y genético, lo que predispone a la depresión?.

Por su parte, la postura psicoanalítica menciona algunas de las causas de las personas deprimidas: dirigen la agresión a sí mismos, en lugar de dirigirla a las personas que son objeto de esa agresión; por la pérdida de objeto de amor (Freud, op. cit.; Abrahm, op. cit.; Mackinnon, op. cit.; Lowen, op. cit.; Bernesderfer y col. op. cit., y Fredén, op. cit.); y por no vivir a la altura de los ideales del ego (Bibring, op. cit.). En tanto que, los psicodinámicos indican que se provoca por el sentimiento de perder el objeto bueno por su misma destrucción (Klein, op. cit.; Segal, op. cit.; Liakos y col. op. cit.).

Con lo descrito arriba, se generan algunas cuestiones: Symonds (op. cit.) apoya que las mujeres son las que acuden con más frecuencia a terapia, porque sufren de pérdidas y separaciones, ¿los hombres no sufren de pérdidas y separaciones?, ¿por qué acuden más a terapia las mujeres que los varones?; cuando fallece una persona allegada a los individuos, observamos por ejemplo en los velorios al género femenino, quienes casi siempre lloran más ¿acaso los hombres no sufren también de duelo? sabemos que sí, pero no todos lo expresan de la misma forma que ellas, pareciera ser que ellos controlan mejor sus emociones; ¿verdaderamente las mujeres envidian un pene, el falo?, ¿quisieran tenerlo a través de los hijos y/o pareja opuesta y de ahí surjan las tensiones premenstruales?; ¿son educadas al apego y los varones a la separación?, ¿la dependencia es una característica "natural" en ellas?, ¿por qué existen elementos subjetivos -pensamientos, ideas, creencias, etc.- que viven de una manera los hombres y de otra las mujeres?. Estas y otras preguntas se plantean en la medida que los géneros femenino y masculino, tienen

diferentes experiencias, pero que éstas surgen de la sociedad, y de ahí que se siga manteniendo la depresión, por lo que quisieramos buscar respuestas profundas o más claras de su génesis.

Mientras las explicaciones proporcionadas por los cognitivos al mismo fenómeno son: a partir del dominio de ciertos esquemas cognitivos, los depresivos se ven a sí mismos, a sus experiencias y a su futuro como algo negativo (Shaw y col. op. cit.); comparan lo que deberían hacer con lo que hacen; por la activación de memorias aversivas e incontrolables en el pasado (Teasdale, op. cit.).

Siguiendo esta línea, otras teorías conductuales apoyan diversas explicaciones de depresión en los individuos: por la pérdida del refuerzo positivo (premios), por la experiencia del refuerzo negativo o ambos (Eastman, op. cit.); porque las personas evitan a los depresivos y por ende, ellos reciben poco reforzamiento positivo (Lewinsohn y col. op. cit.); como consecuencia de ansiedad intensa y prolongada, como función de reforzadores inadecuados o insuficientes y porque no han aprendido a emplear algunos reforzadores a su disposición (Lazarus, op. cit.); por la baja frecuencia de conductas reforzables y la emisión de evitación/escape (Ferster, op. cit.); por la pérdida de la efectividad de reforzadores, con base en cambios endógenos bioquímicos y neuropsicológicos, y la ruptura de la cadena conductual (Costello, op. cit.); asociada con control aversivo (Moos y col. op. cit.); como resultado de una pérdida de control sobre los medios de obtener refuerzo positivo o negativo -desamparo aprendido- (Seligman, op. cit.); por exageración y prolongación de respuesta normal ante la pérdida; como consecuencia de fracaso para controlar relaciones interpersonales (Wolpe, op. cit.); por automonitoreo excesivo de eventos negativos, por criterios rigurosos de autoevaluación, por atribuciones estrictas de responsabilidad, se autocompansan poco y se autocastigan en exceso, todo esto son déficits de autocontrol (Rehm, op. cit.).

Por último se ha sostenido que en la vida hay entradas (matrimonio, trabajo, nacimiento de un hijo, etc.) y salidas (divorcios, muerte, etc.) y los depresivos se involucran más en las últimas. Particularmente las mujeres reciben más entrenamiento de desamparo que los hombres, i.e. en la crianza de los niños, son tratados diferencialmente (Maccoby y col. op. cit.; Dweck, op. cit.); porque creen que sus acciones son menos exitosas (Johnson, op. cit.); porque han aprendido a ser más predisuestas a la depresión (Sawyer, op. cit.); "porque no se ocupan se preocupan", se automonitorean (Nolen-Hoeksema, op. cit.); no les es sancionado manifestar de ese modo su humor (Chino y col. op. cit.; Kleinke y col. op. cit.; Girdus y col. op. cit.); por factores psicosociales como son la percepción del autocontrol, los logros, el apoyo social y su personalidad (Warren y col. op. cit.); por el rol de factores cognitivos en el posparto (Cutrona, op. cit.) y el grado de tensión

experimentado en esta fase (Hopkins y col. op. cit.); y cuando se tienen hijos con problemas de conducta (Forehand y col. op. cit.), entre otras.

Nuevamente observamos los mismos procesos para los hombres y las mujeres, pero es diferente el comportamiento que manifiestan, además de la exposición a eventos que propician depresión. Si está permitido socialmente que las mujeres se depriman ¿la misma sociedad mantiene ese estado de ánimo?, ¿cómo lo hace?; ¿significa que ambos géneros están expuestos a diferentes contingencias de reforzamiento? o más bien ¿responden diferencialmente a las contingencias de reforzamiento?; ¿caso las mujeres tienen más déficits de autocontrol?; ¿quiénes o qué refuerza que las mujeres se depriman?.

Finalmente, el enfoque sociocultural parte del hecho de los individuos como neuróticos y por tanto, les falta afecto-cariño, pero manifiestan hostilidad (Horney, 1982a). De ahí, el surgimiento de una necesidad neurótica de afecto, para recuperar su seguridad; su hipersensibilidad al rechazo los hace hostiles inconscientemente y se sienten deprimidos sin motivo aparente, generando lo siguiente: angustia (1) > demandas, amor incondicional > despreciado si no le cumplen > hostilidad > reprime para no perderlo > tensión > angustia > necesidad de seguridad > (1). Puede decirse que emplean los sufrimientos para obtener lo que desean y evadir responsabilidades.

Si bien es cierto lo anterior, sabemos que los estilos de crianza son diferentes en cada cultura, y hemos visto en Nigeria por ejemplo, las mujeres no manifiestan esa necesidad neurótica de afecto, ni se deprimen (Weissman y col. op. cit.). No obstante, en el Occidente las mujeres son más susceptibles a deprimirse, porque es de ella quien se espera satisfaga las necesidades de los otros; por las restricciones en diversas actividades y querer hacer otras (Clayton, op. cit.); por las demasiadas exigencias del cónyuge y la falta de profundidad en la pareja (Fredén, op. cit.); por la influencia de la literatura (concepto que se tenía de la mujer) (Arieti, op. cit.); y por la influencia de los medios masivos de comunicación al estereotipar a los hombres y a las mujeres.

Todos esos aspectos, vivencias, experiencias, pérdidas, etc. se traducen en conductas que se involucran en las actividades de los hombres socialmente, como son el rol en la familia, la educación, el trabajo, la cultura y otros (como aparato ideológico de Estado, es decir, como inculcación masiva de ideología dominante, que reproduce las relaciones de producción capitalista -relaciones entre explotados y explotadores- y reproducen las desigualdades necesarias para su reproducción Lagrange, 1979), para el surgimiento y mantenimiento de la depresión en ellos; y que a pesar de eso, los teóricos ven al depresivo sin sesgo de género.

Por ello, es importante considerar cómo ha sido y cómo es el rol de la mujer en este proceso social, debido a que los enfoques teóricos antes mencionados son insuficientes en la medida de considerar lo biológico o lo social, o su nivel de integrar explicaciones en lo psicológico en función de esas tres instancias.

Se retoma de la perspectiva social, la temática de las experiencias o formas de interacción de los individuos que pueden llegar a la depresión, y de esa forma, poder ampliar la etiología de dicho fenómeno, es decir, para tener más claro de dónde surge.

Por lo anterior, el objetivo del presente capítulo es identificar elementos o factores que pretendan demostrar la forma en que la estructura social y superestructura, modulan los procesos psicológicos asociados con la depresión, específicamente en nuestra sociedad y particularmente en el grupo de las mujeres, sin dejar de reconocer que esas instancias socioculturales o aparato ideológico (escuela, familia, cultura y otros) que promueven la ideología -supraestructura- y modulan lo psicológico, tienen efectos en los hombres, pero la manifestación y reconocimiento de su comportamiento es diferente para los dos géneros.

Para lograr este objetivo, es necesario analizar la sociedad donde vivimos, organizada como un proceso de producción-reproducción y estructuradora de las posibilidades y probabilidades de la gama de experiencias a las que se exponen y que se incorporan a sus características psicológicas a través del aparato ideológico de esa organización -superestructura-, y la determinación posterior de cómo ciertos eventos o experiencias producen o influyen en la manifestación de la depresión y otros problemas.

#### LA PRODUCCION COMO ARTICULADORA DE LA SOCIEDAD.

Partamos del hecho de que el hombre ha sido tal en interrelación con su medio ambiente, con un orden cultural establecido por él, donde se produce a sí mismo y esa necesidad es una empresa social, es decir, todo desarrollo individual del organismo está precedido por un orden social dado, como producto del hombre de una forma constante, y no derivado de las "leyes de la naturaleza" pero que surge de su equipo biológico (Berger y Luckman, 1984).

Donde la fuerza principal es el hombre y las relaciones de producción generan a la sociedad. La producción entendida como la forma de organizar a los individuos en "x" sociedad, a través de ciertos comportamientos, expectativas, atribuciones, pensamientos, actitudes, creencias, valores, costumbres y juicios dominantes que no son sólo abstracciones, sino vivencias incorporadas, asumidas y adaptadas, que a la larga sin ser reflexionadas por los individuos, precisamente van permitiendo la cohesión de esa sociedad.

Si se parte de los hechos de consumo (la teoría materialista) de los modos de producción, nos encontramos con que el individuo consume y se autoproduce (Terrail, 1977). Donde la sociedad esta caracterizada por la producción y el Capitalismo por el intercambio mercantil y la plusvalía.

Vivimos en una sociedad donde los aparatos ideológicos (por ejemplo: medios de publicidad, las instituciones familiares, religiosas, culturales y la educación, entre otros) hace creer o pensar a la gente que tienen ciertas necesidades personales, v.gr. tener una casa; comprarse un auto; comer ciertos alimentos; usar ciertos perfumes; vacacionar en algunos lugares; vestir de "x" modo; hablar de ciertos temas; asistir a "x" colegios, clubs, discotecas, eventos artísticos, etc. cuando esas necesidades están manejadas por el propio sistema social (Grever, 1977).

Elo significa que los individuos venden su fuerza de trabajo, a cambio de un salario para poder vivir cómodamente y otros para vivir con lo indispensable, para cubrir sus necesidades básicas, y que están atados a un horario; donde muchas veces o la gran mayoría no les es pagado lo que producen (plusvalía) y que además de ser explotados, es controlada su vida, sin que se percaten del "juego" en que están incluidos y que ellos mismos producen: el Capital (Kent, 1981).

En este sentido, la producción inmediatamente es consumo de una forma objetiva y subjetiva: el individuo al producir desarrolla y gasta sus capacidades, las consume en el mismo acto de la producción y ésta alcanza su fin sólo en el consumo. Por ejemplo, una mujer ve un vestido en un aparador, pero el vestido se hace tal hasta que ella lo lleva puesto y ese consumo crea la necesidad de una nueva producción. "Sin necesidad no hay producción, pero el consumo reproduce la necesidad" (Introducción a la economía política de 1857, clásicos 1982).

Como ya señalabamos, en su momento objetivo, las necesidades son determinadas por las características de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales. Las más antiguas necesidades de alimentación, vestido y casa se

transforman porque aparecen necesidades de educación, salud, cultura, descanso, etc.

De esta forma, el individuo se reproduce en el proceso de trabajo y en el consumo como una satisfacción de sus necesidades humanas que están históricamente determinadas, v.gr. no es lo mismo comer un pedazo de carne con las manos en el mercado, que el mismo trozo de carne con cubiertos en un restaurante (Marx, en Introducción a la Economía Política de 1857).

Es la sociedad (producida por el hombre) quien ha estipulado ciertas formas de comportamiento ante los lugares y las personas (reglas de urbanidad), de cómo vestirse, de cómo y qué comer, de qué hablar, de qué estudiar (recuérdese que la Industria es la madre de la Ignorancia), etc.

Berger y col. (op. cit.) argumentan que toda actividad humana está sujeta a la habituación, al aprendizaje, y los procesos de habituación anteceden a toda institucionalización. Y dentro de las interacciones, las tipificaciones o estereotipos se expresan en comportamientos específicos para cada uno, desempeñando los diversos roles, evidenciándose de esa forma su institucionalización.

En la medida que existan mas individuos, cambia y se trasmite a otros, perfeccionando la institucionalización histórica y, éstas se experimentan como si tuvieran una realidad propia, convirtiéndose en el "así debe de ser".

A medida que se institucionaliza el comportamiento, más controlado se vuelve (se enseña a "comportarse" y se obliga después a andar "derecho") porque de lo contrario, el sistema o Estado cuenta con medidas que lo hagan incorporarse a éste, como son cárceles, policías, ejército, tribunales, hospitales, sanatorios, psicólogos, psiquiatras, etc. (según Lagrange, op. cit. entendido como aparato represivo).

De esa forma, todas las instituciones son aparatos ideológicos de Estado siempre que funcionen de modo prevaleciente con la ideología. Una ideología existe siempre en un aparato, y su práctica en sus prácticas; la ideología se reconoce en los actos de los individuos (actos insertos en las prácticas) y esos actos son "reglamentados" por los aparatos ideológicos del Estado.

Así, el actor se identifica con las tipificaciones de comportamiento objetivadas

socialmente y se aleja de ellas cuando reflexiona sobre sus comportamientos, concientizándose en los denominados roles, que representan las instituciones.

A continuación se señalan las pautas específicas de comportamiento que son institucionalizadas en una sociedad.

### EL TRABAJO COMO DIVISION ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

Si partimos de la visión materialista, nos encontramos que lo determinante en la historia es la producción-reproducción de la vida, es decir, la producción de los medios de existencia, de objetos (alimentos, vivienda, vestido y otros) y la reproducción misma del hombre (especie).

De acuerdo a cada momento histórico, se estipulan diversas actividades a realizar, para satisfacer esas necesidades de producción-reproducción. Por las "supuestas" capacidades del varón y de la mujer, surgió la primera división del trabajo que originó los roles sociales (géneros) comunmente denominados: femenino y masculino.

Se escribe entre comillas la palabra -supuestas-, por los siguientes argumentos: conforme crecen, se dice que la constitución física de la mujer, en peso, talla y fuerza es menor, y su cerebro es más pequeño que el del hombre. Donde la menstruación, la preñez y la lactancia son vistas como características que inferiorizan a la mujer con respecto al hombre, confinándola en el lugar de procreación de la especie (Lamas, 1986; Hierro, 1977; Cuevas, Escobedo, Gonzalez, Palacios y Williams, 1988).

Desde la sociedad griega de la época clásica, Aristóteles (citado en Hierro, op. cit.) dedujo que las mujeres eran inferiores en lo intelectual. Mientras que Platón decía que como la naturaleza humana era de dos clases, la raza superior se llamaría desde entonces "hombre". Por su parte Santo Tomás dijo que la mujer es defectuosa y mal concebida (citados en Hibri, 1985).

En este sentido, Krouze (1985), Bartra y Valadés (1985) e Hibri (op. cit.)

sostienen que la naturaleza femenina está determinada por lo biológico y sociocultural, donde lo primero dió la pauta para la primera división social del trabajo entre hombres y mujeres. Los varones han estado mejor dotados para la producción de alimentos y las mujeres para la reproducción, es decir, las tareas de producción implican capacidad intelectual, creatividad y esfuerzo que lleva a un dominio progresivo sobre la naturaleza, en tanto que, la reproducción no supone capacidad intelectual, ni iniciativa y creatividad; basta seguir su naturaleza. Tampoco implican mayor dominio sobre la naturaleza, debido a que son un proceso natural repetitivo.

De ahí, que el metabolismo psicobiológico de la mujer, haga de ella un ser menos útil de la fuerza de trabajo y esa debilidad le haya impedido realizar trabajos específicos en sociedades determinadas (Mitchell, 1981). Empero, cabe decir que se han realizado estudios donde no han encontrado diferencias de ser superior, por el simple hecho de tener un cerebro más pequeño (en el caso de las mujeres) (Sullerot y Monot, citadas en Lamas, op. cit.).

Regresando a esas "supuestas" capacidades donde el hombre produciría y la mujer reproduciría, Artous (1982) afirma que la división del trabajo se forma en un modo dualista, y para entenderlo mejor, se describen por separado esas funciones de cada uno.

Por un lado, está el varón que produce las mercancías fuera del ámbito privado (familia), en otras palabras, en la industria, y al mismo tiempo se reproduce (como ya se citó). En la medida que crea productos, de la misma manera los consume; y este proceso no se dá por necesidades personales, sino de la interiorización de las exigencias ligadas a las fuerzas productivas y a las relaciones sociales.

Por tanto, puede sostenerse que los varones reproducen las mercancías, lo público y al mismo tiempo asalariado.

Por su parte, el género femenino, dada la división del trabajo y su función reproductora (biológica), es excluida de la producción social; ellas realizan los servicios privados de la familia, son reclutadas en las labores domésticas (valores de uso) con un estatuto "especialista" para esas actividades; siendo un "no trabajo".

La mujer en el hogar produce bienes y servicios que consumidos por un individuo, reproducen su forma de trabajo; participan (con su trabajo doméstico) en

la producción de una mercancía, aunque sea considerada como producción para uso privado y que no es pagado.

De esa forma, su mundo es lo privado frente a lo público y que se generaliza cada día más, es decir, trabajo que produce valores de uso frente a la producción de mercancías. No obstante, el crecimiento de las ciudades y los procesos de urbanización, ambos ligados a la industrialización de Occidente, sentaron las bases para el desarrollo de la doble jornada de trabajo que caracteriza la vida de una gran cantidad de mujeres, quienes atienden el hogar como amas de casa y buscan empleos para vivir de una forma "suficiente" o con mas satisfactores que le permitan sentirse confortable, mientras que el género masculino sólo se dedica a la producción (jornada de trabajo) y se le plantea la posibilidad de "ayudar" a la mujer en las labores domésticas y la crianza de los hijos.

Oliviera (1984) afirma que la mujer obrera por las necesidades económicas de su familia, y por su condición femenina de subordinación social, es más vulnerable a la explotación y a las violaciones laborales que el hombre.

La condición de mujer en la actualidad significa, una desventaja adicional de deberes y obligaciones entre hombres y mujeres y los de mujer-madre y mujer-hija. La opción de migrar por ejemplo, se presenta con más frecuencia en la hija joven, mientras su madre se encarga de las actividades de la producción para el autoconsumo y prestación de servicios domésticos, entre otros, asignados en el grupo campesino.

De ese modo, por naturaleza de su trabajo, las amas de casa no participan como los obreros, directamente en la producción social.

En este sentido, la mujer empieza a definirse por dicha división, además de ser desvalorizado su trabajo, marcado por la división entre géneros en la producción en general.

Otras mujeres trabajan para tener otra identidad, porque les validen lo que hacen y por alcanzar un ascenso (Incluyendo la atención de su hogar y su pareja). Aún cuando las mujeres trabajan fuera de su hogar no tienen por ello una situación más justa ni igualitaria, están enclaustradas: existe discriminación en la contratación, subcalificación, ausencia de formación profesional y de reconversión de sus conocimientos, incluyendo sus sueldos inferiores al de los hombres; muchos de los

desempleados son las mujeres. Empero, han aprendido que el "mal trabajo" no proporciona dinero y no merece reconocimiento (Hallmi, 1982; Hierro, 1986; Nava, 1989).

Hasta aquí, hemos analizado los roles sociales del hombre y de la mujer en el ámbito laboral y que son reproducidos en el ámbito familiar. Por lo que es importante analizar en el siguiente apartado, a la familia como un núcleo necesario para la sociedad, que conforma, crea expectativas, pensamientos, sentimientos y actitudes de los individuos, a través de mecanismos conscientes e inconscientes.

#### LA FAMILIA COMO BASE DE LA SOCIEDAD.

De acuerdo a Firestone (citado en Zaretsky, 1978) la familia es la base y la economía política es la superestructura, donde la opresión de la mujer es una consecuencia de la división sexual del trabajo, y por ende, se excluye de la producción social.

Ya citamos que la producción del Capitalismo se basa en cierto modo en la vida familiar, debido a que el trabajo asalariado se mantiene por el trabajo socialmente necesario y privado de las madres y las amas de casa; ya que su rol con la preparación de alimentos, cuidados de salud, etc. mantiene la vida en sociedad.

Con el crecimiento de la industria, el Capitalismo separó la esfera pública, de la esfera privada y como consecuencia el trabajo y la vida quedaron separados, creando nuevas vidas personales entre los individuos. De ahí que la familia se convirtiera en el primer espacio de la sociedad, donde el individuo podía valorarse por sí mismo, además de asignarle a la mujer a que mantuviera lo emocional y psicológico de las relaciones personales.

Así, la familia es una base material para la subjetividad y la vida psicológica, como parte de la economía.

La burguesía por medio de su ideología basada en la propiedad privada, redefinió los ideales feudales como la supremacía masculina, lealtad familiar y amor romántico. Fue vehículo de la ambición privada; su concepción de la sociedad correspondía a la compuesta por familias, siendo cada uno célula indeleble.

La cristianidad ha estimulado al autoconocimiento consciente, forma principal de experiencia subjetiva en Europa y E.U. hasta el siglo XIX. En este período la sinceridad se convirtió en un ideal social dominante (hubo proliferación de diarios, autobiografías, autoretratos, crecimiento de alojamientos privados, etc.); estos desarrollos conformaron un nuevo ideal de la vida familiar.

El matrimonio se basó en el amor común y la mujer era una compañera. La familia burguesa señalaba que además de amor debía existir respeto, confianza, fidelidad y castidad premarital. Al mantenerse la valorización del trabajo productivo para incrementar la fortuna familiar y la liberación de las emociones, se idealizó la madurez y ancianidad.

Se impulsaba a la mujer a considerarse como persona independiente. Esto ocurrió hasta que la industria destruyó el ideal burgués de la familia como unidad productora independiente.

El capitalismo industrial requirió un proceso laboral racionalizado, coordinado, sincronizado, indiferente al sentimiento comunitario, las responsabilidades familiares, relaciones personales y emocionales. Llegando a pensar que la familia era anticuada.

Engels describió que la vida familiar del trabajador era imposible bajo ese sistema, porque los integrantes tenían horarios diferentes y no podían reunirse, además de ver a sus mujeres sólo como instrumentos de producción (Zaretsky, op. cit.).

A ellas se les reconoce como individuo hasta cierto punto en el matrimonio-contrato, pero individuos de otro orden al de hombre-ciudadano. Por ejemplo, Laurin y Couturier (1981-82) sostienen que durante la Colonia la dote matrimonial era el primer conocimiento de la personalidad jurídica de la mujer, al pasar de la supervisión de sus padres a la del marido, esa dote era administrada por este último.

Los matrimonios se realizaban por padres interesados en promover o reforzar el avance socioeconómico de la familia. En la actualidad, muchos grupos (i.e. judíos o católicos) siguen arreglando los matrimonios, con este mismo criterio o algo similar.

Las restricciones legales más importantes eran las impuestas a las mujeres casadas, quienes debían pedir permiso a su marido para llevar a cabo cualquier trámite legal.

A la mujer, se le reconoció como compañera en el cambio de las relaciones sexuales; es reina sólo dentro del hogar, porque de no ser así esta fuera de lugar, y es en esa institución "familia" donde sólo puede vivir como ciudadana, como sujeto.

Ahora bien, si las mujeres no han sido involucradas en las decisiones políticas, en el trabajo y en la educación, entre otras, se debe a que son objeto, en el nivel de los asuntos de las res pública, de un fenómeno de rechazo, donde el "peso subjetivo" de las mentalidades pesa como un punto autónomo y no sólo como consecuencia de las estructuras económicas.

Como dice Halimi (op.cit.), cualquier opresión a la larga necesita del consentimiento de su víctima y el consentimiento de la mujer se logró a través de la religión, la filosofía, la literatura, de los medios masivos de comunicación y de los tabúes judeo-cristianos que han construido el encierro de la mujer (sus deseos, su placer, su cuerpo, prevenir o suprimir embarazos y demás), que al mismo tiempo los siglos de hegemonía masculina las han reducido al silencio, al mutismo. Estas instancias o ideología, son las que conforman, transmiten, mantienen y perpetúan valores, normas, creencias, actitudes, costumbres y expectativas que influyen en el sentir, pensar y actuar de los individuos, de acuerdo a un sistema "x", surgido de la experiencia y aparecen confirmandose recíprocamente. Eso constituye una expresión de la realidad para la gran mayoría de la sociedad, y detrás de esa realidad existe la experiencia de las diversas áreas de la vida que resulta difícil de remover para casi todos los individuos.

A los hombres se les acepta trabajar fuera del hogar para sustentarlo y las mujeres a laborar en las necesidades internas de éste para la protección del grupo.

Casi siempre las expectativas que se tienen de la mujer en el Occidente, de acuerdo a Sánchez (1989) y Nava (op. cit.) son las siguientes:

- 1) Como esposa: guíe a la familia; compañera sexual y social del esposo; proporcione y reciba necesidades básicas, afiliativas y de estima.
- 2) Como madre: cuidadora de niños, los eduque, socialice y personalice. Es quien debe transmitir sus hábitos familiares maternos que tuvo en su infancia.

**3) Como ama de casa: cuide y proteja a los suyos dentro de sus posibilidades, así como la casa, para un óptimo ambiente.**

**Así, la sociedad la responsabiliza de preservar la especie, el sistema y la propiedad familiar.**

**La familia es el lugar donde nacemos, crecemos y morimos, a quien le debemos nuestra incorporación y socialización. Es la institución que hará que los individuos se adapten o no de una forma positiva o negativa ante la sociedad (en salud mental, administración económica, la socialización, para desarrollar patrones de interacción, habilidades, hábitos, expectativas, etc.).**

**De ese modo, a continuación se muestra la forma en que son educados los varones y las mujeres en el seno familiar, a partir de su genitalidad mostrada y que se reproducen de una manera "natural", "que así debe ser". Cabe aclararse, que el término "natural" dice Ariés (1970) es un vocablo que debe manejarse con mucho cuidado en discusiones sobre conductas humanas. "Los humanos se adaptarán a las sociedades en que viven; lo que puede ser natural en una sociedad puede ser en otra algo altamente inconveniente... El comportamiento "natural", en este sentido, implicaría una conducta "adaptable"..." (pág.17).**

**Y las conductas "naturales" expuestas a continuación se refieren a las adaptadas en el Occidente.**

## **EDUCACION.**

**Desde el momento en que una mujer dá a luz, el médico le dice "es una hermosa niña o niño" y lo primero que preguntan las personas cercanas a la madre (antes de preguntar por ésta), es la condición sexual del bebé ¿qué es niño o niña?. Lo que hace suponer que la condición de hombre o de mujer es considerada como algo "natural" a partir de su genitalidad mostrada.**

**A los niños desde antes de nacer le determinan su género con tonos azules, carritos, tanques, soldados, etc., mientras que las niñas las visten de tono rosa, comprandoles muñecas, juegos de té, moños, vestidos, aretes, pulseras, etc.; en los**

mismos hospitales les ponen cobertores y etiquetas que les debe corresponder. Durante su infancia a las niñas se les educa a ser dóciles, cariñosas, tiernas, obedientes, apegadas a su familia y a no considerarse "alguien". Entre otras, su madre quiere hacerla "hija de bien" para el día que contraiga matrimonio, sea buena esposa y madre. En tanto que, al niño se le prepara para ser importante, para tener un estatus social.

Para fabricar niños y niñas, Marqués (1980) plantea que la sociedad se sirve de mecanismos conscientes e inconscientes (como principales transmisores de cultura dominante). Los conscientes son órdenes, consejos, escuela, etc. y que operan específicamente en lo femenino: a ellas se les prohíben algunos juegos, se les limita su libertad, "no pueden ser normales como los niños". Y los mecanismos inconscientes son las lecciones morales, doctrinas, etc. y se evidencian en el grado en el que los padres le dan más importancia a los hombres y no a las mujeres.

Los padres prefieren un primogénito varón posiblemente para sentirse reproducidos, e inclusive algunas madres no se sienten "toda una mujer" al dar a luz un ser del sexo contrario, porque las mismas madres creen que el dar a luz a un varón, es haber hecho nacer un ser superior. Probablemente también la preferencia sea porque las niñas aún cuando son consideradas como tiernas, cariñosas, obedientes y demás, causan más problemas que los niños; biológicamente ellas, en la medida que maduran, menstrúan, se embarazan, amamantan y ellos engendran, orinan hacia adelante, etc. De ahí que comunmente se diga "casa a tu hija cuando puedas y a tus hijos cuando quieras".

Ambos géneros son educados en el seno de una familia que da mayor importancia al padre y no a la madre, y lo observan en sus actitudes; las funciones de éstos son muy diferenciadas.

De esa manera, la educación construye al niño en hombre, le señalan que el ser varón es importante, le estimulan a parecersele. Ser HOMBRE significa una persona que controla y oculta sus emociones, que compete, que intenta dominar, que puede ponerse a sí mismo y a su propia realización como objetivo básico, significa el poder y la responsabilidad, porque las mujeres no lo tienen, son "inferiores" y están al alcance de ellos.

... "El hombre es... una superioridad imaginaria" (pág. 60).

En la medida en que las mujeres son "menos", son reclutadas en actividades del

hogar, a realizar las labores domésticas: cocinar, lavar, planchar, sacudir, cuidar casa e hijos, limpiar, secar, trapear, aspirar, levantar las cosas, etc. para que sea una verdadera MUJER y cuando se case no tenga problemas con el marido. Desde sus primeros juegos está: la comidita, la mamá que lleva a sus hijas (muñecas) a la escuela, que les proporciona atención y dedicación cuando se enferman, que las baña, las cambia de ropa, y otros; es un entrenamiento de su "destino", porque son mujercitas o porque como dijera Napoleón "las mujeres no son otra cosa mas que máquinas para producir hijos" (cita tomada del programa "Otra onda", I.P.N. México).

Lo cual hace suponer que si se es mujer, sabe realizar labores domésticas, pegar botones, cuidar niños, amamantar, cambiar pañales, dar biberones, entender a los otros, tender camas, lavar platos, ser cariñosa, sencilla, abnegada, maternal, encantadora, comprensible, seductora, sexy pero sin experiencias, sensual, tierna, respetable, apachadora, escuchadora, sin contrariar la opinión, sin ser agresiva, ni "loca", etc. Porque de lo contrario, ni el es hombre y ni ella mujer.

Desde edad temprana se les educa a las mujeres, en los conocimientos y habilidades para el manejo del hogar donde tiene una función reproductiva y por tanto, su trabajo social (productivo) es una extensión del hogar: secretaria, enfermera, pediatra, educadora, decoradora, y otras, porque si no son "antinaturales". A pesar de ello, la falta de motivación u orientación para estudiar se agudiza en las niñas, que por su cultura se les asignan roles de trabajo desvinculados con el estudio, motivándolas al hogar como una "fuga a la cocina" e incluso las profesionistas tiene períodos de "fuga de cerebro", al casarse o al estar embarazadas; su poca motivación hacia la ciencia y a la tecnología se evidencia en la deficiente población estudiantil interesada en esas áreas (Hierro, 1977; Jaidar, 1989).

Además, a las mujeres se les educa en el amor como significado de darse, no disentir, obedecer, abnegarse, o de lo contrario no se convierten en seres plenos. Por ello: hija, esposa y madre son medio ser humano, la mitad de una relación, mientras los hombres son definidos por su actividad, v.gr. en muchos lugares, generalmente señalan las profesiones de los hombres y a las mujeres las dejan en el anonimato, sólo con su membrete de "señora": la señora y el Lic. o Arq... o Doctor... etc.; ellas son mujeres de muchos apellidos: la señora de ..., la hija de ... En muchas instituciones, por ejemplo hospitales, hoteles, empresas y otros, la preposición de (como pertenencia) sutano o perengano, les proporciona su estatus social, valorándolas o considerándolas por su "pertenencia" o como cotidianamente se denomina "ascendencia". Han sido educadas para beneficiar a los otros y renunciar a sí mismas que es una prueba fiel de su amor (Olsson, 1985; Hierro, 1986).

Otra diferencia de la educación femenina frente a la masculina, es el rechazo moral de las mujeres para resolver los problemas en función de la agresividad, porque perciben de diferente manera las situaciones, la competencia es un "juego" no aprendido a jugar, que nos les gusta y tiene objeciones muy grandes.

Las actitudes y valores femeninos se refieren al aspecto estético (para atraer a los hombres), al emocional (para favorecer su reproductividad) y la pasividad (que garantiza su sumisión).

La humanidad a convertido a la hembra en relación para el varón, es un símbolo de las relaciones de los hombres entre sí: de estatus de clase, de prestigio y capacidad de seducción; las mujeres están condicionadas por las relaciones de ellos.

Además, si las mujeres dejan de definirse como símbolo del pacto entre los hombres, es objeto de violación. Ha sido objeto de explotación sexual de sus amos y de otros que abusan de su condición, sin acceso alguno a los mecanismos legales para protegerse de esos abusos; tal es el caso de las niñas violadas durante la Colonia, si eran descubiertas por sus padres, éstos inmediatamente denunciaban el acto, sin embargo, para los oidores y el presidente de la Real Audiencia de Guadalajara este acontecimiento no era tan importante como el adulterio, verdaderamente castigado para la mujer casada, más que el incesto (Castañeda, 1985).

En este sentido, puede decirse que las mujeres han sido educadas en el amor, en el ser servicial, abnegadas, negadas en la sexualidad, trabajadoras sin salario, alejadas de las decisiones políticas, condicionadas por la cultura, sin apertura al mundo de los hombres, a jugar de una forma diferente su vida de la de ellos, a ser buena madre, esposa e hija. En una palabra, educadas para la HETERONOMIA, en tanto que, los varones son educados para la AUTONOMIA.

Sin embargo, Bustos (1989) apoya que en la actualidad se observa cómo está cambiando el papel tradicional de la mujer: porque son más mujeres las que ingresan a la educación superior (aunque sean carreras femeninas); se ha incrementado el porcentaje que ocupan dentro de la población económicamente activa; algunas mujeres se desempeñan en puestos que eran exclusivos de los hombres; otras se organizan a nivel político-comunitario para reclamar sus derechos: viviendas, escuelas, etc. A pesar de ser logros mínimos, aún existen diversas formas de subordinación y discriminación hacia ellas: conformismo, violación, etc.

Por lo anterior, en el siguiente punto se evidenciará de forma más clara, la manera en que las relaciones sociales marcan las diferencias de comportamiento entre hombres y mujeres.

## RELACIONES SOCIALES.

Las instancias socioculturales (ideología) hasta aquí escritas, nos hicieron ver que la mujer es relativa al hombre, como dicen González, Vera y Sagois (1985) es un "ser para" y el varón es un "ser en sí". De las diferencias ontológicas derivan a su vez, diversas prácticas que hacen de la mujer el género marginado de lo humano, de su participación activa y productiva en todos los campos, atadas precisamente a ese destino genital, fundando las diferencias en lo "natural".

No obstante, la intención no es señalar a la mujer como un ser de segunda, oprimida por el sistema social en que vivimos, etc., sino evidenciar cómo sus valores, expectativas, habilidades, autocontrol, atribuciones y otras, las viven por las diferentes relaciones de contingencias en experiencias distintas a las de los hombres, las viven de otro modo, porque como dice Halimi (op. cit.) las mujeres han aprendido "a jugar" la vida de diversas formas a la de los varones.

También el proceso de educación: el más amplio adiestramiento social, como la familia; la definición práctica de la organización y el trabajo; la tradición selectiva en un ámbito teórico e intelectual: todo esto se inserta en el hacer y rehacer de la cultura dominante, como experiencia de cómo construir nuestro vivir, experiencias de las que se dependen. Sin embargo, cabe aclarar que lo asimilado no es meramente una imposición ideológica dominante abarcando las mentes de las personas, porque de ser así, fácilmente se contrarestaría o destruiría.

Por otra parte, si bien se sabe que la sociedad demanda ciertos roles, actividades o la satisfacción de algunos estándares y la salida de éstos, entre otros, a través de los factores socioculturales derivados de la organización social, hemos observado que tienen un gran impacto en la conformación de fenómenos psicológicos, y entran en juego todas las costumbres, valores, etc., pero el costo emocional general en la mujer es muy alto y una manera de expresarlo es en la depresión, etiqueta de enfermedad mental con un peso bastante considerable en ellas, por sus características personales o psicológicas formadas socialmente; aunque también los varones sentirán o creerán lo mismo y pudiera ser que lo

manifiesten de otra forma, o posiblemente bajo el mismo fenómeno, pero el índice depresivo en ellos es menor.

En este sentido, Newcomb (1976) señala que cuando se es niño (sin diferenciación de género), ingresa o está inmerso en una sociedad donde las personas tienen actitudes en común, basadas en marcos de referencia comunes. Después, el niño los emula como propios al interiorizarlos, desarrollando actitudes parecidas para responder a las mismas cosas de los demás y como resultado de ello, con el fin de satisfacer necesidades que hace suyas adquiere motivos y actitudes compartidas por los otros, incluyendo las normas.

En toda sociedad, ciertas actividades se consideran para el bienestar común, esas actividades se relacionan con problemas como obtener lo necesario para la subsistencia, casarse, la educación de los hijos, y la sociedad crea soluciones a través de las instituciones, la fuerza de la ley, tribunales, incentivos y tabúes (aparato represivo). De este modo, crea un sistema de recompensas y castigos girando alrededor de cada institución, dependiendo de la cultura.

Aunada a la institución están un conjunto de ideas, creencias, conocimientos y tradiciones (como se había mencionado) que llevan a una ideología para apoyarla o justificarla y si cada ser humano nace en una sociedad que ya está organizada, donde se esperan diferentes conductas de diversos tipos de personas, de hombres y mujeres, por ejemplo: las normas compartidas por un grupo influyen en las conductas de las mismas personas a las que se refieren las normas -los adolescentes varones se comportan diferencialmente de las mujeres en la sociedad, por que se espera que actúen como tales y no como lo contrario-. Berger y col. (op.cit.) dicen que los roles no están improvisados, sino más bien siguen en general las respuestas preescritas para su posición y no basta con saber lo que se debe hacer, sino lo que se espera que los otros hagan. Los roles dependen unos de otros.

Además, las personas en función de los roles que desempeñan deben penetrar en zonas específicas de conocimiento socialmente objetivado, en los sentidos cognoscitivos más restringidos, de normas, valores y emociones. No basta con aprender un rol para realizarlo siempre, sino penetrar en lo cognoscitivo y afectivo del cuerpo, es decir, incorporarlo y apropiarse de esos sentimientos, pensamientos y acciones para que los viva (asuma) de un modo muy personal, como algo "natural".

A pesar de que cada individuo tiene marcos de referencia privados y únicos, en

el proceso de socialización aprenden a ver las cosas en términos de normas de grupo.

Así pues: en la vida diaria de las personas, son evidentes las distintas formas de interacción entre hombres y mujeres, por ejemplo: casi siempre en reuniones sociales, observamos que los hombres se sientan de un lado a hablar de temas vistos "naturales" para ellos (política, trabajo, fútbol, de la guerra del pérsico, etc.); mientras las mujeres se sientan a hablar de "cosas de mujeres" (crianza de niños, economía familiar, modas, "disque política", etc.). Sin dejar de reconocer que depende de la educación y el tipo de cultura.

Con este sencillo ejemplo, podemos hablar de un sinnúmero de actividades, sentimientos y pensamientos que diferencian ambos géneros. Específicamente en México ¿quiénes son las que tienen al mando la crianza de los niños; las labores domésticas; su educación; las que los cuidan cuando están enfermos; las que están para escuchar; la que no tienen derecho a un mejor estatus social que su pareja; etc.? LAS MUJERES. ¿Quiénes son los que creen mandar en su casa (porque a veces en su trabajo no es así) y que reproducen la escena obrero-patrón, amo-esclavo en la escena marido-esposa; los que pueden hacer lo que les venga en gana; los que según ellos son libres a pesar de estar casados; los que mantienen económicamente; los que creen y se les apoya que están para mandar y dirigir, entre otras cosas? LOS HOMBRES.

Ahora bien, esto no significa que si es mujer le corresponde hacer todo lo estipulado para ella o viceversa, depende de las experiencias de cada una, del cómo lo aprendan, lo imiten, lo interioricen, lo reproduzcan, se les refuerce o castigue su estilo de vida, se les prohíba, reprima no sólo sus actividades, sino pensamientos o sentimientos. Sin desconocer la influencia de otros factores en la etiología de la depresión, descrita por otros teóricos.

Desafortunadamente, al ser educada la mujer para la heteronomía, se les coarta muchas áreas, como son el trabajo, la casa, la escuela, etc. Por ello muchas mujeres siguen al lado de sus parejas, padres u otros (quienes las mantengan económicamente) a pesar de que las engañen -infidelidad-, las traten mal, etc. o para mantener un "estatus".

Como mujeres, en sus prácticas no han reconocido sus dependencias con el sistema, y se manifiesta en una psicología oprimida que les impide ver el grado de esas dependencias; pareciera que están ubicadas en un plano inclinado, en una

postura de inferioridad, y para hacerlas visibles se necesita crear espacios de una forma horizontal, ser autónomas (Pisano, 1990).

A manera de conclusión, las variables socioculturales que se han señalado: sociedad, trabajo, familia, educación y relaciones sociales, generan hábitos, creencias, costumbres, expectativas, valores, atribuciones y otros, diferenciados para el género femenino y el género masculino, constituyendo de esa manera las creencias sociales de lo que significa varón y mujer, en una sociedad dada y en un período determinado.

Los roles para cada uno han sido organizados de tal modo que se coloca a los hombres en una posición dominante y a las mujeres en una posición subordinada, originando la asignación de las tareas para ambos.

En nuestra sociedad se enseñan los roles aprobados por la cultura, tratando y respondiendo a las niñas y a los niños de una forma diferente, manteniendo distintas expectativas para ellos y ejerciendo diversas presiones sociales para unos y otros.

Los estereotipos de esos roles asignados, como "naturales", como que "así debe de ser" fundados en la biología-genital sin considerarlos que van más allá del género, oprimen y limitan los deseos, las expectativas, la conducta y el desarrollo de los individuos.

Incluyendo las experiencias que tengan ante esas demandas. Por ejemplo, las mujeres dependen emocionalmente de los otros y eso les niega el acceso a otros satisfactores, conllevándolas a deprimirse o a posibilitar esa manifestación.

Se deprimen porque no son consideradas como mujeres en otras áreas que no sea la familia; por autodevaluarse; por ver a sus amigas hacer lo que ellas quisieran hacer; se sienten incomprendidas, solas, abandonadas, detentadas (cuando su pareja la "domina") y son presa fácil de llorar, de lamentarse de su estilo de vida.

Las solteras se deprimen por permisos negados, por prohibiciones, por las cosas materiales o situaciones emocionales no proporcionadas, por las diferencias de comportamiento para con ellas y los hermanos, el que las sigan ubicando como "mujercitas" de familia y además "decentes". Aquellos sentimientos, pensamientos y acciones opuestos a sus principios morales, a su educación, a ser MUJER, serán

tachados de mujer fácil, de una "cualquiera", de antihija, antihermana y antimujer, por lo que la culpabilidad es el mejor "antídoto" a esto último y de ese modo sean controladas, obligadas a "caminar derecho".

Habrán otras mujeres que se centren en su trabajo, en la búsqueda de un ascenso, en lograr mejores metas y por tanto, se hacen exigentes consigo mismas y con los que le rodean, dejando de lado el matrimonio y los hijos; en la medida que logran ascensos laborales les dan las gracias a sus familiares, empero, se sienten tristes y deprimidas por no proporcionarles ese tiempo de ausencia. Existe una aparente incompatibilidad de las dos alternativas, es decir, ellas no pueden pertenecer a ambas esferas: hogar y trabajo; por un lado, las demandas de la sociedad de satisfacer el estándar de ser mujer y por otro, las demandas de salir de ese rol buscando otras alternativas, pero que ellas no se dan cuenta de las implicaciones.

Podemos entender ahora las virtudes de las que se han apropiado las mujeres: instinto maternal, sensualidad, dependencia, amorosas, tiernas, abnegadas, coquetas, etc. cuando no son cumplidas totalmente (son una falacia que viven): se deprimen.

Cabe señalarse que las etiquetas de enfermedad mental, en este caso "depresión" se aplican o apropian de distinto modo por las personas, dependiendo de la clase social, el sexo, la edad, la educación, la labor productiva, el estado civil, si tienen o no hijos, etc. de acuerdo a criterios sociales (estructura social, lo objetivado socialmente) y a períodos de desarrollo social.

La literatura ha sostenido a las variables demográficas y socioculturales como un peso importante para que se manifieste dicho fenómeno, empero, las mujeres de estratos socioeconómicos altos y medios, tienen y buscan acceso a la atención psiquiátrica, psicoanalítica y psicológica para la solución de su problema, mientras que la otra población traduce ese estado de ánimo en flojera, en no tener ganas de realizar las cosas, y simplemente se preocupan o centran en otras necesidades.

Es una combinación de factores que intervienen para posibilitar la gama de experiencias a las que se exponen y se depriman. No se desconoce la influencia genética y biológica para sentirse de ese modo las mujeres, pero no son factores únicos que las predisponen a ese comportamiento, porque de ser así, todas las mujeres se deprimirían y eso no ocurre. De ahí, que en otras culturas, los hombres manifiesten un porcentaje mayor de depresión con respecto a ellas, e incluso en

nuestra cultura aún cuando las mujeres tienen cambios hormonales en sus diferentes fases, habrá quienes no se depriman, sin embargo, hemos visto como lo psicológico es importante en estas fases.

**Esas experiencias hacen mas susceptible a la mujer para deprimirse.**

La depresión no es una característica "natural" de las mujeres, sino que las han hecho apropiarse de ella, viviéndola como parte de su personalidad o su estilo característico de comportarse.

A pesar de que en esta tesis se delimitaron cinco factores socioculturales asociados a la depresión en la mujer, queda por cuestionarse ¿que otras variables intervienen en la depresión de la mujer : edad, estado civil, estrato socioeconómico, etnia, religión, labor productiva, ingresos, si tienen o no hijos, si viven solas, entre otras? o mejor dicho ¿qué mujeres se deprimen más, la estudiantes, las que no trabajan, etc.?

**CONCLUSIONES.**

La tesis fundamental del presente trabajo, parte de considerar las formas de las interacciones establecidas por los individuos en un marco sociocultural específico, las cuales estructuran o condicionan una gran variedad de experiencias a las que son expuestos y que disponen las patologías y/o problemas de conducta, en este caso, la depresión en la mujer.

Sin desconocer la influencia biológica; ambas posturas (social y biológica) están inmersas con lo psicológico, y al mismo tiempo están en función de una organización social (de acuerdo a los modos de producción, en una determinada sociedad, cada quien regula su vida al dormir ciertas horas, descansar otras, trabajar una jornada y otros. Dependiendo del tipo de familia en que se nazca, la educación que uno reciba, la inserción al trabajo productivo, etc.) En otras palabras, aquí consideramos que, la organización social es la que va modulando los comportamientos de las personas a través de las experiencias que se organizan y posibilitan, generando costumbres, hábitos, valores, expectativas, habilidades, sentimientos, pensamientos y actitudes, entre otras, por ejemplo: se espera que los niños no griten para pedir algo, no toquen las cosas en los almacenes o en las casas ajenas, sean obedientes y "buenos"; de los adolescentes se espera que sean dependientes de la autoridad, no viciosos, estudiosos, sin hacer las cosas impulsivamente por creerse los "heroes" de la vida: al conducir autos a grandes velocidades y demás. De los adultos se espera que actúen de una forma "madura"; con buenos modales para comer, vestir, hablar; también que guíen correctamente a los hijos; tener estabilidad económica, psicológica y social. Mientras que de los ancianos se espera que no sean negligentes, latosos y estorbosos, dada su condición de jubilados que no "producen", considerados como un mueble más en la casa.

Esas formas generales de comportamiento en los diversos grupos de población, se institucionalizan de acuerdo a ciertas variables socioculturales y demográficas como: sexo, estado civil, edad, lugar de residencia, estrato socioeconómico, etnia, religión, educación, ocupación e ingresos, entre otros, haciendo una diferenciación psicológica y social entre hombres y mujeres.

En el tercer capítulo, se describió en extenso lo que en Occidente significa ser hombre y mujer. Los varones producen económicamente, lo asalariado, en la esfera pública; son de carácter "fuerte" e intelectuales, creativos, agresivos y que llevan el "mando"; en tanto que, las mujeres producen bienes para uso privado que no son pagados, se dedican a proteger el bienestar del hogar y la familia con sus

actividades domésticas, con su apoyo moral, en el ser serviciales y en el asumir virtudes "naturales" como la abnegación, la obediencia, la fidelidad, el amor, etc.

— Sin embargo, en la actualidad el género femenino ha cambiado en la medida que ocupa puestos laborales que eran exclusivos para los hombres, estudia carreras profesionales, trabaja fuera y dentro del hogar, lleva a los hijos a centros educativos mientras hace cosas diferentes: como ir de visita con sus amigas, asistir a clubs, a clases de inglés y muchas más. Empero, este comportamiento demanda un alto costo emocional en la mayoría de las mujeres, debido a que se les dice por un lado que se comporten como tales, y por otro lado, les piden la salida de ese rol: al buscar otras opciones de trabajo, al "independizarse" económicamente, al desarrollarse profesionalmente, etc. Ellas no racionalizan esas implicaciones y con frecuencia, dichos comportamientos más que los de los hombres, se manifiestan en depresión u otros.

De ahí, que los factores socioculturales (sociedad-modos de producción y su relación con la vida personal; trabajo; familia; educación y relaciones sociales) ya expuestos, han pretendido explicar cómo intervienen en la depresión.

La gran mayoría de las posturas teóricas se han preocupado por el tratamiento de dicho fenómeno, antes que prevenir su manifestación. Eso no significa que la investigación científica no haya avanzado en esa área, sino que los clínicos se centran en el tratamiento por el alto índice de población depresiva que demanda sus servicios, con pacientes en un "aquí y ahora"; no es que no sea importante este último nivel, pero precisamente la propuesta del presente trabajo es considerar al grupo de las mujeres depresivas como uno de riesgo y desde ahí redefinir su problemática en un lugar superior, es decir, asumir este comportamiento como una expresión de lo biológico y social.

Las diversas explicaciones consideran factores bioquímicos, genéticos, la historia del reforzamiento de los individuos, los eventos previos en su vida, esquemas cognitivos negativos, agresión dirigida a sí mismos y otros, pero poco se ha enfatizado el surgimiento a partir de una organización social, donde se combina lo psicológico, social y cultural en particular, en un campo más amplio.

Además, las distintas teorías han considerado que los mismos eventos causan depresión a toda la población en un mismo porcentaje, aplicando sus conceptos-metodología y tratamiento sin sesgo genérico, a pesar de que la literatura marca una proporción de 2:1, es decir de 75 depresivos 50 son mujeres (Weissman y col.

1977). El alto porcentaje depresivo en mujeres, se menciona en los trabajos de Markidis y col. 1983; Weeke y col. 1975; Williams y col. 1983; Stangler y col. 1980; Baldwin, 1971; Dean y col. 1981; Myers y col. 1984, por señalar algunos.

Nuestro interés se centra en la etiología de la depresión de las mujeres, no sólo por el alto porcentaje presentado en ellas, sino para tratar de entender la forma en que la definición de depresión es construida de acuerdo a la sociedad, al etiquetarla como una "patología" o ser considerada como "normal", v.gr. cómo entender por qué las mujeres de algunos países de Occidente se deprimen y las mujeres de Oceanía - tribu tcholombí- junto con países de Africa (Egipto, Rodesia, Irak) no lo hacen.

También, las diferentes teorías de la depresión, han definido este vocablo desde su punto de vista y han proporcionado herramientas metodológicas para el cese de ésta, pero no han propuesto una conceptualización integral, metodología y tratamiento.

Ahora bien, si lo social se concreta en los individuos, así como en los diversos grupos, no se puede considerar como la mera sumatoria de conductas individuales, como algo cuantitativo, sino más bien la caracterización definitoria de las sociedades con un modo de producción específica y la historia de su desarrollo, entonces surge la necesidad de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales con el comportamiento de los individuos y los grupos sociales, es decir, solo podemos entender al individuo a través de los procesos mediacionales que regulan el comportamiento social y el individual.

Las explicaciones y descripciones de los comportamientos o conductas son hechas por alguien en "x" situación, y de ahí se pueda comprender por qué algunas concepciones predominan y cómo se modifican, por ejemplo, la manera en que se define un cuadro depresivo en la ciudad o en provincia es diferente, quizá etiqueten "patológicamente" a los de la ciudad por el estilo de vida que llevan, por el "estres", por no lograr ascensos en la escala social, cuando se debe luchar por obtener felicidad, desarrollar la personalidad, adquirir posesiones materiales; el éxito es un "aumento y "crecimiento", a nivel privado y en la competencia, para tener una "buena vida", pero que se bloquean por realidades sociales; mientras la gente de provincia quizá no pueda diagnosticarse como depresiva, porque no conocen su significado y sea normal para ellos no trabajar y que lo traducen en flojera, etc; posiblemente ambas poblaciones manifiestan los mismos comportamientos, pero no los clasifican de la misma manera.

En este trabajo, observamos que cada teoría (Psiquiátrica, Psicoanalítica, Conductual, Cognitiva y Sociocultural) promueve y desarrollo a sus conceptos, métodos y técnicas con respecto a la depresión, pero existe una parcialización del fenómeno, porque ven a éste como un problema por atributos individuales y no como características de grupos sociales, produciendo de ese modo la escisión de los tres niveles: biológico, psicológico y social.

El problema de la parcialización del conocimiento, radica en la superespecialización de cualquier enfoque teórico para explicar determinado fenómeno, al desligarlo de un todo. Por tanto, puede decirse que es un problema de conceptualización, al escindir los conocimientos de otras ciencias e imposibilitar la definición de la depresión, al hacer estrecha su explicación, así como su tratamiento y no analizar el caso de la mujer. Precisamente, aquí se ha partido de factores psicológicos influenciados por factores biológicos y sociales, que son modificados por la práctica del individuo; lo psicológico es un enlace con los otros factores, y la depresión de mujeres (como grupo) es un fenómeno social, manifestado en lo individual.

En este trabajo, hemos sostenido que las vivencias, pérdidas, experiencias, etc. de los individuos se involucran en las distintas actividades institucionalizadas socialmente, como son el rol en la familia, la educación, el trabajo, la cultura y otros, por medio de una ideología que reproduce las desigualdades necesarias para la reproducción social y al mismo tiempo demanda diferentes tipos de comportamiento para los grupos por edad, sexo, nivel socioeconómico, al igual que la mujer (como individuo y grupo) originan y mantiene la depresión.

No se desconoce el costo de respuestas demandado por la sociedad a los hombres, pero su manifestación depresiva es menor en comparación con ellas, además de que el reconocimiento es diferenciado para ambos.

Se ha planteado que la sociedad donde vivimos, está organizada como un proceso de producción-reproducción, estructuradora de una serie de probabilidades de la gama de experiencias a las que se exponen e incorporan a sus características psicológicas de las personas, modulando la posibilidad de generar la depresión u otros problemas.

A continuación se presenta la forma en que parcializan la realidad las diferentes posturas teóricas, al darles marcos de referencia a las explicaciones de la depresión:

**PSIQUIATRIA.** En el plano psiquiátrico existe abstracción de la realidad, al buscar los orígenes del depresivo en lo endógeno (bioquímico y/o genético), es decir, dentro del paciente, y que por sí mismo no explica el por qué todas las mujeres no se deprimen. No existe interés en los factores del medio, por ejemplo, se basan en diagnósticos de pocas entrevistas con el paciente y les resulta difícil abordar a toda la familia.

Pareciera ser que etiquetan y aplican tratamiento, buscando la disminución de frecuencia de nuevos ataques mas no la prevención o causas de otro tipo que las propicien. Además, ningún estado puede clasificarse solamente como endógeno o exógeno, porque ambos interactúan entre sí; aunque existen diferencias entre ellos para ubicar al paciente en las categorías que han elaborado: manía; psicosis bipolar depresiva; hipomanía; depresión moderada, grave, estupor, suplicatoria; psicosis bipolar mixta y otras.

E inclusive, los resultados prácticos en la epidemiología psiquiátrica no han sido muy satisfactorios, porque generalmente los encuestadores contratados para recolectar datos no reciben entrenamientos adecuados, reduciendo la probabilidad de que los estudios estén basados en hechos de diagnósticos significativos; los estudios por gente bien entrenada y con poca población al trabajar, posiblemente revelen tasas altas de trastornos mentales y personas sin entrenamiento con grandes poblaciones, revelen bajas tasas de trastornos mentales, y posiblemente ambas poblaciones tendrían tasas similares.

Aún cuando muchos de sus estudios denotan un alto porcentaje depresivo en las mujeres, no se preocupan si ello tiene que ver con la educación que éstas reciben, su rol en la familia al hacerlas dependientes, las pocas oportunidades en trabajos bien remunerados, la reproducción de escenas obrero-patrón con sus parejas, entre otras.

Tampoco hacen estudios longitudinales extensos; sus grupos control son tomados de clínicas, hospitales psiquiátricos y no de gente que no busca ayuda profesional, de gente tomada al azar, fuera de su práctica social y privada.

**PSICOANALISIS.** La postura psicoanalítica sostiene que hay depresión por la pérdida del objeto de amor, y la mujer ha simbolizado esa pérdida en las relaciones con los otros, con su pareja, con sus hijos, su hogar, su trabajo y sus amigas, al sentirse fracasada, por la dependencia que ha sido educada.

El problema de esta postura en la definición y etiología de la depresión, sobretodo en la mujer y que ha estado apoyada por la visión de Freud, ha sido el considerar a ellas como objetos, como los "adornos"; si se quiere pensar como un punto de vista de hombres para mujeres y no al revés.

La explicación de la depresión a través de categorías como el aparato psíquico (ello, yo y superyo -por no vivir a la altura de los ideales del ego-), el complejo de Edipo (el enamoramiento por el padre y/o madre y sentir celos del padre contrario; incluyendo la envidia del falo), por sí solas no lo hacen. Sencillamente transfieren la responsabilidad a los individuos y psicologizan muchos procesos sociales al aparentar que las formas de organización social se dan de un modo "natural", como si todos los individuos tuvieran que pasar por ese complejo de Edipo.

Es cierto que consideran las restricciones culturales, pero tampoco indican por qué cuando no las hay, por ejemplo: el cumplimiento del Edipo al haber relaciones incestuosas o teniendo el falo -status, rol- en otras culturas, se sigue manifestando ese comportamiento.

También señalan el análisis profundo de pocos pacientes y sus causas son muy restringidas para hacer generalizaciones; aún cuando sus investigaciones son minuciosas, confunden el material observado con el inferido; no incluyen tampoco grupos de control.

**CONDUCTUAL.** Esta teoría asume las causas de la depresión en los individuos, por las contingencias de reforzamiento, donde precisamente se les proporciona mayor reforzamiento a las mujeres al hacer cosas fuera de su rol, pero también es más sancionado, generando contradicciones en éstas y lo manifiestan en depresión.

A pesar de eso, esta teoría no indica la cantidad y calidad de reforzamiento necesario para que las personas no se depriman como un grupo, ni tampoco considera que las acciones están dadas por un contexto social; si bien es cierto que lo psicológico se centra en el individuo, la metodología conductual dificulta el vincular los aspectos generales con los individuales, al extrapolar éstos con los generales, cuya función también corresponde al psicólogo. Tampoco especifican circunstancias culturales que determinen ese comportamiento.

**COGNITIVO.** Este punto de vista se apoya en lo que el individuo piensa de sí mismo,

de lo que le rodea y de su futuro, para que se depriman. Esta teoría se centra en el individuo en interacción con su medio ambiente, al igual que la conductual, pero no en las interacciones de éste dentro de una organización social.

Precisamente esos esquemas cognitivos no surgen de la nada, sino a través de experiencias que ha tenido a lo largo de su vida y que le hacen sentirse deprimido. Categorizan y evalúan por medio de ciertas clases de esquemas y pierden el control sobre el proceso del pensamiento: al concluir sin o poca información, centrándose en detalles mínimos de la conversación, evaluando eventos pequeños malos sin considerar lo eventos grandes y buenos.

Desde niños forman esquemas negativos por el reforzamiento de quienes le rodean, por ejemplo comparándolos constantemente con sus hermanos, vecinos, compañeros de clase u otros; al proporcionar poco reforzamiento a sus logros y demás. Las mujeres consideran que nos son importantes, al pensar que cualquier otra gente no les presta atención en detalles mínimos, como un logro en "x" actividad.

Al hacer estos análisis, percibimos la importancia de la sociedad en que vivimos para producir ciertos valores, expectativas, tradiciones, sentimientos, habilidades, comportamientos y otros; además de la educación, el trabajo, la familia y las relaciones sociales al hacer posible la manifestación de la depresión, especialmente en la mujer.

Se considera por tanto, que cuando un problema, en este caso la depresión, se define como perfil de un grupo de población, y no meramente individual, el psicólogo tiene la capacidad explicativa de las formas organizacionales, leyes y principios del proceso de reproducción social de las condiciones objetivas de existencia de diversos grupos de población y su capacidad tecnológica, incluyendo lo desarrollado en cada uno de los individuos para la modificación de dichas condiciones objetivas de existencia. Aunque hay que considerar que mientras más amplio sea el espacio de definición y explicación de los problemas, mayor es la necesidad de recursos de poder (técnicos, administrativos y políticos) para actuar, es decir, se necesita trascender el modelo clínico tradicional.

Lo anterior, no significa que el hablar de lo psicológico excluye a la sociedad o a los distintos de grupo de personas, sino que los tres deben asumirse como incluyentes, es decir, tener la capacidad de identificar y explicar los comportamientos de los individuos y de los grupos de personas.

Ahora bien, si en esta tesis se señalaron algunos factores socioculturales asociados a la depresión en la mujer, no deben asumirse como causales, sino como la capacidad de delimitar el espacio de variedad posible de los procesos y de los fenómenos.

### **¿ CUALES SON LAS IMPLICACIONES DE LAS CONCEPTUALIZACIONES PSICOLOGICAS PARA LA PRACTICA TERAPEUTICA Y COMO REPRODUCEN LA SITUACION ETIOLOGICA ?**

Las diferentes formas de terapia reproducen la situación etiológica de la depresión y afectan la explicación psicológica de ésta.

Las terapias están "contaminadas" por los valores y creencias de los mismos terapeutas, así como de las bases filosóficas de las teorías, en las situaciones de entrevista y en las interpretaciones de las afirmaciones de los pacientes.

En el caso de los psiquiatras, son ellos quienes deciden si una depresión (de acuerdo a sus taxonomías) se vincula a una causa específica, pasando por alto muchas veces elementos abrumadores en la vida de los pacientes y que son considerados como cosas triviales. Creen que con poner una etiqueta se arregla el asunto, además de tratar con psicofármacos (tricíclico, Inhibidores de la monooxidasa), así como con técnicas electroconvulsivas y hospitalizaciones.

No se duda de su efectividad para que los pacientes se sientan apoyados, aliviados de su dolor, donde precisamente lo que originó ese estado emocional está oculto, sin necesidad de explicarse, es decir, ha sido diagnosticado como "enfermo" y con el tratamiento hay mejorías, sin embargo, esas mejorías se hacen por temporadas, son "controladas" mas no eliminadas, y los individuos al estar en constante interacción con otros, reproducen la forma de estar deprimidos.

Además, los fármacos en grandes cantidades causan efectos psicológicos nocivos como la pérdida de la memoria, entre muchos.

Debido a que los psiquiatras están capacitados para hacer diagnósticos médicos y no psicológicos o sociales, les resulta sencillo hacer explicaciones de causa-

efecto. Y si no entienden el comportamiento humano, pero deciden explicarlo, harán diagnósticos donde reduzcan a los individuos en entidades biológicas cuyos síntomas se presentan para dar explicaciones concretas accesibles, y si se alejan de esas explicaciones, acercándose a lo social, se les dificulta entender de forma sencilla ese comportamiento.

Por otro lado, la terapia psicoanalítica señala que es recomendable para aquéllos que manifiestan una depresión leve; lo que imposibilita observar su efectividad, debido a que este tipo de depresiones desaparecen con el tiempo. Empero, habrá episodios depresivos que aparezcan en un futuro, por las dependencias excesivas con los otros.

Si bien es cierto que esa terapia modifica el ajuste social del individuo y sus percepciones de sí mismo (mejoría perceptible después de los 8 meses aproximadamente iniciada la terapia) no modifica los síntomas. Estos pacientes se resisten al cambio, usando su estado para manejar la terapia, aunque bajo esa "máscara" demandan un alivio "mágico".

Desafortunadamente, si el terapeuta le promete demasiado al decirle que le comprende, que se interesa en su caso, el paciente lo sobrevalora y exagera su importancia (hay transferencia) y el terapeuta se convierte en el "otro" del que dependerá el paciente, donde las exigencias de este último se hacen cada vez más grandes, al grado de colocar la terapia como algo sumamente prioritario; si se quiere restablecer la relación terapéutica, el paciente se sentirá peor que al principio, creará que hubo traición a un vínculo que existía en sus pensamientos; sus depresiones se agravan.

Entonces, los exagerados intentos por reconfortar a los depresivos hacen más daño, porque creen que el terapeuta también los considera indefensos e incapaces como ellos se sienten.

Cuando los terapeutas se niegan a satisfacer las demandas del paciente, éste se queja de los primeros; interrumpe el tratamiento, siguiendo en su actitud depresiva. La contratransferencia también reproduce la depresión.

Por su parte, la terapia conductual basada en el modelo secuencial integrativo, ha proporcionado mejoras en los depresivos, a través de un análisis funcional,

buscando metas conjuntas con los individuos para modificar su comportamiento, con técnicas en habilidades sociales, asertividad, relajación muscular, etc. pero muchas veces las personas no logran salir de ese estado de ánimo.

Se centran en cómo camblarlo, mas no prevenirlo, v.gr. una mujer depresiva llega a sesión y quiere dejar ese modo de sentirse; a través del análisis funcional se observa que ésta ha dependido del marido, que no le gusta asistir a reuniones porque le da pena hablar en público y que tiene pocas actividades que la ocupan; no se le dirá que salga, se distraiga, conozca otras personas, que no le de pena expresar lo que siente, etc. porque puede ser contraproducente, es decir, le acarreará problemas con su pareja por no estar en casa, que le pegue el marido o cosas por el estilo.

Depende de los gustos y preferencias que el paciente tenga, pero aún cuando realizan actividades que les gusta, no cambia en nada su estado de ánimo, al principio sienten mejorías, pero vuelven a sentirse igual, porque siguen teniendo contradicciones y se deprimen al querer salir de su rol y al asumir su género, que es reforzado por quienes le rodean.

Debido a que la consulta se hace en un lugar restringido (consultorio) y se entrena con moldeamiento, modelamiento, reforzamiento social (al decirle que lo hace muy bien, por ejemplo) u otros, en escenarios como la familia, el trabajo, las amistades, etc. no saben cómo manejarlo los pacientes, además de que ellos no proporcionan lo mismo que el terapeuta. En este sentido, seguimos manteniendo su estado depresivo.

Con lo anterior, puede decirse que la forma en como se define un problema delimita el espacio de explicación utilizado por la postura teórica. Así, cuando alguien define un problema en lo singular estará empleando como explicación las formas de organización, leyes y principios propios del nivel de lo singular, de los juicios singulares y su potencia explicativa se limita a la singularidad de los fenómenos y su acción transformadora se limita a las posibilidades tecnológicas que haya desarrollado en esos límites.

De esta manera, se han asumido posiciones unilaterales, cometiendo vicios de reduccionismo, cuando el problema de depresión (en grupos sociales, en este caso la mujer) se ha definido y explicado en un nivel individual.

Los problemas de comportamiento del individuo en un espacio singular, aparecen por atributos individuales y su forma habitual de definirlos es la gravedad de una patología "x" en personas con determinados caracteres biológicos o sociales individuales. Las formas de organización que originan tales acontecimientos son los estilos de vida de cada uno, conductas individuales, o la exposición individual a procesos de riesgo denominados "grupos de riesgo", y que las diferentes psicologías no han considerado grupos de riesgo por patologías poco sancionadas socialmente, a diferencia del alcoholismo, farmacodependencia, etc. Es necesario darle mayor importancia a las mujeres como grupos de riesgo de depresión.

Es en este lugar, donde se ubican la mayor parte de los desarrollos teórico-metodológicos de la Psicología para estudiar las "patologías" conductuales, para evaluar factores de riesgo, para la vigilancia de problemas específicos y para la evaluación de tecnologías.

Asumir de ese modo los problemas y en este nivel, es recoger la forma en cómo los procesos sociales y biológicos de determinación y condicionamiento se articulan para producir las manifestaciones singulares de la conducta, y no sólo asumir la expresión individual de los procesos sociales; los comportamientos psicológicos (en este caso depresión en mujeres) son expresiones de procesos biológicos y sociales.

El extenso arsenal metodológico y técnico disponible para el abordaje individual tiene que ser dominado por quienes desean dar respuestas a los problemas de salud mental en condiciones de limitación de recursos de poder. Para ganar legitimidad, para evidenciar las limitaciones del mismo, la necesidad de redefinir los problemas en espacios superiores y de acumular poder para actuar en los mismos.

Pero si los problemas de comportamiento de las personas aparecen definidos como variaciones de perfil de comportamientos o conductas a nivel de grupos de población y no sólo por atributos individuales, la explicación se centra en los procesos de reproducción social de la calidad de vida de cada grupo, y en las leyes y principios que rigen las acumulaciones, las formas como se organizan diversos momentos de dichos procesos.

Un momento principal a distinguir es el de reproducción de las formas de conciencia y de conducta, que implica reproducir un grupo con sus formas de percibirse, de percibir el mundo social y natural ante el cual definen sus conductas (conciencia de grupo, individual, de clase, etc.).

Otro momento es el de reproducción de las relaciones económicas, cuyas relaciones entre los hombres y la naturaleza están mediadas por la capacidad de trabajar, de producir y distribuir bienes y servicios para la satisfacción de sus necesidades.

Las leyes y principios que rigen en particular en cada momento reproductivo son específicas para él, articulándose en los procesos biológicos y sociales de reproducción de las condiciones objetivas de existencia de cada grupo social, de una manera distinta. Esta forma de articulación es expresión del proceso general de reproducción de la sociedad y de la forma de inserción de dicho grupo social.

Abordar los problemas de salud mental en este nivel, como grupos de población permite identificar las acumulaciones que producen el perfil de la conducta de cada grupo, permite identificar también las acumulaciones a nivel de las formas de conciencia y conducta (participación, organización, educación, etc.); y el nivel de las relaciones económicas (proceso de trabajo, participación en la distribución en el consumo, etc.) y que existen posibilidades de modificar, con hechos que impacten en lo general de la organización económica, política y cultural y los hechos que ellas producen, la forma de inserción del grupo social en cuestión.

El tipo de acciones de la Psicología que se derivan de este abordaje como grupos de personas, tiende a organizarse en planes y programas de salud mental por grupos de población, abriendo mayores posibilidades a la descentralización y a la participación de las organizaciones de la población. Este abordaje permite redefinir muchas de las acciones que podrían definirse en un abordaje individual. Permite a sí mismo plantearse la posibilidad de definir un conjunto de indicadores más precoces del proceso de determinación, y también definir el pensamiento preventivo de la depresión.

Se ha querido insistir en este espacio como grupos de personas depresivas (mujeres), porque muchas de las limitaciones y dificultades teórico-metodológicas de los psicólogos residen en las limitaciones para definir los problemas y evaluar sus acciones en este ámbito. Recuperar el espacio de grupos de personas es recuperar los procesos que median entre los procesos de la sociedad y sus manifestaciones a nivel psicológico. Es asumir explicaciones de las ciencias biológicas y sociales, pero a partir de la definición de problemas de la conducta y de la búsqueda de acciones que potencien nuestra eficiencia y eficacia.

Para terminar, se sostiene que si bien el presente trabajo es teórico, nos ha permitido reflexionar en la importancia de los diversos factores socioculturales que intervienen en la depresión, especialmente de las mujeres.

Algunas de las alternativas prácticas para prevenir su manifestación, está en la educación (maestros, padres, amigos y otros) a las mujeres de una manera autónoma desde la edad temprana. No se trata de cambiar de roles o de invertir el género, es decir, que ellas hagan lo que incorporan y asumen los varones y viceversa, porque probablemente ocurriría la misma problemática en el género masculino, ni tampoco pensar en que pasaría mucho tiempo para cambiar la ideología NO, se trata de educarlas de un modo que satisfagan demandas compartidas con los hombres, que existan cambios no de género, sino de actitudes y comportamiento grupal, social, comunitario y de los individuos.

Otra forma sería elaborar programas que incluyan su significado, explicación y alternativas, como medio de información y orientación.

También se podrían formar grupo de mujeres y conjuntamente lejos de lamentarse de su estilo de vida, buscar soluciones a sus problemas.

## BIBLIOGRAFIA

- Anthony, E.J. (1989)** An overview of the effects of maternal depression on the infant and child. En: Helen L. Morrison (Ed.), Children of depressed parents. Risk, identification and intervention. New York: Grune & Stratton, 1-15.
- Ariés, P. (1970)** Historias de la infancia: un punto de vista psico-histórico. Madrid: Alianza Universitaria, 16-40.
- Arieti, S. (1981)** Sintomatología manifiesta de la depresión de adultos. En: Silvano Arieti y Jules Bemporand (Eds.), Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós, 75-102.
- Arieti, S. y Bemporand, J. (1981)** Factores socioculturales, sociología del conocimiento y depresión. En: Silvano Arieti y Jules Bemporand (Eds.), Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós, 371-412.
- ✓ **Artous, A. (1982)** Los orígenes de la opresión de la mujer. Barcelona: Fontamara.
- Baldessarini, R. (1986)** A summary of biomedical aspects of mood disorders. En: J.C. Coyne (Ed.), Essential papers on depression. New York: New York University Press, 459-492.
- Baldwin, J.A. (1971)** The mental hospital in the psychiatric service: a case register study. New York: Oxford University Press.
- ✓ **Bardwick, J.M. (1983)** Psicología de la mujer. Un estudio de conflictos bioculturales. Madrid: Alianza.
- ✓ **Bartra, E. y Valadés, A. (1985)** Femineidad y feminismo. Tercer coloquio nacional de Filosofía. La naturaleza femenina. México, U.N.A.M., 127-131.
- Bazzoul, W. (1970)** Affective disorders in Iraq. British Journal of Psychiatry. 117, 185-203.

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1980) Cognitive Therapy of depression. New York: The Guilford Press.
- Berah, E. (1983) Sex differences in psychiatric morbidity: An analysis of Victorian data. Australian and New Zealand Journal of Psychology. 17, 266-273.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1984) La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bernay, T. (1982) Separation and the sense of competence-loss in woman. The American Journal of Psychoanalysis, 42 (4), 293-305.
- Bernederfer, S. y Cohler, B.J. (1989) Depressive reactions during separation period: Individuation and self among children of psychotic depressed mothers. En: Helen L. Morrison (Ed.), Children of depressed parents. Risk Identification and Intervention, New York: Grune & Stratton, 159-188.
- Betha, D.C. (1986) Enfermería materno-infantil. México: Interamericana.
- Billings, A.G., Cronkite, R.C. y Moos, R. H. (1983) Social-environmental factors in unipolar depression: comparisons of depressed patients and nondepressed control. Journal of Abnormal Psychology. 92 (2), 119-133.
- Bieler, L.J. (1983) Enfermería Materno Infantil. México: Interamericana.
- Blumberg, S. y Hokanson, J. (1983) The effects of another person's response style on interpersonal behavior in depression. Journal of Abnormal Psychology. 45 (1-2), 196-209.
- Bungental, D. y Shennum, W. (1984) "Difficult" children as elicitors and targets of adult communication patterns: an attributional behavioral transactional analysis: monographs of the research in child development, serial number 205, Chicago: University of Chicago Press.
- Bustos, O. (1989) Reflexiones acerca de la imagen de la mujer en los medios masivos de comunicación. En: Seminario sobre la participación de la mujer en la vida nacional. U.N.A.M., 151-168.

✓ Calderón, N.G. (1990) Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.

Carranza, J. (1983) Psiquiatría en la práctica médica. México: Wyeth-Vales, S.A.

Caruso, L. (1988) La separación de los amantes. México: Siglo XXI.

Castañeda, C. (1985) La memoria y las niñas violadas. La memoria y el olvido: segundo simposio de historia de las mentalidades. Instituto Nacional de Antropología e Historia. Colección Científica, 144 SEP México, 107-115.

— Clayton, P.J. (1983) Gender and depression. En: J. Angst. (Ed.), The origins of depression: current concepts and approaches. Berlín: Springer-Verlag Dahlem Konferenzen, 77-89.

Costello, C.G. (1972) Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness?. Behavior Therapy, 3, 240-247.

✓ Cuevas, A., Escobedo, M., González, M., Palacios, R. y Williams, G. (1988) Educación y género: algunas consideraciones. México, U.N.A.M., E.N.E.P. Iztacala, Lic. Psicología, sin publicar, 1-24.

— Cutrona, C.E. (1983) Causal attributions and perinatal depression. Journal of Abnormal Psychology, 92 (2), 161-172.

— Chino, A. y Funabid, D. (1984) A cross-validation of sex differences in the expression of depression. Sex Roles, 11, 175-187.

Dean, G., Walsh, D., Downing, H. y Shelley, E. (1976) First admissions of native-born and immigrants to psychiatric hospitals in Southeast England. British Journal of Psychiatry, 139, 506-512.

Dweck, C., Davidson, W., Nelson, S. y Enns, B. (1978) Sex differences in learned helplessness: II. The contingencies of evaluative feedback in the classroom and III. An experimental analysis. Developmental Psychology, 14, 268-276.

**Eastman, C. (1976) Behavioral formulations of depression. Annual Review of Behavior Therapy.**

**Ezeilo, B. y Onyeama, W. (1980) Marital status and psychiatric illness: A Nigerian perspective. Psychopathologie Africaine. 16, 309-319.**

**Ferster, C.B. (1966) Animal behavior and mental illness. Psychological Record. 16, 345-356.**

**Ferster, C.B. (1973) A functional analysis of depression. American Psychologist. 28, 857-870.**

**Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1986) Stress processes and depressive symptomatology. Journal of Abnormal Psychology. 95 (2), 107-113.**

**Forehand, R. y Furey, W. (1985) Predictors of depressive mood in mothers of clinic-referred children. Behavior Research Therapy. 23 (4), 415-421.**

**Fredén, L. (1986) Aspectos psicosociales de la depresión. 424 México: Fondo de Cultura Económica.**

**Freud, S. (1979) Duelo y Melancolía (1917). En: Obras completas. 14 Buenos Aires: Amorrortu Editores, 237-255.**

**Ganong, W. (1984) Physiology of reproduction and pregnancy. En: R.C. Benson (Ed.), Current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment. Los Altos, CA.: Lange Medical Publications, 60-87.**

**Gershon, E. (1983) The genetics of affective disorders. En: L. Grinspoon (Ed.), Psychiatry update. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 434-457.**

**González, J., Vera, M. y Sagols, L. (1985) Reflexiones ontológicas en torno al problema de la naturaleza femenina. Tercer coloquio nacional de Filosofía. La naturaleza femenina. México: U.N.A.M., 81-89, 137-143.**

Gordon, D., Burge, D., Hammen, C., Adrian, Ch., Jaenicks, C. e Hiroto, D. (1989) Observations of interactions of depressed women with their children. American Journal of Psychiatry. 146, 50-55.

Grever, P. (1977) El momento objetivo y el momento subjetivo de las necesidades. En: En: J.P. Terrail, B. Prétécelle, J.L. Moynot. (Eds.), Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual. México: Grijalbo, 157-181.

Grunebaum, H.U., Gamer, E. y Cohler, B.J. (1983) The spouse in depressed families. En: Helen L. Morrison (Ed.), Children of depressed parents. Risk, identification and intervention. New York: Grune & Stratton, 139-157.

Halbreich, V., Endicott, J. y Nee, J. (1983) Premenstrual depressive changes. Archives of General Psychiatry. 40, 535-542.

Halimi, G. (1982) La cause des femmes. En: Prensa. Traducida por Marie-Therese Brun, Unidad de idiomas. CE ESTEM, 1-20.

Hibri, A. (1985) ¿Existe una naturaleza femenina?. Tercer coloquio nacional de Filosofía. La naturaleza femenina. México, U.N.A.M., Traducción Ella Nathan y Graciela Hierro, 145-155.

Hierro, G. (1977) La educación formal e informal y la situación femenina. Primer simposio mexicano centroamericano de investigación sobre la mujer. U.N.A.M. sin publicar, 1-13.

Hierro, G. (1986) Ética y feminismo. La sabiduría ética de las mujeres. Para la Universidad de Barcelona, sin publicar, 1-13.

Hopkins, J., Campbell, S.B. y Marcus, M. (1987) Role of infant-related stressors in postpartum depression. Journal of Abnormal Psychology. 96 (3), 237-241.

Horney, K. (1967) Feminine psychology. New York: Norton.

Horney, K. (1982a) La personalidad neurótica de nuestro tiempo. Barcelona: Paidós.

Horney, K. (1982b) Psicología Femenina. Madrid: Alianza.

Jaidar, A. (1989) La fuga de cerebros. En: Seminario sobre la participación de la mujer en la vida nacional. U.N.A.M., 451-455.

Johnson, P. (1976) Women and power: Toward a theory of effectiveness. Journal of Social Issues. 32, 99-110.

Kanfer, F.H. y Hagerman, S. (1981) The role of self-regulation. En: Lynn, P. Rehm (Ed.), Behavior therapy for depression. New York: Academic Press, 143-179.

Katsching, H., Angst, J., Clayton, P.J., Gershon, E.S., Hautzinger, M., Helmchen, H., Henderson, A.S., Klerman, G.L., Möller, H.N., Paykel, E.S., Roth, M. y Weissman, M.M. (1983) Risk factors group report. En: J. Angst (Ed.), The origins of depression: current concepts and approaches. Berlin: Springer-Verlag Dahlem Konferenzen, 385-403.

Kent, S.R. (1981) La categoría de producción como eje fundamental en el análisis del proceso de constitución social del sujeto. Cuadernos de estudio del departamento de Ciencias Sociales y de la conducta. E.N.E.P. Iztacala U.N.A.M. (III y IV), 1-23.

Klein, M. (1985) Psicoanálisis de las perturbaciones psicológicas. 11, Buenos Aires: Paidós.

Kleinke, C., Staneski, R. y Mason, J. (1982) Sex differences in coping with depression. Sex Roles. 8, 877-889.

Klerman, G.L. y Weissman, M.M. (1980) Depressions among women: their nature and causes. En: Marcia Guttentag, Susan Salasin y Deborah Belle (Eds.), The mental health of women. New York: Academic Press, 57-91.

Kolb, L. y Brodie, K. (1988) Psiquiatría Clínica. México: Interamericana.

Krouze, R. (1985) ¿Hay una naturaleza femenina?. Tercer coloquio nacional de Filosofía. La naturaleza femenina. México, U.N.A.M., 81-89.

**Lagrange, H. (1979)** A propósito de la escuela. En: Michel Lowy, Catherine Colliot-Thélène y K. Nair (Eds.), Sobre el método marxista. México: Grijalbo, 185-202.

**Lahey, B., Conger, R. y Atkinson, B. (1984)** Parenting behavior and emotional status of physically abusive mothers. Journal clinical consult psychology. 52, 1062-1071.

**Lamas, M. (1986)** La antropología feminista y la categoría "género". Nueva Antropología. VIII (30) México, 172-198.

**Laurin, A. y Couturier, E. (1981-82)** Las mujeres tienen la palabra. Historia Mexicana. Colegio de México. 31, 278-313.

**Lazarus, A.A. (1968)** Learning theory and the treatment of depression. Behavior Research and Therapy, 6, 83-89.

**Lewinsohn, P., Biglan, A. y Zeiss, A. (1976)** Behavioral treatment of depression. En: P.D. Davidson (Ed.), Behavioral managements of anxiety; depression and pain. New York: Brunner/Mazel, 1-97.

**Lewinsohn, P.M. y Shaw, D.A. (1969)** Feedback about interpersonal behavior as an agent of behavior change: A case study in the treatment of depression. Psychotherapy and Psychosomatics. 17, 82-88.

**Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A., Trikkas, G., Hambouratzis, C. y Stefanis, C. (1983)** The role of aggression in affective disorders and its relationship to anxiety. En: CN Stefanis (Ed.), Recent advances in depression. Oxford: Pergamon Press, 41-48.

**Lowen, A. (1984)** La depresión y el cuerpo. España: Alianza.

**Maccoby, E. y Jacklin, C. (1974)** The psychology of sex differences. Stanford, Ca.: Stanford University Press.

**Mackinnon, R.A. y Michels, R. (1985)** Psiquiatría clínica aplicada. México: Interamericana.

- Maddever, H.M. y Calhoun, K.S. (1986) A comparison of the mood and activities of depressed, previously depressed and non-depressed women. Behavior Research Therapy. 24 (3), 351-356.
- Markidis, M., Mantonakis, J., Kontaxakis, V. y Gournas, G. (1983) Sex differences in depression: observations on an out patient psychiatric sample. En: CN Stefanis (Ed.), Recent advances in depression. Oxford: Pergamon, 73-77.
- Marqués, J.V. (1980) No es natural. Barcelona: Anagrama.
- Marx, K. (1982) Introducción general a la crítica de la economía política (1857). México: cuadernos de pasado y presente, 33-62.
- Menaker, E. (1979) The therapy of women in the light of psychoanalytic theory and the emergence of a new view. In L. Lerner (Ed.), Masochism and the emergent ego: selected papers of Esther Menaker. New York: Human Services Press.
- Merikangas, K., Weissman, M. y Pauls, D. (1985) Genetic factors in the sex ratio of major depression. Psychological Medicine. 15, 63-69.
- Mitchell, J. (1974) Psychoanalysis and feminism. New York: Random House.
- Mitchell, J. (1981) Las mujeres: la revolución más larga. En: Margaret Randall (Ed.), Las mujeres. México: Siglo XXI.
- Munday, M., Brush, M. y Taylor, R. (1981) Correlations between progesterone, oestradiol and aldosterone levels in the premenstrual syndrome. Clinical Endocrinology. 14, 1-9.
- Myers, J., Weissman, M., Tischler, G., Holzer, C., Leaf, P., Orvaschel, M., Anthony, J., Boyd, J., Burke, J., Kramer, M. y Stoltzman, R. (1984) Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Archives of General Psychiatry, 41, 959-967.
- Napoleón B. (1990) Citado en el programa Otra Onda. I.P.N., Canal 11 T.V., México.

- Nava, M. (1989)** En el trabajo de la mujer como una opción en el desarrollo cultural. En: Seminario sobre la participación de la mujer en la vida nacional, U.N.A.M., 169-172.
- Newcomb, T.M. (1976)** Manual de Psicología Social. Tomo 1. Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987)** Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. Psychological Bulletin. 101 (2), 259-282.
- Noyes, A. y Kolb, P. (1969)** Psiquiatría clínica moderna. México: La prensa médica mexicana.
- Oliviera, O. (1984)** Migración femenina, organización familiar y mercados laborales en México. Comercio Exterior. 34 (7), México, 676-687.
- Olsson, M. (1985)** La mujer, el amor y el poder. Revista Fem. (38), 17-21.
- Pisano, M. (Sep.11, 1990)** El desprendimiento: Experiencia biológica negada. Doble Jornada, año 4 (44), México, D.F., pp. 6 y 7.
- Pugatch, D. y Solomon, P. (1976)** Psicosis maniaco-depresivas. En: Solomon, P. y Patch, V.D. (Eds.), Manual de Psiquiatría. México: El Manual Moderno, 116-122.
- Richards, M. (1980)** El bebé y su mundo. México: Haria.
- Roy, D.M. y Lawrence, M.F. (1982)** Woman under stress. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Rubinow, D. y Roy-Byrne, P. (1984)** Premenstrual syndromes: overview from a methodologic perspective. American Journal of Psychiatry. 141, 163-172.
- Ruble, D. y Frieze, I. (1978)** Biosocial aspects of reproductions. En: I.H. Frieze, J.E. Parsons, P.B. Johnson, D.N. Ruble y G.L. Zellman (Eds.), Women and sex roles: A social psychological perspective. New York: Norton, 191-209.

- Sánchez, G. (1989) El papel de la mujer en la familia. En: Seminario sobre la participación de la mujer en la vida nacional. U.N.A.M., 89-95.
- Sawyer, L.R. (1980) Risk factors for depression: what do we learn from them?. En: Marcia Guttentag, Susan Salasin y Deborah Belle (Eds.), The mental health of women. New York: Academic Press, 93-109.
- Schuckit, M., Daly, V., Herman, G. y Hineman, S. (1975) Premenstrual symptoms and depression in a university population. Diseases of the Nervous System. 36, 516-517.
- Sears, R. (1975) Desarrollo del rol genérico. En: F. Beach (Ed.), Sexo y Conducta. México: Siglo XXI, 102-129.
- Segal, H. (1985) Introducción a la obra de Melanie Klein. México: Paidós.
- Seligman, M.A. (1975) Helplessness on depression, development, and death. New York: WH Freeman and Company.
- Seligman, M.A. (1981) Lerner Helplessness point of view. En: Lynn P. Rehm (Ed.), Behavior Therapy for depression. New York: Academic Press, 123-141.
- Seligman, M.A., Klein, D. y Miller, W. (1976) Depression. En: Harold Leitenberg (Ed.), Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy. New Jersey: Century Psychology Series, Cap. 5.
- Shaw, B. y Beck, A. (1977) The treatment of depression with cognitive therapy. En: Ellis, A. y Grieger, R. with contributors (Eds.), Handbook of rational emotive therapy. New York: Springer, 309-326.
- Stangler, R. y Printz, A. (1980) DSM-III: Psychiatric diagnosis in a university population. American Journal of Psychiatry. 137, 937-940.
- Steiner, M., Haskett, R. y Carroll, B. (1980) Premenstrual tension syndrome: The development of research diagnostic criteria and new rating scales. Acta Psychiatrica Scandinavica. 62, 177-190.

- Symonds, A. (1965) Separation and loss: significance for women. The American Journal of Psychoanalysis, 45 (1-2), 53-58.
- Tessdale, J. (1985) Psychological treatments for depression: how do they work?. Behavior Research Therapy, 23 (2), 157-165.
- Terrail, J. P. (1977) Producción de necesidades y necesidades de la producción. En: J.P. Terrail, B. Prétecelle, J.L. Moynot. (Eds.), Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual, México: Grijalbo, 13-35.
- Warren, L.W. y McEachren, L. (1983) Psychosocial correlates of depressive symptomatology in adult women. Journal of Abnormal Psychology, 92 (2), 151-160.
- Weeke, A., Bile, M., Videbeck, T., Dupont, a. y Just-Nielsen, N. (1975) incidence of depressive syndromes in a Danish country. Acta Psychiatrica Scandinavica, 51, 28-41.
- Weissman, M., Gammon, G.D., John, K., Merikangas, K.R., Warner, V., Prusoff, B.A. y Sholomskas, D. (1987) Children of depressed parents. Increased psychopathology and early onset of major depression. Archives of General Psychiatry, 44 (10), 847-853.
- Weissman, M. y Klerman, G. (1977) Sex differences and the epidemiology of depression. Archives of General Psychiatry, 34, 98-111.
- Williams, J. y Spitzer, R. (1983) The issue of sex bias in DSM-III. American Psychologist, 38, 793-798.
- Wolpe, J. (1977) Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas.
- Zaretsky, E. (1978) Familia y vida personal en la sociedad capitalista. Barcelona: Anagrama.
- Zax, M. y Cowen, E. Psicopatología. México: Interamericana.

Zimmerman, M., Pfohl, B., Coryell, W., Stangl, D. y Corenthal, C. (1988) Diagnosing personality disorder in depressed patients. Archives of General Psychiatry, 45 (8), 733-737.

## **EPILOGO.**

*A veces me siento  
como un árbol, del  
cual se han caído  
casi todas las hojas;  
pero ahora ya no tengo miedo,  
yo puedo con mi propia  
fuerza hacer brotar  
nuevos retoños.*

**Marianela.**