



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
I Z T A C A L A**

**LA DEPRESIÓN, TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS Y SUS
REPERCUSIONES SOCIO-AFECTIVAS EN EL HOMBRE ADULTO
(DE 45-55 AÑOS)**

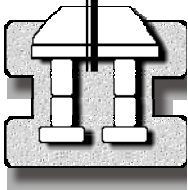
**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A :

ANGELICA CAMARILLO MEDINA

**ASESOR: DRA. OLIVA LÓPEZ SÁNCHEZ
DICTAMINADORES: DR. SERGIO LÓPEZ RAMOS
LIC. GERARDO ABEL CHAPARRO**

**TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO
2008**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE TEMÁTICO

Tema	Pág
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1: LA DEPRESIÓN	9
1.1. Antecedentes.	12
1.2. Definiciones.	24
1.3. Características de la Depresión.	35
1.4. Etiología de la Depresión.	42
1.4.1. Factores Físicos y Fisiológicos.	43
1.4.2. Factores Sociales.	47
1.4.3. Factores Emocionales.	50
1.4.4. Factores Psicológicos.	51
1.4.5. Factores Ambientales.	59
1. 5. Tipos de Depresión.	62
CAPÍTULO 2: EL HOMBRE Y SU CONSTRUCCIÓN	70
2.1. Construcción de la masculinidad.	70
2.2. Construcción del cuerpo masculino.	82
2.3. El proceso de socialización del hombre.	89
2.4. El papel que desempeña el hombre adulto dentro de la sociedad.	101
2.5. Construcción emocional de los hombres.	108
CAPÍTULO 3. LA DEPRESIÓN Y EL HOMBRE ADULTO	124
3.1. Factores que se ven afectados en el hombre adulto a causa de la depresión.	130
3.1.1. La depresión y la Familia.	138

3.1.2.	La depresión y el Trabajo.	140
3.1.3.	La depresión y la Pareja.	141
3.1.4.	La depresión y las interacciones sociales.	143
3. 2.	Trastornos psicosomáticos que se presentan en el hombre adulto a causa de la depresión.	145

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS GENERAL		181
---------------------------------	--	-----

4.1.	Abandono de la madre.	181
4.2.	Migración.	188
4.3.	Empleo.	192
4.4.	Economía.	197
4.5.	Enfermedad – Salud.	202
4.6.	Masculinidad.	212
4.7.	Depresión.	229

CONCLUSIONES	250
--------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	262
--------------	-----

ANEXOS	266
--------	-----

RESUMEN

En esta investigación se expone una visión general de la depresión abordando aspectos que van desde el marco histórico, las diferentes definiciones desde distintas perspectivas psicológicas, su etiología, características y los tipos de depresión que existen. Después se realiza una revisión teórica de la construcción de la masculinidad considerando aspectos que van desde la construcción del cuerpo masculino, la sociedad y el hombre adulto y el papel que desempeña éste dentro de ella, hasta la construcción emocional del varón.

Enseguida de esto, se aborda específicamente en la depresión masculina destacando los aspectos que se ven afectados en los varones a causa de este trastorno, tales como la familia, el trabajo, la pareja, las interacciones sociales y se mencionan los diferentes trastornos psicosomáticos que pueden presentarse en el hombre deprimido. Posteriormente se presenta el análisis de las historias de vida de los participantes que en algún momento de su vida han padecido depresión.

Finalmente se concluye con una reflexión que destaca lo encontrado en el discurso de los participantes, ya que se aclara cómo es que los varones de edad adulta viven, asumen y enfrentan el trastorno depresivo, además de las causas que ellos refirieron ocasiona el trastorno.

INTRODUCCIÓN

Cuando escuchamos hablar de depresión, inmediatamente asociamos dicho trastorno con el género femenino, teniendo en cuenta que a la mujer se la ha relacionado desde la antigüedad con la debilidad tanto física y emocional, con la falta de carácter y la sumisión, no es de sorprenderse que se tenga la falsa creencia de que, dado el rol que se le ha adjudicado de manera social y tomando en cuenta las características de un cuadro depresivo, es decir, la apatía, llanto, tristeza, baja autoestima, angustia y falta de interés, es fácil que culturalmente se crea que sólo la mujer puede presentar dichos síntomas, y por lo tanto sea la única que se deprime, dejando de lado que los hombres a pesar de que socialmente tienen que mostrar la apariencia de que son fuertes, valientes e insensibles también tienen emociones y pasan por procesos fisiológicos y psicosociales que pueden afectar su estado anímico, por lo tanto suelen deprimirse igual o con mayor frecuencia.

En la actualidad la depresión ha tenido un importante incremento en la población, y con el paso de los años se le ha considerado de diversas formas, desde un estado de ánimo pasajero, hasta alteraciones crónicas del organismo. Asimismo se le ha definido de distintas maneras dependiendo la época o bien, el modelo teórico oportuno de acuerdo a la situación o al caso.

Al respecto podemos decir que desde el siglo IV a.C. se comenzó a analizar este trastorno desde el punto de vista médico como un "estado de ánimo pasajero" y se concluyó que era una enfermedad que provenía de uno de los cuatro humores corporales (bilis negra) y fue a partir de entonces que se le comenzó a dar más importancia a este padecimiento. Asimismo en los siglos posteriores continuaron existiendo descripciones que incluían aspectos médicos y en algunas ocasiones hasta religiosos o astrales.

Conforme fue avanzando el tiempo los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más específicos y finalmente la melancolía fue aceptada como un concepto de la depresión que lleva a otros más que especifican las diferentes ramas o clasificaciones de ésta; como se demuestra en la primera cuarta parte del siglo XX en donde los conceptos se desglosaban en ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia y trastorno psicossomático entre otros, (Calderón, 1990).

Es así que con el paso del tiempo se ha pretendido que la depresión se defina de manera más específica con el propósito de lograr un mejor y más eficaz tratamiento. Para esto se ha analizado desde distintas posturas teóricas, las cuáles abarcan desde el psicoanálisis, la teoría psicodinámica, y hasta la teoría cognitivo - conductual, obteniendo así diversos fundamentos sobre las posibles causas de ésta y su tratamiento principalmente. De entre los pioneros más destacados en definir el trastorno depresivo se encuentra Freud quien con su teoría psicoanalítica mencionaba que el individuo depresivo padecía una pérdida simbólica y no se relaciona con una persona perdida, como en el caso del duelo, es decir, para esta teoría existe en el sujeto depresivo la tendencia de autoreprocharse y culpabilizarse la cuál está dirigida en realidad de manera inconsciente a la persona perdida. El individuo depresivo asume los atributos que percibía en esa persona y a partir de ese momento la depresión se convierte en un proceso narcisista dirigido hacia el interior de la persona, en lugar de estar dirigido hacia el exterior. Para Freud la diferencia fundamental entre el duelo y la depresión radicaba en que en ésta última la poca autoestima es un síntoma, y además la pérdida es inconsciente a diferencia del duelo luctuoso en que la pérdida es consciente, (Sabanés, 1993).

De igual forma y con el paso del tiempo, la teoría psiquiátrica se preocupó por otorgarle un lugar de importancia al trastorno depresivo enfocándose al aspecto fisiológico y definiéndola así como un déficit de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina que con uso de fármacos antidepresivos volverían a su funcionamiento normal, (Rojtenberg, 2001).

En cuanto a la teoría cognitivo conductual encontramos como principal representante a Beck, quien le brinda una gran importancia a la cognición, lo cuál hace que se le atribuya un papel trascendental al pensamiento, las creencias, las actitudes y la conducta. Él consideró que las personas depresivas mantenían su depresión a raíz del manejo de sus pensamientos, teniendo en cuenta que cada persona está constituida por un esquema mental en el cuál radica su forma de pensar y de actuar en la vida. Es así que para dicha teoría, las personas que desarrollan una depresión tienen esquemas de autodesprecio y de autoacusación, esto las lleva a etiquetar o a interpretar los acontecimientos ajustándose a esos esquemas previos de manera que el individuo tiene una visión negativa de sí mismo, de las experiencias pasadas y presentes y de las expectativas ante el futuro, (Meinchenbaum, 1988).

Por su parte Rojtenberg (2001), se refiere a la depresión como una perturbación compleja con diferentes matices sintomáticos promovido por múltiples causas que afecta al sujeto tanto por el alto grado de sufrimiento psíquico que le promueve como por sus secuelas personales y sociales. De esta manera la define como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio ocupacional.

De esta manera y por lo general la depresión ha sido definida actualmente como un trastorno mental que hace que las personas que la padecen se caractericen por presentar a lo largo de dicho estado, sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda.

Cabe mencionar que es común que la depresión o “crisis depresiva” dure solamente períodos cortos y solo se presente en algunas situaciones, sin embargo la verdadera depresión clínica a diferencia de la tristeza normal, o la

del duelo, suele presentarse sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente.

Asimismo es importante mencionar las características que acompañan al trastorno depresivo las cuáles abarcan desde trastornos de sueño, (insomnio o somnolencia), pérdida de interés en las actividades que se acostumbra realizar, trastornos alimenticios, (falta de apetito o comer compulsivamente), abandono, apatía, entre otras cosas.

Pero es preciso hacer énfasis en el hecho de que la depresión no solo afecta el estado de ánimo de una persona, sino que puede llegar a afectar tanto los pensamientos como el propio cuerpo, es decir, el trastorno depresivo afecta de manera general al individuo impidiendo que éste se desenvuelva de manera funcional dentro de los diversos contextos en los que se desarrolla, ya sea la familia, el trabajo, la vida en pareja, etc. De esta manera se debe destacar el hecho de que la depresión no se puede eliminar por sí misma, de ahí la importancia de que la persona reciba un tratamiento adecuado, ya que sin tratamiento, los síntomas pueden durar por semanas, meses o inclusive años.

En lo que concierne al tratamiento existen diversas alternativas que están enfocadas a intervenir en el trastorno depresivo, dentro de éstas se encuentra la Terapia Psicoanalítica, la Terapia Psicodinámica, la Terapia Interpersonal, la Terapia Cognitivo Conductual, el Tratamiento Farmacológico y la Terapia Corporal.

Dada la importancia de una terapia psicológica para el tratamiento de la depresión, es necesario mencionar que en la actualidad, de acuerdo a un comunicado proporcionado por la coordinadora del Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, Silvia Ortiz, el cinco por ciento de la población (15 millones) en México sufre depresión, y en el mundo 150 millones de personas tienen este mismo padecimiento. De igual forma menciona que en México, según la Organización Panamericana de la Salud y la Encuesta Nacional de Salud Pública, una de cada 10 personas, tiene depresión recurrente, lo que se

traduce a un 11 % de las mujeres y un 7 % de los hombres, esto según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2003 en México, (Calderón, 1990).

Por su parte la OMS calcula que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren de alguna forma clínica reconocible de depresión, y que el problema tiende a aumentar en los años venideros por los siguientes motivos:

1. El promedio del índice de expectativa vital está creciendo en todos los países por lo tanto el porcentaje de las personas con riesgo a presentarla también se ha incrementado.

2. El rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente tensionante intenso y creciente como el que se presenta en situación de desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.

3. El aumento de la morbilidad por trastornos gastrointestinales y cerebro - vasculares, y problemas neurológicos que se han asociado con depresión en un 20 % de los casos.

4. El creciente abuso de medicamentos, algunos de los cuáles pueden causar depresión como los antihipertensivos, las fenotiacinas y varios preparados hormonales como los anticonceptivos orales que un gran número de mujeres consume, (Calderón, 1990).

Un aspecto de suma importancia es el hecho de que por lo general, incluyendo las estadísticas poblacionales, se tienen más en cuenta los casos de depresión en mujeres, posiblemente debido a que por años y de manera social la

depresión se ha visto como una característica femenina, dejando de lado que ésta también puede presentarse de manera frecuente en los hombres, aunque estos sigan desempeñando aún en pleno siglo XXI, el rol de proveedor y protector y por lo tanto representando una imagen fuerte y varonil en la sociedad.

Por razones socioculturales, la educación que han recibido hombres y mujeres en la sociedad occidental puede influir en dos hechos: que las mujeres sean más propensas a vivir y aun a reconocer estados de desánimo, tristeza y desmoralización, y sobre todo, que estén dispuestas a aceptar sus depresiones. Como consecuencia de este mismo factor educativo los hombres tal vez tiendan a manifestar más su depresión a través del alcoholismo, la agresividad o las somatizaciones, (problemas digestivos o dolores de cabeza), y a enmascarar así sentimientos considerados poco masculinos. No obstante por alguna circunstancia existen más casos de mujeres que reportan padecer depresión pero es mayor el número de hombres que se suicidan anualmente.

Por tal motivo, el objetivo de esta investigación es identificar y analizar, las causas por las que un hombre adulto, (45 y 55 años), se deprime, el cómo lo manifiesta y cómo lo enfrenta teniendo en cuenta que es en esta etapa cuando el hombre empieza a experimentar una serie de situaciones difíciles y cambios importantes, tales como la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, el desempleo, la jubilación, la andropausia, en algunos casos algún tipo de disfunción sexual, entre otras; teniendo en cuenta los trastornos psicósomáticos y los factores que se ven afectados, como la familia, sus relaciones sociales y de pareja, hasta sus relaciones laborales y afectivas en general.

De esta manera en el primer capítulo se proporciona una visión general de la depresión abordando aspectos que van desde el marco histórico, las diferentes definiciones que han existido hasta la actualidad, su etiología, características y los tipos de depresión que existen.

En el segundo capítulo se realiza una revisión teórica de la construcción de la masculinidad considerando aspectos que van desde la construcción del cuerpo masculino, la sociedad y el hombre adulto y el papel que desempeña éste dentro de ella, hasta la construcción emocional de los hombres.

Posteriormente, en el tercer capítulo se profundiza en la depresión masculina específicamente y los aspectos que se ven afectados a causa de este trastorno, tales como la familia, el trabajo, la pareja, las interacciones sociales, así mismo se habla de los trastornos psicosomáticos que pueden presentarse en el hombre cuando éste padece depresión.

Finalmente, en el cuarto capítulo se presenta el análisis (tomando en cuenta la teoría y lo encontrado en la práctica), a través de las historias de vida de los casos de 10 hombres de entre 45 y 55 años que en algún momento de su vida han padecido depresión.

CAPÍTULO 1

LA DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno que ha existido desde los tiempos más remotos de la historia; se le ha considerado erróneamente como un estado de ánimo pasajero y en la antigüedad se le trataba de curar con hierbas. Etimológicamente viene del latín *depressio* que significa hundimiento, es decir, el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide cada vez más vivir con plenitud. La primera descripción clínica la realizó Hipócrates, quien acuñó el término melancolía o bilis negra, por considerarla bilis negra en el cerebro como la etiología de esta enfermedad. A partir de ésta las teorías sobre el origen de la depresión han ido variando de acuerdo a la época, (Rojtenberg, 2001).

En la Edad Media y el Renacimiento, la etiología de la depresión fue atribuida a la posesión demoníaca, al castigo divino, a la influencia de los astros o al exceso de humores entre otras. Posteriormente las descripciones clínicas se fueron enriqueciendo, y al mismo tiempo se fueron diferenciando los distintos cuadros de las diferentes enfermedades mentales entre sí. En años siguientes se hizo hincapié a que la etiología de la depresión venía pues de los genes y el temperamento, es decir, era hereditaria.

Años más tarde se le atribuye el origen a una causa orgánica, sustentado esto por la psiquiatría; ya en el siglo XX se empieza a abordar la depresión en términos de la teoría psicodinámica y pasará un largo tiempo para que se hable ya de un déficit de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina, lo cuál originó a su vez el uso de fármacos antidepresivos que actuaban directamente en dichos neurotransmisores, (Rojtenberj, 2001).

Los conocimientos adquiridos durante los últimos años acerca de las causas, manifestaciones y tratamiento de la depresión han rebasado el campo de la psiquiatría. Es así que la depresión se ha definido en la actualidad como un estado de tristeza y desánimo que se acompaña de una disminución de la vida intelectual, física, social y ocupacional. Se caracteriza por la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades del individuo. Es un trastorno conocido desde tiempos remotos, si bien se le ha denominado con diferentes términos tales como melancolía, tristeza, etc. lo cierto, es que su existencia y especialmente el estado de ánimo deprimido se ha encontrado siempre unido a la condición humana.

Coloquialmente se utiliza este término como sinónimo de tristeza, pero en numerosas ocasiones esta tristeza se experimenta en situaciones cotidianas concretas, de carácter negativo, no referido a un estado de ánimo anormal o patológico. Los enfermos depresivos describen su tristeza como una cualidad especial que resulta difícil explicar, de carácter impreciso, por tanto, se debe tener cuidado de no confundir la tristeza con la depresión, (Fernández y Palmero, 1999).

La depresión es considerada en los tiempos actuales como la enfermedad del nuevo milenio: el estrés, la ansiedad, la falta de oportunidades y la vida acelerada de nuestros días parecen ser un detonante para su desarrollo. Investigaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalan que para el año 2020, la depresión será el segundo padecimiento con mayor causa de discapacidad. En México 4 de los 10 padecimientos que causan mayor discapacidad son: esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo, (Flores, 2006).

Cabe señalar que en la depresión, el estado de ánimo generalmente está asociado a una tendencia a la negatividad. La depresión, por tanto, debe entenderse como un trastorno del estado de ánimo, que se manifiesta mediante un conjunto de síntomas característicos. La principal característica de estos trastornos, como su propio nombre indica, es la variación que la persona sufre en

su estado de ánimo. La depresión se conoce principalmente como una baja del estado de ánimo, pero estar desanimado no es bastante para afirmar que se está deprimido. Así pues, el estado de ánimo deprimido no debe ser el único criterio a tener en cuenta para diagnosticar depresión. Sentirse deprimido no es un síntoma suficiente para afirmar que se tiene una depresión. "Esta distinción es muy importante porque la depresión-síntoma está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos". De este modo la depresión es un concepto compuesto por un cuadro de síntomas que abarcan desde el abatimiento y la inhibición hasta la llamada depresión endógena con una total apatía, (Vázquez, 1990).

En la depresión se presentan por lo menos cinco de los siguientes nueve síntomas, por lo menos durante dos semanas seguidas. Uno de ellos es el sentimiento de tristeza constante acompañado de desgano y sentimiento de vacío; otro la pérdida de interés por las actividades que más gustan, por ejemplo el sexo; asimismo la alimentación se ve afectada, o se come mucho y se aumenta de peso o bien se pierde el apetito con una consecuente baja de peso; otro síntoma importante es la aparición de trastornos de sueño como el insomnio o el dormir mucho; de igual manera los movimientos del cuerpo cambian y pueden volverse o muy lentos o muy acelerados, es decir, como se puede estar excesivamente tranquilo como muy intranquilo; así también aparece la apatía, la fatiga y la poca energía; los pensamientos se vuelven de orden irracional y negativo ya que constantemente la persona deprimida se siente impotente, culpable e inútil; la memoria también se ve afectada ya que durante el estado depresivo suele ser difícil la concentración y es difícil tomar decisiones; por último las ideas de muerte también pueden aparecer constantemente junto con las ideas de suicidio (Lara, 1997).

Es importante señalar que los síntomas antes mencionados pueden impedir que la persona realice las cosas que normalmente hace. En ocasiones se pueden experimentar menos de cinco de estos síntomas pero estos pueden ser tan intensos que se necesita de un tratamiento adecuado.

La depresión ocurre en la esfera psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social pues el paciente pierde el interés de interactuar con el grupo que le rodea. Existe un pensamiento constante de muerte, pero también de desesperanza, abatimiento del humor, aflicción y pesimismo, (Flores, 2006).

La enfermedad puede presentarse entre los 15 y 30 años de edad, pero también en ocasiones se presenta en niños y ancianos. Un aspecto importante es que si se presenta un episodio depresivo, es probable que se siga padeciéndolo una o dos veces al año si no se recibe un tratamiento adecuado. De acuerdo con estudios recientes, con cada nuevo episodio, el siguiente se presentará más pronto y se hará más resistente al tratamiento si es que existe, (Sabanés, 1993).

Una vez descrito de manera general el término depresión se mencionará con más detalle el origen de este trastorno mental desde sus antecedentes, las diversas definiciones que se le han dado, su etiología, así como los tipos de depresión que existen.

1.1. Antecedentes.

La depresión no es un trastorno que se haya comenzado a manifestar en las personas en los últimos tiempos. La depresión se remonta en su historia hasta los primeros registros escritos de la humanidad. En diversos personajes de antiguos mitos así como en figuras bíblicas se describen síntomas manifiestos que hoy serían clasificados como una típica enfermedad depresiva. La primera descripción objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates, quien acuñó el término “melancolía” para designar la atrabilis del individuo deprimido.

Alrededor del año 400 a.C., en Grecia, Hipócrates, mencionaba que la enfermedad tenía origen en la desproporción o impurezas de los 4 humores fundamentales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, los cuales corresponden

a los cuatro elementos naturales: aire, tierra, agua y fuego, respectivamente. Para este autor la armonía de estos puntos era regida por la fuerza de la naturaleza, y el cuerpo enfermo tendía de un modo "natural" a curarse por sí mismo, eliminando o desplazando la impureza de los humores, (Sabanés, 1993).

Es así que en el siglo IV a. C. Hipócrates comenzó a analizar este "estado de ánimo pasajero" desde el punto de vista médico, formulando así la primera descripción médica de la depresión, a la que llamó melancolía y cuya causa fisiológica la atribuyó a un exceso de bilis negra en el cuerpo que ascendía al cerebro, produciendo así un estado melancólico en las personas (García, 1986). Infirió que la melancolía estaba estrechamente vinculada con la epilepsia, y la categorizó, junto con la manía, el delirio y la paranoia, como uno de los cuatro principales tipos de enfermedad psiquiátrica. A partir de entonces el Naturalismo le comenzó a dar más importancia a este trastorno.

Un siglo después Caelius Aurelianus (siglo V) apoyó la descripción de Hipócrates afirmando que la bilis negra era la causa de la melancolía y que la depresión su efecto

No obstante, a pesar de que Hipócrates tuvo la prioridad de describir la depresión, fue Areteo de Cappadocia, en el siglo II de nuestra era (80 a.C.), quien formuló el cuadro más completo y notablemente moderno de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que poco tenía que ver con la atrabilis, la flema y los demás humores. Areteo se ocupó de estudiar los caracteres distintivos de la manía, de la disposición que tienen a recaer los que la han padecido, y el grado de excitación física y moral que produce. "Decía que se podía curar perfectamente si se sigue un buen método, pero que está expuesta la persona a recaídas a la entrada de la primavera, por el influjo de la estación, por excesos en el régimen o por arrebatos de cólera" (Pinel, 1989, citado en Calderón, 1990). También mencionaba que los pacientes melancólicos eran inquietos, tristes, desanimados, y sin sueño, sacudidos por el

terror si la afección avanzaba, además de estar delgados por la constante agitación que presentaban.

Fue así que Areteo parece haberse anticipado diecisiete siglos a Kraepelin al asociar la manía y depresión y al considerar a ambas como parte de una única entidad nosológica. Asimismo observo que la enfermedad recurría a pesar de las remisiones, y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura (Arieti y Bempoard, 1981). Además Areteo valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad, informando el caso de un paciente profundamente deprimido que llegó a recuperarse cuando se enamoró.

Posteriormente, las ideas de Hipócrates fueron retomadas por Galeno de Pérgamo (138 d.C-201 d.C) un médico romano en el siglo II de nuestra era, desarrolló una teoría de enfermedad mental basada en supuestos humores, teoría que se mantuvo como doctrina hasta la Edad Media. Galeno concordó con las disfunciones en el sistema humoral y las considero las causas de las enfermedades en el hombre. De tal forma, describe a la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre y que presenta síntomas como temerosidad, suspicacia, misantropía y cansancio de la vida entre otros.

Al respecto Santo Tomas sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales e incluso que era a causa del pecado de pereza, pero fue con el desarrollo de la cristiandad y con el poder político y social que iba tomando la iglesia, que se desplazó al médico como guardián del cuerpo y del alma. Fue así que el modelo Naturalista fue pronto abandonado.

Quedando el cuidado de los enfermos a cargo de los monjes y sacerdotes, fue sustituido el tratamiento médico por la plegaria y la penitencia, por el misticismo y la brujería. Dando como explicación a la conducta anormal, que era el fruto de lo diabólico y era “curada” por medio de exorcismos (García, 1986).

Hacia el año 1500, los conceptos de enfermedad mental, herejía y brujería estaban firmemente fusionados, lo que propició la aparición del manual de

Cazadores de Brujas, llamado *Malleus-Maleficarum* (Martillo de Brujas) escrito en 1484 por los sacerdotes Henry Kramer y James Sprenger (Angulo, 1993)

No obstante, el médico alemán Johann Weyer en 1563 escribió *Praesstigus Daemonum* (sobre la magia demonológica) en el cual se analizaban las supersticiones ideológicas de Sprenger y Kramer, lo que contribuyó al abandono de dicha doctrina y a la resurrección del modelo naturalista.

Debido a esto, a fines del siglo XVII, un gran número de escuelas comenzaron a hacer contribuciones importantes al cuerpo de conceptos, fenómenos y técnicas de la disciplina a la que correspondían, ya sea la óptica, geología, medicina, etc., obteniendo así su consolidación como ciencias. Pero la excesiva ambición de ciertas escuelas, hizo que no se profundizara en ninguna materia en particular, descuidando así a los que consideraban “locos”, ya fuera internándolos en hospitales o habitaciones aisladas.

Fue en el Renacimiento que resurgió el interés en la depresión por considerarla una de las causas de la enfermedad mental. Esto ocurrió sobre todo en la Inglaterra isabelina, donde aparentemente hubo una epidemia de melancolía, pues se realizaron gran cantidad de trabajos sobre el tema.

Timothy Bright publicó su *Treatise on melancolía* (Tratado de melancolía) en 1564 y veinte años más tarde se conoció *Optick Glasss of Humours*, de Thomas Walkington, que se ocupó en detalle de la “constitución melancólica” resultante de los humores y el efecto de los planetas (Veith, 1970). En 1621 Robert Burton publicó su tratado llamado “*Anatomy of Melancholy*” (Anatomía de la melancolía), en el cual era fácil identificar los estados depresivos; dicha obra es una reflexión sobre la vida y un texto sobre la depresión.

Mientras tanto los médicos del resto de Europa redescubrían que la melancolía y manía suelen alternar en el mismo individuo. Bonet en 1684, Schart en 1747 y Herchel en 1768, (citados en Arieti y Bempoard, 1981), fueron algunos de los que asociaron ambos desórdenes como parte de una única entidad diagnóstica.

Para 1851 Falret diferenció entre la melancolía ordinaria y su variedad episódica; tres años más tarde Baillarger hizo una observación similar. Falret acuñó también la expresión “foile circulare” y describió periodos de normalidad en algunos pacientes, en contraste con la gradual pero irreversible degeneración que sufrían otros individuos. Otro de los aportes importantes de Falret fueron sus observaciones acerca del probable carácter familiar de la depresión recurrente y su mayor incidencia en las mujeres (Arieti y Bempoard, 1981).

En 1793 Phillippe Pinel, un médico francés, fue nombrado director de Bicetre, un asilo en París, ahí comenzó a inspeccionar las condiciones de dicho lugar y de los internos, empezándolos a modificar. Obtuvo un permiso del gobierno francés para quitar las cadenas a los enfermos teniendo un resultado favorable. El comportamiento salvaje ya no presentaba el destruir cosas como muchos habían predicho. Pinel realizó lo mismo con los pacientes de Salpêtrière en París.

Dicho autor veía a sus pacientes como enfermos mentales que necesitaban atención y no tratamientos a base de castigo, los clasificaba de acuerdo a las características observables, como la melancolía y el delirio, planeando así tratamientos específicos para ellos.

Para la melancolía, describía los siguientes síntomas: “se siente una languidez general, el pulso es pequeño, hay constricción del cutis, frío en las extremidades, la cara se vuelve pálida, la fuerza vital del corazón y arterias se disminuye, lo que resulta una sensación aparente de plenitud, opresión, congoja,

respiración penosa y lenta, esto hace que el enfermo suspire y solloce” (Widart, 1991).

El resultado de este contacto directo que Pinel tuvo con sus pacientes, es el tratado *Médico Filosófico de la Enajenación del alma o manía*, en el cual describe una gran variedad de anécdotas de casos y tratamientos para la melancolía, manía y otros asuntos relacionados con los “locos”, pero además sugiere algunas recomendaciones de cómo tratar a los pacientes.

A su vez y en relación con las causas de la depresión, Philippe Pinel a principios del siglo XIX, comenzó a desarrollar dos enfoques sobre la psicopatología, eran variaciones del naturalismo y señaló como causas posibles de la melancolía, en primer lugar las psicológicas, (modelo psicológico) y en segundo las físicas, (modelo orgánico).

El modelo orgánico, coloca el foco de la conducta anormal, ya sea en el daño de los tejidos, o en alguna disfunción bioquímica cerebral. Mientras que el modelo psicológico, postula que la conducta anormal se debe a patrones desviados de aprendizajes que se reflejan en una inhabilidad general para enfrentarse a las demandas de la vida.

Con la difusión de la revolución científica, los investigadores de psiquiatría comenzaron a considerar la enfermedad mental como causada por agentes fisiológicos, más que por posesión demoníaca. Sin embargo sus hallazgos carecían de un ordenamiento general; pues cada investigador alegaba haber descubierto un nuevo síndrome sobre la base de unos pocos pacientes.

La situación en el nivel científico era sin embargo confusa; existía escasa correspondencia entre las clasificaciones diagnósticas formuladas por diferentes psiquiatras. El interés se centro por entonces en el desenlace de una enfermedad,

que era utilizado después para certificar su diagnóstico. A mediados del siglo XIX Greisinger dividió la “insania” en dos grandes categorías: curable e incurable.

Fue así que las contribuciones de Kraepelin tienen un enorme valor, ya que revolucionó la psiquiatría estableciendo un sistema nosológico que hasta hoy continúa en vigor. Discriminó los elementos comunes de entre la confusión de síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva. Baso sus clasificaciones tanto en la similitud de los síntomas como en el eventual desenlace de la enfermedad.

Dentro de la definición abarcativa de psicosis maniaco-depresiva, Kraepelin incluyó una variedad de desórdenes depresivos. Debido a que este grupo compartía una serie de síntomas comunes a pesar de las diferencias superficiales, los distintos síntomas podrían reemplazarse recíprocamente en el mismo paciente y el pronóstico era benigno para todos los casos (Arieti, 1974).

En 1911 Karl Abraham publicó lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión, en este año la psiconeurosis era interpretada como consecuencia de una represión de la libido; de ahí que Abraham compara depresión con ansiedad, que también era vista como el resultado de instintos reprimidos. Abraham hace una diferenciación entre estos dos estados, señala que mientras la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales.

Conforme fue avanzando el tiempo los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más acertados y específicos. Así finalmente melancolía es aceptada como concepto de depresión que lleva a otros más que especifican las diferentes ramas o clasificaciones de ésta; como se demuestra en la primera cuarta parte del siglo XX en donde los conceptos se

desglosaban en ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia y trastorno psicósomático entre otros.

Así mismo vale la pena repasar algunos momentos evolutivos para comprender qué elementos subyacen al esquema del DSM-IV y qué dificultades fueron sorteadas hasta llegar a los tipos diagnósticos actuales. En la primera mitad del siglo pasado durante el paradigma de la alienación mental, es decir, cuando se pensaba que solo existía una única enfermedad mental, se reconocía al lado de la “monomanía alegre” una “monomanía triste” o lipemanía.

De ese diagnóstico indiferenciado de lipemanía, se fueron distinguiendo además de la melancolía o depresión mayor actual, otras afecciones: la confusión mental, la neurosis obsesiva, el estupor catatónico y los delirios crónicos de persecución.

De esta manera en la clasificación de la depresión podemos mencionar que el DSM-I como clasificación psiquiátrica aparece en la década de los cincuenta, cuya orientación es totalmente psicoanalítica, corriente que dominaba en la psiquiatría en los Estados Unidos. Luego aparece el DSM-II, que sigue teniendo una línea psicoanalítica, pero se amplían los cuadros que aparecen en esta clasificación. No obstante, con el DSM-III se comienza a reconocer un cambio sustancial, por cuanto aquí se percibe la influencia de lo que denominamos nosotros “la psiquiatría biológica”. Es decir, cambia el enfoque en psiquiatría, desde una orientación psicoanalítica a una orientación biológica.

Este cambio se debe a dos razones: La primera es porque el psicoanálisis estaba fracasando notoriamente en términos de tratamiento; la segunda porque los psicoanalistas se estaban alejando mucho de lo que se consideraba el modelo médico. Lo que percibían los psiquiatras norteamericanos, entonces, era un fenómeno de separación paulatina con respecto a la medicina; factor muy importante para ellos, pues los psiquiatras naturalmente se han sentido mucho

más cercanos a la medicina que a la psicología o a la psicoterapia, (Vázquez, 1990).

Por su parte, Adolfo Meyer creía que la psicopatología surgía de interacciones "biopsicosociales". Es a partir de esta conceptualización, que el DSM-I (1952) va a ver reflejado el término "reacción maníaco depresiva". Por su parte, Leonhard, ya en 1957, observa que algunos pacientes tienen tanto historia de depresión como historia de manía; mientras que otros solo manifiestan historia de depresión. En sucesivas observaciones nota que los pacientes con historia de manía, (aquellos a los cuales llamó bipolares), tenían una alta incidencia de manía en sus familias cuando los comparaba con aquellos que tenían solamente historia de depresión (a los cuales llamó monopolares). La distinción bipolar - unipolar fue formalmente incorporada en el sistema americano DSM-III en 1980. Luego, Dunner en 1976, sugiere subdividir el Trastorno bipolar en: Tipo I: pacientes con historia de manía lo suficientemente severa como para requerir hospitalización (muchos de estos cuadros se acompañan de síntomas psicóticos) y Tipo II: que tienen una historia de hipomanía además de tener una historia previa de depresión mayor que requirió hospitalización, (Villagrán, 1996)

En cuanto a la clasificación de la depresión en el DSM, cabe señalar entonces que Kraepelin es el fundador de la Clasificación Psiquiátrica. Él clasifica, a principios de siglo XX, como resultado de todo el entendimiento que había en el siglo diecinueve, dos amplias categorías de enfermedades psiquiátricas: a) la demencia precoz, y b) la psicosis maníaco-depresiva. Y postula, por primera vez, que estos trastornos son causados por enfermedades del cerebro. Ahora, la clasificación de Kraepelin es la base del DSM-III, que constituye la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Además fue la que produjo un cambio notable, y muy importante, entre la clasificación del DSM-II y la clasificación del DSM-III, (Friedman y Thase, 1995).

Así, Kraepelin fue el primero en agrupar todas las formas de melancolía y manía bajo el término de enfermedad maníaco-depresiva. Para él todas las formas

tenían una base hereditaria común, podían alternarse una a otra, permitían intervalos libres de síntomas y podían presentarse juntas en un mismo episodio. Kraepelin, hizo una de las mayores aportaciones a la psiquiatría, al diferenciar la enfermedad maníaco-depresiva de la "demencia precoz"; además, fue uno de los primeros en señalar que el estrés psicológico puede precipitar los episodios iniciales de manía y que los episodios posteriores ocurren de forma espontánea.

Este esquema asistencial generó un esquema conceptual dicotómico, entre "depresión psicótica" y "depresión neurótica" o formas "endógenas" y "reactivas". Esta distinción, a pesar de ser criticada por diversos autores, persistió en el pensamiento médico corriente hasta hace unos veinte años le impidió durante décadas percibir que el área de los trastornos afectivos era más compleja. Esta percepción solamente se logró cuando la psiquiatría en su evolución comprendió que el diagnóstico de una estructura psicopatológica es solamente un paso en el diagnóstico psiquiátrico del proceso de enfermedad, (Friedman y Thase, 1995).

La definición de depresión es, posiblemente, todavía menos concreta en el DSM-IV ya que se especifican cinco síndromes depresivos: episodio depresivo mayor, trastorno del ánimo secundario a otra condición, trastorno depresivo menor, distimia y trastorno depresivo de la personalidad,

Es así que el DSM-IV distingue, por un lado, los síndromes del humor como estructuras psicopatológicas que se describen, pero que no se codifican (episodios: depresivo, maníaco, mixto, etc.) y por otro, los tipos de enfermedades afectivas que sí se codifican (trastornos: depresivo mayor, distímico, bipolares, por enfermedad médica o por sustancias, etc.). Tipos a los que se agregan otras dos categorías, una que es patológica (los trastornos adaptativos con depresión) y otra que no se considera patológica (el duelo). Este capítulo de DSM-IV se completa con la consideración de diferentes características semiológicas y de aspectos evolutivos longitudinales así como con la proposición de categorías depresivas "en estudio" de validación (por ejemplo, formas depresivas menores: trastorno mixto

ansioso depresivo, depresión breve recurrente y el trastorno de personalidad depresiva, (Vázquez, 1990).

Entonces el DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maniaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

Por definición, todos los episodios depresivos atribuidos a trastornos neurológicos se han de clasificar como trastornos del ánimo debidos a una condición médica general que ha de especificarse. Según el DSM-IV implica o bien un cambio a un ánimo deprimido, o bien una disminución notable del interés o placer. Así, no existen condicionantes cuantitativos que valoren la intensidad de los síntomas, y además, el requisito exclusivo es el humor deprimido o la anhedonia. El síndrome se hace así muy amplio, y puede aparecer en muchos trastornos neurológicos, particularmente en los que la apatía es típica. La apatía puede fácilmente interpretarse como falta de interés o placer en las actividades. La condición siguiente es también opinable, ya que debe haber indicios de que el desarreglo es consecuencia fisiológica directa de una condición médica. Cuando la causa presunta es una entidad sin marcador biológico concreto, que puede ser clínicamente variable y que debe diagnosticarse en diversos grados de presunción según la aplicación de los criterios antedichos, esto es siempre una invención. La tercera condición es que el trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental, lo que también se decide según el arbitrio del médico. Las otras condiciones, habituales en el DSM-IV, no presentan problemas adicionales: que el trastorno no ocurra solo durante un delirium y que los síntomas causen afectación social o laboral, (Vázquez, 1990).

El elegir los criterios del trastorno depresivo menor implica todavía una menor concreción. Sólo se requieren dos de aquellos criterios, aunque uno de ellos es el definidor: el humor deprimido o la anhedonia. También se exige el

criterio funcional (los síntomas causan problemas laborales o sociales), que no medie un uso o privación de sustancias. Nunca debe haberse diagnosticado el caso de episodio depresivo mayor ni distimia, ni de trastornos del grupo de la esquizofrenia.

La otra posibilidad razonable es acogerse a los criterios de distimia, lo que es difícilmente aplicable por su criterio temporal (dos años, y con posibles remisiones breves). En este caso los síntomas deben ser al menos dos de estos cinco síntomas: anorexia o hiperfagia, insomnio o hipersomnia, baja energía o fatigabilidad, baja autoestima, pobre concentración o dificultad en tomar decisiones, y sentimiento de desesperanza. No deben cumplir criterios de episodio depresivo mayor, maníaco, mixto, hipomaníaco, ciclotímico, trastornos esquizofreniformes, que se deban a sustancias o condiciones médicas generales y deben causar impacto social o laboral.

Los criterios del trastorno depresivo de la personalidad no son aplicables, por tratarse de patrones de conducta propios de cada persona presentes desde su juventud. Con todos estos problemas, y como una actitud práctica, el diagnóstico de depresión debe favorecerse: tiene diversas posibilidades terapéuticas eficaces e implica un cambio en la actitud asistencial. La depresión puede tener unos síntomas principales, invariables entre distintas enfermedades, pero en cambio puede haber diferencias en la expresión de los cambios del ánimo en el contexto de diferentes trastornos, (Vázquez, 1990).

De esta manera surgieron, a través de los tiempos, las primeras definiciones de la depresión, incluyendo las del DSM-I, II, III, y IV, las cuales fueron variando, no obstante se han continuado dando definiciones con respecto a los diferentes modelos teóricos que existen, desde el modelo psicoanalítico, pasando por el médico, el cognitivo conductual, hasta el de la psicología corporal.

1.2. Definiciones.

Es importante mencionar que el trastorno depresivo ha atravesado por múltiples definiciones las cuáles han variado de acuerdo a la época y al modelo teórico desde el que se aborden.

La depresión fue analizada primeramente desde el psicoanálisis en 1911 por Karl Abraham, quien consideraba a la psiconeurosis como consecuencia de una represión en la libido; motivo por el cual comparó ansiedad con depresión, que también era vista como el resultado de instintos reprimidos. La diferenciación que hace es la siguiente: mientras la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. Asimismo en la depresión la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida, que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar y teme nunca llegar a la intimidad emocional, (Azouri, 1995).

De esta manera, Abraham mencionaba que el paciente deprimido no puede desarrollarse adecuadamente porque en él, amor y odio se interfieren constantemente. Las relaciones interpersonales del depresivo reflejan este odio reprimido que está enraizado en la libido bloqueada.

Para Abraham los procesos dinámicos internos del depresivo podrían ser verbalizados así: “No puedo amar a las personas; debo odiarlas”. Este reconocimiento del odio es inaceptable y debe ser reprimido; por lo tanto la hostilidad se proyecta en los demás y el pensamiento consciente pasa a ser “las personas que me aman; me odian” (Azouri, 1995).

Abraham señaló que los desordenes afectivos se desarrollan como consecuencia de la sensación de ser incapaz de enfrentar las responsabilidades de un rol adulto en la sociedad. Es así que la depresión puede ser entendida como

una regresión a la primera fase psicosexual, es decir la oral. La similitud entre la fase oral y la depresión se encuentra en modalidad de descarga libidinal, así como una modalidad característica de vínculos objetales. Según Abraham, el depresivo incorpora al objeto psíquico: “En las honduras de su inconsciente hay una tendencia a devorar y arrasar al objeto” (Arieti, 1981). Es este deseo de destruir al objeto oralmente lo que explica dos de los principales síntomas de la depresión: la negativa a alimentarse (es decir la equiparación del alimento con el objeto de amor que el individuo teme que habrá de destruir) y el temor a morir de hambre (también consecuencia del temor a concretar los deseos de destrucción oral). De esta manera Abraham remarca la relación que hay entre depresión y fase oral.

Posteriormente Abraham intentó sistematizar el trastorno maníaco depresivo, comparando la depresión con el duelo luctuoso, encontrando que la diferencia primordial entre estos dos radica en que la persona afectada por el duelo luctuoso es consciente de su preocupación por la pérdida de un ser querido y, en cambio el individuo depresivo está inmerso en imprecisos sentimientos de pérdida, culpa y de poca autoestima. A su vez el individuo depresivo interioriza la pérdida como un rechazo de sí mismo y la confunde o la relaciona inconscientemente con sus propias experiencias tempranas, (Sabanés, 1993).

A partir de aquí Freud profundiza en las ideas de Abraham diferenciando el duelo y la depresión desde el punto de vista de que en la última la poca autoestima es un síntoma y la pérdida es inconsciente a diferencia del duelo luctuoso en el que la pérdida es consciente. Con respecto a esto, nuevamente Abraham desarrolló los postulados de Freud argumentando que existían dificultades en el proceso de la infancia que daban pie a que apareciera así el malestar depresivo en la edad adulta. En general el origen de estas dificultades está en la pérdida o en la falta de amor en el niño. Esto da lugar a una fijación del desarrollo afectivo en la fase oral, que explica o implica la dependencia de personas y acontecimientos que aportan gratificaciones afectivas, (Freud, 1917 citado en Rojtenberj, 2001).

Desde la teoría estructural Sandor Rado (1928, citado en Arieti, 1981), estudió la depresión y la manía en función de una red de interrelaciones entre el yo, el superyó y el objeto amado. Rado observó que antes del comienzo de un episodio depresivo, el individuo atraviesa un período de rebeldía arrogante y encarnizada. Explicó que a menudo se pasa por alto esta fase, en razón de que dura poco tiempo y pronto queda oscurecida por los llamativos síntomas melancólicos. Se trata de una típica manifestación de la manera en que el depresivo trata al objeto amado durante sus períodos de normalidad. Tan pronto como el depresivo está seguro del amor del otro, lo trata como una “sublime indiferencia”, que poco a poco se convierte en control arbitrario. Este comportamiento puede ocasionar el distanciamiento de la persona amada, que ya no tolera el maltrato. Cuando está pérdida se produce, el individuo cae en la depresión.

Por otro lado Fenichel (1945, citado en Arieti, 1981), se apoya en el trabajo de otros autores para enumerar los diversos factores de la depresión: menciona así la “introyección patognomónica” formulada por Freud, la fijación oral postulada por Abraham y la incesante necesidad de amor descrita por Rado. Fue así que Fenichel se refirió a los depresivos como adictos al amor que insisten en recibir un flujo constante de benevolencia, sin preocuparse demasiado por la personalidad o las necesidades reales de quien se la otorga.

Fenichel juzgaba crucial la caída de la autoestima para todo el problema de la depresión, él consideraba que éste era el factor clave. Al respecto señaló: “Una persona fijada a un estado en que su autoestima está regulada por suministros externos, o cuyos sentimientos de culpa le hacen regresar a dicho estado, necesita imprescindiblemente de esos suministros. Vive en condiciones de perpetua avidéz. Si sus necesidades narcisistas no son satisfechas, su autoestima disminuye hasta un punto crítico”, (Arieti, 1981).

Por su parte en 1948 Melanie Klein intentó correlacionar su enfoque con los síntomas clínicos de la depresión, proponiendo que en la “lucha interior” de los objetos internos, la depresión se experimenta cuando el yo se identifica con los sufrimientos de los objetos buenos, sometidos a los ataques de los objetos malos y del ello, vinculó también los padecimientos del depresivo adulto con la culpa y el remordimiento que en su infancia experimentó debido al conflicto entre el amor y el odio incontrolables hacia sus objetos buenos. El factor que más predispone a la melancolía es, según Klein la incapacidad del yo del niño de construir buenos objetos de amor. Este fracaso determina una permanente vivencia de “maldad” que no se proyecta en el afuera, sino que queda incorporada a la imagen de sí mismo, (Klein, 1940, citado en Rojtenberj, 2001).

Klein propuso y argumentó que es durante el primer año de vida de las personas cuando se forma la base de lo que más tarde puede ser el padecimiento depresivo. A juicio de este autor todos los niños atraviesan un estado evolutivo al que llama “actitud depresiva” y que se caracteriza por un período de tristeza, temores y culpa. Ella consideraba que la base patológica para el desarrollo de la depresión en la edad adulta tenía su origen cuando el niño no había comprobado que la madre a la que odia y a la vez ama es la misma persona. Esto en términos psicoanalíticos es una falla en la institución del objeto bueno interno, (Klein, 1940, citado en Rojtenberg, 2001).

Del mismo modo, en 1953 Eduard Bibring destacó y dio una importancia primordial a la pérdida de la autoestima como elemento clave de la depresión. Sus ideas se acercaban más a los acontecimientos conscientes que a los conflictos inconscientes entre el yo y el super yo, aún cuando estaba de acuerdo en dar importancia a las experiencias iniciales del infante como base para el desarrollo de la depresión en la edad adulta, sostuvo que la depresión se desarrolla y se instaura como resultado de la frustración de las expectativas conscientes. También discrepaba de los psicoanalistas anteriores, que creían que las

dificultades en el manejo de los sentimientos agresivos desempeñan una función primordial en el origen de la depresión, (Sabanés, 1993).

Begler (1968), desde un punto de vista psicodinámico, considera que una característica de la estructura depresiva aparece cuando se ha perdido o destruido un objeto querido así como cuando se corre el riesgo de perderlo o destruirlo. Cabe señalar que en la aparición de ansiedad predominantemente depresiva, se está frente al peligro de destrucción de objeto ambivalente, mientras que en la estructura depresiva esta destrucción ya se ha realizado y como el objeto es ambivalente (se le odia y al mismo tiempo se le quiere) el sujeto siente que es él el que lo ha destruido. Por otra parte, cuando en lugar de sentirse uno mismo culpable, echa la culpa al otro y se acentúa en función de ello, se ha pasado de la estructura depresiva a la paranoide.

En cuanto a la Teoría Psiquiátrica, la cuál aparece hasta la década de 1960, se puede decir que la depresión se define como una deficiencia de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina. Dicha hipótesis, tuvo un gran arraigo en la ciencia médica e impulsó el uso de psicofármacos antidepresivos ya que éstos, promovían el aumento de la concentración de estos neurotransmisores en la biofase, (Rojtenberg, 2001).

Otra de las formas de definir la depresión es desde el punto de vista de la corriente culturalista, la cual propone que una interpretación de dicho trastorno (poniendo especial énfasis en la reacción a las exigencias sociales), es el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales. Adler, (1956, citado en Arieti, 1981), afirma que “estos individuos tratan de respaldarse siempre en los otros y no desdeñan el recurso de exagerar sus propias debilidades para forzar el apoyo, la adaptación y el sometimiento de los demás”. Sugiere también que los melancólicos sufren una “compensación de su incapacidad”, con lo que quiere decir que al perseguir metas

inalcanzables, los depresivos exageran los azares de la vida cotidiana y después culpan a los demás o a las circunstancias por la no consecución de dichas metas.

Del mismo modo Adler refiere que “ninguna otra enfermedad psicológica incide en el ambiente tanto como la melancolía, ni le hace más patente su dignidad”. De este modo el depresivo exhibe tanto el enojo que le provoca el no salirse con la suya, como su desprecio por los demás. Al desvalorizar al mundo y exagerar sus peligros, compensa la no consecución de objetivos anhelados para realizarse, (Arieti, 1981).

Por su parte, Binswanger, (1932 citado en Arieti, 1981), describió lo que se conoce como la depresión existencial: lo que caracteriza al individuo deprimido en su experiencia personal de la inhibición del devenir, motivo por el cual carece de futuro y se encara, únicamente, al pasado como carencia de proyecto y de posibilidades de realización. Aunado a que el mundo depresivo se empobrezca, surgiendo la culpa, la angustia hacia el pasado y al futuro.

El trastorno de la depresión también es definido y explicado desde el modelo de desvalimiento aprendido de Seligman (1967, citado en Ariete, 1981). Para este autor la depresión aparece cuando el individuo siente haber perdido todo control sobre las respuestas de los otros, y debido a su reconocida indefensión se considera incapaz de modificar su situación negativa. Cae entonces en un estado de pasividad, miseria y desesperanza. Cree que su conducta carece de sentido puesto que no le brinda apoyo alguno. Según Seligman, la depresión no significa pesimismo generalizado, sino un pesimismo referido de manera específica a los efectos de las acciones intencionales del individuo.

De acuerdo con el punto de vista de Seligman, la supuesta indefensión es una maniobra engañosa destinada a obligar a los demás a dar al depresivo lo que éste desea. Muchos depresivos tratan de restablecer las fuentes perdidas de

placer mediante una empeñada dedicación al trabajo, autonegaciones o actitudes culpogénas. Por lo tanto, el depresivo no está indefenso; más bien ha aprendido métodos específicos –aunque inapropiados- para obtener el apoyo que necesita. Su vulnerabilidad no se debe a que ignora cómo encontrar el apoyo necesario, sino a que depende desmedidamente del apoyo externo para su autoestima o su bienestar. El depresivo necesita demasiado de la ayuda externa para encontrar sentido a la vida, de modo que desarrolla una gran habilidad para elaborar maniobras interpersonales destinadas a mantener activos los vínculos necesarios, (Arieti, 1981)

Si pierde las fuentes externas de gratificación, su indefensión se manifiesta como una incapacidad de encontrar sentido a su vida o de obtener el refuerzo que necesita de actividades orientadas hacia sí mismo. La dificultad no reside en que el depresivo no percibe conexión alguna entre respuesta y apoyo, sino en que su sistema es quizá demasiado precario y limitado.

Posteriormente aparece la Teoría Cognitivo Conductual en la cuál se emplea el término cognición para definir el proceso mental que transforma, elabora, almacena, registra, sintetiza y amplía los ingresos sensoriales internos y externos. En éste modelo se toman en cuenta los procesos cognoscitivos que abarcan muchas funciones psíquicas como son la percepción y la memoria, el pensamiento y el lenguaje, las creencias y las actitudes y aún la conducta en lo que se refiere a la solución de problemas. Según Peters (1970) e Izard (1972), cit. en (Sabanés, 1993), con el cognoscitivismo se produce un nuevo giro en la psicología.

Es importante señalar que desde las primeras descripciones de la enfermedad depresiva, la mayoría de los autores cognitivos coincidieron al señalar como parte del complejo sintomático, distorsiones cognitivas tales como un pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad. Es así que Beck

considera que dichas distorsiones cognitivas son la causa primaria del desorden de la depresión.

Según Beck la depresión presenta sus propias formas de distorsión, las cuales reúne bajo la denominación de “tríada cognitiva” (1970), compuesta por:

- 1) expectativas negativas respecto al ambiente ;
- 2) autoapreciación negativa, y
- 3) expectativas negativas respecto al futuro.

Para Beck el individuo deprimido “considera que carece de algún elemento o atributo que a su juicio es esencial para su felicidad”, (Arieti, 1981).

El modelo cognoscitivo elaborado por Beck (1970 y 1976) atribuye un papel fundamental al pensamiento y al juicio de los pacientes depresivos en el desarrollo y el mantenimiento de la depresión. Para este autor, cada persona tiene un esquema, una forma de pensar con la que enfoca y experimenta la vida. Asimismo señala que existe una alteración previa en la manera de pensar que provoca el desarrollo de la alteración del estado de ánimo, (Meinchenbaum, 1988).

Para Beck las personas que desarrollan una depresión tienen esquemas de autodesprecio y de autoacusación, y esto las lleva a etiquetar o a interpretar los acontecimientos ajustándose a esos esquemas previos. De manera que el individuo tiene una visión negativa de sí mismo, de las experiencias pasadas y presentes y de las expectativas ante el futuro.

Del mismo modo Beck refiere que los desordenes depresivos son el resultado de la atención selectiva prestada a un grupo de pensamientos que aparecen de manera automática en el individuo sin que los perciba adecuadamente. Estos pensamientos se caracterizan por ser irracionales. Son mensajes compuestos por pocas palabras o en ocasiones por sólo una imagen

visual; entran de golpe en la mente y a menudo se expresan en términos tales como “habría de”, “tendría que” o “debería de”. Son pensamientos que tienden a la dramatización, los cuales generan emociones dolorosas y desagradables, (Meinchenbaum, 1988).

Beck documentó su particular teoría con una enorme cantidad de datos clínicos y experimentales; aunque su formulación es muy reconocida, presenta algunos puntos débiles. Uno de ellos es que Beck enfocó sobre todo mecanismos conscientes y simples, desestimando en cambio la importancia de las estructuras cognitivas inconscientes y la participación que le cabe al conflicto. Es decir, algunos pacientes depresivos abrigan expectativas que los condenan a la frustración y la desesperanza, pero como esas expectativas son inconscientes, el individuo no puede reconocer la influencia que ejercen sobre su comportamiento.

La teoría de Beck tampoco explica porqué una pérdida desencadena una depresión en ciertos individuos y no en otros. En realidad no considera los factores interpersonales que inciden en la persona depresiva ni la causa por la cuál una pérdida o una frustración precipitan el episodio depresivo. Es así que para Beck el individuo deprimido “considera que carece de algún elemento o atributo que a su juicio es esencial para su felicidad”, pero no aclara suficientemente porqué esto da origen a la triada cognitiva. Por esta razón se considera que Beck describió los resultados de la depresión pero no sus causas y afirma que una vez lograda la recuperación clínica, el individuo deja de distorsionar sus experiencias; sin embargo la personalidad básica no se ha modificado, (Ariete, 1981).

Por otro lado Rojtenberg, (2001), menciona que el trastorno depresivo ha sido erróneamente utilizado para describir, en forma indistinta, tanto un sentimiento de tristeza relacionado con una situación displacentera, como un estado de ánimo pasajero o estable, un síntoma o una estructura psicopatológica; sin embargo considera que va mucho más allá de todo esto, es por eso que él la define como una perturbación compleja, como un síndrome con diferentes matices

somáticos promovido por múltiples causas que afecta al sujeto de manera personal y social. Dicho síndrome, como él lo nombra, está caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio ocupacional.

Mientras tanto el modelo de la psicología corporal define a la depresión como un estado en el cuál la persona que la padece se encuentra deprimida tanto física como mentalmente ya que ambas cosas para el modelo corporal son en realidad una sola, sin embargo, cada una responde a un aspecto diferente de la personalidad, (Lowen, 1982).

Para el modelo de la psicología corporal es importante definir la depresión en términos de “enfermedad emocional”, dado que la palabra emoción connota movimiento y por lo tanto tiene una implicación física y mental. El movimiento se da en el nivel físico, pero la percepción ocurre en la esfera mental, (Lowen, 1982); como un fenómeno fruto de un largo proceso durante el cuál se ha acumulado una gran cantidad de ira, frustración y deseos insatisfechos que no solo afectan el nivel emocional, sino también al cuerpo. Éstas emociones se quedan atrapadas en el cuerpo y se alojan en los músculos y en los órganos, (López, 2002).

Al respecto podemos decir que Lowen, (1982), hace una observación importante la cuál radica en aclarar que no se puede esperar que el ser humano esté siempre alegre, sin embargo menciona que la condición de una persona que generalmente tiene un funcionamiento sano y normal, será el sentirse bien, a pesar de pasar por momentos de tristeza, dolor y pesar, sin embargo no llegará a deprimirse porque contará con las herramientas para solucionar una situación difícil. A diferencia de esto para él una persona realmente deprimida es incapaz de responder, lo cuál hace la diferencia de cualquier otra condición emocional.

Asimismo Lowen, (1982) menciona que la persona deprimida vive en función del pasado, con la correspondiente negación del presente. La irrealidad de una persona deprimida se manifiesta claramente en el grado en el que ha perdido contacto con su cuerpo, hay una carencia de autopercepción; no se ve a sí mismo tal como es, ya que su mente está centrada en una imagen irreal. No se da cuenta de las limitaciones impuestas por sus rigideces musculares, pero estas limitaciones son las responsables de que no pueda realizarse como persona en el presente. No siente las perturbaciones en su funcionamiento corporal, ni su menor mortalidad y respiración inhibida, ya que se identifica con su ego, su voluntad y su imaginación. La vida de su cuerpo, que es la vida en el presente, se descarta como irrelevante porque sus ojos están fijos en una meta futura que considera la única importante.

La persona deprimida está presa por las barreras inconscientes del “se debería” y “no se debería”, que la aíslan, la limitan y pueden incluso aplastar su espíritu. Mientras vive en esta prisión, la persona devana fantasías de libertad, trama planes para su fuga y sueña un mundo en que la vida será diferente. Estos sueños, como todas las fantasías le sirven para mantener su espíritu, pero también le impiden confrontar de una manera realista las fuerzas internas que le atan. Antes o después se derrumba la ilusión, el sueño se desvanece, el plan falla y se encuentra cara a cara con la realidad. Cuando esto sucede, el individuo se deprime y se siente desesperado.

Asimismo Lowen, (1982), hace referencia a que toda reacción depresiva se basa en la pérdida del amor de la madre. Para él la gente que sufre depresión tiene necesidades orales insatisfechas, necesitan sentirse sostenidos y apoyados, experimentar el contacto corporal, chupar, recibir atención y aprobación, sentir calor. A dichas necesidades orales se les llama así porque corresponden al período de la vida de la infancia en el cuál domina la actividad oral.

Una vez que hemos definido la depresión desde diferentes perspectivas, es importante mencionar las características de dicho trastorno y los diversos síntomas por los que atraviesa el individuo deprimido. A continuación se describen:

1.3. Características de la Depresión.

Cuando una persona se encuentra deprimida puede presentar una serie de síntomas que son característicos de dicho trastorno, con esto no se pretende mencionar que todos y cada uno de los síntomas descritos por diversos autores tienen que presentarse forzosamente en las personas que están pasando por este síndrome, sino que los síntomas que se mencionan más adelante son los más comúnmente encontrados en este tipo de personas.

Las descripciones clínicas, desde la clásica de Kraepelin hasta las más actuales, han ido enfatizando los diferentes componentes del cuadro depresivo, de acuerdo con el autor y probablemente la época. Es así que se han descrito diversos síntomas que presentan las personas deprimidas.

Hacia finales del año 1800, Kraepelin acentuó como característica de la depresión, la inhibición de la voluntad acompañada por la inhibición del pensamiento; posteriormente Bleuler, citado en Rojtenberg, 2001, hizo particular hincapié en la tristeza, la inhibición y la angustia; Weibrecht se refiere a la tristeza vital como principal característica del trastorno depresivo; Pelicier acentúa como componente a la inhibición, el “no poder” diferente al “no desear” y Kart Schneider se refiere al carácter vital de la depresión y al compromiso de los sentimientos ligados a lo corporal. En general dichos autores tenían en cuenta una base sintomática de la depresión que era la angustia, el ánimo depresivo, y la inhibición, (Rojtenberg, 2001).

Por su parte Kline (1974, citado en Widart, 1991), proporcionó una lista de los síntomas que acompañan a la depresión, teniendo en cuenta que el síntoma básico es que la persona pierde el gusto por las cosas y las actividades que hacen a la vida digna, además de otros como:

- Aburrimiento y el tiempo parece transcurrir muy lentamente
- Se rechazan las oportunidades de conocer gente, de salir, y los cambios favorables que pueda tener en el trabajo.
- Hay dificultad para concentrarse.
- No es fácil tomar decisiones, se olvidan los sucesos recientes, hay descuido en la apariencia y arreglo personal, el pensamiento se hace más lento y con mucha dificultad surgen ideas nuevas o creativas, el individuo se aísla y evita la compañía de sus amigos más íntimos, se cansa enseguida y le faltan ganas de hacer cosas nuevas.
- No es fácil que duerma. El insomnio de los estados depresivos es un síntoma bastante constante. No se trata de una simple dificultad para conciliar el sueño como la propia de los ansiosos, se despierta muy temprano y es incapaz de dormirse de nuevo, este despertar es precoz, al alba, viene frecuentemente acompañado de ideas negativas y constituye para el deprimido el momento más penoso del día, es el momento en el que suele sentirse más solo y abandonado. A medida que la depresión evoluciona, el insomnio se hará más grave y se presenta en el momento mismo de ir a la cama, a pesar de la ingestión de somníferos. Las pocas horas de sueño que se logran no aportan descanso y pueden surgir pesadillas que hacen más agitado el sueño.
- Hay cavilación
- Se lamenta por lo mal que se siente.
- Se pierde interés por el sexo, así como por las cosas personales.
- Se tiene una visión pesimista hacia el futuro, los pensamientos suicidas son muy frecuentes.
- Hay malestares físicos.
- Hay descuido en la alimentación, la pérdida de apetito, la pérdida de peso, los trastornos digestivos y el estreñimiento son signos que se

encuentran frecuentemente en los depresivos y que nos permiten comprobar como la enfermedad afecta al hombre en toda su persona.

Cabe señalar que los síntomas psicológicos de los estados depresivos no aparecen juntos en una persona; estos pueden ser generalmente el debilitamiento del humor, el llanto, la angustia, la irritabilidad, el sentimiento de culpabilidad, la desesperación, la falta de confianza en si mismo, el retardo psicomotor, los trastornos de la concentración y de la memoria, la pérdida de interés por las cosas, la incapacidad de tomar dediciones, el deseo de la muerte, y el delirio de autoacusación, (Widart, 1991)

Por otro lado podemos mencionar que dentro del DSM IV, existe también una lista de las características de la depresión.

- 1) Humor deprimido, la mayor parte del día, casi todos los días.
- 2) Pérdida de placer o interés por las tareas habituales.
- 3) Pérdida o aumento del apetito o peso sin dietas especiales.
- 4) Insomnio o hipersomnia.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 6) Pérdida de energía o fatiga.
- 7) Sentimientos de inutilidad, autorreproche o culpas excesivas o inapropiadas.
- 8) Disminución de la capacidad de pensar o de concentración.
- 9) Ideaciones recurrentes de muerte, suicidio o deseo de estar muerto.

Al respecto podemos decir que la mayoría de las personas se sienten de esta manera ocasionalmente durante períodos cortos, pero la verdadera depresión clínica a diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, suele presentarse sin razón aparente que la justifique. Puede aparecer acompañada de varios síntomas tales como las perturbaciones del sueño y de la comida, la

pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad, sentimientos de culpa, etc.

Con respecto a las manifestaciones de la conducta que existen dentro de las características de la depresión se encuentran desde la inhibición psicomotora hasta la excitación que deviene del componente ansioso. El depresivo se queja de no poder hacer nada, fruto de la inhibición y también de no poder disfrutar nada, (Rojtenberg, 2001)

Es importante recalcar que en ocasiones, el vínculo con las actividades se mantiene, pero no la gratificación que éstas le pueden aportar. De esta manera al no poder disfrutar de las buenas experiencias y sentir amplificado lo displacentero, la insatisfacción y el ánimo depresivo se incrementa aún más, así como la sensación de que no hay salida y el desamparo.

Así también existe una angustia que impide que el individuo depresivo se agilice ya que el pensamiento está retardado, y por ende sus ideas no son muy creativas, según el caso de disminución de la autoestima, autoreproches o ideas de decaimiento, pero más allá de estas alteraciones en el pensamiento, se puede decir que el depresivo no puede desarrollar una actividad preparatoria para una acción específica modificadora y creativa sino que, por el contrario, cavila todo el día.

Asimismo las manifestaciones psicósomáticas de la depresión son habituales, principalmente las cefaleas y algias epigástricas, con perturbaciones en el funcionamiento del aparato digestivo, (estreñimiento o diarrea). Fitch, (1994, citado en Rojtenberg, 2001), se refiere a la estrecha relación que existe entre la alexitimia, la depresión somatoforme y las situaciones de pérdida ya que los componentes alexitímicos “promueven” una somatización de la depresión.

Morrison, (1997), refiere que la alexitimia predispone al individuo a las perturbaciones psicósomáticas y a los abusos de droga. En este sentido, Taylor

hace una referencia a la menor fortaleza yoica y a la tendencia disfórica en los alexitímicos dependientes de sustancias psicoactivas.

Por su parte, el propio Rojtenberg, (2001), hace referencia al hecho de que la depresión se caracteriza por el abandono y el desgano, la retracción y la pérdida del interés por el mundo externo, la disminución de la capacidad de experimentar placer, la presencia de trastornos funcionales y del sueño, el pensamiento lento, y hasta en ocasiones una necesidad de castigo que pueden ser diversas expresiones de diferentes trastornos depresivos. Posteriormente, ya en casos más graves comienzan a aparecer las fantasías suicidas.

Un aspecto importante es que los síntomas que marcan el comienzo de la depresión pueden ser los mismos, aunque menos intensos que en el período de estado, por ejemplo, el insomnio de conciliación, el despertar temprano, el sueño no reparador pueden aparecer precediendo al decaimiento y al ánimo depresivo de modo que con el correr del tiempo se van haciendo más ostensibles.

Del mismo modo el sujeto percibe una progresiva tendencia a la reclusión y al encierro, está abatido, no encuentra razón o desencadenante que justifique su estado; aparecen también las alteraciones en el apetito, generalmente hiporexia, (comer en exceso), o anorexia, (dejar de comer), y surgen de igual forma diferentes dificultades en las relaciones sexuales (disminución del deseo, disfunción eréctil en el hombre e hiporgasmia o anorgasmia en la mujer).

La irritabilidad, el fastidio y las vivencias paranoides también pueden manifestarse en el caso de estos rasgos de personalidad previos. Tanto la vivencia paranoide como la vivencia hipocondríaca estarían relacionadas con la proyección del malestar "mental" en el medio social o en el cuerpo, respectivamente.

Igualmente las expresiones somáticas de la depresión pueden comenzar con síntomas vagos, inexplicables, erráticos y no mejorables por la terapéutica sintomática. Estas expresiones somáticas pueden acompañarse de las expresiones ideo-afectivo-conductuales de la depresión o bien transformarse en su única manifestación (“depresión somatoforme”); también aparecen alteraciones en el funcionamiento gastrointestinal, (Fernández, 1984).

Por otro lado, en la depresión son comunes las alteraciones de la capacidad cognoscitiva y de la memoria, con serias dificultades también en la concentración, salvo cuando se habla de su padecer, lo cual constituye un serio obstáculo en la recuperación, por lo que debe insistírsele que no realice tareas complejas, ya que por el fracaso en la realización se incrementa aun más la sensación de inutilidad y se cierra en un círculo vicioso: fracaso – retracción – depresión.

En cuanto a las perturbaciones del dormir, por lo general los acompaña el insomnio, en la depresión ansiosa, el insomnio suele ser de conciliación, les cuesta dormirse y por lo general recurren a diferentes medios, farmacológicos o no. También existe el insomnio medio en el cuál se despiertan de noche y no pueden o les cuesta conciliar el sueño nuevamente. En el insomnio tardío o el despertar temprano son características de la depresión melancólica y es cuando hay momento de riesgo suicida. En contraposición, la hipersomnía es un síntoma que también se presenta en la depresión, pero ésta es característica de las depresiones “atípicas”, (Rojtenberg, 2001).

En lo que respecta al deseo sexual, cabe señalar que éste se empobrece y también pueden aparecer la impotencia o la anorgasmia. La mujer padece alteraciones del ciclo menstrual, que pueden ser hipomenorrea, hipermenorrea o amenorrea, como también alteraciones en la duración de los ciclos.

Mientras tanto Lowen, (1982), menciona que una de las características de la persona deprimida es la incapacidad para responder, lo que distingue la

situación del deprimido de cualquier otra condición emocional. Nada es capaz de evocar una respuesta en la persona deprimida.

En casos de la depresión grave la pérdida de respuesta frente al mundo es claramente evidente, del mismo modo la persona deprimida vive en función del pasado, con la correspondiente negación del presente, solo que la persona deprimida no se da cuenta de que vive en el pasado, porque también vive en el futuro, un futuro irreal en relación al presente, como lo era el pasado mismo.

Asimismo, Lowen menciona que la irrealidad de la persona deprimida se manifiesta claramente en el grado en que ha perdido contacto con su cuerpo; hay una carencia de autopercepción, no se ve a sí mismo tal como es, ya que su mente esta centrada en una imagen irreal, no se da cuenta de sus rigideces musculares, pero estas limitaciones son las responsables de que no pueda realizarse como persona en el presente, no siente las perturbaciones en su funcionamiento corporal. La vida de su cuerpo en el presente se descarta como irrelevante porque sus ojos están fijos en una meta futura que considera la única importante.

La persona deprimida se encuentra presa por las barreras inconscientes del “se debería” y “no se debería”, que la aíslan la limitan y pueden incluso aplastar su espíritu, de esta forma, las personas que padecen este trastornos se ven afectadas no solo en el estado de ánimo sino también en los pensamientos y en el cuerpo ya que afecta la forma de comer y dormir; el concepto de sí mismo, su autoestima, y la manera en que uno piensa en general y de esta manera va impidiendo el desarrollo adecuado de la vida cotidiana. Dichas actitudes no se pueden controlar a voluntad o por deseo. La gente que padece este trastorno no puede componerse por sí misma o mejorarse, de ahí la importancia de que la persona reciba un tratamiento adecuado. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar por semanas, meses, años.

Los síntomas depresivos que se pueden presentar en una persona dependen en gran medida de las causas precisas que desencadenaron el trastorno, ya que como es bien sabido existen diversos factores ya sean biológicos, psicológicos, sociales, ecológicos o emocionales, causantes de la depresión.

1.4. Etiología de la Depresión.

Durante siglos se ha considerado a la depresión como un signo de debilidad física o mental, del mismo modo se ha rechazado la idea de que fuera un problema legítimo de salud. El trastorno depresivo, como ya se habló anteriormente, puede afectar el estado de ánimo, así como también puede desorganizar sus trastornos de sueño y comida, disminuir su impulso sexual, entre otras deficiencias. Así, la depresión filtra la visión general de las cosas y hace que los pensamientos sean más negativos y pesimistas, afectando así el concepto que se tiene de sí mismo.

Si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; el predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico.

La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro que se presente. Sin embargo es importante considerar que el estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el predominio del primero o de los segundos influirá en el tipo de depresión que se desarrollo en el individuo, (Calderón, 2001)

Para poder abordar más a detalle dicho trastorno, es necesario conocer las causas y los factores que intervienen para que la depresión se origine y se

desarrolle en una persona, en este caso se puede decir que es posible que se desarrolle por diversas razones, pues no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, a continuación se mencionarán los diversos factores que influyen en la manifestación de dicho trastorno.

1.4.1. Factores biológicos.

Una de las primeras ramas a las que la depresión ha estado atada es la medicina, por lo que ésta ha sido considerada como un trastorno médico; dentro de las diversas definiciones médicas se ha considerado que es una enfermedad con una base biológica que a menudo se ve influenciada por el estrés psicológico y social. Este modelo involucra a la genética, el estrés y los cambios en el funcionamiento corporal y cerebral como factores importantes en el desarrollo de la depresión.

Una de las principales causas que intervienen en el desarrollo de la depresión está enfocada en relación al aspecto fisiológico, las personas que padecen este trastorno pueden tener niveles anormalmente bajos de ciertas sustancias químicas del cerebro y actividad celular más lenta en áreas del cerebro que controlan el estado de ánimo, el apetito, el sueño, y otras funciones.

Con respecto a lo genético podemos decir que los factores genéticos desempeñan un papel fundamental en muchas enfermedades humanas, influyendo así sobre la gravedad o progresión de una enfermedad. Cabe señalar que una persona tiene mayor riesgo de heredar la depresión cuando existe la participación de múltiples genes. Un ejemplo de dicha relación genética es cuando niños cuyos padres biológicos tuvieron o tienen depresión, tienen mayor probabilidad de presentar depresión que los niños que no tienen padres con antecedentes depresivos, (Kramlinger, 2001).

Según la teoría algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maniaco-depresiva. Algunos investigadores han tratado de demostrar que la tendencia a presentar éste tipo de depresión aumenta en proporción con el grado de parentesco con la persona deprimida que se tome como referencia, (Calderón, 2001)

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

- a) 0.4% en población general
- b) 23.5% en padres
- c) 16.7% en medios hermanos
- d) 23.0% en hermanos
- e) 26.3% en gemelos dicigóticos
- f) 100% en gemelos monocigóticos

Existe la posibilidad de que un pariente de una persona deprimida padezca también depresión psicótica, hay de un 10 a un 15% de posibilidades de que su hijo presente un cuadro semejante. Si el afectado fuera no un progenitor sino un hermano de éste, el riesgo empírico sería casi de la misma magnitud. Pero si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus descendientes afrontarían un 50% de posibilidades de padecer el mismo síndrome. Con parientes más lejanos, como, abuelos y primos se ha observado que el riesgo desciende a un 3 ó 4%.

Es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia. Quizá no se podría hablar en estos casos de una herencia directa de la depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede suceder con otros trastornos.

Además es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión, y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en algunos de sus allegados.

Hay datos que indican, al menos aparentemente, que no sólo existe la posibilidad de heredar la depresión, sino también la forma de respuesta al tratamiento. Investigaciones realizadas al respecto parecen demostrar que si un depresivo responde bien al tratamiento con tricíclicos, con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), o con otras drogas antidepressivas, sus parientes deprimidos también responderán favorablemente al tratamiento con el mismo tipo de medicamento, (Calderón, 2001)

Por otro lado, existen más tipos de problemas fisiológicos que pueden causar la depresión, uno de ellos se refiere a los problemas tiroideos debido a que la glándula tiroides produce y libera hormonas que ayudan a regular la temperatura corporal, frecuencia cardíaca y metabolismo. Si la glándula libera poca hormona su metabolismo es lento. Tener una tiroides hipoactiva puede causar depresión. Otros trastornos que derivan de desequilibrios hormonales pueden también precipitar la depresión. Incluyen también trastornos de la glándula paratiroides y de las glándulas suprarrenales, (enfermedad de Cushing y enfermedad de Addison). Muchas personas deprimidas tienen cantidades anormales de ciertas hormonas en la sangre, los médicos consideran que el aumento o disminución de ciertas hormonas pueden interferir con la química natural del cerebro y llevar a la depresión.

En cuanto a las enfermedades cardíacas Kramlinger, (2001), refiere que así como la depresión aumenta su riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca o de tener un ataque cardíaco, lo inverso también puede ser posible ya que cierto porcentaje de la gente hospitalizada por alguna enfermedad del corazón presenta cierto grado de depresión.

Otro padecimiento que está relacionado causalmente para el surgimiento de la depresión es el ataque cerebral, el cuál ocurre cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se bloquea o rompe, disminuyendo el aporte de sangre al cerebro. Las personas que han tenido un ataque cerebral tienen mayor riesgo de padecer depresión. En ocasiones resulta difícil distinguir los signos y síntomas de la depresión de los efectos del ataque cerebral, que pueden incluir dificultades con la memoria, agitación y fatiga.

En cuanto al cáncer podemos decir que cuando se padece es muy probable que también exista depresión, la gente que tiene historia de depresión tiene mayor probabilidad de deprimirse después de desarrollar cáncer. Un aspecto interesante es que la depresión a menudo no se reconoce y no se trata en la gente con cáncer por dos razones; una de ellas es que la tristeza y el pesar son reacciones naturales al cáncer y pueden semejar depresión, otra es que también se sobreponen signos y síntomas como fatiga y pérdida de peso. Asimismo es importante mencionar que mientras exista un tratamiento de la depresión en la gente con cáncer, se mejorará notablemente su estado de ánimo y sistema inmune.

Así también la depresión es frecuente en personas que padecen Alzheimer ya que aproximadamente 40 % de la gente con enfermedad de Alzheimer tiene estado de ánimo deprimido y el 20 % desarrolla depresión; los síntomas de la depresión en personas con Alzheimer pueden incluir irritabilidad y agitación. De igual forma la enfermedad de Parkinson va de la mano en algunos casos con la depresión, (el 50% de la gente la desarrolla). Algunas investigaciones han observado que la depresión precede a menudo al desarrollo de la enfermedad de Parkinson, (Widart, 1991).

En cuanto al dolor crónico podemos decir que también este tipo de padecimiento combinado con el estrés diario crea a menudo una situación

emocional de la que puede ser difícil salir, estudios demuestran que hasta la mitad de la gente que tiene dolor crónico presenta depresión leve o severa.

Otras de las enfermedades que pueden aumentar el riesgo de depresión incluyen enfermedades de los riñones, artritis reumatoide, enfermedades pulmonares crónicas, SIDA e infección por el VIH, un tumor o traumatismo cerebral, lesiones de la médula espinal, diabetes, esclerosis múltiple y epilepsia.

1.4.2. Factores sociales.

En cuanto a los factores sociales que intervienen en el desarrollo de la depresión podemos mencionar que en ocasiones las personas atraviesan por períodos en los que hay pérdidas, dificultades, etc, estos períodos pueden estimular el crecimiento personal o espiritual, sin embargo en el peor de los casos pueden conducir a las personas a un declive en su vida diaria y por ende a padecer depresión. Uno de estos problemas es el estrés ocasionado por el congestionamiento, el tránsito y las preocupaciones económicas, hasta acontecimientos más personales como el rompimiento de una relación significativa o la muerte de un familiar. Asimismo los cambios de vida pueden ir desde sobrevivir a una catástrofe o pasar acontecimientos como lo son la jubilación, o el desempleo; en relación a esto se puede decir que algunas personas podrían ver la jubilación como un final y una pérdida o podrían ver el desempleo como cuestión de mala suerte o que el mundo está en su contra llevando así a la persona a caer en un estado depresivo. Claro está que estos problemas no son determinantes de la depresión pero son un punto importante que se debe considerar y puede aumentar el riesgo de padecerla, (Sabanés, 1993).

Otro factor social que puede originar la depresión es la existencia del estrés laboral, al respecto podemos mencionar que gran cantidad de personas sino es que la mayoría, en algún momento sufren algún tipo de situación estresante en su

trabajo lo cuál contribuye a que las empresas pierdan productividad por trabajador a causa del estrés, la ansiedad y la misma depresión lo cuál hace que se origine así un círculo vicioso ya que si existe desempleo hay depresión y si existe depresión en una persona, ésta puede perder su trabajo por falta de energía y disposición para laborar eficazmente.

De igual forma, encontramos que otro factor social que contribuye a la existencia de la depresión es hecho de que las mujeres trabajen, ya que en ocasiones tienen que cubrir un segundo turno además de estar al pendiente de los hijos y del hogar incrementando así la tensión en el trabajo y la familia. Esto sin tener en cuenta que en nuestro país existe un número considerable de madres solteras que logran sobrevivir solo con su empleo y propia manutención.

Por otro lado estudios de familias han encontrado tasas elevadas de depresión en los parientes de alcohólicos, lo cuál podría indicar que dicho problema social ha influido en gran medida para que se den situaciones estresantes en dicho estilo de vida, asimismo la posible disfuncionalidad interviene para que en este tipo de familias se genere la depresión, (Kramlinger, 2001).

Un estudio enfocado a la pérdida de la pareja, efectuado en Inglaterra y Gales, en más de 4000 hombres viudos, demostró que durante el primer año de viudez éstos tenían una tasa de mortalidad mayor que la de los individuos con características demográficas semejantes.

Durante los primeros cuatro o seis meses posteriores a la muerte de la esposa, la tasa de mortalidad de los viudos aumento en más de 140% , en comparación con hombres de la misma edad y nivel social; después de este lapso la diferencia iba disminuyendo hasta llegar a ser igual un año después.

Hay otros indicadores que señalan que la muerte del cónyuge o alguna otra pérdida muy sensible origina un fuerte impacto que hace que personas con

antecedentes de alcoholismo aumenten su ingestión de bebidas alcohólicas, y que otras incrementen el uso de tranquilizantes o el número de cigarrillos; es decir, en todos los casos los humanos reaccionan con todo su organismo, a la destrucción de sus vínculos afectivos, (Calderón, 2001).

Es importante mencionar que durante siglos los tres sistemas de apoyo más significativos han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, y desde que se inició la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales disruptivos, como la depresión, el miedo y la ira; sin embargo, es característica de la época actual la desintegración de estas tres fuentes de apoyo.

Causas sociales de la depresión según Calderón (2001):

- ◆ Desintegración de la familia
- ◆ Disminución del apoyo espiritual de la iglesia
- ◆ Falta de vínculos con los vecinos
- ◆ Migraciones
- ◆ Incremento de la violencia y de la delincuencia.

Es bien sabido que los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos; que muchas familias se reúnen sólo en ocasiones especiales, como bodas, bautizos, o entierros; que el divorcio se incrementa día a día, y que es habitual que los jóvenes traten de independizarse tan pronto como tienen los medios económicos que les permiten hacerlo.

La iglesia, por su parte, como apoyo social ha desempeñado papeles importantes; da un sentido cognoscitivo a la vida, brinda consuelo durante los periodos de desesperación, especialmente si están relacionados con la muerte, y presta servicios sociales a los enfermos, huérfanos, ancianos, etc. No obstante, en la actualidad los lazos religiosos se están debilitando y cada día es mayor el

número de personas que hacen gala de un materialismo ateo, en donde el sujeto debe depender de sí mismo, (Calderón, 2001).

En lo que se refiere a la comunidad de vecinos, el vivir en una época de acentuada movilidad personal y urbana impide establecer contacto y amistad con las personas que nos rodean. Las relaciones de vecindad, afecto y apoyo emocional que existían hace unas décadas se han roto por completo. Hoy en día, lo habitual es que con dificultad conozcamos a las personas que habitan las casas colindantes a la nuestra, y el resto de la comunidad suele sernos tan extraña como pueden serlo los habitantes de otra ciudad.

Un problema grave que se ha presentado en los últimos tiempos, es la migración de campesinos a las grandes ciudades en busca de mejores condiciones de vida. La dificultad para lograr estos fines, la pérdida de sus relaciones familiares y sociales, así como las condiciones precarias en que tienen que instalarse, generalmente en áreas marginadas, constituyen un serio problema que afecta considerablemente el estado afectivo de la población.

Asimismo el gran incremento de la violencia y de la delincuencia en los últimos años influye en gran medida a desequilibrar el estado físico y psicológico de las personas.

1.4.3. Factores emocionales.

Dentro de los factores emocionales que pueden ser detonantes para que surja la depresión podemos encontrar las pérdidas significativas que originan pesar, tristeza y posiblemente depresión probablemente grave. En este caso es común que la pérdida o muerte de un ser querido se relacione en gran medida con el trastorno depresivo. No obstante aquí podemos incluir desde la pérdida de un familiar hasta la pérdida laboral.

En cuanto a las relaciones sentimentales encontramos también que las dificultades entre los cónyuges pueden predisponer a las personas a episodios depresivos. En general las discusiones y la relación disfuncional entre la pareja contribuyen a que las personas se divorcien y por lo tanto presenten algún síntoma depresivo o bien la crisis completa.

1.4.4. Factores psicológicos.

Dentro de los factores psicológicos que pueden intervenir en la aparición de la depresión se encuentran diversos puntos que es necesario destacar.

Uno de ellos es el estrés que se origina después de una tragedia, o un evento traumante en el pasado como bien puede ser, haber sufrido de abuso sexual en la infancia, haber vivido en una familia con la existencia de violencia intrafamiliar, haber tenido unos padres con un alto nivel de conflicto entre ellos, haber tenido a alguno de los padres enfermo, haber perdido a uno de los padres por divorcio, muerte o abandono. Estos factores pueden ser precedentes para que si la persona sufrió de alguno de ellos en su infancia, en la vida adulta padezca algún episodio depresivo, (Kramliger, 2001)

En cuanto al abuso, cabe mencionar que existen tres tipos de éste que pueden originar en la persona que lo padece cierta vulnerabilidad a padecer depresión, el abuso sexual, el abuso físico y el abuso emocional. Al respecto del abuso sexual y físico se ha identificado que los casos de intentos de suicidio y depresión son mayores por tener dicho antecedente. Asimismo las mujeres que sufrieron abuso en la infancia tienen mayor probabilidad de presentar depresión en la vida adulta. Cabe destacar que aunque en hombres es menor el número de casos por abuso sexual en la infancia, es el mismo pronóstico para su vida adulta.

Otro factor psicológico que contribuye a la aparición del trastorno depresivo es el estrés postraumático, el cuál surge de una situación o evento desagradable en el cuál posiblemente estuvo en riesgo la vida misma de la persona, un ejemplo de esto puede ser generalmente una violación, un secuestro, una catástrofe natural, o un accidente. Debido a esto la vida de las personas comienza a perder la estabilidad de antes y el estrés aumenta conjuntamente con la depresión.

Por otra parte se encuentra lo que Kramlinger, (2001), llama “impotencia aprendida” que surge cuando las personas se encuentran en una situación difícil y pierden la esperanza de poder controlar, cambiar o mejorar una situación y se dan por vencidos antes de intentarlo. Esta impotencia puede manifestarse ya sea en el trabajo, en la familia o hasta personalmente en los problemas de salud, dicho factor puede hacer al individuo más propenso a caer en depresión.

Es así que, las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel importante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo. Estos rasgos no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia de los miembros de la familia, (Calderón, 2001).

De esta manera Calderón (2001), señala que existen tres tipos de causas (determinantes, desencadenantes y pérdida del objeto), que influyen para que se presente la depresión en los individuos.

1) Causas determinantes

Existe la creencia de que casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez, y de que, para

entender la neurosis de un paciente, se deben relacionar los síntomas del enfermo con alguna situación problemática que no fue resuelta durante la infancia.

Es frecuente que durante la infancia se presenten algunos trastornos, como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez y unicofagia, entre otros, que se conceptúan como problemas de personalidad y de conducta. Probablemente estas manifestaciones deban considerarse como signos de conflictos específicos y de factores situacionales que han producido angustia y que han determinado la aparición de síntomas neuróticos o de rasgos caracterológicos neuróticos; sin embargo, no basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas que circunstancias especiales han dejado durante los primeros años de vida; también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que en la vida del paciente han tenido algún significado, y de tensiones familiares, incluyendo las matrimoniales o sexuales. Además se debe distinguir si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes, o si son elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficientemente estructurada. En muchos casos se encontrará que una adaptación aparentemente adecuada es en realidad la máscara que oculta viejos problemas.

2) Causas desencadenantes

Entre las causas inmediatas, con frecuencia se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia. Cuando intervienen estos factores entran en conflicto con la personalidad del paciente, produciéndole angustia. Esta angustia, engendrada por un súper ego demasiado severo y exigente, al ser estimulada por una situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas neuróticos.

Las neurosis son más frecuentes en la mujer que en el hombre, en parte porque en ella la represión de las necesidades y de los instintos biológicos básicos (como el sexual) es más rígida; sin embargo, la vida psicosexual con sus tabúes y restricciones sociales, no constituye el único factor, ya que cualquier necesidad o deseo apremiante y fundamental contra cuya expresión tiene que construirse una barrera defensiva puede originar síntomas neuróticos. Por otra parte, la insatisfacción o la desilusión matrimonial crónica originada con frecuencia por la falta de afecto por parte del compañero, la responsabilidad de la mujer en la educación de los hijos, que la vorágine del mundo actual ha dejado sólo en sus manos, ante la indiferencia del padre que aduce motivos de trabajo para justificar su ausencia como ejemplo y como autoridad en el hogar, y la frecuencia con que en la actualidad tiene que trabajar fuera de casa para mejorar el ingreso familiar, sin abandonar el cuidado del esposo y de los hijos, son otros tantos factores que le provocan tensión, angustia y depresión.

3) Pérdida del objeto

En cuanto a la depresión neurótica, el psicoanálisis hace hincapié en que el elemento "pérdida" es de vital importancia; la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, como el afecto o la autoestima, o ser inminente y amenazadora, como la juventud que se va, un negocio tambaleante, o un poder sexual declinante. Lo que importa no son los hechos sino la actitud del individuo ante ellos, (Calderón, 2001).

La pérdida del objeto durante la etapa de desarrollo podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta. La resistencia personal de la pérdida es variable; hay personas que son demasiado sensibles a ella, y otras que la soportan sin perturbarse.

a) Pérdida del objeto durante la infancia

En las etapas del desarrollo, el cuidado materno es importante; si el niño no tiene una relación satisfactoria con su madre, podría volverse reservado y ser incapaz de tener relaciones adecuadas en otras etapas de la vida.

Algunos estudios realizados por Bender, Levy y Golfarb citados en Calderón (2001), han demostrado la relación etiológica entre la carencia afectiva en la primera infancia y determinados trastornos de la personalidad que pueden persistir hasta la edad adulta. Tarde o temprano el niño descubre que la madre y él no forman parte de un todo.

Con base en una clara diferenciación entre su propio ser y el mundo, el niño aprende a decir “yo” y comienza su autoafirmación. Cuando el niño no recibe el cuidado adecuado por parte de la madre, trata de evitar que ella se aleje, estableciéndose relaciones simbióticas entre niños y progenitores, las cuales podrían originar serios problemas psicológicos.

Cuando no existe una relación “normal” entre el padre, la madre y el hijo, cualquiera de los dos padres, por lo general la madre, es blanco de fuertes sentimientos de ambivalencia que originan una relación conflictiva e insatisfactoria, (Calderón, 2001).

b) Pérdida del objeto durante la adolescencia

La adolescencia es la etapa de la vida que el individuo deja de ser niño para ser adulto; sus esfuerzos por alcanzar la madurez y lograr su independencia pueden originarle un periodo de turbulencia emocional.

El adolescente “normal” suele padecer alteraciones emocionales y ligeros cambios de la personalidad, a menos, que por represión, no haya podido resolver los problemas propios de esta etapa. Cuando esta situación se presenta puede provocar trastornos de la personalidad durante la edad adulta.

La pérdida de objeto en la adolescencia coincide con la pérdida de la protección familiar. El abandonar la imagen de sus progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles le origina la depresión, que generalmente se manifiesta como una reacción de rebeldía y desafío.

Cabe resaltar que hay factores que influyen en el desarrollo “normal” del adolescente, originándole severas depresiones que podrían llevarlo hasta el suicidio. Estos factores son: su ambivalencia en relación con el logro de su independencia, el inicio de su actividad sexual y las presiones de sus compañeros.

Lograr la propia identidad es una de las metas del adolescente; sin embargo no es fácil dejar de depender y de estar protegido por los mayores, sobre todo cuando es tan poco lo que se tiene que dar a cambio. Al querer probar ante sí mismo y ante el mundo que es un individuo autónomo, el adolescente provoca con frecuencia reacciones antisociales, autodestructivas y extravagantes; aún cuando intenta demostrarse que es su “propio jefe”, el adolescente entra en conflicto con sus progenitores o con las autoridades de la comunidad. Las discusiones en casa, la vagancia, la tendencia a consumir alcohol u otra droga, y el fracaso en las labores escolares son ejemplos claros de este proceder (Calderón, 2001).

c) Pérdida del objeto durante la edad adulta.

La pérdida del objeto en el adulto puede ser la pérdida de un ser querido, de una situación económica, de poder o de salud.

La muerte de un familiar cercano, por ejemplo, de la esposa, madre, hijo, etc., afecta en todas las circunstancias. Si el deceso es inminente, ya sea por la edad de la persona, o por una enfermedad grave y sin esperanzas de recuperación, el hecho se acepta con mayor resignación, sobre todo cuando el ser querido tiene sufrimientos intensos, pues la muerte en estos casos se considera como una solución al dolor. Si la muerte es repentina es más difícil que la persona salga del duelo.

Cuando la pérdida de la persona no es por muerte sino por ausencia, como en los casos de divorcio, abandono, requerimiento laboral o militar, etc., la magnitud de la respuesta esta condicionada por la intensidad de los lazos de afecto entre las dos personas, el motivo de la separación, la duración de la misma, la resistencia personal ante el problema y las expectativas futuras para reanudar la relación; en cada caso la respuesta es diferente.

En otras ocasiones la pérdida de la persona no es por muerte ni por ausencia; vive en su hogar, pero está presente en forma esporádica, o bien esta allí para mantener una situación de prestigio personal y evitar la desaprobación social. Esta situación de convivencia indiferente o agresiva suele ser más dañina que las anteriores.

Los problemas de tipo laboral también son factores psicodinámicos importantes. Hay dos principios que se consideran básicos para tener una buena salud mental “trabajar en un lugar a gusto y vivir en un lugar feliz” (Calderón, 2001). Como la lucha por la vida es cada día más difícil en la sociedad de consumo en que vivimos, el mundo fascinante que nos ofrecen los medios masivos de comunicación, y la facilidad del poder de compra mediante tarjetas de crédito u otras facilidades de pago, han hecho la frase “viaje ahora y pague después” una de las más grandes preocupaciones del hombre actual, ya que si bien la compra es fácil, el pago de cuentas acumuladas es una seria carga para la economía del hogar.

La compra de artículos cuyo uso se inicia como una novedad, y que la costumbre transforma en una necesidad, implica tener que trabajar un gran número de horas al día para poder pagarlos. Por tanto, al menos en países como el nuestro, muchas personas tienen que laborar dos turnos, sacrificando horas de descanso y esparcimiento con la familia, con todos los problemas individuales y sociales que esto implica. Es así que alcanzar una buena situación económica es

una de las metas básicas hoy en día; perder esta situación es un factor desencadenante de depresión, tanto más dinámico, más difícil se torna la competencia en una sociedad en la que el desempleo y la inflación se incrementan cada día.

La pérdida del poder es otro factor importante que altera la estabilidad afectiva del individuo, pues determina actitudes inusitadas y conductas inadecuadas ante una situación de hipertrofia de la personalidad. Su pérdida determina quebranto, angustia y depresión.

La pérdida de la salud con frecuencia produce depresión. Enfermedades graves como el cáncer; incapacidades físicas, como las amputaciones; alteraciones estéticas, como quemaduras, heridas y algunas enfermedades cutáneas; o padecimientos que afecten la autoestima del individuo, como la impotencia sexual, suelen desencadenar severos cuadros depresivos.

Así también existe otro factor psicológico que puede influir en la aparición de la depresión y el cuál es aportado por Lowen (1982) basándose en la teoría psicoanalítica, propone que toda reacción depresiva se basa en la pérdida del amor de la madre. En este sentido Lowen señala que la depresión surge debido a que en la infancia predominaron las necesidades orales insatisfechas, tales como la carencia del contacto corporal, el no sentirse apoyado, protegido, sostenido y el no recibir atención, en general se puede decir que a estos individuos se les privó de amor materno en la infancia.

Dichas necesidades orales insatisfechas se manifiestan en que la persona adulta presenta una incapacidad de estar solo, tiene miedo a la separación, exceso en el habla o en otra actividad, jactancia u otras maniobras que logren atraer la atención, sensibilidad al frío y una actitud dependiente. Un aspecto importante que Lowen resalta es que las necesidades orales insatisfechas durante la infancia no se pueden satisfacer en la vida adulta ya que la seguridad que no se

recibió en la infancia es imposible recuperarla a través de figuras sustitutivas de la madre. Por mucha atención, admiración, aprobación o amor que se brinde a una personalidad oral, será imposible llenar el vacío interior que genera la depresión.

De esta manera se puede decir que las causas psicológicas de la depresión son diversas, y afectan al ser humano en cualquier etapa de la vida.

1.4.5. Factores Ambientales.

En cuanto a los factores ambientales podemos encontrar aspectos como los problemas de tránsito, la contaminación, el ruido y la pérdida del territorio. Estos agentes forman parte de un todo en el que el individuo se desenvuelve cotidianamente.

El hombre ha venido modificando su hábitat, sometiendo gradualmente a la naturaleza en la búsqueda continua de sus satisfacciones. Como ésta tiene sus propios mecanismos de defensa y autopurificación, durante siglos logró mantenerse en equilibrio, lo cual permitió al ser humano una vida tranquila y saludable. No obstante, durante la última centuria de la humanidad alcanzó un grado de desarrollo científico y tecnológico tal, que superó con mucho lo logrado en miles de años. Este desarrollo proporcionó mayor bienestar en el hombre, pero también tuvo otras consecuencias negativas, como: un aumento acelerado de la población mundial, la explotación inmoderada de los recursos naturales, la producción incontrolada de sustancias contaminantes y una cantidad exorbitante de desechos, generando con ello una severa contaminación ambiental y por lo tanto un desequilibrio ecológico, (Calderón, 2001).

Problemas de tránsito

En cuanto a la influencia de este factor cabe mencionar que el capitalino vive en un medio en el que se generan innumerables accidentes y pérdidas

económicas; donde la circulación es lenta y hay problemas de estacionamiento; donde hay contaminación ambiental tanto por gases tóxicos como por ruido; donde las distancias obligan a reducir las horas de descanso, etc.

Estos factores dañan gravemente la salud mental de los habitantes de la gran ciudad. Por otra parte este problema va en aumento, no sólo a la elevada tasa de crecimiento de la población, sino también al cada vez mayor número de vehículos, cuyo ritmo de crecimiento es dos veces mayor al de la población

El ruido

Los daños psicológicos y orgánicos producidos por el ruido son: insomnio o sueño no reparador, fatiga física e intelectual, irritabilidad en todas formas, trastornos del carácter, trastornos cardiocirculatorios (aumento de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial) y sordera. Los estados de fatiga o de desequilibrio afectivo y neurovegetativo engendran con frecuencia una hipersensibilidad al ruido, estableciéndose un círculo vicioso difícil de romper.

Como es bien sabido el ruido altera el reposo y el sueño. Después de una jornada de trabajo, el ser humano necesita relajarse ya sea mediante el reposo o realizando una actividad libremente elegida, pero esto no siempre se logra cuando hay exceso de ruido. Por otra parte, el ruido dificulta la comunicación con los demás, tanto en la vida privada como en el trabajo. Algunos estudios pretenden demostrar que en los trabajadores que realizan actividades ruidosas, las relaciones de orden familiar y profesional a menudo están más perturbadas que en los demás trabajadores; tal vez la causa sea el exceso de tensión afectiva y un comienzo de sordera que dificulta la comunicación.

Impacto del desequilibrio ecológico sobre el hombre actual

Cada día, el hombre moderno está expuesto a una serie de choques que le suscitan tensión enajenante, hipertensión, angustia e inseguridad. A esta tensión y ajuste de síntomas, el profesor Walter Cannon, de la Universidad de Harvard, le

denomina “Síndrome del hombre para escapar o pelear”. La criatura primitiva se enfrentaba a situaciones de choque por la vía natural: escapaba o peleaba; en cambio el hombre contemporáneo, sometido al rigor y al compromiso psicológico del precepto moral, debe utilizar otros medios distintos de la riña y de la huida física: los de la represión sistemática, que por su carácter conduce a circunstancias conflictivas.

Pérdida del territorio

La pérdida del territorio es un aspecto que en la actualidad está generando estrés, agresividad y preocupación. En los últimos tiempos la población ha ido avanzando de manera excesiva, por ende el hombre cada vez está más invadido en cuanto a su espacio privado, familiar y laboral. Cabe señalar que cada vez es menos común vivir en un lugar tranquilo y libre de contaminación, ruido y sobre todo libre de sí mismo. Los espacios entre casa y casa cada vez son más pequeños y no se diga en las avenidas, las oficinas, los supermercados y los transportes públicos. Este hecho ocasiona que el individuo se sienta cada vez más y más invadido en su territorio, lo cuál genera un estrés constante puesto que tiene que hacer uso de su capacidad de competencia, competir por un espacio, competir por un trabajo, por un salario y en el peor de los casos competir por una posición en cuestión de género.

Con respecto a esto último Clare, (2005), señala que el hombre como tal está perdiendo su poder y por ende el patriarcado está desapareciendo, es cierto que no está perdido del todo pero el tiempo de la autoridad, la dominación y el control masculino está llegando a su fin, el poder masculino se está conmocionando. En las escuelas primarias, secundarias y hasta universidades de Europa y de muchas partes del mundo, tienen un rendimiento de las chicas superior al de los chicos. En la unión Europea se gradúa un 20 por ciento más de mujeres que de hombres. En México tan solo en las bolsas de trabajo, la solicitud del género femenino es más frecuente, a pesar de que la situación de la remuneración todavía es desigual entre ambas partes.

Es así que ambas partes tienen que luchar cotidianamente por un lugar, no solo a nivel familiar o profesional, sino en todos aspectos, la especie humana tiene que estar en una constante lucha por mantenerse inmersa a un grupo en el cuál obtenga herramientas para poder sobrellevar acontecimientos y sobrevivir a la vida diaria, aunque el costo de esto sea tener que enfrentar en todo momento el estrés, ansiedad, intranquilidad, riñas, etc.

El hombre posee delicados mecanismos de adaptación a su medio físico. La naturaleza no pudo prever la vorágine, la estampida de la tecnología que en la segunda mitad del siglo XX habría de avasallar al hombre, avanzando tan de prisa que ha superado con creces la máxima velocidad de la capacidad orgánica para la adaptación.

Es así que al igual que señalamos las causas de la depresión, podemos decir que existen deferentes tipos de ésta y el factor que los diferencia es la duración, la intensidad y los síntomas. No obstante entre ellos se pueden encontrar también semejanzas.

1.5. Tipos de depresión.

Cabe señalar que la importancia de clasificar los diferentes tipos del trastorno depresivo radica en que se deben encontrar las características de cada una para lograr una focalización en el tratamiento.

Kramlinger, (2001), clasifica principalmente los siguientes tipos de depresión:

- Depresión mayor.
- Distimia.
- Trastornos de adaptación.
- Trastornos bipolares.
- Depresión leve, moderada y seria.
- Depresión suicida.
- Depresión aguda o crónica
- Episodio único o depresión recurrente.
- Depresión melancólica.
- Depresión catatónica.
- Depresión atípica.
- Depresión psicótica.
- Depresión posparto

Depresión mayor

Con respecto a la depresión mayor es importante destacar que en México y en otros países es la forma más frecuente de depresión, la cuál se caracteriza por que las personas que la padecen sufren un cambio del estado de ánimo que dura más de dos semanas y por lo general existen sentimientos profundos de tristeza, se pierde el interés o placer por las actividades que antes se disfrutaban, asimismo existe pérdida o aumento considerable de peso, alteraciones en la alimentación y en el sueño, fatiga o falta de energía, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, pérdida del deseo sexual y pensamientos de muerte o de suicidio. Dichos episodios duran de 6 a 8 meses, teniendo en cuenta que el primer episodio puede empezar a cualquier edad pero tiene mayor ocurrencia entre los 25 y 45 años de edad.

Distimia.

La distimia es una forma prolongada de depresión leve, ésta se caracteriza porque dura aproximadamente de dos a cinco años. Con la existencia de la

distimia la persona no queda incapacitada ya que los episodios del trastorno se pueden alternar en intervalos breves, sin embargo si interfiere en el trabajo y el desarrollo personal (trabajo, familia, socialización). Los síntomas que la caracterizan son semejantes a los de la depresión mayor pero en menor grado, estos pueden ser: dificultad para concentrarse, aislamiento social, irritabilidad, inquietud o pasividad, trastornos de sueño, pérdida o aumento de peso.

Trastornos de adaptación.

Los trastornos de adaptación son eventos estresantes que hacen que la persona pierda en cierta medida su estabilidad (afectiva, económica, laboral), debido al desequilibrio la persona puede caer en un estado de desadaptación y por ende puede padecer depresión pero no al grado de caer en una depresión mayor. Dentro de los criterios para considerar un episodio de trastornos de adaptación se encuentra la vulnerabilidad ante los cambios, por ejemplo los adultos pueden volverse más ansiosos o deprimidos debido a una posible despido o jubilación.

Trastornos bipolares.

El trastorno bipolar se refiere a aquellas depresiones que tienen episodios recurrentes de depresión y de euforia, es decir, las emociones se encuentran en ambos extremos. Los síntomas de la depresión pueden ser incluso los característicos de la depresión mayor y los de la euforia pueden ser: euforia excesiva, disminución del sueño, irritabilidad inusual, deseo sexual aumentado, creencias irreales de las capacidades y habilidades propias y abuso de alguna droga. Cabe señalar que dichos síntomas van aumentando con el lapso del tiempo, así como su frecuencia, y el tratamiento es esencial para evitar el riesgo de suicidio o el agravamiento de la misma enfermedad. Este tipo de trastorno aparece generalmente en la adolescencia o en la vida adulta temprana.

Depresión leve, moderada y seria.

La depresión leve implica síntomas que no son tan intensos y pueden interferir en un menor grado en la vida cotidiana, la depresión moderada incluye síntomas más intensos y más alteraciones en los contextos en los que se desenvuelve la persona. Por otro lado la depresión seria implica un conjunto de síntomas con mayor intensidad y a diferencia de la depresión leve, ésta si interfiere en las actividades diarias de la persona.

Depresión suicida.

Este tipo de depresión está ligada a la depresión mayor, por lo tanto el individuo generalmente tiene el deseo de morir, de esta manera puede cometer intentos de suicidio e incluso llevarlos a cabo.

Depresión aguda o crónica.

Esta depresión se caracteriza principalmente por la duración de los síntomas, si éstos duran un período corto entonces la depresión se llama aguda, sin embargo, si los síntomas han estado presentes más de seis meses, la depresión se considera crónica.

Episodio único o depresión recurrente.

Cuando solo una vez en el transcurso de la vida se ha presentado un episodio depresivo, significa que no existe una historia previa y por lo tanto el evento fue solo momentáneo el cuál pudo ser originado por un evento en particular.

Depresión melancólica.

La depresión melancólica está relacionada con la incapacidad para disfrutar las actividades diarias de la vida cotidiana, las personas con esta depresión padecen apatía y tiene falta de energía, despiertan muy temprano, sus movimientos son lentos y también suelen tener sentimientos de culpa infundados.

Depresión catatónica.

Esta depresión tiene como característica principal la catatonía que significa que la persona está inmóvil por mucho tiempo, asimismo habla muy poco y asume posturas poco comunes, la persona por lo general mira fijamente hacia un lugar sin moverse, hacen gestos o repiten palabras sin sentido aparente.

Depresión atípica.

Las personas con este tipo de depresión pueden experimentar alegría, pero en episodios cortos, no obstante se vuelven sumamente sensibles al rechazo, comen y duermen más de lo habitual y generalmente se sienten fatigados. Dicha depresión puede aparecer en la adolescencia o en la vida adulta joven y puede volverse crónica.

Depresión psicótica.

La gente que tiene depresión psicótica suele sufrir alucinaciones o delirios, dichos delirios están infundados por creencias falsas que persisten a pesar de la evidencia en su contra, estos pueden ser paranoides, económicos o médicos. Las personas con delirios paranoides a menudo sospecha por la intención de los que las rodean, la gente con delirios económicos tiene la creencia de que ha empobrecido y las personas con delirios médicos o de salud, creen que están enfermos de alguna enfermedad grave.

Depresión posparto.

Este tipo de depresión es característico de las mujeres que han dado a luz recientemente, ellas generalmente tienen sentimientos temporales de tristeza después del parto, se le llama a esta también la “tristeza del bebé” y tiende a disminuir gradualmente con el tiempo además de que generalmente no requiere tratamiento. Sin embargo un episodio de depresión posparto aumenta la probabilidad de tener episodios depresivos en otros partos.

Calderón por su parte, (1990), hace referencia a tres tipos principales de depresión: la depresión psicótica, la depresión neurótica y la depresión simple; en primer lugar menciona que en la depresión psicótica influyen principalmente los factores genéticos y se caracteriza por que se presenta una alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica, así como un choque importante con el medio. En la depresión neurótica la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva ya sea por la existencia de problemas significativos en la infancia o en la adolescencia. Y en la depresión simple la personalidad no atraviesa por ningún trastorno importante, por esta razón Calderón señala que no se le considera un trastorno psiquiátrico puesto que en general la persona deprimida tiene un estado de salud mental favorable solo que posee problemas psicológicos, ecológicos o sociales los cuales han provocado un desajuste bioquímico que afecta el metabolismo de las biógenas cerebrales, originando el cuadro depresivo. Calderón resalta el hecho de que tanto la depresión psicótica como la neurótica deben ser tratadas por un psiquiatra, no obstante considera que la depresión simple debe tratarse con un médico internista, general o un especialista.

De igual forma, López, (2002), considera que existen varios tipos de depresión que incluyen los estados severos hasta los leves. En primer lugar toma en cuenta la clasificación que hace el DSM-III al mencionar que la depresión leve es aquella que no presenta o presenta pocos síntomas así como tampoco presenta deterioro en la actividad laboral y en las relaciones sociales; en cambio en la depresión moderada se pueden presentar síntomas que van desde los leves hasta los graves y en la depresión grave se pueden presentar o no síntomas psicóticos, en este caso se presentan ideas delirantes y alucinaciones, pero cabe señalar que aunque no se presenten estas ideas delirantes los síntomas en general si perjudican la vida cotidiana de la persona.

Asimismo se debe resaltar que existen depresiones endógenas y exógenas, las primeras son principalmente de orígenes internos y las segundas se derivan

por factores externos. Un ejemplo de esto es que las depresiones endógenas están relacionadas con el enfoque médico ya que éste explica la depresión con los siguientes significados: 1) puede tratarse de un síntoma y presentarse en ocasiones con un carácter exclusivo y / o acompañado de otros que tienen o no relación directa con él; 2) puede ser un síndrome que se enlaza con otros síntomas que lo constituyen y 3) puede ser una enfermedad cuya manifestación es el síndrome depresivo. Por otro lado en las depresiones exógenas interviene los factores externos como por ejemplo el desempleo, la violencia intrafamiliar entre otras cosas.

Es así que la depresión variará considerablemente de acuerdo a su origen y su naturaleza, ya sea como algo fisiológico, bioquímico, psicológico o interaccional. La depresión es un síntoma frecuente de bastantes enfermedades, aunque ella misma constituya una enfermedad específica caracterizada por trastornos de la afectividad. La vida afectiva constituye la vida misma del funcionamiento del psiquismo. Cuando se habla de afectos en psicología, se designan los fenómenos que expresan la percepción de las diversas emociones como el placer, el deseo, la alegría, el dolor, el odio. El estado de ánimo del sujeto que percibe una emoción es lo que se llama humor. Los trastornos del humor nos permiten apreciar la importancia de una anomalía en la afectividad que puede surgir, ya sea por exageración del humor (la exaltación o la manía), o por una disminución del humor (la tristeza y la depresión). De tal manera que, los estados depresivos, son trastornos de afectividad. El humor del depresivo viene caracterizado por el dolor y la angustia moral, tristeza que puede hacerse excesiva hasta llegar al delirio.

Es así que por medio de éstas diferentes posturas psicológicas existentes se ha definido el trastorno depresivo, no obstante, en la actualidad y de manera frecuente la depresión ha sido definida por lo general como un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inferioridad, inutilidad, culpa, tristeza, abandono de sí mismo y desesperanza profunda.

Una vez que en el presente capítulo se ha analizado lo que significa el trastorno depresivo, desde sus diferentes definiciones y sus modificaciones a través de los tiempos, sus características, las causas que la originan y los diferentes tipos que existen, se puede decir que el modelo que define de una mejor manera la depresión, es el modelo de la psicología corporal ya que es, aquel que cubre más aspectos; en primer lugar, no separa lo emocional de lo corporal, toma en cuenta el pasado y la historia de una persona, así como las expectativas que ésta tiene del futuro dejando de lado el presente. Asimismo esta teoría toma en cuenta aspectos culturales que consideramos son fundamentales en la vida del individuo, pero que limitan la libertad de éste, como por ejemplo las creencias, “deberías”, etc. Además de que para la Teoría Corporal, (en especial para Lowen), la infancia y el desarrollo de esta son importantes para que en un futuro se desencadene una depresión y con esto estamos de acuerdo. Es así que el modelo de la psicología corporal a nuestra consideración es el que mejor explica las causas del trastorno depresivo.

En el siguiente capítulo se analizará la construcción del varón adulto, en términos de género, el cuerpo, lo social, y lo emocional.

CAPÍTULO 2

EL HOMBRE Y SU CONSTRUCCIÓN

En este capítulo se pretende hacer un análisis con respecto a la construcción de la masculinidad y el papel que desempeña el hombre adulto en la sociedad, así como los rasgos emocionales que lo caracteriza. Para esto analizaremos en primera instancia como es que se ha ido construyendo la masculinidad en la sociedad.

2.1. Construcción de la masculinidad.

Diversas imágenes de la masculinidad han aparecido de forma generalizada dentro de la cultura occidental. Múltiples voces invocaban el ideal de masculinidad como símbolo de regeneración personal y nacional, pero también como elemento básico para la autodefinición de la sociedad moderna, se suponía que la hombría salvaguardaba el orden existente contra las amenazas de la modernidad, pero también se consideraba aquella como atributo indispensable para quienes deseaban el cambio. En efecto, la expresión “ser muy hombre” se hizo común tanto durante el siglo XIX como en la primera mitad del XX, (Mosse, 2000).

La masculinidad se consideró desde sus inicios como algo indivisible: cuerpo y alma, apariencia externa y virtud interior se esperaba que formaran un todo armonioso, un engranaje perfecto donde cada parte ocupa su lugar. La masculinidad moderna era un estereotipo que presentaba una imagen mental estandarizada. Tal imagen debe ser coherente si quiere ser efectiva y, a su vez, la imagen visual interiorizada, la representación mental, se basa en la percepción de la persona, (Mosse, 2000).

La creación de estereotipos significaba que hombres y mujeres se homogeneizaban, se consideraban no como individuos sino como tipos. El hecho de que la creación de estereotipos dependiera de imágenes mentales inmutables significaba que no había lugar para las variaciones individuales. Crear estereotipos significaba asignar a cada hombre todos los atributos del grupo al que se decía que pertenecían. Se suponía que todos los hombres se amoldaban a una masculinidad ideal.

Las mujeres como símbolos públicos no reflejaban directamente las necesidades y esperanzas de la sociedad; por el contrario, se pensaba que el cuerpo masculino, simboliza la necesidad que tenía la sociedad por alcanzar el orden y el progreso, así como las virtudes propias de la clase media, tales como el autocontrol y la moderación, la mujer como símbolo público traía recuerdos del pasado, de inocencia y castidad; la masculinidad también podía aportar esas virtudes, al igual que muchas otras, (Mosse, 2000).

Esta comparación refuerza el papel crucial desempeñado por la masculinidad moderna a la hora de apoyar la clara división entre hombres y mujeres, elemento básico de la sociedad moderna de los últimos siglos. A principios del siglo XIX las mujeres retrocedieron en cualquier mínimo avance que hubieran conseguido durante el siglo XVIII, y fueron confinadas de manera claramente distinta de la que se asignaba a los hombres: su labor era dirigir la casa y educar a los hijos; a diferencia de los símbolos nacionales femeninos, las mujeres no tenían lugar alguno en la vía pública. Esta división del trabajo no significaba que las mujeres fueran necesariamente inferiores a los hombres, sino que tenían diferentes funciones: la idea era que hombres y mujeres se complementaban unos a otros.

La palabra afeminado se empezó a usar de forma generalizada durante el siglo XVIII para indicar una suavidad y delicadeza impropia de los hombres. La división de géneros y su significado para el fortalecimiento y el apoyo del tipo de

varón ideal permanecieron en su lugar, si bien amenazados por los movimientos de los derechos de las mujeres, desde principios del siglo XIX en adelante. Estos movimientos fueron seguidos por el surgimiento de la llamada nueva mujer, principalmente después de la Primera Guerra Mundial: trabajadora autónoma, que viste ropa de estilo masculino, con el pelo corto y fumando cigarro, (Mosse, 2000).

Es así que el género es un producto cultural que define la identidad de los individuos y sus posibilidades dentro de la sociedad que los rodea y las significaciones atribuidas a la feminidad o masculinidad son producto de un proceso histórico de construcción social. En el México Moderno los discursos sobre éste son producto de una superposición y sincretismo de los discursos prehispánicos, coloniales y decimonónicos que se mezclaron con aquellos que se construyeron en el siglo XX para la construcción del capitalismo.

El pensamiento occidental construyó como contenidos masculinos la racionalidad, el dominio, la creatividad y la violencia, y como femeninos la sumisión, la abnegación, la dependencia y el cuidado de “los otros”. A los hombres les fue otorgado el espacio público y se les responsabilizó de la producción de riqueza, se les asignaron las instituciones y el poder cultural y social; las mujeres fueron confinadas al espacio privado, a la preservación del hogar, la familia y el medio, y se les asignó la tarea de la transmisión de la cultura familiar y comunitaria. La subjetividad femenina se relacionó con la domesticidad y la interiorización de la idea de la maternidad, la masculina con la capacidad para rivalizar, imponerse a otro y con el individualismo (Burin, 1978).

Es así que a través del tiempo, el papel del hombre ha ido transformándose, sobre todo en el ámbito cultural, ya que la concepción de lo que es ser hombre ha cambiado. Como ya se menciona, en el transcurso de la historia, al hombre se le ha considerado de manera natural como el depositario de la autoridad y del poder, sobre todo en las acciones y decisiones que deben

tomarse, ya sea a nivel sociedad o más reducido, a nivel familiar, (Montesinos, 2002).

Asimismo, (Pérez, 1995), menciona que “ser hombre supone dejar de lado toda experiencia, emoción o estado considerado socialmente como femenino. En otras palabras, aprender a ser hombre supone aprender a no ser femenino, estableciéndose interna y externamente una lucha en la que se busca extirpar emociones y estados que se consideran como femeninos”.

Kimmel y Messner, (1998), (citado en Nelson, 2002), plantean la existencia de tres modelos principales que intervienen en la construcción de la masculinidad: el biológico (diferencias innatas, basadas en la biología y la genética, explican las distintas conductas de cada uno de los sexos); el antropológico (los análisis transculturales demostrarían una universalidad de rasgos comunes en el “ser varón” ya sea por específicas adaptaciones al medio, por la organización cultural); y el sociológico, (habría actitudes, conductas, prácticas, consideradas socialmente aptas para hombres y otras para mujeres).

Las sociedades atribuyen a la masculinidad una serie de rasgos relacionados a una condición biológica y a una condición sociocultural en la cual se hace patente la superioridad del hombre sobre la mujer. En ese sentido, adquiere relevancia, primero, las diferencias biológicas que históricamente han probado la superioridad física del hombre y, segundo, las manifestaciones de una cultura que permitió el monopolio masculino sobre todas las decisiones que definen el rumbo de las relaciones privadas y públicas entre los géneros.

Por su parte Connell, (1993), (citado en Nelson, 2002), señala dos posturas primordiales, en primer lugar señala que existen tres instituciones de suma importancia que influyen en la construcción de la masculinidad estos son: el estado, el mercado de trabajo y la familia. En segundo lugar hace referencia a que la masculinidad no puede ser separada de la sexualidad, en tanto, para él la

sexualidad supone la existencia de un cuerpo, y es en sí misma una práctica social.

En general podemos decir que dicha concepción de lo que es la masculinidad se va formando desde que el individuo nace, ya que se le atribuyen características particulares a su género, como pueden ser, las actividades que debe realizar, los juegos que debe jugar, los colores que debe vestir, el cómo debe comportarse, entre otras cosas. Pero hay que tener en cuenta que estas características le son inculcadas al niño desde que es pequeño dentro de la familia, pues ésta es el núcleo social en donde se definen las identidades genéricas.

La familia inicia al individuo en el proceso de socialización, pues constituye la primera referencia de identidad, de tal forma que aunque reproduzca los valores, principios, normas y prácticas sociales en general la especificidad de la vida cotidiana determina la posibilidad de dotar a sus miembros de una individualidad, (Montesinos, 2002).

De esta manera el individuo aprende que es niño o niña, y su interacción con ambos sexos en el ámbito familiar le permite diferenciar lo que es el ser hombre o mujer, es decir, son la madre o el padre, que si bien en ocasiones no enseña dichas actitudes directamente, el niño las adquirirá a través de la imitación o la repetición de mensajes inculcados por éstos (los padres).

Cabe resaltar, que los estudios de la mujer han explicado que la estructura cultural de la sociedad contemporánea propicia que los niños identifiquen a la mujer con atributos socialmente devaluados. O como sugiere Nancy Chodorow, (citado en Montesinos, 2002), en el proceso de socialización el individuo está en condiciones de identificarse, según su sexo, con la madre o con el padre.

El individuo va adquiriendo su identidad genérica, y por tanto, comienza a distinguirse de la *otredad*. Es mediante la vida cotidiana que aprende cuál es el

rol que la sociedad le ha asignado a los de su sexo, de tal forma que su interacción en los diferentes *habitus* ha de reflejar una actitud adecuada hacia su género.

La cultura, es decir, el conjunto de valores, normas, principios y prácticas sociales aceptadas se vuelve el molde de las conductas femeninas y masculinas, y la vida cotidiana se encarga de reproducirlos, repetirlos, copiarlos. Es así que el proceso de construcción de identidades propicia relaciones mucho más complejas, pues no sólo se trata de establecer los rasgos del rol social que corresponden a cada uno de los géneros, sino de que la familia le enseña al individuo que la sociedad espera conductas diferentes en cada una de sus etapas de desarrollo. Es decir, que aunque en general espera que el hombre, en su infancia o su madurez, reproduzca las características que culturalmente corresponden a su género, las exigencias hacia un niño o un hombre son completamente diferentes. Mientras del niño se espera que manifieste características que reflejan decisión, severidad, ambición, independencia, deseo de poder, creatividad y razón, del hombre maduro se espera que esas características se traduzcan en estabilidad emocional y material. De igual manera, la sociedad espera la abnegación, la debilidad, la incoherencia, la independencia, redituarán a la mujer el sustento de su estabilidad emocional, y por tanto, de su realización personal, (Montesinos, 2002).

De manera general se podría decir, que la familia “educa” al individuo para que desempeñe cierto papel dentro de la sociedad. Hablar de educación es hablar de procesos de construcción de conocimiento, de ese conocimiento dinámico que nos permite a todos y cada uno de nosotros relacionarnos con el medio y con los otros con quienes nos ha tocado vivir. Ya no podemos seguir entendiendo la educación como un proceso de transmisión de conocimientos, de uno a otro, primero porque el conocimiento no se transmite, sino que se construye; y segundo porque esa construcción es una operación interna individual. En ese proceso de construcción intervienen, entre otros factores, la voluntad, la intención, los intereses y las expectativas de cada sujeto involucrado.

Dichos marcos están relacionados estrechamente con el género y la identidad de cada sujeto. Sabemos que al nacer las personas nos distinguimos básicamente por las características físicas que nos muestran al mundo de una determinada forma: sexo masculino o sexo femenino. Estas características físicas se han convertido en una base que la sociedad interpreta y desde ahí se han ido construyendo una serie de "características" propias del sexo, lo cual, histórica y culturalmente ha llevado a conformar lo denominado "género": masculino o femenino. Este aspecto incorporado a nuestras vidas es esencialmente de carácter cultural, de ahí que exista, desde la perspectiva de una sociedad determinada, lo propiamente femenino y lo propiamente masculino. Los diferentes espacios de socialización del niño permite que éste vaya incorporando modelos de acción y lectura del mundo; y estos modelos aunque de alguna manera permanecen en nuestras estructuras de pensamiento a lo largo de nuestra vida: adolescencia, juventud, madurez, vejez, son dinámicos, flexibles, susceptibles de cambio. Y en esta permanencia y en este cambio, al mismo tiempo, es en donde la sociedad fortalece y transforma sus esquemas de organización política, económica y social, (List, 2004).

De tal manera que al incorporar estos esquemas y modelos de acción a nuestras vidas adquirimos, por decirlo de alguna manera, una forma de "ver" el mundo y lo que en él sucede; lo vemos desde nuestra feminidad o masculinidad. Estos modelos de lectura e interpretación se van construyendo a través del tiempo y de la acción de diversos agentes sociales como son la familia, la religión, el estado, la escuela, etc. Y cuando el individuo interactúa con estos agentes sociales va aprendiendo estas formas de relacionarse con el mundo, con sus semejantes y con los productos de la acción de otros (expresiones culturales, desarrollo económico, etc.); el sujeto incorpora y construye sus propios marcos de referencia que si bien pueden ser modificados a través de las experiencias personales, son puntos de partida para ver, leer, entender, interpretar, juzgar y actuar en el mundo, (List, 2004).

A la masculinidad se le asignan ciertos atributos que reflejan a la vez realidades sociales, tales como la fuerza de voluntad o el autocontrol (“los hombres no lloran”). Es así que, desde la infancia del niño, se le prohíbe mostrar sus sentimientos o inclusive llorar cuando llega a caerse, aspecto que posiblemente repercutirá en la vida adulta, ya que nunca se sentirá con la confianza de llorar si se siente triste o angustiado, asimismo es posible que se forme una coraza de hombre duro y fuerte aun cuando no lo sea.

La masculinidad como categoría social está constituida por presupuestos socioculturales sobre ideales y estereotipos de género y de relacionamiento intergenérico que contribuyen a la construcción del imaginario subjetivo, la representación social, la manera de ser y la manera de relacionarse de hombres y de mujeres; la ideología hegemónica de la masculinidad es una visión construida por los hombres, mediante el curso de la historia, que plantea como supuestos fundamentales para sí, la heterosexualidad, la racionalidad y el privilegio de poder infligir violencia, (Villaseñor, 2003).

Mientras tanto, Corsi, (citado en Montesinos, 2002), menciona que la masculinidad tradicional se construye sobre la base de dos procesos psicológicos simultáneos y complementarios: un súperdesarrollo del yo exterior (hacer, lograr, actuar) y una represión de la esfera emocional. Así la socialización masculina se apoya en el mito del “ganador”, teniendo que demostrar seguridad a través de un efectivo autocontrol de los sentimientos que oculte cualquier tipo de debilidad generalmente identificada como rasgo femenino. Por esta razón los hombres, en su mayoría, evitan mostrar sus sentimientos de dolor, tristeza, placer, temor, etc.

Es así que los hombres han construido su masculinidad en oposición a la identidad femenina; de esta forma el hombre es aquello contrario a los estereotipos asignados a la mujer. A partir de esta situación, Corsi rastrea las siguientes creencias que se presentan en la socialización de los niños y, por tanto, en la construcción de su masculinidad:

- ◆ La masculinidad es la forma más valorada de la identidad genérica
- ◆ El poder, la dominación, la competencia y el control son esenciales como pruebas de masculinidad.
- ◆ La vulnerabilidad, los sentimientos, y emociones en el hombre son signos de feminidad, y deben evitarse.
- ◆ El autocontrol, el control sobre los otros y sobre su entorno son esenciales para que el hombre se sienta seguro.
- ◆ El pensamiento racional y lógico del hombre es la forma superior de inteligencia para enfocar cualquier problema.
- ◆ El éxito masculino en las relaciones con las mujeres está asociado con la subordinación de la mujer a través del uso del poder y el control de la relación.
- ◆ La sexualidad es el principal medio para probar la masculinidad; la sensualidad y la ternura son consideradas femeninas y deben ser evitadas.
- ◆ El éxito en el trabajo y la profesión son indicadores de la masculinidad.
- ◆ La autoestima se apoya primariamente en los logros y éxitos obtenidos en la vida laboral y económica.

Aún así es preciso destacar que tanto la masculinidad como la feminidad se expresan de diversas formas, dependiendo de la cultura que se trate, es decir, la masculinidad no se expresa de manera universal, pues no se trata de un rasgo social constante, sino de manifestaciones propias de diferencias culturales que coexisten en un momento determinado de la historia, sin negar el predominio de formas de expresión de la misma masculinidad.

Por mencionar un solo ejemplo, se espera que el varón sea proveedor; sin embargo, en la práctica esto no necesariamente se cumple, y aun cuando la mujer muchas veces sea quien asuma esas funciones, el varón suele mantener su prestigio y estatus social. Así, puede darse la reivindicación de esos valores que sustentan la masculinidad aun cuando sólo se queden en el plano discursivo.

Hemos visto en este sentido que ser hombre implica cosas diferentes en sociedades distintas. Diversos autores (Malinowski, Mead, Herdt, Godelier, etc.) han referido que en otras culturas el papel de la construcción de la masculinidad suele ser un trance difícil, que implica en muchos de los casos la vivencia de rituales de iniciación o de paso. Obviamente el ritual tiene el sentido de constatar que se han alcanzado los atributos de lo masculino. Ahora bien, entender a la masculinidad como una identidad nos lleva entonces a pensarla no como una propiedad intrínseca del sujeto, sino a partir de su carácter intersubjetivo y relacional (Giménez, 1997); es decir, a partir de la interacción cotidiana con los otros. El individuo se reconoce a sí mismo reconociéndose en los demás, esa identidad no es esencial sino una construcción social e individual que requiere un sinnúmero de elementos culturales y relacionales para llevarse a cabo. Así, el individuo a lo largo de la vida la va construyendo, hasta que un día muere sin que el proceso constructivo haya culminado, y es que las transformaciones temporales y situacionales nos están llevando a un constante vaivén, cargado de nuevas interrelaciones sociales que se multiplican cotidianamente, y éstas a su vez nos hacen pasar de un grupo de adscripción a otro.

Por otro lado, Cámara, citado en Montesinos, (2002) hace referencia al hecho de que el hombre adulto tradicionalista suele devaluar a la mujer, teniendo un comportamiento violento, alejado, y negado ante todo lo que considera pasivo y representa a la mujer; por su parte la mujer tradicional mexicana a sido vista a través de los tiempos solo como madre y esposa, teniendo una actitud de abnegación con la que supuestamente va a ser recompensada por la sociedad y por el mismo hombre. Asimismo cuando las parejas contraen nupcias al hombre se le dice que tendrá que dar a la mujer protección, alimento y dirección y por lo tanto ella tendrá que ser, vulnerable, sumisa, y pasiva. Cabe señalar también que al hombre se le excluye de la educación de los hijos, siendo la mujer la única responsable de ellos y el hombre el único proveedor económico.

Del mismo modo, es posible que en la sociedad mexicana las familias padezcan la ausencia del padre ya sea física o emocional, lo cual afecta la relación tradicional del hombre en la familia originando que los hijos no tengan una identificación paterna. En este sentido Cámara refiere que el hombre mexicano tiene la necesidad de expresar que él es "muy macho" y negar todo lo que se considera pasivo, todo lo que represente a la mujer devaluada, de ahí su interés por negar sus necesidades simbióticas, es decir, su necesidad de apego, de dependencia y cariño con su mujer e hijos, y también negar la necesidad que ellos tienen de su ternura, comprensión y su participación afectiva dentro de la familia, ya que para él, eso es cosa de mujeres y por esta razón permanece hermético sin expresar sus verdaderas emociones, (Montesinos, 2002).

Es así que la masculinidad se ha ido manifestando y construyendo a través de la historia mientras que el significado de lo masculino ha promovido un debate social en el terreno de la cultura teniendo en cuenta sus valores, normas, conductas, etc. Así, es importante observar los aspectos culturales que puedan transgredir los principios aceptados que definen el perfil general del ser hombre y ocasionar una crisis de identidad masculina.

Al respecto de las crisis de identidad masculina, cabe señalar que una de las causas que las ha ocasionado en la actualidad es el hecho de que las mujeres están teniendo diversas ocupaciones en el ámbito profesional y no solo se limitan a ser amas de casa, esto con la finalidad de que logren ser al igual que el hombre proveedoras en lo económico dentro del hogar. Este hecho ha ocasionado cierto tipo de incomodidad en los hombres ya que conforme las mujeres exigen el reconocimiento de su nuevo papel, ellos sienten que van perdiendo espacios dentro de una sociedad que siempre mantuvo a las mujeres en el espacio privado, y a ellos en el reconocimiento total.

No obstante la crisis de la masculinidad no se debe exclusivamente a esta nueva forma de ser de las mujeres, sino también a un cambio social que la

sociedad capitalista registra en todos sus ámbitos, principalmente en lo laboral y lo económico. En este sentido se puede decir que en la actualidad existen menos trabajos en los cuáles los hombres puedan demostrar sus cualidades tradicionales para ganarse la vida, tales como la fuerza física, ejerciendo así el papel de guerreros que históricamente les ha pertenecido, (Montesinos, 2002).

Por otra parte, el hombre juega el papel de ser el principal proveedor y el que tiene un papel paternal dentro del seno familiar, es así que la identidad masculina se va identificando con el éxito, simbolizado a la vez por el dinero. Y el que las mujeres de la actualidad comiencen a independizarse económicamente y a competir en el mercado de trabajo constituye un factor fundamental en la crisis de la identidad masculina que va adquiriendo forma conforme ellos avancen la conquista del espacio público.

De igual forma podemos decir que con la creciente participación de las mujeres en el mercado del trabajo, se propició la conformación de unidades familiares en donde ambos cónyuges se insertan en el mercado laboral. Estas transformaciones provocaron cambios más dinámicos en el interior de la familia, donde la posición de los hombres se está viendo vulnerada. En un documento de la CEPAL se considera que se vinculan dos tendencias: el cuestionamiento a la distribución del poder intrafamiliar y el debilitamiento de la autoestima de los hombres. Esta situación anímica desembocó muchas veces en apatía, retraimiento y pérdida de confianza, en la propia capacidad para asumir las obligaciones de esposo y padre, actitudes que construirían el trasfondo del comportamiento “irresponsable” de los hombres de sectores urbanos. (Montesinos, 2002).

Para finalizar podemos decir que la masculinidad está construida socialmente, y por lo tanto varía no solo entre distintas culturas sino también en distintas épocas históricas en una misma formación cultural, durante la vida de

cada individuo y entre diferentes grupos de hombres atendiendo a su clase, raza o grupo étnico y preferencia sexual; Kimmel, (1992), citado en Nelson (2002).

Es así que la masculinidad no constituye una realidad separada del sujeto; es mas bien una construcción cultural cuyo fundamento, como ya vimos, no es biológico, sino construido, diseñado, acordado y sostenido por un sistema de creencias, adscripciones y expectativas que siempre van a poner a prueba al varón con respecto incluso a la función que le da a su cuerpo. A continuación se analizará cómo es que se construye el cuerpo masculino y la importancia que éste tiene para definir incluso su propia identidad masculina.

2.2. Construcción del cuerpo masculino

Como se ha venido mencionando, el hombre necesita demostrar su hombría mediante una serie de conductas, actitudes, pensamientos, actividades, entre otras cosas, del mismo modo existe un modelo a seguir que establece en la mayoría de los casos el cómo debe ser un hombre físicamente.

Tradicionalmente se ha considerado que en la configuración de la identidad personal, el sexo es un factor biológico determinante de las diferencias observadas entre varones y mujeres y que es el causante de las diferencias sociales existentes entre las personas sexuadas en masculino o femenino. Actualmente tiende a afirmarse que en el sexo radican gran parte de las diferencias anatómicas y fisiológicas entre las mujeres y los hombres, pero que todas las demás pertenecen al dominio de lo sociológico, al ámbito de lo genérico y no de lo sexual y que, por lo tanto, los individuos no nacen predeterminados biológicamente con una identidad de género, no nacen hechos psicológicamente como hombres o como mujeres, ni se forman por simple evolución vital, sino que la adopción de una identidad personal es el resultado de un largo proceso, de una construcción, en la que se va forjando, organizando la identidad sexual a

partir de una serie de necesidades y predisposiciones que se urden y configuran en interacción con el medio familiar y social, (Connell, 1998).

El cuerpo de la mujer y del varón no es exclusivamente físico puesto que posee partes y funciones que pertenecen a otra clase de ordenamientos, por ejemplo, los culturales. En el caso del cuerpo masculino, cabe mencionar que se construye a través de palabras, imágenes, modelos y fantasías que por lo general son transmitidas principalmente por el padre, las cuáles le permiten transformarse en el escenario de las experiencias placenteras y difíciles. Al varón desde su infancia, se le educa para la fortaleza, la autonomía, la seguridad, la arrogancia, la agresividad, la objetividad, la actividad, la rapidez, la valentía. Los valores masculinos son los dominantes, de manera que siempre lo mejor es ser rápidos, eficaces, fuertes, sin considerar el “para qué” o ante que situaciones. Así la construcción de una cierta masculinidad esta asegurada a partir de actitudes, gestos, posturas, lenguaje corporal, comportamientos y mandatos vinculados a ciertos roles.

El varón desarrolla una identidad de género asociada al control de la naturaleza, a la guerra, al desempeño de un trabajo remunerado, al dominio de la técnica, a la organización y representación social y política, a la ocupación del ámbito público, etc. (Badinter, 1993).

Es importante señalar que ser hombre es un mandato básico de la sociedad, el cuál debe realizarse y expresarse en varias dimensiones de la vida, desde el cuerpo, pasando por el carácter, hasta el tipo de actividad laboral. De este modo la fortaleza corporal es un modo masculino de relacionarse con las otras personas y con los distintos aspectos de la vida cotidiana. Las distintas formas del mandato de ser fuerte tienen una base común: el cuerpo fuerte, el cuál aparece como condición de las otras fortalezas, aunque, como veremos, no es suficiente para ellas, (Aguirre y Güell, 2002).

En cuanto a la fuerza física cabe mencionar que el cuerpo masculino está biológicamente diferenciado al de la mujer, es decir, aparentemente los hombres son mucho más fuertes que ellas, y desde pequeños se les indica eso; no obstante desde pequeños se ven envueltos en juegos en donde hay raspones, cortadas, moretones y hasta fracturas, sin embargo este hecho pareciera no preocuparles tanto a los padres puesto que una vez que el niño atravesase por estas experiencias su identidad quedará bien definida, en cambio a las mujeres se les enseña desde pequeñas a jugar con muñecas, a ser tiernas, entre otras cosas. De este hecho se deriva la idea de que la debilidad natural del cuerpo femenino, sirve de fundamento a la idea de que el hombre es subordinador y protector de la mujer. Es así que la naturalización del par fortaleza/debilidad, como rasgos definitorios de los cuerpos masculino y femenino, permite la naturalización de las diferencias que se apoyan en él, (Badinter, 1993).

Un aspecto importante, es que el carácter necesariamente activo, protector y proveedor del papel masculino hace que la vida sea más dura para los hombres que para las mujeres, ya que ellos tienen que ser rígidos no solo en el plano emocional y sentimental, sino que dicha rigidez debe manifestarse también en su cuerpo, de modo que inclusive sus hombros, brazos e inclusive sus piernas suelen encontrarse más tensos que los de la misma mujer, lo cual puede deberse a que no se permiten ellos mismos por influencia social, ser frágiles ni vulnerables; es así que algunos hombres acostumbran mantenerse musculosos y fuertes, tal vez para demostrar que por fuera son resistentes aunque por dentro no lo sean. Las exigencias son mayores para ellos y ésta es una de las justificaciones que se da para la necesidad de fortaleza, (Connell, 1998).

Cabe señalar que en la cultura mexicana, así como en otras del mundo, el cuerpo del hombre fuerte es medio y símbolo de masculinidad. Es así que el hombre corporalmente fuerte está asociado por lo general, con el hecho de ser respetado por los demás, ser un trabajador duro y capaz, ser más resistente que las mujeres y sobre todo, demostrar que ya no es un niño. Otra característica

importante y trascendente en la cultura mexicana es que el hombre no debe ser holgazán, ni ser haragán, ya que tales atributos son sinónimos de una masculinidad denigrada. Así lo atestigua la evidencia encontrada: "Los que están siempre ociosos, cuando llegan a hombres no sirven para nada" (Vásquez, 1970).

Es así que el cuerpo fuerte no solo está asociado con la fuerza física, sino que también se habla de un cuerpo fuerte cuando el hombre resiste en mayor medida los embates que la vida le ofrece; mostrando así que un cuerpo fuerte no se paraliza de miedo ante situaciones agravantes, aprovechando así todas las oportunidades sexuales o demostrando su capacidad de riesgo trabajando incansablemente. Por lo general se asocia el que un hombre sea ágil y vigoroso con el hecho de que así tendrá un escudo inclusive para su propia salud.

Por otro lado el cuerpo masculino está también asociado a otros contextos; por ejemplo el de la estética, en este caso, suele pensarse que el cuerpo de un hombre debe ser atractivo para las mujeres. Un cuerpo de hombre atrae cuando simboliza ante las mujeres el logro de los mandatos de la masculinidad, manifestando ante ellas la fortaleza, el autodomínio, el riesgo, aunque también atrae el hecho de que los varones tengan cuidados con su limpieza, auto cuidado con su salud, cierto arreglo personal; inclusive para algunas mujeres resulta varonil el hecho de que un hombre porte un traje, una corbata, un reloj, o fume un cigarrillo, por mencionar un ejemplo. (Aguirre y Güell, 2002)

De este modo existen características corporales que según la sociedad, los hombres deben poseer, Graber, (1962), menciona las siguientes:

- Tener un cuerpo más grande y musculoso que las mujeres.
- Ser más fuertes y resistentes que las mujeres.
- Ser fuertes por naturaleza, lo cuál debe reflejarse en su cuerpo.

- Mostrar fortaleza y resistencia a los desafíos, así como capacidad para enfrentar responsabilidades y aprovechar oportunidades.
- Mostrar y mantener su cuerpo fuerte para atraer a las mujeres.
- Ser altos, fornidos, tener anchas espaldas, ser varoniles.
- Tener más vello que las mujeres
- Tener voz gruesa

Es por esta razón que desde la etapa de la adolescencia los chicos observan con mucho temor su desarrollo corporal y se afligen ante la posibilidad de que éste no funcione como se espera. De este modo, si el hombre no cumple con el funcionamiento de su cuerpo, es decir si no es fuerte, alto, saludable, entre otras cosas, posiblemente puede sentirse frustrado o con muchas limitaciones, y en el peor de los casos puede llegar a recurrir a ciertas drogas, como por ejemplo el alcohol, para darse el valor y la fuerza que pudiera faltarle corporalmente.

Por lo tanto podemos decir que la construcción del cuerpo masculino es un aspecto que no se puede ignorar ya que es muy importante para ellos, esto es porque el hombre se considera tal desde el momento que logra una relación sexual, esto debido sobre todo a una influencia social y cultural ya que desde que son adolescentes despiertan a la sexualidad y les es reforzada continuamente la idea de que tienen que “hacerse hombres”, usando así por primera vez su cuerpo con una mujer y lograrán entonces ser hombres en toda la extensión de la palabra, otorgándole así un valor imprescindible a la relación “sexo – cuerpo – hombría” para sentirse plenamente seguros de su masculinidad, (Badinter, 1993).

Asimismo el hombre cuando atraviesa por la adolescencia se preocupa por cuestiones que tienen que ver con su físico, tales como su estatura, la cantidad de vello que tendrá en el cuerpo, cuándo será la primera vez que se afeite, cuál será el tamaño de su pene, el si será atractivo sexualmente para las mujeres o no, etc., debido a que de no ser por estas evidencias, no puede tener el reconocimiento del otro, de esa sociedad que demanda constantemente dichos

requisitos para poder otorgarle la palabra “hombre” además de acompañarse de su actitud como tal ante la vida.

Con respecto a esto existe un viejo dicho que asegura *que el hombre, como el oso, cuanto más feo es más hermoso*, y aunque no está escrito, podríamos agregar que socialmente *cuanto más bello es más sospechoso*. Es decir, sospechoso de no cumplir con un mandato tradicional de la masculinidad ya que entonces habría que preguntarnos qué pasa entonces cuando el hombre no es tan fornido, ni tan velludo, o que no sea tan tosco en sus facciones; posiblemente se le atribuirán entonces características hasta con cierta tendencia homosexual, solamente por el simple hecho de no cumplir con ese mandato. Dicho mandato tradicional refiere que según el cuerpo del varón está destinado al trabajo, a la producción, a la pelea, al rendimiento. Adiestrados para ganar, competir, conquistar, ser eficientes, los varones han sido educados, de generación en generación, para convertir a su cuerpo en una especie de fortaleza ambulante, en una herramienta todo terreno, en una máquina que no puede ser detenida por detalles menores, como gripas, malestares, alguna fatiga. Sólo colapsos graves como infartos, accidentes, úlceras, lo detienen. Y a ese costoso precio muchos hombres recuerdan, o descubren, que el cuerpo es fuente y sede de sensaciones y emociones, (Mosse, 2000).

Hace muchas generaciones que los hombres ponen el cuerpo como si se tratara de algo ajeno, como si no fueran ese cuerpo. En la cultura occidental el cuerpo de la mujer se *exhibe* y el del hombre se *expone* (a esfuerzos, pruebas, desafíos, etc.), teniendo como resultado que los varones de Occidente viven entre siete y nueve años menos que las mujeres.

No obstante, algo parece estar cambiando a partir de la última década del siglo veinte. En esos años recientes la cosmética masculina creció a razón de un 10 por ciento anual, se duplicó el consumo de lociones y de aguas de *toilette* para hombres, y hay palabras que ingresaron al vocabulario masculino sin

atentar contra la testosterona: por ejemplo, humectante, suavizante, limpiador, refrescante, protector.

Sin embargo, todavía un varón se siente extraño al entrar en una tienda a comprar algo que no sea crema de rasurar, desodorante con fragancia salvaje o un perfume *for men*. Otros productos (más audaces o “sospechosos”) suelen ser comprados para él por su mujer. Los hombres empiezan a darse cuenta de que pueden sentir y gozar en su cuerpo algo más que el moretón del último partido de fútbol, el dolor del codo de tenista, la contractura en la espalda por el último esfuerzo laboral o esa punzada en el pecho que hace temer desenlaces que horroriza imaginar, (Mosse, 2000).

Esta tímida pero creciente recuperación de la integridad del cuerpo varonil corre pareja con la “pérdida” de otros espacios masculinos. En la segunda mitad del siglo veinte las mujeres comenzaron a salir de sus casilleros y a aparecer en territorios “masculinos” tanto en lo laboral y profesional, como en lo económico, cultural, político y deportivo. Con menos flexibilidad, más atados a mandatos arcaicos, los hombres quedaron retenidos en actitudes y creencias que los fueron asfixiando e inmovilizando. Ante la evidencia de que el reinado tradicional del varón se ha ido reduciendo, algunos hombres empezaron a explorar otros territorios, otras formas de vivir como varones sin perder masculinidad.

El cambio, aun lento pero indudable, incluye nuevas formas de relación con los hijos, con las mujeres, con los otros hombres, con el trabajo, con el éxito, con el poder, con la comunidad, con la naturaleza y, por supuesto, con el propio cuerpo. El cuerpo del varón es distinto del de la mujer. Atenderlo, entenderlo, escucharlo, no significa “femineizarse”, puesto que, al ser diferente, requiere formas distintas de atención. Al explorador masculino lo espera un territorio aun desconocido y pleno de recursos: su propio organismo. Mientras un simple “macho” sólo vive en función de fuerza, aguante, machucones y resistencias absurdas, un varón entero sabe que su cuerpo es también el

instrumento de su sensibilidad, de su emoción más profunda y que es una de las vías a través de la cual expresar sentimientos, registrar placeres, integrar todos los aspectos de su ser. Mientras un “macho” puro y duro está condenado a morir dentro de su cuerpo. El gran desafío del varón hecho y entero es vivir plenamente dentro de él. (Mosse, 2000).

Cabe señalar entonces que, tanto la construcción de la masculinidad como la del cuerpo del varón, están relacionadas simultáneamente con la cultura y la sociedad en la que se desarrollan. Por esta razón se mencionará a continuación el proceso de socialización por el que atraviesa el hombre a lo largo de su vida para formarse individualmente, sexualmente, familiarmente, laboralmente y socialmente.

2.3. El proceso de socialización del hombre.

Como ya se mencionó en el apartado anterior el género es una construcción no sólo psicológica sino social. Como menciona Basow, 1992, (citado en Ragus, 1995), el género es construido por las personas, no por la biología, existe a nivel personal y a nivel cultural; la masculinidad y femineidad son constructos sociales moldeados por la historia, la cultura y los procesos psicológicos.

Así el varón no es menos un producto social de lo que lo sea la mujer, apenas identificado por sus genitales como varón, el recién nacido, la sociedad trata de hacer de él lo que ésta entiende por varón. Se trata de fomentarle unos comportamientos, de reprimirle otros y de transmitirle ciertas convicciones sobre lo que significa ser varón.

De este modo el proceso de construcción social del varón supone dos puntos importantes; por una parte, se reducen las diferencias personales

potenciales entre los individuos varones tratando de uniformarlos en torno al modelo del sujeto masculino. Por otra, se trata de aumentar las diferencias que todos los varones podían tener con las mujeres, Basow, 1992, (citado en Ragus, 1995)

Cabe resaltar que aunque es reconocible y apreciable que las cosas están cambiando, un alto porcentaje de niños y niñas continúan aprendiendo, desde muy temprana edad, que “el mundo de la mujer es la casa y la casa del hombre es el mundo”. De acuerdo con esto los varones juegan a ver quién es el más fuerte y audaz en ese mundo que es su casa; quién es el más hábil y valiente, el más capaz de desafiar las normas establecidas y salirse con la suya. Es decir, aprenden a jugar a “ser hombres” y se supone que todo ello afianza más la masculinidad tal como nuestra sociedad lo percibe.

En este sentido, a los varones se les impide expresar ternura, cariño, tristeza o dolor, todas las expresiones de humanidad, y les permitimos solamente la ira, la agresividad, la audacia y también el placer, como muestras de la masculinidad ideal. Es así como construimos al “macho” castrado de su sensibilidad y amor. Los hombres sienten tanto como las mujeres, pero aprenden a ocultar sus sentimientos a través de violencia desde los años formativos que determinan la conducta humana (Márquez, 1997).

Por su parte Gilmore (1994) afirma que “la masculinidad se construye como un ideal que no es simplemente un reflejo de la psicología individual, sino que es parte de la cultura pública, es una representación colectiva”. La masculinidad como la forma aceptada de ser varón adulto en una sociedad concreta es algo que ha de ganarse.

Teniendo en cuenta que los intentos por diferenciar a los hombres de las mujeres se inician en el nacimiento y parten de una observación de los genitales se puede decir que la diferenciación de los genitales es el punto de

partida para las expectativas de comportamiento tanto para el hombre como para la mujer. De este modo los hombres, particularmente, son instigados desde temprana edad a hablar y valorar el sexo como una manera de reproducir el modelo de comportamiento para ellos determinado.

Cabe resaltar que la vida diaria de los niños está permeada por observaciones tales como: “esto es un juguete de niñas”, “los niños no lloran”, “los niños no besan ni abrazan a otros niños, sólo lo hacen los maricones”, “eres un miedoso, hasta pereces mujer”, es así que los niños aprenden desde temprana edad a devaluar aquello que sienten.

Así, a través del crecimiento de los niños existirá una gama de afirmaciones provenientes en un primer momento de la familia, posteriormente de las escuelas y de las relaciones sociales, que harán creer a los niños que existe en ellos un hombre viril, experto, conquistador y fuerte, logrando así que crezcan pensando que los otros niños son así y cuando son reprendidos por comportarse como deberían, se sienten problemáticos en relación al modelo (Nolasco, 1993).

Cabe señalar entonces que la interiorización de las relaciones de género es un elemento primordial en la construcción de la personalidad masculina, es decir, en la elaboración individual del género, lo mismo que los comportamientos, contribuyen a la formación, adopción y fortalecimiento de las instituciones y estructuras sociales donde de manera consciente o inconsciente ayudamos a preservar el sistema patriarcal. A este proceso es a lo que Kaufman (1993), llama “trabajo de género”. Ahora bien, en el caso particular de la masculinidad se trata de un concepto que está muy cerca de lo que se entiende por machismo, el cuál se ubica como una construcción cultural, como un modo particular de entender el rol masculino, que surge de la rigidez de la mayor parte de las sociedades del mundo contemporáneo, con el fin de establecer y agudizar las diferencias de género entre sus miembros. Todo esto

permite que de cierta manera se generen expectativas de comportamiento en torno al varón, en las cuales se incluyen valores y actitudes basadas en una ideología asentada en la superioridad del macho sobre la hembra.

Los argumentos que incluye esta postura son:

- a) Una posición social de superioridad física y psicológica del varón sobre la mujer.
- b) Una actitud desvalorizada de las capacidades de la mujer y
- c) Una actitud discriminante hacia la mujer en los contextos social, laboral y jurídico.

En cuanto a la sociedad, podemos decir que está conformada por diferentes instituciones como lo son; a) la familia, b) el grupo de amigos y c) la escuela, en las cuales el hombre debe adoptar roles específicos de acuerdo con ésta, (Salazar, 1995).

a) La familia

La familia, dado que es el núcleo de la sociedad, tiene una importante participación en el rol que debe tomar el hombre socialmente. En el ámbito familiar participan varios modelos a seguir, los cuales a la percepción del hijo varón se convierten en guías y esquemas irrefutables por donde ha de seguir su vida. El hijo varón vive su masculinidad como un nexo o eslabón con el que se encuentra unido al mundo patriarcal, hace que ese mundo sea de él. Mediante la incorporación de una forma dominante de una masculinidad característica de su clase social, etnia, nacionalidad, época, orientación sexual y religiosa, ese hijo logra beneficios reales y a la vez adopta un sentido individual de su propio valor. Desde el momento que aprende que no sólo había dos sexos, sino también un significado social atribuido a cada uno de ellos, el sentido de su propio valor empieza a medirse con la vara del género. Como parte de su desarrollo

individual, su tarea consiste en tener la capacidad de asumir roles y como parte complementaria a lo que establecen las estructuras del poder.

En el caso de la adolescencia, por ejemplo, la masculinidad juega un papel destacado; si bien es cierto que el concepto de adolescencia surge del psicoanálisis para identificar la lucha por la autonomía y la individuación, también lo es el hecho de que esta etapa es en donde las relaciones sexuales se fincan en lo romántico y el fenómeno como tal se vincula con los cambios sociales como la industrialización, la urbanización, la especialización, la racionalización y la burocracia de las instituciones humanas, (Salazar, 1995).

Este autor plantea que, la adolescencia en los países industrializados y occidentales se maneja como un fenómeno que es parte del proceso formativo, que lleva consigo una acentuada dependencia hacia los padres y que en los económicamente débiles simplemente no existe como tal. Se deja de ser niño cuando se es capaz de realizar el trabajo de los adultos, se trata pues de una construcción social elaborada por los adultos, así el adolescente es obra y víctima de los adultos, quienes establecen estándares de comportamiento típicos de los roles de cada género.

Desde el punto de vista que juega la socialización, la conformidad de los adolescentes con las expectativas de las personas significativas constituyen justamente el proceso de socialización. Ahora bien, en cuanto a la construcción de la masculinidad, se permite encontrar elementos para comprender el papel que desempeñan los demás en el desarrollo de los seres humanos. Algunos de los estereotipos fomentados por los adultos son el machismo y la virilidad, donde con tal de fortalecerlos, los jóvenes se ven obligados a exponer su salud e integridad física para demostrar que es “hombre” en forma apegada a lo establecido, (Salazar, 1995).

Sin embargo tal arraigo emocional y racional ocasiona un alto índice de problemas de salud manifestado en accidentes, enfermedades violencia y traumatismo. En el caso de las culturas rurales como la mexicana, esta situación se observa de manera generalizada al grado de fincar las bases para la representación del estereotipo nacional: ser hombre es, ser valiente y siempre dispuesto a enfrentar a cualquier otro. El predominio de estos mitos se observa aún hoy en día a pesar de los grandes cambios sociales.

Asimismo, el rol que desempeña la madre en el proceso de socialización del varón es muy importante ya que los hombres son esperados desde antes de nacer y cuando nacen son aprobados. En este sentido, todavía la mayor parte de la gente desea que el hijo que vaya a nacer sea varón (esto no es regla general), para que sea como su padre, aprobándolo a través de esa anticipación. Por tal motivo, los hombres son muy protegidos, pues nacen de una mujer que les sirve, les atiende y los cuida, instalando de inmediato la relación de género, la cuál consiste en que la madre trata de lograr que el niño internalice la condición masculina y lo convierta en sentimientos, deseos, destrezas, actitudes, etc., es decir, construye en él con estas características una subjetividad masculina y disciplina su cuerpo para que también lo sea.

Según Lagrade (1990), la madre es la que enseña al niño a ser hombre, es decir, la madre transmite a los hijos varones su propia visión de lo que significa ser varones. Y ese conjunto de saberes transmitidos en la primera infancia y llamada "lengua materna" que abarca el idioma que se aprende, es el conjunto de valores y creencias acerca de lo que sucede en el mundo, y muy particularmente en lo que ocurre en la interacción masculina.

Una de las primeras cosas que aprendemos al principio de la vida es de qué se trata ser mujeres u hombres. Y lo hacemos no intelectualmente, sino sobre todo afectivamente y de manera inconsciente. En la relación con la madre, los niños aprenden a tener un lugar privilegiado y a tener a su servicio a una

mujer adulta. Estos dos aspectos marcan la vida de los hombres para el resto de sus días. Los hijos aprenden que esa madre es inferior y al mismo tiempo superior porque da todo lo que hace falta a la criatura: satisfacer sus necesidades vitales, cuida y hace lo que el otro requiere, pero sobre todo es subordinada por ser mujer. Los niños varones ven esa subordinación de la adulta que aman y envidian porque lo tiene todo, pero a la vez no tiene nada frente al hombre adulto. Así el niño vive y siente poderosa a la madre porque le da aquellos elementos de los que él carece, pero cuando la observa en relación con otros, la vive sometida e impotente.

No menos importante es el rol que desempeña el padre en este proceso. Algunos hombres aprenden a renunciar a su primera relación madre-hijo. Para lograrlo, aprenderán a estar solos y a disciplinar sus emociones que les provoca el miedo a la separación; para no quedarse entre las faldas de su madre, para ello tienen que ser llamados por el padre que no es sólo el progenitor, sino también su amigo. Esos otros hombres son presentados al niño por la madre que constantemente le dice: “el papá nos hará”, “dará”, “comprará”, “castigará”, etc.; es decir, la madre presenta e introduce en el mundo subjetivo de la criatura a un padre y al deseo de ese padre de tener alguien que castigue o perdone, que tenga una autoridad o poder, eso es lo que hace que los padres sean muy importantes en la confirmación de la identidad de género masculino. Los padres son fundamentales porque van a contar a los niños lo que es ser hombres. La enseñanza es por tanto ejemplar y los niños aprenden por imitación, temor y amor, (Lagrade, 1990),

b) El grupo de amigos

El proceso de socialización abarca más espacios, situaciones y tiempos; el proceso en el que el varón llega a desarrollar sus potencialidades, reprimir otras y a interiorizar la consigna de que ser varón es importante así como adquirir los

modos masculinos, es más amplio e incluye a más personajes de los que se dice en la casa y en la escuela.

El grupo de varones interviene crucialmente en el periodo de la adolescencia en el que el muchacho se siente inseguro de su capacidad de convertirse en un auténtico varón, ya que tiene que romper con los hábitos de la niñez. El grupo de amigos es el escenario real y simbólico del pacto entre varones, un pacto que se explicitará así: “todo varón en algún momento de su vida, y en particular en la adolescencia, se siente inseguro, tiene miedo de no ser tan hombre como se espera de él; siente que no da la talla en ninguna de las medidas en que se propone que se mida, mucho menos en el conjunto. El varón busca pertenecer al grupo” (Márquez, 1998).

c) *La escuela*

Por otra parte la tercera fuente de los modelos de masculinidad viene de la escuela la cual juega un papel importante en la construcción de la masculinidad, porque los hombres y las mujeres somos seres instituidos por el hecho de tener contacto con la sociedad.

En primer lugar, los niños aprenden acerca de la masculinidad a través de los medios de comunicación dejando a un lado el potencial educativo positivo de la televisión, ésta usualmente presenta tres tipos de hombre: el deportista ultracompetitivo, el hombre violento y el alcohólico o drogadicto.

Las imágenes percibidas por el varón son, entonces, de hombres agresivos, invulnerables, insensibles, emocionalmente cerrados y muy negligentes respecto a su bienestar personal, estas son las conductas más evidentes en la escuela (Asturias, 1998).

Por su parte Stoller, (citado en Badinter, 1993), menciona que la identidad de género empieza con la percepción de la pertenencia a un sexo y no al otro. El núcleo de la identidad de género es la convicción de que la propia asignación del sexo ha sido correcta, “soy muy macho” se impone antes de haber cumplido los dos años y persiste generalmente toda la vida de modo inalterable.

El niño para hacer valer su identidad masculina deberá convencerse y convencer a los demás de tres aspectos: que no es mujer, que no es bebé y que no es un homosexual. (Badinter, 1993).

Otra dificultad propia de la masculinidad del niño es que es menos estable y menos precoz que la niña. En general la masculinidad es más importante para los hombres que la femineidad para las mujeres; el hombre en la actualidad no sabe como definirse.

En relación a esto, Freud mencionó que la identidad de género es adquirida a través de la identificación de las figuras parentales y por la internalización de las normas sociales. Para Freud lo masculino se constituye a través de la renuncia al objeto primario de deseo y la identificación con la figura paterna.

Todos los infantes establecen su identidad primaria a partir de la identificación simbólica con la figura materna en la medida en que el niño o la niña alcanzan el umbral crítico llamado separación-individuación y empiezan a desarrollar una identidad individual y de género a través de la internalización de las normas de su cultura. Tanto los niños como las niñas atraviesan estos mismos estadios de separación-individuación y ambos deben responder a las demandas sociales que los conducen a asumir la conducta de género apropiada a su sexo biológico, (Badinter, 1993).

Sin embargo, el niño varón enfrenta problemas especiales en el estadio de separación-individuación debido a que debe superar la simbiosis original con la madre a fin de constituir una identidad independiente, definida por su cultura como masculina. Por lo tanto, para el niño la tarea de separación e individuación conlleva una carga adicional y un peligro.

La masculinidad está amenazada por la unidad primaria, profunda y primordial con la madre, esta experiencia pervive, oculta pero activa en el núcleo del varón. Así, la masculinidad implica la separación del niño de su madre y su ingreso a un estatus social definido, como distinto y opuesto al de ella.

La primera experiencia de un niño es de total identificación con la madre (siempre con una mujer). Luego que se inicia el proceso de separación, se rompe o atenúa la simbiosis y comienza a desarrollarse el ego independiente. Mientras que en la niña la construcción de la identidad de género viene a reemplazar la simbiosis primitiva con la madre ya que debe identificarse con el padre o varón adulto, (Badinter, 1993).

La identificación varonil, a menudo, es de tipo, posicional, referida a aspectos del rol masculino de su padre, más que una identificación general más personalizada. Pero, aún cuando la relación con la figura paterna sea fría o distante, ella está cargada de significación social porque es el padre quien le trasmite el estatus masculino. Por otro lado, los saberes aprendidos del padre no derivan de la experiencia inmediata del niño. No es lo mismo para una niña aprender de su madre a cocinar que para un niño aprender a participar en actividades de hombres adultos con las que no ha tenido contacto previo.

En este proceso, el niño, en sus intentos por llegar a una identificación con el elusivo rol masculino, lo hace en términos negativos hacia aquello que es femenino o va ligado a las mujeres. El niño trata de negar su identificación con la madre reprimiendo lo femenino en él y devaluando y denigrando lo que se

considera femenino en el mundo externo. La masculinidad parece construirse en la negación de determinadas características consideradas femeninas, (Badinter, 1993).

Cabe señalar que los varones deben realizar grandes esfuerzos a lo largo de su vida por conservar su masculinidad despojando toda duda acerca de los elementos femeninos de sus actitudes, roles o apariencia física. Es así que los varones se definen con base a su relación con el mundo exterior, a la familia y a la comunidad, mientras que las mujeres reciben su poder del mundo interno, es decir, del interior de la casa e incluso de sus cuerpos; lo público se refiere a un orden racional abstracto y lo privado alude a la intimidad y al afecto, lo masculino se asocia con el mundo exterior y con su arbitrariedad e indeterminación, no con el espacio público considerado como racional o abstracto, (Fouller, 1997).

De esta manera podemos decir que el rol de género se aprende por lo general desde una edad muy temprana. En la primera infancia los infantes van adquiriendo estereotipos genéricos conforme van constituyendo su noción del mundo y de sí mismos. El infante aprende el género a través de imágenes, observando, por ejemplo las relaciones de sus padres con sus hermanos en el interior de su hogar, también percibiendo imágenes de las relaciones humanas entre otras personas. El posterior aprendizaje es el símbolo y luego la conquista del lenguaje, los cuales marcarán una importante etapa en la que el aprendizaje de la identidad genérica se irá definiendo cada vez más.

Así, la segregación de mujeres y hombres desde la niñez permite seguir manteniendo estereotipos falsos sobre “la otra” o “el otro”. Y las sociedades tradicionales han mantenido sistemas de creencias de estereotipia genérica gracias a la segregación de los géneros en la escuela, los deportes y el tiempo libre, los intereses supuestamente propios por naturaleza, de uno u otro género. Dichos estereotipos genéricos definen roles, papeles distintos que deben desempeñar hombres y mujeres, roles tradicionalmente definidos como rol

masculino, productivo (remunerado), instrumental (mediador entre familia y sociedad) y rol femenino, reproductivo, expresivo o “nuturante” que significa naturaleza y cuidado de otros. De este modo el papel masculino que una sociedad sexista impone es una imagen de machismo y de virilidad muchas veces tan mutiladora para el hombre como la imagen de la femineidad para la mujer. Por eso, las posibilidades de un movimiento de liberación de los hombres se liga a una toma de conciencia, de las limitaciones que les son impuestas por la sociedad sexista, (Nolasco, 1993).

No obstante es necesario destacar que para la sociología, un estereotipo es una creencia popular, imagen o idea aceptada por un grupo determinado. Para la psicología, el estereotipo designa lo que el individuo es para los otros, El estereotipo es, entonces, la imagen que otros tienen de uno mismo que finalmente uno termina por aceptar como propia. El estereotipo obliga al individuo a hacer suyo el comportamiento y las actitudes del grupo al que desea pertenecer para no correr riesgo de ser desconocido rechazado.

En cuanto a los estereotipos genéricos se puede decir entonces que son expectativas generalizadas de comportamiento, es decir, no son sólo conductas, sino habilidades y capacidades, maneras de pensar y evaluar procesos internos cognitivos y afectivos. Las personas interiorizan estos estereotipos de roles masculino y femenino y desarrollan una identidad sexo-biológica y genérica, formando así un sentido de quienes son y cuánto valen en base a su sexo y su contexto social. A través de ellos se trata a las personas del mismo sexo como si fueran equivalentes o iguales entre sí y diferentes del otro sexo debido a que se tienen expectativas de comportamiento para cada sexo, (Anaya, 1987).

Sin embargo el individuo no siempre acepta el estereotipo, sobre todo si aquel lo perjudica o si siente que se traiciona histórica o socialmente o lo disminuye en sus valores morales, intelectuales, sexuales, lo cual motiva que algunos se rebelen y se manifiesten felices con su modo de ser. En este sentido

podemos decir que con el paso del tiempo irán apareciendo los nuevos modelos de comportamiento. Así, por ejemplo, la idea que se tiene del hombre en México (la cuál se constituye por la importancia que le dan a sus genitales, su agresividad, su violencia y su capacidad de fecundación, su irresponsabilidad y su dureza), seguirá persistiendo, mientras haya mujeres que lo pueden aceptar, mujeres para quienes esto sigue siendo el ejemplo de hombría (Anaya, 1987).

Es así que los roles genéricos están basados en una ideología de la reproducción y producción que define ideales del ser humano y las relaciones sociales. Ellos llevan a atribuir una identidad masculina a los hombres y una identidad femenina a las mujeres, teniendo en cuenta que todo esto será determinante para que en este caso el varón adulto se desenvuelva dentro de la sociedad a lo largo de su vida.

2.4. El papel que desempeña el hombre adulto dentro de la sociedad.

A través de los tiempos, la conducta del hombre adulto ha estado determinada en gran medida por la sociedad, lo cuál ha venido creando cierto tipo de consecuencias, una de ellas es el machismo el cuál ha promovido que los valores centrales sean el poder, el control, la competencia, la agresividad y la violencia, de esta manera se generan “modos de vida” que son altamente nocivos para los hombres. Ser hombre, es producto de un proceso de socialización en el que, si bien son parte actores, también están atrapados en una coraza de símbolos altamente dañina para ellos mismos.

De esta manera, muchas de las acciones que asociamos con la masculinidad giran en torno a la capacidad del hombre para ejercer poder y control; sin embargo, “la vida de los hombres muestra una realidad diferente”. Por el hecho de ser hombres, gozan de poder social, pero la manera en que se ha armado este mundo de poder llega a causarles dolor, aislamiento y alineación. Es

decir, el hecho de poner en ejercicio las relaciones de poder sobre todo con el género femenino, tiene su respectivo costo, que tienen que sufrir en silencio. La necesidad de amputar algunas partes de ellos, como son las emociones y aceptarse con limitaciones. Esta combinación de poder y dolor es la historia secreta de la vida de los hombres.

Ante tal situación los hombres tienen la encomienda de reflexionar y aprender de las experiencias contradictorias del ejercicio del poder entre ellos, lo que nos permitiría analizar que entre los hombres se manejan emociones ocultas que cobran considerables índices de mortalidad, antes que manifestarlas como naturales de la condición humana y que no existe una sola masculinidad, sino que ésta se ramifica en un abanico de expresiones (Kaufman, 1993),

Al respecto Pérez, (1995) hace referencia a algunas cifras que ilustran este fenómeno:

- a) Más hombres que mujeres beben alcohol en exceso en una proporción de cuatro a uno; el consumo de alcohol sirve como una manifestación de dureza masculina y como una forma de reducir el stress sin violar las normas de la masculinidad.
- b) De cada 3 personas que mueren de enfermedades cardiacas, 2 son hombres.
- c) La proporción de hombres que mueren por cáncer en el pulmón es 6 veces mayor que la de las mujeres.
- d) Los hombres cometen suicidios con frecuencia de 3 veces mayor que las mujeres.

Asimismo Bonino (1989), analiza los índices de mortalidad ocurrida en varones asociados con estereotipos de masculinidad los cuáles indican que el recurrir a centros de vicio, ver películas prohibidas, adoptar conductas que muchas veces escapan a sus deseos y preferencias, le dan lugar social que le

hace reivindicarse como varón con poder, y de esa manera buscar apoyo en el alcohol y las drogas para armarse de valor y mostrarse ante la familia como grupo de preferencia.

Es así que podemos decir que los anteriores datos representan las problemáticas que se asocian con modos de vida que llevan a cabo los hombres con la finalidad de no romper el patrón y las expectativas que la propia sociedad espera de ellos.

Cabe señalar que existe una imagen de lo masculino que ha sido transmitida de generación en generación, y que raramente se somete a una reflexión crítica. Desde la temprana infancia se aprende que un verdadero hombre tiene que mostrarse fuerte y seguro de sí mismo, así como competitivo y ganador, (en definitiva, una imagen cercana a la omnipotencia). Este modelo tradicional de masculinidad también incluye algunas prohibiciones tales como no llorar, no mostrarse débil, temeroso e inseguro, no fracasar, entre otras cosas, visualizando así la imagen tradicional del macho mexicano, (Badinter, 1993).

En cuanto a dicho modelo tradicional podemos decir que éste se apoya en algunos elementos esenciales que conforman un verdadero perfil psicológico. El primero de ellos es la restricción emocional la cuál consiste básicamente en no hablar acerca de los propios sentimientos, especialmente con otros hombres, es así que las necesidades emocionales de los hombres existen, pero parece que su expresión estuviera “prohibida”, o reducida por otros estereotipos. Es común ver como algunos hombres rehuyen la intimidad, se niegan a hablar de sus afectos y se niegan a pedir ayuda.

Otro elemento importante es la obsesión por el logro y el éxito, en este caso la socialización masculina se apoya en una visualización del hombre como “ganador”. Esto implica que éste tendría que estar en un permanente estado de alerta y competencia; mostrando así un hiperdesarrollo del “yo exterior” (hacer,

lograr, actuar). Para demostrar seguridad en esa carrera, es preciso ejercer un efectivo autocontrol represivo, que regule la exteriorización de dolor, tristeza, placer, temor, etc., (sentimientos que generalmente son asociados con inferioridad), (Corsi, 1990).

De esta manera es evidente que dentro del marco de una sociedad patriarcal, el varón se ha visto impulsado a construir su identidad evitando todo lo que es culturalmente definido como “femenino”, es así que todos los mandatos se refieren al hacer, al mostrar, al ocultar, al lograr, etc., minimizando la importancia de los sentimientos, las emociones y las necesidades que también existen en ellos. No obstante existen características como, la creatividad, los poderes de dominio, la racionalidad, la violencia, la conducción de otros, las decisiones sobre las vidas propias y ajenas, la creación de instituciones y su manejo, entre otras, que sí les son atribuidas y permitidas. Mientras que por otro lado, su sexo los ubica en el buen género, el de los padres, el superior, el prestigioso, el de los triunfadores, el de los ejecutores, los poseedores, los que controlan y los que dominan.

Así, la masculinidad se ha asociado tradicionalmente con el rol productivo de proveedor económico, y el rol instrumental, de mediador entre familia y la sociedad. No existe la creencia paralela a la del instinto maternal, de un instinto paternal; a lo más que se admite es a un “impulso paternal”, que no está cargado por un significado innato y determinista. Además existe una fuerza física en él que ha garantizado un rol dominante, justificando, así la diferenciación de roles que existe entre él y la mujer, (Raguz, 1995).

Dicho autor menciona la existencia de tres dimensiones acerca de los estereotipos masculinos del hombre adulto:

- * Masculinidad Social: Es la que gira en torno a ser agresivo, dominante, actuar como líder, controlar personas y situaciones.

- ★ Masculinidad interna: Se refiere a un buen autoconcepto y alta autoestima, sentirse seguro de sí mismo, ser asertivo, capaz de tomar decisiones, con habilidades de liderazgo democrático, ser activo e independiente.

- ★ Masculinidad ambiciosa: Se considera como una característica negativa, ya que los demás coinciden plenamente con el ideal de ser humano.

De este modo el rol masculino del hombre adulto, gira en torno al dominio y el control de sí mismo (seguridad, autonomía, buena autoestima, asertividad, capacidad de decidir, de defender una posición, capaz de arriesgarse), y/o control de otros (agresividad destructiva, liderazgo, fuerza, competitividad, valentía).

En general la situación específica de cada hombre conjuga su asignación genérica vital con las determinaciones de su edad, de sus habilidades y de sus condiciones de salud, de la clase social a la que pertenece, de los bienes que posee, de los poderes que ejerce y que padece, de su nacionalidad, de sus afiliaciones religiosas y la política, de los momentos históricos que le toca atravesar, de las relaciones que desarrolle con otros hombres y con las mujeres. Del resultado de estas condicionantes múltiples surgen las masculinidades concretas del orden patriarcal. Ser un hombre integro, completo, verdadero plantea exigencias, obligaciones y responsabilidades; hay que ejercer el dominio familiar y tener donde y sobre quien ejercerlo, (Lagarde, 1990).

En este sentido se puede decir que para los hombres, existe una serie de exigencias sociales que están ligadas con su identidad masculina. Por ejemplo se espera que el hombre adulto sea un ser activo, con iniciativa, valiente, fuerte física y emocionalmente, independiente, exitoso económicamente, así como capaz de superar cualquier problema. Es así que las expectativas llegan a ser tan grandes que si una de estas características llega a fallar, la presión es mucha y se pone en tela de juicio la calidad de su hombría.

Las exigencias que se han impuesto a los hombres, y a partir de las cuales algunos miden su virilidad, son muchas, pero es imposible que los varones sean todos iguales y sientan y vivan de la misma forma, el problema es que cuando no sucede así, muchos se sienten con la obligación de cumplir, de una manera u otra, con el parámetro marcado para poder aceptarse a sí mismos como hombres y ser aceptados por los demás, (Hiriart, 1997).

Asimismo es importante destacar que esta forma de asumir la identidad masculina hace que los hombres padezcan en cierta medida de algunas desventajas, entre ellas la reducción en la expectativa de vida, (la cuál es menor que la de las mujeres), ya que es el género masculino el que encabeza los porcentajes de muerte por accidentes, trastornos cardiovasculares y cáncer. Estos datos probablemente no están asociados con factores hormonales, sino con las características del desempeño del rol masculino tradicional.

Algunas de las características que poseen algunos hombres y que en algunas ocasiones los llevan a estar en riesgo son la agresividad y la competitividad las cuales llevan a los varones a meterse en situaciones potencialmente peligrosas, esto es porque tienen la idea de que deben ser valientes y arriesgados y que no deben tener miedo frente al peligro, esto es la causa de un gran número de accidentes, muchos de ellos fatales o mortales, (Corsi, 1990).

Por otro lado la inexpresividad emocional, asociada con la rigidez del modelo tradicional, contribuye a generar trastornos psicosomáticos y otros problemas de salud, esto es porque la represión de determinadas emociones se encuentra asociada con cuadros psicosomáticos, especialmente en el área cardiovascular y gastrointestinal.

Así también el hecho de asumir los roles tradicionales de “sostén y jefe del hogar” genera un grado de exigencia muchas veces difícil de cumplir, lo que

deriva en grados variables de estrés psicológico que constituye uno de los principales factores de riesgo de una serie de enfermedades o en el peor de los casos el rol masculino tradicional promueve determinadas conductas nocivas para la salud, especialmente alentadas por el grupo de pares (por ejemplo, beber y fumar en exceso).

En cuanto al cuidado de su salud podemos decir que las características del rol masculino tradicional hacen que a los hombres les resulte difícil solicitar ayuda médica y cuidar su salud. De igual forma, la dificultad para pedir ayuda se incrementa cuando se trata de un tratamiento psicológico. La aversión casi lindante con el miedo que tienen muchos hombres a realizar una consulta psicológica está casi siempre apoyada en la idea de que ellos deben ser capaces de resolver por sí mismos los problemas. Además, la índole de los tratamientos psicológicos los coloca frente a la necesidad de hablar de sí mismos y de sus sentimientos, tarea para lo cual se sienten imposibilitados. Pareciera que el periodo de ayuda está asociado con mostrar debilidad ante otros (Corsi, 1990).

No obstante y a pesar de todo lo anteriormente mencionado se puede decir que en la actualidad existen también hombres que intentan ser igualitarios, hombres que rechazan el orden genérico patriarcal y están en pleno proceso de cambio. Asimismo son capaces de concebir a las mujeres como seres humanos con quienes vale la pena hacer el esfuerzo de compartir la cotidianidad sin paternalismo ni machismo y con respeto y apoyo a las inquietudes, los proyectos y los trabajos de las mujeres que le son cercanas, así como ellas comparten lo de ellos. Además por más que se descubran actuando como paternalistas o machos y pensando como misóginos, aunque crean que no lo son, se esfuerzan por construir relaciones igualitarias y establecer contratos de convivencia sin abusos y con gratificación para todas las partes.

De esta manera es importante hacer referencia a que tanto el hombre como la mujer poseen un lado emocional y lo construyen de diferente forma, en

este caso a continuación se hablará de la construcción emocional de los hombres.

2.5. Construcción emocional de los hombres

El horizonte de las expectativas respecto a una recta conducta masculina proviene de una serie de condiciones sociales y culturales; al modificarse éstas se modifican a la par aquellas expectativas. Por lo tanto habremos de fijarnos en el modo en el que se crían los varones, en cómo se transmiten las ideas tradicionales acerca de la masculinidad a través del padre y de las amistades masculinas, (Bell, 1987).

Es así que en este apartado se pretende analizar la construcción emocional que caracteriza al hombre.

La identidad masculina tradicional, según Jorge Corsi (1990, citado en Dohem, 1995), se construye sobre la base de dos procesos psicológicos simultáneos y complementarios: 1) hiperdesarrollo del yo exterior (hacer, lograr, actuar); 2) represión de la esfera emocional. Dice Corsi: "Para poder mantener entre estos dos procesos, el hombre necesita ejercer un permanente autocontrol que regule la exteriorización de sentimientos tales como el dolor, la tristeza, el placer, el amor...., como una forma de preservar su identidad masculina". Esta caracterización está doblemente reforzada en los hombres golpeadores, asidos profundamente a las raíces sociales establecidas.

A través de los tiempo las emociones del hombre y de la mujer han sido diferenciadas en la sociedad, es decir, se ha dado por hecho que la mujer se rige por su lado emocional y sentimental, entre otras cosas de este orden, mientras que por el contrario el hombre es considerado la parte racional, fría y carente de sentimentalismos.

Cabe señalar que el primer modelo de virilidad que tiene el hombre es el padre, dicho modelo pervive grabado a fuego en lo más hondo del alma. Muchos de los padres han enseñado a sus hijos varones que se espera que sean fuertes, dominantes, capaces de llevar a cabo con éxito cualquier tarea que se propongan. Asimismo es de ellos de quien los varones aprenden a expresar sus sentimientos y sus emociones y también como no hacerlo y además aprenden como comportarse con las mujeres, (Bell, 1987).

No obstante que el padre es quien otorga la primera figura de virilidad y masculinidad, es la madre en quien el niño varón, al pasar por la infancia, confía en lo tocante a la satisfacción de las necesidades afectivas aunque intentase negar tales deseos por los mensajes que envía el padre. Es decir, el joven varón compite con su padre a la hora de convertirse en hombre “hecho y derecho”, a la hora de mostrar su fuerza y masculinidad y de este modo se hace acreedor de “un lugar en el mundo”.

A tan complejo entramado de sentimientos se suma otra circunstancia. En tanto el padre no participa, al menos de forma sustancial, en la cría del niño, se da una tendencia generalizada a que el hombre se sienta más separado de él que de la madre. Quizá, aunque algo irónicamente, esto ayude a muchos a ver al padre con mayor claridad y a poner en marcha más fácilmente los sentimientos.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que el tradicional rechazo del padre arroja también resultados negativos, sirve para que el hijo varón se aparte del padre aunque también se pueda entre tanto identificar con él.

La relación con el padre, lo que los hombres aprenden de él y lo que no, el modo en que consciente o inconscientemente se forman a partir de su modelo, el modo en que adquieren su sentido de masculinidad tiene una importancia capital en su historia de vida, (Bell, 1987).

En muchos casos el hombre adulto posee la tradicional imagen de masculinidad que proviene del padre, el modelo es: sostener una familia no mostrar sus emociones ni sentimientos, ser duro y desinteresado por las labores del hogar. Sin embargo eso no quiere decir que bajo algunas circunstancias les gustaría demostrar sus sentimientos con mayor soltura.

Existen hombres que mencionan que sus padres les enseñaron siempre a no ser expresivos en el terreno emocional por temor a que sean débiles o les vean mal socialmente hablando, propiciando así que construyan una masculinidad aparentemente reprimida de emociones y sentimientos.

“En nuestras relaciones con niños y luego con hombres, hemos aprendido a competir, a mantenernos en guardia, a ser exitosos. Aprendemos a pelear” (Kaufman y Pineda, 1991 p. 22).

En cuanto a las emociones, cabe señalar que la cultura ha restringido el hecho de que los hombres expresen sentimientos o emociones de nobleza tales como, el amor, el afecto, la ternura, la nostalgia, la tristeza, y por el contrario sí son más aceptables las emociones de hostilidad como la cólera o la agresividad ya que éstos últimos reflejan valentía masculina. Y por lo tanto si las pueden expresar con confianza, las primeras no.

La restricción emocional se basa fundamentalmente en no poder hablar acerca de los propios sentimientos ni expresarlos, en particular, con otros hombres. Con sus cónyuges pueden manifestar su enojo y cólera, exclusivamente a través de la violencia. Las necesidades emocionales de estos hombres existen, pero sienten como si su expresión estuviera anulada, cercenada por el modelo masculino tradicional, pues temen ser connotados con características típicas del estereotipo femenino, (Dohem, 1995).

Para Sonkin y Durphy (1982) la mayoría de los hombres son entrenados desde pequeños para que “piensen” lo que pasa y no para que lo sientan, y desde el pensamiento deben caracterizarlo como positivo o negativo.

Los hombres aprenden que deben manejarse con el pensar; las mujeres aprenden a que deben conducirse con el sentir. Es así que los hombres expresan los sentimientos en términos de pensamientos, porque confunden pensamientos con sentimientos u observación.

Sonkin y Durphy argumentan: “El propósito de expresar los sentimientos es comunicar al resto de la gente cómo se experimenta el mundo”

Estos autores refieren que en una pelea el hombre utilizará “su lenguaje” de lógica y razón y la mujer empleará su lenguaje de sentimientos y emociones: “Las expresiones de sentimientos de la mujer tienen efecto directo sobre los sentimientos del hombre, aunque él no lo advierta”.

De este modo en la infancia y en la adolescencia los hombres aprenden de las figuras masculinas, ya sea el padre, el abuelo o amistades mayores, así como de las figuras masculinas que aparecen en los medios de información, que pueden desahogar su frustración su cólera, sin embargo esto podía ser solo en los momentos oportunos y de forma muy determinada, (Bell, 1987).

Por su parte (Kaufman y Pineda, 1991 p. 14), dicen: “Convertirse en un hombre no parece ser algo que simplemente sucede porque uno nace con pene. Es una actividad importante durante la niñez y la ocupación principal en el período de adolescencia. La hombría requiere un constante mantenimiento a lo largo de nuestra vida como adultos, ya que para ella no existen garantías”

En lo tocante a la sexualidad, al igual que en muchas otras áreas del comportamiento, los padres les proporcionan un modelo de conducta viril, y ello les impide encontrar nuevos modelos por su cuenta y riesgo.

Los deportes en que el contacto físico violento desempeña un papel primordial, tienen una importancia capital a la hora de construir un "personaje" masculino en esta sociedad; muy a menudo, los padres incitan a sus hijos a tales experiencias.

Como ya se ha venido mencionando, es preciso señalar que las características que les son atribuidas tanto al hombre como a la mujer, no son innatas, por el contrario están determinadas por un proceso de socialización en el cuál interviene la cultura, la familia y la sociedad. En este sentido por socialización entendemos al proceso a través del cual en una determinada comunidad, la cultura y las reglas que norman o regulan la interacción de sus miembros, les son transmitidas a las personas. Es así que la condición masculina es un producto social y por tanto, hacerse hombre es un proceso al que está sometido el varón desde la infancia y que implica que debe conocer el esfuerzo, la frustración, y el dolor para ser aceptado como tal. Es de ésta manera, como a los hombres desde que nacen se les enseña cómo deben comportarse como varones, en otras palabras, "el hombre nace y el varón se hace", y para esto podemos decir que las expectativas sociales son claras ya que el varón debe demostrar su masculinidad con actos de valentía y fuerza y no manifestar debilidad física ni emocional.

"Nuestro pene y testículos son nuestro equivalente a las alas del pato y el croar de la rana. Pero la hombría, la masculinidad, es un asunto completamente distinto. Es nuestro género, una definición social de lo que significa ser masculino" (Kaufman y Pineda, 1991. p.)

En este sentido, Wright (1974, citado en Echebarría, 1989) afirma que los niños recién nacidos, de ambos sexos tienen el mismo potencial y capacidad para experimentar sentimientos, expresar una gama de sensaciones y desarrollar un repertorio de conductas. Pero es entonces cuando el mundo adulto pone en marcha el proceso de enseñar lo que su cultura considera necesario (socialización). De este modo dentro de la sociedad se acostumbra decir a los niños frases "tradicionales" como: "los hombres no lloran" o "a golpes se hacen

los hombres", dichas frases son reflejo de falsas expectativas. Los padres comienzan entonces a transmitir lo que se supone apropiado para cada sexo. Generando así que desde pequeños, tanto hombres como mujeres, aprendan qué se espera de ellos para ser aceptados y aprobados por sus grupos de pertenencia.

Al respecto Scherer (1986, citado en Echebarría, 1989) afirma que esta es, en general, la forma aprobada de ser varón en una sociedad determinada. Es la manera en que se enseña y se dice a los hombres cómo tienen que comportarse, qué tienen que pensar y cómo tienen que manejar sus sentimientos. Son mensajes, encargos, mandatos y roles que los varones aprenden desde que nacen. De acuerdo con esto, si el hombre no quiere quedar mal con la sociedad debe cumplir entonces éstos encargos y adecuarse al ideal cultural creado en la sociedad en la que vive.

Por su parte Davis y Schwantz (1987) afirman que en el modelo tradicional, recae sobre el varón la responsabilidad de ser el proveedor económico, mientras que sobre la mujer pesa el mandato de ser madre, (aspectos de los cuáles aprenden desde que son pequeños). Así el varón se atribuye el poder en el ámbito público, (con sus exigencias de racionalidad, eficacia, éxito, producción); mientras que el de la mujer queda circunscrito al ámbito privado (con sus requerimientos de afectividad, intimidad, disponibilidad, reproducción). Esto forma parte de la construcción de la subjetividad para ellos y para ellas. Averill (1982) atribuye este fenómeno al hecho de que "la masculinidad hegemónica requiere también de una femineidad hegemónica". Esto implica la presencia de una mujer al servicio de los otros, sumisa, obediente, dedicada por entero a agradar a su pareja, con baja autoestima, con mucho temor a que la abandonen, muy tolerante, muy dependiente, con deseos de que el hombre la domine y la controle, como señal de su amor por ella y como también como forma de reforzar su propia masculinidad.

De esta manera se ha definido a las mujeres tradicionalmente como sostenedoras de lo emocional, de lo afectivo, asimismo se les ha visto dependientes y pasivas. Los varones en cambio son vistos como sostenedores económicos de la familia, racionales, los poseedores de la iniciativa sexual, los exitosos y los dominantes.

De este modo para el varón, la vulnerabilidad, la falta de reconocimiento, la dependencia, son poco tolerables. Al respecto Lang (1984), atribuye esta tendencia al hecho de que a los varones desde el momento en que nacen se les brinda una crianza basada en un modelo machista que les indica de qué manera deben comportarse para "ser hombres" y de esa forma ser aceptados en la sociedad como tales. Éste modelo se puede percibir, por ejemplo, en los juguetes que reciben a lo largo de la niñez (autos, armas, soldados, indumentaria de guerra, etc.). A estos se le podían agregar algunos otros como competencia, protección, actividad, frialdad, agresividad, invulnerabilidad, fuerza, etc.

Es así que para ser "buenos" varones, los hombres deben exhibir su masculinidad con actos de coraje, audacia, intrepidez, bravura, y poderío y no demostrar debilidad física ni emocional. Deben exponer en forma permanente que cumplen con los mandatos y encargos sociales, que son fuertes, poderosos y agresivos, y que no son mujeres. La mujer y lo femenino representa el límite, la frontera de la masculinidad, el que la transgrede, se expone a ser calificado de poco hombre. La frase citada al comienzo del trabajo: "Los niños no lloran" y subsecuentemente, "Los hombres no lloran", es un claro ejemplo de la necesidad de acreditar la masculinidad, a costa de restringir las reacciones emocionales espontáneas y acordes a determinada situación. Kimmell (1985) presenta lo que él denomina una definición hegemónica de la masculinidad: "sólo existe un hombre ideal, completo y orgulloso de sí mismo, joven, casado, blanco, urbano, heterosexual, padre, con educación universitaria y empleo de tiempo completo, buena complexión física, peso y estatura y un récord deportivo reciente. El hombre que no pase cualquiera de estos requisitos se verá a sí mismo como devaluado, incompleto e inferior.

Mientras tanto Deaux (1985) afirma que la masculinidad se construye mediante la negación de las características que se consideran femeninas, tales como demostrar sentimientos, sensibilidad, verbalizar las emociones. Por este desfase los varones deben realizar grandes esfuerzos a lo largo de su vida por conservar su masculinidad despejando toda duda. Asimismo menciona tres de las características que son propias del proceso de construcción de la identidad masculina. Estas son: El aislamiento; la competición y el valor.

- ❖ El Aislamiento: Desde pequeños a los varones se les enseña que si son hombres, tienen que poder arreglárselas solos. Este recurso tiene como contrapartida hacer más dolorosa cualquier angustia por el hecho de no poder compartirla. Es frecuente en los hombres, la sensación de no poder o no saber compartir:

- ❖ La Competición: Los varones desde que nacen, son educados para triunfar. Los niños son entrenados para que desarrollen su lado "activo" (valentía, agresión, competitividad) y repriman sus tendencias "pasivas" así como sus emociones.

- ❖ El Valor: Se les supone, al tiempo que se les exige reiteradamente demostrarlo. Hay que evitar que se note el miedo, el temor de ser humillado delante de otros hombres (el hombre imaginario o "el otro" mejor que yo).

De manera general, podemos decir que las mujeres son más expresivas en cuanto a sus emociones se refiere, están más dispuestas a hablar con sus amistades sobre sus sentimientos y preocupaciones personales, es decir, ellas se centran más en hallar y compartir emocionalmente. Mientras que los hombres sólo se ocupan en compartir actividades con sus amistades y en hablar de un mundo externo, (Lips, 1988).

Con respecto a lo que los hombres pueden demostrar emocionalmente hablando, en una relación de pareja se tiene la creencia de que expresan menos emociones que la mujer aunque sientan las mismas cosas, suelen ser más

afectuosos en la intimidad y evitan las demostraciones de afecto en público, de igual forma temen demostrar todo lo que les pasa, ya que si lo hacen pueden ser considerados como “poco hombres”. Así también se le tiene permitido tener dos o más relaciones al mismo tiempo, a diferencia de la mujer, se piensa que son más racionales que la mujer a la hora de establecer relaciones con otras personas ya que analizan la situación antes de empezar algo nuevo. Del mismo modo tratan de resolver sus problemas solos, sin pedir ayuda a nadie.

Todo esto viene marcado por la educación recibida desde la primera infancia y por lo que socialmente se espera del varón. No obstante cabe aclarar que no se trata de una generalidad sino más bien es una evidencia y así como existen estos rasgos herméticos en los hombres aún en la actualidad, también existen ya hombres que son capaces de manifestar sus emociones y sus sentimientos, que pueden llorar o incluso acunar a un hijo y en definitiva pueden laborar en áreas que hasta hace poco eran consideradas femeninas. A este hombre menos blindado, le será más fácil solicitar ayuda profesional, y poder expresar todos sus sentimientos sin ningún tabú.

“Nosotros creemos que ser un hombre no significa simplemente tener un pene, sino también tener una predisposición a cambiar pañales, lavar ropa, hacer las camas o cocinar” (Kaufman y Pineda, 1991 p. 16-17).

Pocas veces los hombres piensan que sería posible sacar lo que sienten, porque temen que los demás los ridiculicen y los desprecien. Esto tiene sus matices según las diferencias de clase, raza, etnia, que ayudan a formar las masculinidades particulares. Pero no importa qué diferencias necesiten ser reconocidas, existe la idea de que los hombres con frecuencia tienen que demostrarse a sí mismos que son hombres y esto implica demostrar que son hombres de verdad. Suelen aprender a usar el lenguaje como un medio para defender esta imagen de sí mismos que heredaron, (Seidler, 1995).

Tradicionalmente ha sido fácil asumir que los pensamientos están en la mente, la cual es la fuente de su identidad como seres racionales, mientras que las emociones y los sentimientos se localizan en alguna otra parte del cuerpo. La consecuencia de esto es que no hay conexión entre nuestros pensamientos, por un lado, y nuestros sentimientos y emociones por el otro. En términos, más bien Kantianos, ha sido fácil tomar las emociones como distractores que nos sacan de la ruta de la razón. Es por eso que fue tan decisivo para los varones aprender el “auto-control”, lo que significó la subordinación de nuestras vidas emocionales.

Dentro del planteamiento Kantiano del yo no había manera de que los hombres conocieran sus cuerpos y vidas emocionales como parte de su yo. Más bien, se les consideró una amenaza a la integridad de su yo que tenía que ser protegido mediante el silenciamiento de las emociones, los sentimientos y los deseos. A cierto nivel, las emociones no son “suyas” en el sentido de que están afuera del marco del yo racional. A menudo esto tiene resonancia en las formas en que los varones aprenden a relacionarse con su ira como algo que viene de afuera de ellos mismos, y por lo tanto no es algo de lo que puedan realmente hacerse cargo. Es un episodio que tiene poco que ver con su manera de ser. Es algo similar a alguien que se niega a aceptar que es alcohólico, y dice que simplemente es una persona a la que le gusta echarse un trago todos los días. Hay un cerco de negación, construido dentro de este planteamiento, que vuelve fácil desresponsabilizarse, (Dohem, 1995).

Si los varones se piensan a sí mismos como el tipo de gente que no se irrita, entonces es fácil para ellos descartar la ira, como si fuera un incidente aislado. Esto es especialmente sencillo cuando se ha aprendido a pensar las relaciones como conjunto de situaciones discretas. Es como si la vida se descompusiera en una serie de momentos discretos. A menudo esto se ve en la facilidad con que los varones dejan atrás sus emociones cuando se van a trabajar, mientras que las mujeres hablan mucho más de cómo el pleito de la mañana que puede ensombrecer el resto del día. Algunos varones se

enorgullecerán de la capacidad de “desconectarse” que les permite concentrarse en el trabajo diario sin distraerse por lo que está ocurriendo en casa. Esto bien puede provenir de las maneras en que los varones aprenden a no considerar ni a las emociones ni los sentimientos como fuentes de conocimiento de sí mismos.

Un simple ejemplo es que los varones aprenden a asumir que sólo los “demás” tienen necesidades emocionales, y que “ellos” no las tienen, esto crea inevitablemente un desequilibrio dentro de las relaciones mismas. A menudo, será una manera en que los varones se sentirán bien consigo mismos al pensar que están ahí para “apoyar a los demás”, mientras que ellos en realidad no necesitan nada. Pudiera ser que los hombres llegarán más fácilmente al reconocimiento de sus propias necesidades si abrieran un espacio a partir del cual pudieran empezar a explorarse sexualmente a sí mismos, simplemente conociendo mejor sus cuerpos.

Con frecuencia es difícil para los varones reconocer que tienen necesidades emocionales y que éstas necesitan ser alimentadas, pues la idea de tener necesidades es para los hombres un signo de debilidad, (Dohem, 1995).

Por poner un ejemplo, los varones han aprendido a desear sexo sin contacto ni involucramiento emocional. A menudo existe un temor que está ligado con la posibilidad de volverse vulnerables.

De esta manera es preciso destacar la existencia de las hormonas, así como de sustancias químicas que inducen estados psicológicos y también comportamientos, por lo cual se pueden generar también emociones distintas entre el hombre y la mujer.

Sin embargo, Moya (1988), señala que desde la infancia los niños luchan por su independencia, definen su identidad separándose de la persona que los cuida. Las niñas en cambio se alegran por la interdependencia. Las mujeres

tienen más empatía y demuestran más interés por los temas afectivos que los hombres. En todo esto puede haber un aprendizaje muy precoz. Así también se ha encontrado una constante universal entre los deseos masculinos y los femeninos, la cuál indica que aparentemente los niños presentan mayor actividad física y motriz, mayor agresividad física, menor sensibilidad al dolor, mayor firmeza en los propósitos y propensión a desentenderse de las exigencias paternas, por lo que sufren antes las presiones y prohibiciones sociales destinadas a doblegar, influir o sublimar sus impulsos agresivos. Esta presión va a tener como consecuencia un desarrollo de los controles internos del ego. A lo largo de un proceso lento y difícil, el niño va adquiriendo un sentido de mayor independencia afectiva. Por el contrario las niñas, en el aspecto emocional, tienen un concepto de sí mismas más ligado a la opinión que los demás tienen de ellas, y tienden a depender de los demás con vista a obtener su propia auto estimulación.

En la categoría instrumental las criaturas desean realizar cosas por sí mismas y cuando llegan a sus metas, refuerzan su independencia. Sin embargo en la categoría emocional, no está todo tan claro. Mientras en el niño se rechazan las relaciones afectuosas por considerarlas femeninas, en la niña la dependencia emocional se considera usual y aceptable. Es así que las cualidades masculina y femenina no se excluyen necesariamente, lo que puede provocar la flexibilidad mental. El ser humano es, en cierta forma masculino y femenino, es la educación y la cultura la que silencia en nosotros aquella parte que no corresponde al modelo del sexo al que pertenecemos.

Cuando se socializa al niño en la represión de sus sentimientos, se le une una afectividad opuesta a la de las niñas y se mutila su capacidad de comunicación, así como la posibilidad de entendimiento con el otro género. El niño pensará en el amor como algo periférico en su vida, y la niña construirá una gran parte de su dependencia como una forma de vivir la afectividad que será el centro de su vida, aunque implique sufrimiento. Para evitar estos resultados,

habrá que crear climas diferentes con una dinámica que favorezca la comunicación. Los hombres y las mujeres nos parecemos y como dice Sanz (1983), tenemos una base común y buscamos lo mismo, aunque por caminos distintos y sin saber muy bien qué hacer para encontrar nuestro equilibrio.

La educación afectiva se debe centrar en la persona como un todo trabajando los sentimientos y las emociones, los deseos y los miedos, sin separar la mente del cuerpo y sacando a la luz los conflictos latentes que reproducen los conceptos preestablecidos sobre los sentimientos y el amor. Nuestra finalidad es cuestionar la educación sentimental tradicional, que forma a las personas para que sientan y actúen de acuerdo con lo que se espera de ellas, ya que consideramos que esto limita las posibilidades de un crecimiento emocional equilibrado. La cultura femenina y la cultura masculina: diferentes valores. Las mujeres y los hombres hemos vivido procesos de socialización muy diferentes, en los que hemos ido adquiriendo unas formas de pensar, de relacionarnos, de divertirnos, de sentir, de trabajar etc., es decir, unas formas de estar en el mundo y de vivir, que, al estar determinados por diversos factores de socialización, han hecho que hoy en día hombres y mujeres tengan experiencias histórico-culturales muy diferentes.

Así las mujeres han desarrollado la capacidad para afrontar la vida desde la afectividad, han potenciado la capacidad de dar y recibir afecto, la ternura en las relaciones, la comprensión y la empatía con otras personas. También es propio de la cultura femenina estimular la volubilidad y la flexibilidad ante los cambios que se producen en la realidad. Los hombres, a su vez, han desarrollado más la "agresividad", como capacidad de defenderse a ellos mismos y a sus intereses; Debido al rol que se les ha asignado se han visto obligados a desarrollar la capacidad de decisión y actividad en el mundo público así como a ejercer en él su autoridad, lo que ha potenciado su inteligencia (por vía intelectual) y su avance en el conocimiento de la realidad y en el progreso técnico. También es propio de la cultura masculina el estímulo de la fuerza física.

La represión de la afectividad es un trazo dominante que ha ido confirmando la carga negativa de la cultura masculina.

Cabe resaltar que Lutz y White (1986, citado en Molto, 1995), han propuesto que la cultura influye sobre las emociones de dos maneras muy diferentes: de una parte, influye en la valoración, definiendo la significación de las situaciones estímulares en relación a nuestro bienestar –esta significación, a su vez, determinará el tipo de emoción que se elicitará en cada encuentro persona-situación-; de otra la cultura nos informa sobre la manera como debemos controlar y expresar nuestras emociones una vez elicitadas.

La consideración de lo femenino como una subcultura explica la baja autoestima, inseguridad y dependencia de lo masculino, que se observa en el colectivo de mujeres. El limitado grado de desarrollo humano de los hombres, que aunque han ganado el mundo social han perdido el privado, lo que acusan esta falta de autonomía, inmadurez afectiva, dependencia emocional y dificultades para expresarse. Nicholson habla de las “Incapacidades Aprendidas” y de las consecuencias implícitas para el desarrollo de las niñas, pues termina repercutiendo en su propia confianza e independencia. La coeducación sentimental consiste en partir del diagnóstico y análisis de las emociones y de los sentimientos de género e ir haciendo intervenciones conscientes hacia la expresión de las emociones y sentimientos, sin que estemos presionados por los estereotipos de género.

La mayor expresividad emocional en las mujeres se puede explicar por su funcionalidad. Esta funcionalidad se puede interpretar a dos niveles.

a) En un primer nivel micro-social, se puede referir a las maneras de obtener fines de las mujeres.

Según Hochschild (1988, citado en Echebarría, 1989), ante la falta de otros recursos, las mujeres utilizan las emociones como instrumento de un intercambio

social. Segundo, las mujeres son orientadas y llenan roles en los que el trabajo emocional prevalente es el control de la rabia y la agresividad y la de manifestar emociones positivas.

Por el contrario, a los hombres se les asignan las tareas de agredir a los que quebrantan las normas sociales, y el trabajo emocional que deben desarrollar es el de controlar el miedo y la vulnerabilidad.

Tercero, por su status subordinado y por el tipo de tareas sociales, las mujeres están más expuestas a ser el blanco de la descarga emocional negativa.

Al respecto se puede decir que la masculinidad se construye socialmente de manera permanente bajo la mirada evaluativa de quienes rodean al varón, y la hombría se expone como medio de aprobación, de otros hombres y mujeres, quienes valoran el desempeño. Es así que cada hombre construye su subjetividad a partir de los modelos que el entorno en el que se encuentra inserto le provee. Estos modelos van a favorecer el desarrollo de ciertos aspectos y la inhibición de otros comportamientos y deseos, determinando formas de vivir, gozar, sufrir y hasta morir. En la actualidad suele decirse que el varón está ligado a saber, poder, tener, ser importante, sentirse orgulloso y confiado de sí mismo; todas cualidades con un denominador común: la potencia, (Duck, 1986).

Si los hombres reconocieran sus sentimientos, entenderían mejor lo que les sucede y podrían expresar sus sensaciones, sintiéndose menos frustrados y manipulados. Advertir sus propios sentimientos les facilitaría poder controlar el abuso, al manifestarlo directamente en la comunicación, (Dohem, 1995).

Tal pareciera entonces que la masculinidad va de la mano y se demuestra con las características del cuerpo del hombre ideal, con su carácter, fortaleza, valentía y demás mandatos que debe cumplir ante todos los contextos en los que se ve inmerso. Es así que se debe plantear entonces cuál es el sentir del hombre adulto cuando ya no cumple, por la misma edad o por alguna enfermedad, con dichas expectativas de lo que es un hombre ideal, social y culturalmente

hablando, manifestando inclusive algún tipo de trastorno que ocasione que su calidad de vida no sea la misma. Es entonces que en el siguiente capítulo se abordarán las características de la depresión, destacando principalmente los factores que se ven afectados en el hombre adulto a causa de dicho trastorno.

CAPÍTULO 3

LA DEPRESIÓN Y EL HOMBRE ADULTO.

En el año 2001, la Organización Panamericana de la Salud calculó que en nuestro país había más de 4 millones de personas mayores de 20 años con depresión. En tanto, la Organización Mundial de la Salud alertó que la depresión había aumentado durante los últimos 20 años, estimando que 340 millones de personas en el mundo sufrían de algún cuadro depresivo; asimismo calculó que para el año 2020 este trastorno será la segunda causa de muerte, por encima de las enfermedades cardíacas.

Es importante destacar que a través de los tiempos la depresión se ha presentado con mayor frecuencia en las mujeres, sin embargo se ha descubierto que los hombres también la padecen e incluso son ellos quienes atentan contra su vida con mayor frecuencia. Un aspecto importante a destacar es que el diagnóstico de la enfermedad puede ser más difícil de hacer en los hombres que en las mujeres. No obstante aunque resulta más difícil que el hombre reconozca que está atravesando por un período depresivo, la tasa de suicidio en él es cuatro veces mayor que las mujeres a veces acompañado por el asesinato de hijos o pareja a quienes arrastra posesivamente a la muerte en su desesperación, sin embargo, los intentos de quitarse la vida son más comunes en ellas, (Flores, 2006).

Un estudio realizado en México el cual tenía como objetivo; describir la mortalidad por suicidios en México en el 2001, así como los principales cambios en los métodos de suicidio y en la estructura por edades y sexo que se han presentado desde 1990, tanto en la escala nacional como por entidad federativa, muestra la dimensión de esta situación: durante el año 2001 se registraron 3 784 suicidios (3 110 de ellos hombres y 674 mujeres), lo que representa una tasa de 3,72 muertes por suicidios por cada 100 000 habitantes, en una población total nacional de 101,8 millones de habitantes. Los estados con mayor mortalidad por

suicidios fueron Campeche y Tabasco (9,68 y 8,47 por 100 000 habitantes, respectivamente). Las menores tasas se observaron en Chiapas y el Estado de México (1,03 y 1,99 por 100 000 habitantes, respectivamente). En 2001, la mortalidad por suicidios por 100 000 habitantes fue de 6,14 en hombres y de 1,32 en mujeres. El mayor incremento por grupo de edad se observó en las mujeres de 11-19 años (de 0,8 en 1990 a 2,27 por 100 000 personas en 2001). En los hombres, el aumento más pronunciado se observó en el grupo de 11-19 años (de 2,6 en 1990 a 4,5 por 100 000 personas en 2001). La tasa más alta (13,62 por 100 000 personas) se observó en los hombres de más de 65 años. Se observaron cambios en los métodos de suicidio, y el ahorcamiento es el medio más frecuentemente utilizado actualmente tanto por hombres como por mujeres.

El incremento en la frecuencia de suicidios está asociado con diversos factores que varían en dependencia del grupo de edad estudiado. Entre los jóvenes influyen la depresión, el aumento del consumo de drogas y de alcohol; en los adultos mayores, las enfermedades que generan gran dolor o discapacidad; y en los grupos de edad laboralmente activos, otros factores de índole laboral y económica (OMS, 2001, citado en Puente y Cols., 2001). Un estudio realizado en adolescentes que residían en la ciudad de México mostró una asociación entre la ideación suicida en los adolescentes y vivir en hogares donde estaba presente solo uno de los padres, situación que es cada vez más frecuente en México, (González, 1998, citado en Puente y Cols., 2001)

Cabe resaltar que a pesar de la importante prevalencia de la depresión masculina, este cuadro suele ser poco diagnosticado precozmente en la clínica y poco descubierto por los que rodean al varón deprimido. Uno de los factores relevantes para ello es que su sintomatología está invisibilizada porque la norma en la que los criterios diagnósticos para la depresión están basados es el modo femenino de su expresión (llanto, inhibición, relatos y emocionalidad depresiva). Los modos en que los varones expresan su depresión o las reacciones defensivas frente al sufrimiento que les produce, muchas veces distan de estos criterios.

Al respecto se puede decir que la depresión en los hombres no suele expresarse de la misma manera que en las mujeres, y es más difícil diagnosticarla, porque ellos no reconocen los síntomas, y se niegan a la posibilidad de padecerla. Ellos aceptan tener estrés, porque está relacionado con el trabajo, pero aceptar ser depresivos para ellos implica una sanción social. De esta manera, la depresión no se expresa en ellos necesariamente con tristeza o angustia; en el caso de los hombres la depresión se manifiesta de forma diferente a las mujeres y por esta razón se puede confundir el trastorno ya que por lo general, no aparece en forma de llanto o de tristeza. Usualmente, los síntomas son físicos, tales como dolor de cabeza, angustia y hasta disfunción sexual. También la irritabilidad, el mal genio, la agresividad, abuso del alcohol y las drogas; descenso en el rendimiento laboral y alteración de los patrones de sueño, (Flores, 2006).

Ellos manifiestan generalmente su malestar comportándose del modo marcado por la sociedad: la acción, el ocultamiento emocional, la ira como emoción validada y la negación de la debilidad. Así, la sintomatología de aislamiento, irritabilidad o de "escapar" son frecuentes, (Corsi, 1990).

Un varón deprimido se refugia en el trabajo, bebe al levantarse, conduce peligrosamente, teme perder el control. Si muestra su depresión a modo "huraño" predomina su aislamiento silencioso, y quienes lo rodean lo definen como siempre preocupado, enmudecido, que no acepta que le digan nada. Si la muestra a modo "agitado" predomina en él la irritabilidad, la explosividad y la amargura, y quienes lo rodean lo describen como si fuera un animal enjaulado, hipersusceptible, hiperactivo e inaguantable por sus exigencias.

Cabe mencionar que por lo general, algunos hombres lidian con la depresión trabajando compulsivamente, tratando de esconderla de ellos mismos, de la familia y los amigos; otros, se involucran en conductas temerarias, arriesgando su seguridad. Al respecto podemos decir que lamentablemente

muchas de estas formas de evadir la depresión son situaciones aceptadas en nuestra sociedad como “normales”, (Lorente, 1985).

En este sentido podemos decir que la principal causa de la actitud que tienen los hombres al enfrentar un trastorno depresivo, se debe probablemente al falso concepto que tienen de la hombría. Quizás piensan que el sentirse triste o abatido es cosa de mujeres y que los problemas de la vida no pueden afectarle anímicamente como a ellas.

Así, es importante destacar las diferencias importantes entre el cómo se manifiesta la depresión masculina y la femenina. Cabe señalar que los hombres son más proclives a proyectar hacia el exterior todos sus problemas, mientras que las mujeres se los guardan en su interior, los hombres culpan a otros por sus propios problemas en cambio las mujeres se culpan a ellas mismas, ellos están enojados e irritables en cambio ellas se sienten tristes, apáticas, los hombres son más suspicaces, ellas son más miedosas y ansiosas, otra gran diferencia es que ellas tratan de evitar problemas, en cambio los hombres los provocan. Los hombres son más hostiles mientras que las mujeres tratan de ser agradables, cuando se sienten heridos ellos son los que atacan, las mujeres no, los hombres demandan respeto de las otras personas, ellas sienten que nacieron para hacer las cosas mal, en cambio ellos piensan que el mundo está en contra de ellos, ellos se agitan mucho para resolver algunas situaciones, en cambio ellas son más nerviosas que los hombres pero actúan de una forma mucho más lenta que ellos. Otra gran diferencia es en la forma de dormir, ellos duermen muy poco mientras ellas son las que más duermen. Ellos necesitan tener el control de todo.

A ellos les cuesta mucho poder verbalizar todas sus preocupaciones, mientras ellas expresan mejor sus debilidades y dudas, ellos tienen terror a fallar mientras ellas tienen un miedo fuerte a triunfar. Para sentirse mejor, ellos recurren a los deportes, la televisión y el sexo, mientras ellas recurren al amor, los amigos y la comida; los hombres creen que podrían solucionar sus problemas solamente si su (esposa, compañero de trabajo, hijos, padres, amigos) los tratasen mejor, en cambio las mujeres creen que sus problemas podrían ser

solucionados solamente si pudiesen ser mejores (esposas, madres, compañeras de trabajo, amigas, etc.). (Lorente, 1985).

Es preciso destacar que los detonantes de las depresiones masculinas suelen ser no muy diferentes a los detonantes de las depresiones femeninas, es decir, por lo general son a causa de la falta de trabajo, problemas de pareja, problemas familiares, problemas económicos, aunque puede haber otros. Los hombres con depresión efectivamente pueden suicidarse si pierden dinero, porque sienten que ya no tienen poder lo cuál es muy importante para su satisfacción personal. Si carecen de dinero no puede entonces dominar ni manejar su poder.

Las depresiones en los estratos sociales más bajos, están relacionadas con el alcoholismo, en esos casos también aparecen causas sentimentales y el machismo impera. Es decir, un varón que es engañado por su mujer no lo aceptará ni lo asumirá tan fácilmente, (Fernández, 1988).

Es así que en general los hombres pueden atravesar por los siguientes síntomas en el período depresivo: sentirse enojados o irritados, volverse hostiles o agresivos y crear conflictos a su alrededor, ingerir alcohol, ver televisión, hacer deportes y tener sexo de manera impulsiva como automedicación; estar constantemente demandando respeto y sentir que otros tienen la culpa, sentirse fatigados y agitados, sentirse avergonzados de si mismos, frustrarse rápidamente si sus capacidades no son reconocidas por otros, ser impulsivos y tener menos tolerancia por el estrés, dormir en exceso, o muy poco, dejar de comer o comer mucho, tener una mala imagen de si mismos y presentar baja autoestima.

Al respecto de esta disminución de autoestima, cabe señalar que va acompañada de una pérdida de la confianza en sí mismo; es posible incluso que el hombre con depresión pierda su agresividad innata para los negocios, o para otras cosas, pierde su seguridad hasta en realizar actividades que antes realizaba fácil y rápidamente, siente temor a situaciones que antes eran rutinarias y sus relaciones personales y de familia comúnmente se ven afectadas, (Escorza, citado en Widart, 1991).

Por su parte el doctor Shippen, (citado en Rojtenberg, 2001), consideró el aspecto fisiológico en la aparición de la depresión masculina y mencionó que los cambios emocionales y físicos que se presentan en el hombre adulto son atribuidos a la disminución de los niveles de la hormona masculina (testosterona). Esta disminución puede iniciar muy levemente en la década de los 30s y aumentar con el paso de los años hasta presentar una andropausia o menopausia masculina. Asimismo menciona que este problema está asociado a la depresión ya que a su vez se relaciona con la impotencia y otros inconvenientes sexuales que pueden encontrarse en esta etapa de la vida. Aproximadamente un 40 por ciento de los hombres de entre 40 y 60 años, experimenta un cierto grado de dificultad en lograr y sostener erecciones, problemas de depresión, oscilaciones en su estado de ánimo, etc.

De este modo, la importancia de la hormona testosterona radica en que es la encargada del papel más importante en la sexualidad, además se encarga también del buen funcionamiento del músculo, piel, huesos, tracto urinario, además de que provee energía y ayuda en muchos procesos mentales.

En cuanto a la disminución de los niveles de testosterona, el doctor Shippen señala que puede ser causada por diferentes padecimientos como cirrosis, alcoholismo, radiación, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar, fallo renal, cáncer, problemas vasculares, tumor en la glándula pituitaria, deficiencia nutricional, obesidad y trastornos genéticos.

Es así que existen varias características de lo que es una depresión masculina, las cuáles son muy específicas debido a la construcción social que tiene el varón adulto. A continuación se mencionan las más importantes:

- ❖ Los síntomas de la depresión masculina son diferentes de los síntomas clásicos que uno entiende por depresión.
- ❖ Los hombres niegan tener “problemas” porque se supone que son “fuertes”.

- ❖ Los hombres niegan sus problemas sexuales y no entienden en qué se relacionan con la depresión.
- ❖ Los síntomas de la depresión masculina no son tan conocidos y muchas personas que están en relación con un hombre que sufre esto, como los familiares y los médicos, no pueden reconocerlos.

Es así que una vez mencionadas las características de la depresión masculina se mencionarán a continuación los factores que se ven afectados en el hombre adulto a causa de ésta, así como los contextos tales como la familia, el trabajo, la pareja, las interacciones sociales y los trastornos psicósomáticos que pueden presentarse en ellos.

3.1. Factores que se ven afectados en el hombre adulto a causa de la depresión.

Es preciso mencionar que existen múltiples factores que pueden verse involucrados y alterados cuando un hombre padece depresión, algunos de ellos pueden estar relacionados más que nada con aspectos fisiológicos como alteraciones en el apetito ó en el sueño; otros tienen que ver con el aspecto psicosocial del individuo como por ejemplo la situación familiar, las relaciones interpersonales, su situación laboral, entre otras cosas.

Un aspecto importante que hay que tomar en cuenta, es que la depresión en hombres, afecta no sólo a quiénes la padecen, sino también a quienes les importa el bienestar de ellos: familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.

Según Calderón (1998), las consecuencias de la depresión en hombres adultos pueden presentarse en dos aspectos, uno en alteraciones en la esfera afectiva y otro en trastornos intelectuales:

a) Trastornos Afectivos

El hombre que padece depresión generalmente se muestra indiferente hacia las situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Incluso las actividades deportivas, artísticas o culturales que previamente le eran gratas, ahora empiezan a ser subestimadas y deja de hacerlas alejándose de las personas con quien acostumbraba realizar dichas actividades, de esta manera procura hacer el menor esfuerzo y con frecuencia permanece encerrado en su casa con disminución absoluta de sus intereses vitales.

La inseguridad y el pesimismo que puede llegar a mostrar el hombre depresivo hacen que se vuelva dependiente de sus familiares; por ejemplo, un hombre que era activo y dinámico empieza a pedir que se le apoye y ayude, pierde iniciativa y seguridad en sí mismo; por ejemplo, un hábil automovilista pide a su cónyuge que maneje el carro; si participa en su trabajo algún otro miembro de la familia deja toda la responsabilidad del mismo en sus manos y se recluye en su casa, llegando en casos graves, a solicitar la opinión de los demás para detalles mínimos de la vida diaria, (Fernández, 2001).

Por otro lado el miedo que suele presentar éste, hace que evite determinadas circunstancias como el asistir al trabajo, realizar actividades en el hogar, o bien realizar actividades de lo más cotidianas como; salir a la calle, bañarse, etc. De esta manera se limitan en forma considerable sus actividades ocasionando así que el individuo con depresión se sienta fuera de lugar en todos los contextos en los que se desenvuelve, debido a que su estado emocional está en desequilibrio lo cuál quiere decir que hasta las cosas más simples se le dificultarán y le resultará complicado desarrollarse desde socialmente hasta individualmente y muy probablemente su modo de vivir se convertirá en sedentario e inactivo.

Cabe señalar que los hombres que atraviesan por un período depresivo padecen diversos síntomas, comúnmente presentan irritabilidad, la cual hace que varios matrimonios estén al borde del divorcio puesto que falta comunicación y tolerancia; asimismo hay un mal funcionamiento entre los diferentes miembros de la familia, muy posiblemente malas relaciones interpersonales en el trabajo, etc. (Lorente, 1985).

b) Trastornos Intelectuales

Las funciones intelectuales son unas de las más afectadas en el hombre con depresión. La disminución de la capacidad de atención y concentración se presenta en él como un síntoma de inhibición, lo que inevitablemente repercute sobre la memoria, dado que la fijación de los recuerdos se hace en forma superficial, o en ocasiones no se hace. Este trastorno suele presentarse para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, refiriéndose a pequeños hechos de la vida cotidiana, insuficientemente expresivos para llamar la atención del sujeto; por el contrario, los acontecimientos relevantes serán fijados y evocados en forma correcta.

Frecuentemente el hombre depresivo manifiesta un profundo pesimismo al mundo que lo rodea; considera difícil y a veces catastrófica a la situación económica (ideas de ruina); juzga el trabajo profesional como desprovisto de porvenir, mediocre, rutinario y erizado de problemas insuperables, llegando en ocasiones a renunciar para estar más tranquilo. El ambiente familiar y amistoso no aporta las satisfacciones que antes se tenían. El hombre depresivo tiene una sensación de incapacidad que le impide realizar acciones que le produzcan satisfacción personal.

Otro factor que se ve primeramente afectado cuando aparece el trastorno depresivo son los pensamientos, los cuales pueden volcarse negativos e insistentes ya que el hombre que padece depresión no puede evitar lo que piensa, asimismo su pensamiento se vuelve circular, esto quiere decir, que el tema o los

temas que son objeto de sus ideas o de sus pensamientos dan vueltas y vueltas sobre sí mismos y precisamente por ello el individuo no es capaz de escapar a ellos ni prestar atención a los argumentos de las personas cercanas a él que tienen “intención de ayudarlo”, Sabanes, (1990).

En relación con esta circularidad del pensamiento los individuos depresivos afirman que todo cuanto les viene a la mente es negro, pesimista y negativo. Cuando se les piden más detalles acerca de estos pensamientos se hacen patentes autorreproches y experimentan sentimientos de culpa infundados y aun ganas de morir. Los pensamientos depresivos o el pensamiento de los individuos depresivos es constante, circular y hace sufrir al que lo padece.

El individuo depresivo habla poco y es lento al hacerlo. Afirma que no tiene ganas de hablar y no sabe qué decir. Pasa horas enteras callado y da la impresión de no pensar en nada, lo cuál es falso, porque aun cuando son peculiares hay procesos cognoscitivos en funcionamiento. El curso de su pensamiento es cíclico o circular: gira en torno a temas recurrentes de carácter pesimista. En ocasiones se presentan otras alteraciones en el curso de su pensamiento: bloqueos, respuestas tardías o pérdidas de metas. El depresivo empieza a hablar con el propósito de llegar a una meta determinada, pero se pierde en el camino.

Por otro lado, las alteraciones de la memoria también son frecuentes en este tipo de pacientes. Además de los olvidos habituales (como las llaves), los problemas relacionados con la memoria pueden ser serios, en general estas alteraciones de la memoria se refieren a episodios recientes, pero también pueden borrar ideas o acontecimientos que parecían sólidamente fijados en el cerebro del individuo. Así también, como en el caso de la anorexia, los fallos de la atención y de la memoria pueden empeorar durante los primeros días el tratamiento, (Lorente, 1985).

Así, los pensamientos del individuo depresivo se caracterizan esencialmente por su pesimismo total, considerándose incapaz y autorreprochándose continuamente su pasado y su presente. Dos de sus temas frecuentes son la muerte y el suicidio.

El depresivo se siente culpable y busca la causa de su malestar en errores cometidos en el pasado. Anula la importancia de cuanto ha logrado. Los autoreproches por su pasado se incrementan debido a los acontecimientos del presente: disminución de sus aptitudes laborales y empobrecimiento de sus relaciones familiares. Además, piensa que esta disminución de sus competencias es un castigo por sus errores del pasado.

En algunos hombres, el sentido de culpa se relaciona con hechos reales y, en consecuencia se produce una distorsión de la realidad. Otros pacientes se culpan de cosas que no tienen nada que ver con ellos. Se consideran incluso responsables de los problemas de los demás, Sabanes, (1990).

En general en este tipo de individuos se da la tendencia a rumiar y a cavilar en torno a un solo tema: su enfermedad y estado de ánimo. Se preguntan si seguirán así toda la vida o si vale la pena vivir. De aquí que la muerte y el suicidio sean en ellos temas recurrentes. Buscan errores del pasado que justifiquen su situación actual.

Del mismo modo que el pensamiento, otro de los factores que se ve afectado con la depresión es el humor y el estado de ánimo, los cuáles se ven invadidos por la tristeza, que es una característica fundamental de cualquier tipo de depresión. Los hombres se sienten abatidos, tristes, hundidos, insatisfechos. Son incapaces de reaccionar ante cualquier alegría o ante acontecimientos placenteros. A veces acompaña a esta tristeza un llanto fácil (labilidad), aunque cabe señalar que la tristeza no siempre va acompañada del llanto, es frecuente que algunos pacientes expresen su incapacidad para llorar y el alivio que les

supondría poder llorar. No obstante su construcción social y emocional no se los permite puesto que consideran que mostrar debilidad sería perder su identidad y hombría, Sabanes, (1990).

En lo que respecta al estado de ánimo, Fernández, (2001), hace referencia a dos cualidades básicas de las manifestaciones afectivas; una de ellas es la capacidad de irradiación afectiva y la segunda es la capacidad de sintonización afectiva.

- **La capacidad de irradiación afectiva:** Gracias a ella podemos transmitir de manera coherente nuestra alegría. Cuando una persona está alegre irradia alegría y cuando está triste irradia tristeza. Esta capacidad de irradiación está ausente en el caso del hombre depresivo y se dice entonces que tienen la irradiación afectiva “constreñida” al polo de la tristeza y es incapaz de irradiar cualquier otro estado de ánimo.

- **La capacidad de sintonización afectiva:** Permite modificar nuestro estado de ánimo de acuerdo con el afecto que predomina en nuestro entorno. Así, un hombre que no atravesase por un período depresivo pero que esté preocupado o abatido, puede cambiar su estado de ánimo cuando el entorno que lo rodea es alegre. No ocurre lo mismo en el caso de los individuos depresivos pues estén donde estén y rodeados del ambiente que sea, serán incapaces de sintonizar con éste y mantendrán sus pautas interiores de tristeza.

En este caso se puede decir también que una característica del hombre con depresión es la oscilación de su estado de ánimo durante todo el día. En general sienten y manifiestan más su depresión por las mañanas y en el momento de levantarse quisieran que no hubiera amanecido, (todo aun las tareas más sencillas) les parecen difícil e inaccesibles, sin embargo a medida que transcurre

el día se sienten mejor. Sus mejores momentos son los vespertinos (tarde - noche), pues es entonces cuando ya no todo les parece tan difícil y negativo.

Sin embargo existen casos en los que por la noche realizan proyectos y se proponen actividades para el día siguiente, para la semana o bien para el mes, y lamentablemente, cuando llega la mañana los proyectos han desaparecido, otra vez quisieran no tener que levantarse y tienen que hacer un enorme esfuerzo para vestirse, lavarse e iniciar sus tareas habituales.

c) Trastornos del Organismo

Por otro lado, existe otro factor que se encuentra afectado a causa de la depresión, y éste es el sueño. En general el individuo depresivo tiene dificultades para conciliar el sueño, y una vez que lo consigue se puede decir que duerme de manera inquieta y superficial y tiene pesadillas a menudo sobre temas catastróficos. Su sueño se interrumpe dos o cuatro horas después de haberlo conciliado, por lo general despierta a horas más tempranas de lo acostumbrado sin posibilidad de volverse a dormir, Sabanes, (1990).

Este tipo de insomnio, se caracteriza más por el hecho de que el individuo depresivo despierta de madrugada que por la dificultad para conciliar el sueño, aspecto que a menudo obsesiona al individuo depresivo a volver a dormirse a toda costa. Y es precisamente durante esas horas de insomnio cuando los pensamientos negativos lo asaltan con mayor fuerza y creen que su problema no tiene solución. Quizá debido a esto algunos pacientes abusan de los fármacos hipnóticos. Desafortunadamente para el enfermo, al abordar solamente el insomnio y no la depresión que lo produce, no solo los resultados son escasos, sino que puede dar lugar a una tolerancia a los fármacos hipnóticos y al cabo de poco tiempo éstos dejarán de ser efectivos.

Otro de los factores que se ven afectados a causa de la depresión es el apetito, la falta del apetito (anorexia) y la consiguiente disminución de peso son

algunas de las características de la enfermedad depresiva. Además de no tener hambre, el varón puede perder el gusto por la comida y le da igual un plato que otro. Algunas personas depresivas llegan a aborrecer la comida, el olor de los alimentos les provoca náuseas y si son amas de casa les resulta especialmente desagradable entrar en la cocina. En ocasiones esta actitud frente a la comida es variable durante el día, el desayuno y la comida se aceptan con dificultad; en cambio, se tolera mejor la cena, (Fernández, 2001).

La pérdida de peso puede ser muy significativa. Algunos pacientes llegan a perder hasta 10 o 15 kilos en pocas semanas. A menudo este hecho hace sospechar que se trata de una enfermedad orgánica y el paciente puede verse sometido a prolongadas y numerosas exploraciones que retrasen el diagnóstico adecuado. Pero es preciso tener en cuenta que aun cuando es muy frecuente que los síntomas físicos enmascaren un trastorno depresivo subyacente, también puede ocurrir que haya síntomas claramente depresivos motivados por una enfermedad orgánica que no presenta otra sintomatología aparente. En cambio existen casos en los que por el contrario el individuo depresivo puede comer de manera desmedida y de forma convulsiva, sin saborear los alimentos, a este trastorno se le llama bulimia:

En algunos casos el aspecto puede delatar al hombre depresivo. Suele presentar un aspecto dejado, cierta palidez de la cara y ojeras. Su indumentaria es menos cuidada de lo habitual. Si sonrío lo hace generalmente de manera fría y superficial.

En general su aspecto va acompañado de una inhibición de los movimientos espontáneos. Esta falta de expresividad es lo que a primera vista llama más la atención, su mirada también se muestra triste, no hay en ella ilusión ni entusiasmo, y ocurra lo que ocurra su ceño permanece fruncido. Entre otros síntomas, el aspecto físico es importante para el diagnóstico diferencial.

3.1.1. La Depresión y la Familia.

Tener un miembro de la familia con depresión afecta a todos sus miembros. Cada uno de ellos va a tener una reacción diferente, y las respuestas pueden afectar a los otros miembros de ésta. Es importante reconocer las maneras en que la depresión puede afectar a la familia. Cabe señalar que si el hombre de la familia, (el padre, el posible proveedor, el esposo, la figura que socialmente debe ser fuerte y no expresar dolor ni inseguridad), es quien padece depresión se presentarán diversos conflictos. Uno de ellos es la falta de comunicación entre los miembros, otro, el posible apego, tanto del hombre depresivo hacia su esposa e hijos por su falta de confianza en sí mismo, o por el contrario, de los demás miembros de la familia hacia él, al verlo tan ensimismado. Otro conflicto que se puede presentar es la apatía que el hombre puede manifestar ante el entorno familiar, es decir el desinterés por la convivencia, el juego, las pláticas cotidianas, la indiferencia hacia lo que hicieron los demás, puede ocasionar que tanto los hijos como la esposa sientan y piensen que ya no le interesa su vida, pueden sentir abandono y por lo tanto se presentan problemas de baja autoestima en los demás por considerar que su vida es poco valiosa para el padre o el esposo, sin tomar en cuenta que éste se encuentra en desequilibrio y ensimismado en sus problemas, en su sentir, en su pensar.

Boehringer, (citado en Flores 2006), menciona las siguientes posibles maneras en las que la familia puede reaccionar cuando el hombre padece depresión:

- ◆ El hombre deprimido suele alejarse de su familia, es probable que demuestre que no necesita apoyo aún cuando más lo necesite.
- ◆ Es probable que todos se encuentren en actitud sumisa para evitar molestar a la persona deprimida.
- ◆ Los miembros de la familia puede que se sientan irritables o furiosos, causando más desacuerdos y estrés a la familia.

- ◆ Puede que la persona deprimida actúe o asuma cierto rol dentro de la familia para recibir la atención que siente que no han recibido.
- ◆ Puede que los padres debido a su depresión sean más estrictos o más rudos con sus hijos.
- ◆ Pueda que haya más hostilidad o desacuerdos entre los miembros de la familia.
- ◆ Es probable que la esposa e hijos se sientan impotentes al no poder ayudar a su padre o esposo, pueden sentirse frustrados y sin apoyo, así como incapaces de cambiar la actitud de éste.
- ◆ La esposa e hijos pueden sentir resentimiento hacia el padre o el esposo, con depresión, sobre todo por el desequilibrio que la enfermedad les ha causado. El resentimiento puede llevar a que surjan más problemas.
- ◆ Los hijos de padres depresivos han reportado tener menos amigos, especialmente si el padre tuvo una evolución más severa de la depresión.
- ◆ Los miembros de la familia con un integrante que padezca depresión han reportado también tener una menor confianza en sus respuestas frente a problemas de la vida diaria.

Un aspecto de suma importancia es que desde el punto de vista social el hombre adulto se vuelve improductivo laboralmente de un día para otro, lo cuál ocasiona que cambie su status dentro de la familia y el sentimiento de incapacidad para iniciar nuevas tareas o para ilusionarse con nuevos proyectos aparece con frecuencia.

Los hombres que padecen depresión son presas de una sensación de vacío, de esterilidad. No se les ocurre nada que no sea su propia enfermedad. La disminución de su capacidad laboral y el empobrecimiento de sus relaciones familiares pueden incrementar su sentimiento de culpa, pues piensan que son vagos, que no cumplen con sus obligaciones, que son malos padres o esposos. Finalmente los individuos depresivos pueden llegar a pensar que están arruinados

económicamente aún cuando estos pensamientos no se justifiquen, (Sabanés, 1990).

3.1.2. La depresión y el trabajo.

Como se ha venido mencionando, la depresión afecta varios contextos en los que el varón se desenvuelve, uno de ellos y de suma importancia es el trabajo. Frecuentemente los hombres que padecen depresión descubren que ya no funcionan como antes en las actividades a realizar, por el contrario constantemente se quejan por la disminución de las capacidades de atención y concentración de la memoria. Esto les causa graves problemas en su trabajo ya que al no poder ser tan funcionales como antes comienza a disminuir desde su energía para realizar lo que hacían diariamente en sus actividades cotidianas, hasta su entusiasmo, lo cuál origina que posiblemente pierdan el gusto o el interés por seguir trabajando y en ocasiones hasta pierden el empleo, Sabanés, (1990).

A menudo dicen que no pueden concentrarse en sus actividades laborales, mucho menos leer ni ver la televisión como antes. Aun en las cosas más elementales de su pensamiento sigue otros caminos. La pérdida de estas capacidades da lugar a que muchos pacientes depresivos sean dados de baja laboralmente por incapacidad y por que en algunos casos, podría resultar peligroso que siguieran desempeñando sus funciones habituales.

A los más graves de estos pacientes con alteraciones de la atención y de la memoria se les debería prohibir conducir automóviles y manejar maquinaria que implique riesgo de lesiones. La disminución de su capacidad para huir de los peligros, su progresiva lentitud psicomotriz y una menor capacidad de concentración justifican estas medidas, (Lorente, 1985).

En el trabajo, el hombre deprimido tiene un rendimiento deficiente y reduce sus actividades al mínimo para cumplir con sus compromisos; es evidente que en

este tipo de personas esta presente la falta de entusiasmo y de interés por el trabajo; con frecuencia llega tarde, en ocasiones con el menor pretexto se reportan enfermos y solicitan permisos aislados o licencias prolongadas “para descansar”

Asimismo con frecuencia se muestra inseguro, dudoso, perplejo; aún teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarla a cabo. La dificultad es aún mayor cuando se trata de influir, de dirigir o guiar a otros. La autoridad, la capacidad de mando y de estimulación se reducen, (Calderón, 1998).

3.1.3. La depresión y la pareja.

La depresión en el hombre como en lo general, provoca efectos perjudiciales en distintos ámbitos de la vida de la persona. Sus síntomas (que incluyen la tristeza, la falta de interés por las cosas, el cansancio y la irritabilidad) lógicamente afectan a la relación de pareja. En muchos casos, esta relación resulta trascendental en el curso de la depresión. Una buena relación con la pareja es básica para la vida de un individuo deprimido porque cuando el ánimo está decaído muy posiblemente se necesita de más cariño, apoyo y comprensión que nunca, aunque no siempre el hombre lo demuestre y su pareja se dé cuenta de ello.

Cabe mencionar que para tener intimidad, para tomar decisiones, y para convivir es preciso saber comunicarse, escucharse y respetarse, así como para resolver los problemas. La capacidad de comunicarse y de resolver los conflictos es fundamental para la continuidad de la pareja, (Calderón, 1998).

Los hombres que padecen depresión tienden a encerrarse en sí mismos. Además, se sienten sin fuerzas para llevar a cabo su trabajo o tareas cotidianas y sin ganas para relacionarse con la gente. La pareja puede empezar a pensar que está molesto con ella o que no está llevando bien la relación. A menudo, el hombre deprimido descarga su frustración sobre su pareja, está de mal humor,

descuida su aspecto externo, abusa del alcohol o las drogas o come demasiado, lo cuál hará que sea difícil llevar el día.

El camino se hace duro para los dos puesto que por un lado él se siente desconsolado pero sin el valor de pedir ayuda, (puesto que su condición social no se lo permite), entonces demuestra que es fuerte, frío y de preferencia evade a la pareja con tal de no enfrentar la situación; por su parte ella sentirá impotencia de no poder ayudarlo, además de que posiblemente piense que él ya no tiene interés en ella, que ya no le atrae físicamente, que tiene otra pareja, entre otras cosas. En general si no existe confianza, buena autoestima, entendimiento, conocimiento de lo que es la depresión y cómo se manifiesta, de parte de la pareja del hombre que padece depresión es probable que la relación termine debido al desequilibrio emocional que padece el individuo.

La pareja de un individuo con depresión no sólo tiene que hacer frente a las responsabilidades del cuidado del enfermo sino que también asumirá el control a menudo de tareas que la persona deprimida no puede manejar durante el tiempo que dure el episodio. Por ejemplo, si el hombre es quien toma generalmente las decisiones en materias financieras, la mujer tendrá que asumir el control hasta que él mejore.

- Las relaciones sexuales

Uno de los factores importantes que se encuentra afectado en la pareja es la vida sexual, esto es porque con la depresión existe una disminución del deseo o del impulso sexual.

Cabe señalar que la alteración de las relaciones sexuales se da en muchas enfermedades y entre ellas en la depresión. Un 75% de los deprimidos reconocen tener problemas sexuales. Los hombres con depresión sufren un descenso tal del estado de ánimo que les cuesta incluso abordar el tema sexual. Uno de los síntomas de la depresión es la anhedonia (incapacidad o dificultad de disfrutar de

las cosas y sentir placer) y ésta incluye, por lo general, la pérdida del interés sexual. Ciertamente, algunos hombres con depresión consiguen que su vida sexual siga siendo normal, incluso algunas personas encuentran en el sexo algo que les tranquiliza y les consuela, (De la Sota, 2001).

En el hombre deprimido, la ralentización general de la actividad cerebral provoca una sensación de cansancio y desesperanza, que pueden ir acompañadas de disminución de la libido (deseo sexual) y dificultades con la erección.

Esta alteración de la sexualidad se pone de manifiesto ya en los primeros momentos de la enfermedad. Una vez iniciado el tratamiento de la depresión, la normalidad sexual puede volver en cuanto hay mejoría, Sabanes, (1990).

3.1.4. Depresión e interacciones sociales.

Cabe señalar que las relaciones sociales también ocupan gran importancia dentro de los factores que se encuentran afectados por la depresión. El hombre depresivo es incapaz de estar en relación con el ambiente que lo rodea, aun cuando éste sea jovial y relajado. Tampoco puede realizar actividades que antes de iniciarse su padecimiento le reportaban alguna gratificación. Esta pérdida de interés por el entorno social incrementa los sentimientos de culpa que caracterizan a este tipo de pacientes, Sabanes, (1990).

Por otro lado, la comunicación por medio de la palabra oral y escrita, ayuda a que los individuos se comuniquen y de esta manera transmitan sus emociones y sentimientos para recibir y dar información. Asimismo, existen otras formas importantes de la comunicación no verbal, estas incluyen los gestos, la forma de andar, la manera como cada individuo acompaña sus palabras con el movimiento de las manos. En el hombre depresivo se ven afectados sus movimientos ya que son lentos e inexpresivos, su andar es uniforme y pierde sus gestos

característicos. A menudo quienes están a su alrededor perciben el malestar mas por este tipo de cambios que por lo que dice el depresivo, que a veces tiende a disimular y a adoptar una actitud aceptable en las relaciones sociales. No obstante, la actitud de apatía que tiene por lo general el hombre depresivo genera un ambiente de tensión entre los miembros del contexto social en el que se encuentre.

Si bien es cierto que la lentitud motriz es un rasgo característico de las depresiones, en algunos casos hay inquietud motriz y aun agitación. Así ocurre cuando se presentan las llamadas depresiones ansiosas y las depresiones agitadas. En estos casos el individuo se mueve de un lado a otro sin finalidad alguna, se estruja de las manos o se mesa continuamente los cabellos. En casos graves de depresión agitada el hombre puede llegar a la autoagresividad provocándose pequeñas lesiones corporales. También es agresivo con el entorno. Muchas veces esta actitud genera la agresividad de los demás, y de esta manera se forma un círculo vicioso. Es así que la depresión, puede causar en el hombre la reducción de la actividad social, quedando finalmente solo, (Sabanés, 1990).

Dado que el individuo depresivo ha perdido el sentido del humor, los chistes que antes le hacían gracia ahora le parecen tontos, y cuando asiste a reuniones se retrae, no participa y se retira con el menor pretexto en la primera oportunidad que se le presenta. Conforme avanza la depresión, el individuo no sólo pierde el interés por los eventos sociales, sino que también se niega categóricamente a concurrir. Fiestas, espectáculos deportivos, cine y teatro le resultan indiferentes por su estado de ánimo; puede ver la televisión, pero por lo general lo hace a instancias de su familia, (Calderón, 1998).

Lo más importante que la familia y los amigos pueden hacer por el hombre que atraviesa por un período depresivo, es ayudarlo a obtener tratamiento. Pueden hacerlo alentándolo a continuar con el tratamiento, acompañándolo a buscar ayuda profesional e incluso de ser posible controlando que el paciente siga el tratamiento adecuado.

Otra forma importante de ayudar es ofreciendo apoyo emocional, comprensión, paciencia, afecto y aliento. En el caso de la pareja es conveniente que siempre le diga que no porque se sienta triste o preocupado por su estado, es menos hombre, menos fuerte, entre otras cosas, asimismo el apoyo de los hijos es fundamental. Debe tratar de escucharse siempre al hombre con depresión, no deben ignorarse los comentarios sobre suicidio ni deben ser tomados a la ligera, (Lorente, 1985).

Una vez mencionado lo anterior, es preciso analizar otro de los factores que de igual forma se ve afectado a causa de la depresión, dicho factor es la salud, la cuál se ve afectada durante el trastorno depresivo no solo por el abandono que el varón tiene de sí mismo, de su vida, de su autoestima y de su auto cuidado, sino porque también es a través del cuerpo donde se manifiestan aquellas emociones que no son bien vistas socioculturalmente en el hombre si las manifiesta tal cual: con esto nos referimos a que el varón adulto no puede expresar su malestar, su desequilibrio, por lo que debe canalizar de otra forma sus infortunios de manera que inconscientemente es en el cuerpo donde se exteriorizan las adversidades por las que está atravesando.

Es así que en el siguiente apartado se hablará con más detalle de lo que son los trastornos psicósomáticos su definición, su origen y sus manifestaciones con relación a las emociones existentes.

3.2. Trastornos psicósomáticos que se presentan en el hombre adulto a causa de la depresión.

En el año de 1946 el concepto de salud fue establecido por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), como el "estado de completo bienestar físico, psicológico y social"; superando así el viejo dualismo cartesiano que separaba en el hombre, al cuerpo (organismo físico, biológico, somático), de la mente (aspectos psicológicos y por extensión, sociales o relacionales

Cabe señalar que en las sociedades antiguas se creía que la enfermedad era el resultado de influencias diabólicas que sometían al individuo; ahora en la actualidad la enfermedad física es bastante diferente a la de hace algunos años; antes era impensable hablar de que ciertas enfermedades como por ejemplo el cáncer, diabetes, miopía, enfermedades coronarias, asma, alergias, etc, pudieran estar influenciadas por factores psicológicos. Sin embargo, estudios recientes demuestran que tales factores pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de este tipo de enfermedades. Cuestiones tales como estrategias de afrontamiento, estresores ambientales, características de personalidad, creencias y factores culturales, etc, pueden jugar un papel muy importante tanto en el origen como en el curso de la enfermedad, (Flores, 2006).

Del mismo modo cada individuo, por su peculiar historia de vida, su carga genética y su aprendizaje (o experiencia), adquiere, soporta y afronta la enfermedad de cierta forma. En definitiva, lo que se pretende clarificar es la interacción permanente que se produce en el organismo humano entre las tres vertientes de la salud que se han expuesto (biológica, psicológica y social), ante cualquier enfermedad o trastorno.

Por su parte Dethlefsen y Dahlke, (2004) mencionan que enfermedad significa la pérdida de una armonía o, también, el trastorno de un orden hasta ahora equilibrado. Es decir la pérdida de una armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información, y en el cuerpo sólo se muestra.

En lo que respecta al origen de la enfermedad psicosomática, se puede decir que desde los años treinta se vio a la enfermedad, cualquiera que ésta fuera, como un desequilibrio que transcendía el ámbito de lo orgánico para extenderse a lo psicológico y lo social. Así, el término trastorno psicosomático se aplica a los trastornos que se consideran originados por factores psicológicos, sin embargo, es preciso destacar que no existen trastornos físicos que estén originados exclusivamente por factores psicológicos, es decir, un trastorno

físico necesariamente tiene que tener un componente biológico (un factor esencial para que ocurra la enfermedad).

De igual forma López, (2002), define la enfermedad psicosomática o trastorno psicosomático, como la manifestación de enfermedades cuyo desarrollo está bajo la influencia demostrable de los factores psicosociales. Esto significa que no toda persona que padece asma está enferma psicosomáticamente, y tampoco es cierto que el diabético padezca una enfermedad puramente física, ya que si una persona sufre un desequilibrio en su conciencia, ello se manifestará en su cuerpo en forma de diversos síntomas.

Asimismo describe los diferentes tipos y clasificaciones de los trastornos psicosomáticos:

a) *Síntomas de conversión*: El síntoma adquiere un carácter simbólico que no es comprendido por la persona. La manifestación del síntoma puede entenderse como un intento de solucionar el conflicto. Los síntomas de conversión suelen afectar la motricidad voluntaria y los órganos sensoriales, también pueden presentarse reacciones somáticas hipocondríacas y reacciones con estados psicopatológicos. En los síntomas de conversión el individuo convierte inconscientemente un conflicto psicológico en un síntoma físico. Esto desvía su atención de un problema emocional perturbador hacia un problema físico que puede ser menos temible. A veces un síntoma de conversión es una metáfora del problema psicológico. Por ejemplo, una persona con dolor en el pecho puede estar sufriendo simbólicamente el dolor del rechazo por un ser querido, de igual forma una persona con dolor de espalda puede estar sintiendo que sus problemas son demasiado difíciles de soportar. El síntoma de conversión es un mecanismo por el cual el estrés psicológico y social puede producir una enfermedad.

b) *Síndromes funcionales (somatomorfos)*: En este caso el síntoma concreto no tiene una importancia particular en la vida del individuo, sino que se trata de una consecuencia no específica del trastorno de una función o percepción corporal.

c) *Enfermedades psicosomáticas en sentido estricto (psicosomatosi)*: Son producidas por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva, acompañada de transformaciones morfológicas objetivables y una enfermedad orgánica. Desde el punto de vista de la medicina histórica, este grupo comprende los siete cuadros patológicos clásicos de la psicosomática: asma, bronquitis, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neurodermatitis, artritis reumatoide y úlcera duodenal.

Por su parte Juárez, (citado en López, S., 2002) define la enfermedad psicosomática como aquella reacción física que se presenta ante una vivencia o estado conflictivo en el que se observan cambios en el cuerpo y se desarrolla entonces una enfermedad orgánica.

En los últimos tiempos, se acepta de forma mayoritaria que las enfermedades psicosomáticas específicas o la parte psicosomática de cualquier enfermedad, se producen por razones de mal adaptación a las demandas del organismo o del medio, pudiendo reducirse sus orígenes, de una forma no excesivamente rigurosa, a los factores de estrés y a las reacciones inadecuadas del organismo ante el mismo, (Fernández, 1988).

De entre los factores que pueden ocasionar una mal adaptación a las demandas del organismo podemos encontrar los *factores biológicos* que incluyen todas aquellas privaciones y carencias fisiológicas como el hambre, sed, o la falta de alguna vitamina o metabolito; o bien alteraciones como fiebre, deshidratación, etc.; cualquiera de estas enfermedades produce estrés biológico. Asimismo las

enfermedades o alergias autoinmunes en las que un organismo utiliza sus mecanismos defensivos contra sí mismo.

Dentro de los *factores psicológicos* se pueden encontrar la sobrecarga de tareas o trabajos, la monotonía o variación excesiva en el curso vital, factores relacionados con el miedo, la frustración o el conflicto, etc. De igual manera los trastornos psicológicos como las conductas ansiosas, las fóbicas, las obsesivas, los déficit de conductas de afrontamiento adecuadas, etc.

Y por último dentro de los *factores sociales* que influyen en la mal adaptación del organismo encontramos la incomunicación, las relaciones insatisfactorias con los grupos de pertenencia, las conductas agresivas y violentas, las conductas dependientes e inmaduras, la dificultad para la obtención de apoyo social, etc, (Fernández, 1988).

Para mencionar un ejemplo de lo anterior podemos referir que cuando una conducta psicológica como la ansiedad se presenta, repercute a nivel biológico sobre el individuo, es decir, aumentan los latidos cardiacos, las respiraciones, la tensión arterial, la actividad metabólica, etc; y a nivel social el entorno humano que rodea al sujeto se puede ver envuelto en la ansiedad o eludir el contacto con el mismo al no aceptar la ansiedad como vía de comunicación.

Entre los conceptos relevantes que se deben considerar en un modelo psicosomático de salud, que sin duda están llamados a complementar los establecidos por el modelo biomédico tradicional, se destacan los siguientes:

El ser humano es una realidad bio-psico-social; sólo comprendiendo estos tres grandes escenarios de su salud, se podrá entender correctamente su enfermedad y por tanto prevenirla, resolverla o disminuirla. El objetivo fundamental de la medicina psicosomática es por tanto el bienestar integral de los individuos.

Las diversas formas de mantener la salud y restablecerla cuando se ha perdido, son cuestiones de rango individual y subjetivo, que esencialmente

requieren un abordaje y tratamiento diferenciados, dependiendo de las características y circunstancias de cada enfermo.

Ante trastornos similares, hay sujetos que reaccionan con templanza, indiferencia y racionalidad, mientras que otros pierden absolutamente el control y se inundan de ansiedad. Los factores comunes en la enfermedad, sólo resultan aceptables con fines didácticos o de investigación; pero a efectos asistenciales (clínicos y terapéuticos) las enfermedades son únicas como únicos son los individuos que las padecen. Los planteamientos diagnósticos y terapéuticos varían con las situaciones, las ocasiones y las personas, (Fernández, 1988).

Dado que hemos hecho hincapié a que el hombre que atravesase por algún evento o situación que lo desequilibre biológica, psicológica o socialmente, será propenso a padecer algún cuadro psicósomático, a continuación mencionaremos la relación que existe entre el trastorno depresivo en el hombre adulto y el desarrollo de los trastornos psicósomáticos.

Cabe resaltar que dentro de la importancia de los trastornos psicósomáticos se puede destacar su relación con el trastorno depresivo dado que como es ya sabido la depresión no solo es un trastorno psíquico puro, sino mas bien un trastorno psicofísico, esto es porque su cuadro clínico comprende por lo general rasgos psicopatológicos y alteraciones corporales, es por eso que podemos decir que la depresión es un trastorno psicomorfo y somatomorfo puesto que existen alteraciones a nivel psíquico al igual que a nivel corporal.

En ocasiones el hombre atraviesa con dificultad situaciones diversas, de esta manera, al no poder o no querer enfrentar su condición emocional, se enferma. En el caso de la depresión es muy común que cuando ésta se presenta, suele aparecer por lo general cierto cuadro de alguna enfermedad; hay quien durante un episodio depresivo padece gripas, dolores de espalda, estreñimiento crónico, hipertensión, colitis, gastritis, cansancio, dermatitis, etc. Dichos padecimientos no tienen una sola causa, ya que influyen factores biológicos y

psicosociales aunque también hay que tomar en cuenta los del tipo cultural e incluso de orden espiritual, (Fisch, citado en Rojtenberj, 2001).

En lo que respecta a la depresión se puede decir que cuando el hombre se encuentra ansioso o deprimido puede expresar una preocupación por un problema físico. Este fenómeno es más frecuente en los varones deprimidos que parecen incapaces de aceptar que sus síntomas son primariamente psicológicos. La depresión puede conducir a insomnio, pérdida de apetito, pérdida de peso y cansancio extremo. En lugar de decir “estoy tan deprimido”, el varón cree que la causa de su sintomatología es causada por un trastorno físico. Esto se conoce como depresión “enmascarada”, en la cuál algunos hombres son capaces de admitir que se encuentran deprimidos, pero entonces tratan de explicarlo como resultado de un trastorno físico, (Pérez, 1995).

Un aspecto importante es que durante un trastorno depresivo, es en el cuerpo donde se manifiestan los procesos que tienen lugar en la conciencia y los podemos observar a través de signos y síntomas que nos hablan del desarrollo de una enfermedad y necesariamente indican que la persona no está en armonía. De esta manera la depresión puede entonces estar directamente relacionada con la enfermedad ya que, como hemos mencionado anteriormente, el modelo de la psicología corporal define a la depresión como un fenómeno fruto de un largo proceso durante el cuál se ha acumulado una gran cantidad de ira, frustración y deseos insatisfechos que no solo afectan el nivel emocional, sino también al cuerpo. Éstas emociones se quedan atrapadas corporalmente en el varón, alojándose así en los músculos y en los órganos, (López, 2002).

De este modo podemos decir que el individuo que padece depresión pierde el equilibrio emocional, lo cuál lo conduce a una desarticulación y desarmonización en su vida. En el caso del hombre adulto con depresión, podemos decir que todo este desequilibrio psicosomático se genera por la forma en la que se desenvuelve, ya sea cultural, social, o hasta afectivamente; el cómo se relaciona con los otros,

de qué manera evade sus responsabilidades, la forma en la que ejerce su sexualidad y la manera en la que expresa sus sentimientos, el cómo es su actitud ante la vida, como cuida su cuerpo, de qué lo nutre, lo cuál es el reflejo de las actitudes y emociones que tiene; todo esto interviene para que se pueda desarrollar un trastorno psicossomático ya que por lo regular el hombre impide a su cuerpo que se exprese, lo que hace que su desequilibrio emocional se manifieste de otra forma.

Al respecto Juárez, (citado en López, S., 2002) hace referencia a que el individuo depresivo puede manifestar uno o más padecimientos, lo cuál va a depender de qué tan grandes y cuántos sean sus apegos, deseos, frustraciones y los tipos de sentimientos albergados en su cuerpo, sobre todo lo que hace con ellos, si los demuestra o los reprime, a donde son llevados. Esto tiene que ver necesariamente con el estado de su cuerpo, ya que está más que demostrado el papel fundamental que desempeñan las emociones en la salud del ser humano. Con respecto a la depresión, aparecen sentimientos que ejercen una influencia negativa en el cuerpo, como son la ira, ansiedad y hostilidad, generando así un desajuste en cuanto a la salud.

Un aspecto que es necesario destacar es que el varón carece de herramientas para enfrentar situaciones tales como, desempleo o el divorcio, esto es porque culturalmente no acostumbra afrontar o enfrentar sus problemas, por el contrario al individuo depresivo le es más fácil evadirse que responsabilizarse, en vez de evadir recurre a los escapes, ha aprendido a no sufrir, a no sentir dolor, a culpar a los demás y a enmascarar el miedo, a ser conformista y resignado. En esta búsqueda es más cómodo y sencillo para el hombre depresivo, no enfrentar que solucionar. En este proceso el sujeto va acumulando una serie de emociones y sentimientos negativos, que el cuerpo va a ir almacenando hasta llegar a botarlos vía la somatización, es decir, la manifestación a través de una enfermedad orgánica. Juárez, (citado en López, S. 2002).

Aunado a esto Solís, (citado en López, S., 2002), señala que antes de que en el individuo depresivo se presente cualquier tipo de sintomatología, éste puede refugiarse en comportamientos como el consumo de alcohol, droga, tabaco, café, comer compulsivamente, ver televisión, ser sedentario, encerrarse en el intelecto, etc., como una forma de no asumir y no afrontar una situación disfuncional, y por lo tanto se pierde la perspectiva acerca de qué se quiere y a dónde se va.

Dichas pautas de comportamiento lo que engendran con el paso del tiempo son sentimientos y emociones como el coraje, la ira, la tristeza, la melancolía, los rencores, los resentimientos, la amargura, el miedo, la soledad, hasta llegar finalmente al odio contra la vida. Dichos sentimientos, al ser depositados en el cuerpo, van a ubicarse en determinadas partes y en diferentes órganos a manera de energías, donde empezarán a bloquear el fluido natural de ese cuerpo.

La onda vibratoria de dicha emoción, al ser constante, puede llegar a profundizarse lo suficiente como para llegar hasta la célula y actuar ahí de tal manera que lo que va a ocasionar es un cambio en la red de cooperación de las células, es decir, puede ocasionar un cambio en la información genética de la misma. La emoción, por tanto, puede cambiar la memoria, llegando a gobernar la red de cooperación, formando por consiguiente una nueva célula que cambia y altera el funcionamiento de la red a través del sistema endocrino, inmunológico o sistema nervioso central, teniendo por tanto un efecto ya a nivel orgánico, lo que se va a manifestar como una alteración orgánica que trae como resultado una particular forma de enfermarse. Entender la enfermedad como hasta ahora se ha planteado, es dar cuenta de ésta como un proceso de construcción emocional, donde las enfermedades orgánicas son el resultado y manifestación de éste, Solís, (citado en López, S., 2002).

Cabe señalar que tanto los rasgos psíquicos de la depresión son tan importantes como los corporales es por eso que aun cuando la tristeza es uno de los síntomas que predominan en todo cuadro depresivo, hay enfermos que no la

manifiestan como tal porque la enmascaran con manifestaciones de ansiedad y/o trastornos somáticos.

En lo que respecta a la manifestación de una sintomatología, podemos decir que con mucha frecuencia se presentan pacientes que durante meses y aun durante años han recorrido inútilmente a los consultorios médicos en busca de solución a sus molestias somáticas, y si los tratamientos habituales no han tenido ningún éxito se debe a que, en la mayoría de los casos, se trata de neurosis histéricas o de individuos que presentan depresiones enmascaradas, (Scotto, citado en Fernández, 1988).

El varón depresivo siempre está seriamente preocupado por sus molestias e irradia esta preocupación. En cambio, los que padecen histeria pueden poner en primer plano los síntomas somáticos y quizá, solo después de un exhaustivo interrogatorio, admitir que se encuentran decaídos o que son frágiles emotivamente. En ocasiones el varón niega la sintomatología psíquica y se incomoda cuando se le sugiere que tal vez sus molestias carecen de base orgánica.

En la medicina son muy importantes las depresiones enmascaradas. Se calcula que aproximadamente un 50% de los varones depresivos oculta así sus males. Es muy común que debido a esto sus síntomas se confundan con los de la ansiedad o los de la hipocondriasis (preocupación exagerada por el estado de salud). En estos casos un tratamiento erróneo con ansiolíticos y/o psicoterapia pueden perpetuar el cuadro y dar lugar a que el paciente piense que los psicofármacos no dan resultado porque padece una enfermedad orgánica,

En general las molestias somáticas más comunes en el hombre con depresión son: trastornos de sueño, (insomnio, o hipersomnia, fatiga, boca seca, disfunción sexual, estreñimiento o diarrea, sudoración, dolores de cabeza, anorexia, dolores en las articulaciones y en los músculos, taquicardia, vómitos,

náuseas, sofoco, hipersensibilidad al ruido, sensación de angustia con presión en el pecho).

La salud física del hombre deprimido se puede ver afectada de diferentes maneras, algunas de las cuales (Scotto, citado en Fernández, 1988) menciona a continuación:

1) El insomnio puede presentarse al principio o al final del periodo de descanso, es decir, la persona tarda mucho en dormirse o despierta durante la madrugada sin poder conciliar nuevamente el sueño. En otras ocasiones, el individuo está inquieto durante toda la noche, a menudo se despierta y al día siguiente se queja de haber tenido un sueño "poco reparador", con frecuencia se presentan sueños desagradables o terroríficos.

2) Por otra parte, se presentan trastornos en la sexualidad, con debilitamiento o desaparición del deseo sexual. Este es un trastorno fundamental; los fracasos de realización que originan en el hombre la impotencia (falta de erección, o eyaculación precoz) no son otra cosa que una baja sexual, que por lo menos en nuestro medio, donde la virilidad se considera estrechamente vinculada a la capacidad sexual, y a la hombría, provoca a su vez un profundo desaliento y un pensamiento obsesivo de minusvalía.

3) Así también se presentan enfermedades que son comunes durante un estado depresivo, un ejemplo de esto es cuando se presenta una úlcera duodenal. La importancia de analizar este síntoma es que ésta no es solamente una erosión de la mucosa digestiva en el tramo inicial del intestino, sino que significa también que el varón "no se encuentra bien" y que "comunica" esta ausencia de bienestar a su entorno, manifestándola con un padecimiento orgánico.

Es de suma importancia destacar que los trastornos psicossomáticos van a estar determinados por la parte del cuerpo con la cual se exprese el síntoma, es decir, por ejemplo: los problemas a nivel digestivo como la úlcera péptica, colitis

ulcerosa, gastritis, estreñimiento, hemorroides y alteraciones a nivel de la vesícula están relacionadas directamente con la relación alimentaria entre la madre y el hijo.

A nivel respiratorio se manifiestan a nivel corporal enfermedades como el asma bronquial, bronquitis, gripa, rinitis alérgica y sinusitis, relacionadas psicosomáticamente con el hecho de que la depresión produce suspiros, la sorpresa corta la respiración, la angustia ahoga y la emoción sofoca.

A nivel cardiovascular se presenta la hipertensión arterial, el infarto al miocardio y hemorragias cerebrales, en general la relación psicosomática es que los hombres que padecen estas enfermedades son muy trabajadores, compulsivos, y siempre faltos de tiempo.

En cuanto al aparato locomotor se relacionan los dolores lumbares, defectos en la postura y la artritis reumatoidea con la presencia de una madre restrictiva que limitaba los movimientos del hijo, (Scotto, citado en Fernández, 1988).

A continuación, (Ortiz, citado en Flores, 2006), menciona diversas patologías que habitualmente se consideran como psicosomáticas o que al menos presentan algún componente psicosomático relevante. En general las patologías que mencionaremos a continuación se presentan tanto en varones como en mujeres, dependiendo el trastorno que sea, ya sea en la vida adulta o en la infancia. Con el fin de proporcionar una mejor comprensión dicho autor realizó una descripción por aparatos y sistemas, haciendo énfasis en las alteraciones psicosociales vinculadas a algunas patologías concretas o síndromes relevantes, en especial la depresión.

1) APARATO DIGESTIVO

Los trastornos digestivos han sido estudiados con mucho énfasis por los psicosomatólogos, no en vano dos de las siete grandes enfermedades psicosomáticas es la úlcera gastro-duodenal y la colitis ulcerosa, las cuáles se

desarrollan en este ámbito. Algunas enfermedades psicosomáticas como la úlcera, la colitis ulcerosa, las discinesias biliares, entre otras, presentan lesiones objetivas en las endoscopias y en otras técnicas de diagnóstico. El aparato digestivo se considera desde perspectivas psicodinámicas y de forma simbólica, como el "gran asimilador", de ahí que sea uno de los grandes efectores de los problemas derivados de la interacción humana y de las alteraciones de la comunicación.

Entre las patologías y síntomas digestivos con claros componentes psicosomáticos, se pueden destacar las siguientes, mencionándose sólo las más relevantes:

a) Dispepsia funcional:

Es un trastorno que cursa con diversos síntomas como náuseas, sensación de plenitud digestiva tras las comidas, vómitos, abdomen hinchado y a veces dolor en la zona. Suelen presentar trastornos del tránsito digestivo y se relaciona con problemas de estrés crónico. En su tratamiento suelen ser eficaces diversas sustancias psicofarmacológicas.

b) Síndrome de intestino irritable:

También denominado "colon irritable", es una patología que cursa con episodios de dolor abdominal que mejoran con la evacuación y/o alteraciones del ritmo intestinal (diarrea y/o estreñimiento), y además puede presentar otros síntomas como flatulencia, náuseas, vómitos o sensación de urgencia en la evacuación. Se relaciona con trastornos depresivos (en más de la mitad de los casos) y problemas de angustia y ansiedad. No por casualidad, suele responder bien al tratamiento con algunos antidepresivos y tranquilizantes.

c) Síndromes relacionados con el gas intestinal:

Habitualmente relacionados con el exceso de gas en el tracto digestivo y que puede relacionarse con un incremento en su ingestión o producción interna (aerofagia, eructación excesiva, vómitos psicógenos) o una disminución en su

expulsión (meteorismo, flatulencia, hinchazón abdominal). Se suelen vincular a problemas de estrés agudo y/o crónico y de ansiedad.

Una explicación puede ser la siguiente, al acelerar la ingestión se traga más aire, al estar más ansioso se respira en más ocasiones y por tanto se ingiere también más aire; esta situación no se resuelve posteriormente aumentando el tránsito, por algún mecanismo que decelera o mantiene el ritmo normal del mismo.

d) Vómitos, estreñimiento, diarreas:

En cuanto a los vómitos psicógenos, se suele considerar que se relacionan con el "rechazo" de determinadas situaciones o personas, realizándose una negación manifiesta de la incorporación de las mismas. Así resulta frecuente observar que en algunas ocasiones los varones pueden presentar vómitos coincidiendo con conductas de su pareja, trabajo o familia que no aceptan.

Las diarreas psicógenas, se vinculan a manifestaciones específicas de la ansiedad, pero también resultan en ocasiones formas de exteriorizar la hostilidad en relación a conflictos con situaciones no aceptadas, que suelen relacionarse con problemas con el orden y la autoridad. Por último en los varones, puede considerarse en algunos casos como una "forma de reparación" de alguna acción no aceptada por su pareja u otras figuras relevantes.

El estreñimiento psicógeno, puede relacionarse con disminución de la ingesta de fibras y suele desarrollarse en correlación a la edad. En ocasiones se considera síntoma de un "equivalente depresivo" o "depresión enmascarada" y a veces su resolución deriva en una depresión manifiesta. Desde las teorías psicodinámicas, se interpreta como un signo que expresa la necesidad de retener, de no comunicarse, de aislarse y además como un problema relacionado con la hostilidad hacia formaciones autoritarias y rígidas. Se asocia con aprendizajes excesivamente precoces en la retención de heces, motivados por figuras parentales rígidas y/o obsesivas.

e) Úlcera gastro-duodenal:

Es una de las enfermedades clásicas en la medicina psicosomática. Habitualmente hay factores de estrés vinculados a los brotes ulcerosos, pero en ocasiones estos no se encuentran. Desde los planteamientos psicodinámicos se observan rasgos característicos de conducta y/o personalidad. Los pacientes ulcerosos viven con frecuencia un conflicto entre sus deseos de independencia y su necesidad de ser protegidos por los demás.

Spitz, (citado en Flores 2006), nos habla de que existe relación de dicha enfermedad con el hecho de que el hombre tenga, o haya tenido en su infancia, una "madre inadecuada, invasora e hiperprotectora" (que no respete o haya respetado sus límites como individuo diferenciado). Asimismo que haya tenido un "padre rígido" (autoritario, con distancia afectiva y exigente a sus deberes. Dichas figuras serán prevalentes en la experiencia temprana del varón ulceroso. Un aspecto importante es el hecho de que el varón que padece úlcera recibe determinados "beneficios secundarios", (como explosiones de ira, absentismo laboral, control de su pareja y otras figuras a través de la amenaza de hostilidad y el control dietético), los cuáles son a costa de su enfermedad, y no se le permitirían en otras circunstancias.

Por último, el hombre que padece úlcera suele "resolver" sus problemas con el entorno, (que interpreta como hostil), por medio del desarrollo de determinados mecanismos de defensa como la ambición y la autosuficiencia exageradas, creciéndose ante las dificultades con derroche de esfuerzo y talento, no en vano suelen ser "triunfadores" en su vida.

f) Colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn:

Son enfermedades "autodestructivas" del intestino grueso y delgado, respectivamente. Han llegado a denominarse "suicidios intestinales"; periódicamente y de forma simbólica, los enfermos se sienten agredidos por alguna circunstancia "desconocida y hostil", que les desestabiliza y les retorna a la

melancolía. Suelen ser muy susceptibles, con muy baja tolerancia al rechazo y por tanto poco comunicativos; presentan cierta dificultad para las relaciones afectivas y si las establecen suele adoptar un rol muy dependiente. Con frecuencia, no manifiestan su agresividad.

g) Discinesias y litiasis biliares:

La vesícula biliar se ve afectada en determinadas ocasiones por retención de bilis debido a dificultades motoras ("discinesias") que ocasiona su inflamación y puede derivar en acumulación de sales biliares solidificadas ("litiasis") que ocasionan cólicos biliares, que a veces coinciden con algún desencadenante externo como los acontecimientos vitales (sucesos estresantes tipificados y baremados).

Los rasgos que suelen observarse en estos pacientes suelen relacionarse con la melancolía y los trastornos obsesivos (rituales, rigidez de conducta, afán por el orden y la perfección, problemas con la toma de decisiones bajo riesgo, conflictos con las figuras autoritarias, etc).

2) SISTEMA CARDIOVASCULAR:

En este apartado se considerarán las enfermedades que afectan al corazón, principalmente la cardiopatía isquémica y la hipertensión esencial o idiopática. En éstas se han encontrado factores importantes vinculados a criterios psicosomáticos.

a) Cardiopatía isquémica:

Esta enfermedad se caracteriza por una obturación paulatina de las arterias coronarias debido a diversos factores, entre otros la acumulación de sustancias ateromatosas, que producen una disminución progresiva del flujo sanguíneo que irriga las paredes cardiacas ("isquemia").

Los factores psicosociales que se han relacionado con esta patología, se pueden agrupar en dos vertientes relacionadas con el estrés; en el ámbito de los factores "antecedentes", se encontrarían los acontecimientos vitales como las situaciones estresantes tipificadas y baremadas, que suponen un esfuerzo adaptativo por parte del individuo; por ejemplo, la muerte de un familiar o el matrimonio o ganancias económicas inesperadas. En el ámbito de las "consecuencias", se encontrarían las reacciones del organismo, como los estilos y habilidades de afrontamiento. También se encuentran otros factores como el soporte social o la expresividad emocional.

Los estudios de Friedman y Rosenman, (citados en Flores, 2006), consideran que es un importante factor predisponente para las patologías coronarias, el "conjunto de actitudes y sentimientos que manifiestan los individuos cuando se encuentran ante un entorno que interpretan como agresivo, manifestando un esfuerzo mantenido para realizar cada vez más cosas en menos tiempo".

Las características que lo definen son las siguientes: tendencia a la competitividad, irritabilidad, hostilidad, alerta permanente, impaciencia, permanente deseo de reconocimiento por los demás, aceleración de las acciones, periodo de descanso y sueño breve, etc. Que a su vez se manifiesta en alteraciones biológicas, como mayor agregación plaquetaria, aumento de colesterol y aumento de estimuladores hormonales.

Por último, algunas características psicodinámicas de dicha enfermedad se relacionan con la identificación con un padre idealizado e inaccesible, con el sentido del deber encolerizado, fragilidad narcisista, es decir intolerancia a la frustración, inaptitud para el placer, incapacidad de exteriorizar la ansiedad y fijación "anal" (autoexigencia de dominio y control).

b) Hipertensión esencial o idiopática:

Conocida vulgarmente como "hipertensión", cuadro al que pertenecen la mayor parte de las hipertensiones arteriales, ya que sólo se conoce el origen en menos del 20 % (idiopático significa: de causa desconocida). Es un trastorno que figura entre los siete trastornos psicossomáticos clásicos y es provocado por la presencia de cifras tensionales elevadas por encima de 140 para la sistólica y de 90 para la diastólica, que no descienden al menos en un periodo de tres meses; norma que puede variar con la edad, o determinadas situaciones.

Habitualmente se relaciona con incapacidad para expresar ira (furia o rabia), es un modelo de represión de la hostilidad y la agresividad. A veces se interpreta también una relación de hipersusceptibilidad a la sanción y al castigo, como factor de aprendizaje. Hay un curioso efecto paradójico que se describe como "efecto boomerang", al producirse circularidad entre antecedentes y consecuencias en los hipertensos. El hipertenso sabe que sus problemas con la tensión elevan su riesgo vital si se enoja o se enfada, consiguiendo por esta vía una "forma racional y comprendida por todos" para no hacer lo que "no puede", es decir, manifestar su ira.

3) APARATO RESPIRATORIO:

En numerosas enfermedades respiratorias se han hallado relaciones con planteamientos psicossomáticos; en las infecciones como la bronquitis o la neumonía se han encontrado los mecanismos fisiológicos de defensa disminuidos y determinados rasgos depresivos; en la faringitis crónica, el rechazo crónico de una situación sobre un trasfondo depresivo; en la tuberculosis, factores estresantes como desencadenantes y dificultades en la interacción con los demás; en la rinitis alérgica, problemas de rechazo y de comunicación con los demás.

a) Asma bronquial:

También denominada obstrucción crónica al flujo aéreo (OCFA) y que forma parte de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se trata de un trastorno que episódicamente produce crisis, con dificultad para respirar normalmente y en el que se encuentran los siguientes factores relevantes: hiperreactividad bronquial, aumento de inmunoglobulina E, alérgenos y lo que más nos interesa en este momento, una "personalidad" o conjunto de rasgos característicos.

En al menos un tercio de los casos, se presenta un correlato sintomático característico: dificultad para resolver los procesos de separación-individuación (por ejemplo del varón a la madre), negación de la agresividad en sí mismo y en los demás, buena sociabilidad; posiblemente desde la infancia, en el hombre hay un conflicto permanente con sus madres, aunque la comunicación es permanente el "jadeo asmático" se ha considerado una "llamada desesperada a la madre". Por último, se ha dicho que el varón asmático realiza un control de su familia desde sus crisis.

4) TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS:

La piel tiene el mismo origen embrionario que el sistema nervioso y por tanto no resulta infrecuente su relación, como se verá a continuación. En el ámbito de los trastornos cutáneos se encuentran síntomas y síndromes. Entre los que se pueden citar los siguientes:

a) Prurito psicógeno:

También denominado "picor sin materia", relacionado con el desplazamiento de impulsos no expresados, bien sexuales o agresivos; el prurito conduce al "rascado", que ocasiona placer (ausencia de malestar) y lesión, "resolviéndose" las pulsiones iniciales.

b) Dermatitis atópica:

Habitualmente ocurre en la infancia y se asocia con una relación inadecuada entre madre e hijo, la figura materna suele ser hostil, hiperprotectora y distante. El niño presenta el eccema como justificación a esa distancia y además presenta unos rasgos característicos que se manifiestan incluso al ser adultos, que han llegado a denominarse "personalidad atópica" y que consta de: inmadurez y labilidad afectiva, necesidad de afecto, estructura rígida de conducta, padre "ausente" y madre "inadecuada" y en la adolescencia problemas sexuales, como el deseo sexual inhibido, aspecto que se puede trasladar a la vida adulta o presentarse en el varón adulto si atraviesa por un período depresivo.

c) Enfermedades cutáneas autoinmunes:

Entre las que se pueden destacar la psoriasis, y el lupus eritematoso sistémico (LES), son enfermedades autodestructivas y pueden considerarse como auténticas "psicosis corporales". Resulta extraño no encontrar trastornos psicopatológicos concomitantes. En cuanto a las características de personalidad, se observan estructuras personales "débiles" y en ocasiones, problemas en la relación con los demás, también suelen presentar baja tolerancia a la frustración, locus de control externo (la responsabilidad no es propia), conductas supersticiosas, etc.

d) Otras enfermedades de la piel:

Entre las más relevantes se pueden destacar las siguientes:

- Acné vulgar: presente en la adolescencia, con participación de componentes obsesivos y depresivos que modulan las relaciones, especialmente con el sexo opuesto.
- Alopecia areata: caída del pelo en placas que se vincula a problemas autoinmunes y de relación con los demás.
- Liquen plano: respuesta que sustituye reacciones afectivas ante determinadas situaciones estresantes.

También se han encontrado factores emocionales, rasgos de personalidad, y/o aspectos psicosociales en la presencia de determinados trastornos como: urticaria, eccema dishidrótico, eccema numular, herpes simple, verrugas, "delusio parasitosis" (individuos convencidos de tener parásitos inexistentes), tricotilomanía, diversos eritemas, etc.

5) ALTERACIONES ENDOCRINAS Y METABOLICAS:

El sistema endocrino se relaciona directamente con el sistema nervioso central, hablándose en su conjunto de "Sistema o Eje Neuroendocrino". A continuación se refieren algunas de las patologías más relevantes:

a) Alteraciones tiroideas:

Dichas alteraciones producen por si mismas síntomas ansiosos como taquicardia, palpitaciones, opresión precordial, etc; además estos pacientes suelen presentar una actividad mental inusitada. Mientras que las hipotiroideas cursan con apatía, lentitud en la actividad, etc. Esto no quiere decir que no se hayan encontrado factores vinculados al inicio de estos trastornos, pues resulta frecuente hallar factores estresantes como desencadenantes de las crisis. Otros trastornos relevantes en este ámbito son las tiroiditis, relacionadas con los trastornos autoinmunes.

b) Diabetes mellitus:

Se han referido determinados factores emocionales y psicosociales relacionados con esta enfermedad, entre otros: debilitamiento de los mecanismos de regulación metabólica, la satisfacción a través de la comida de problemas y ansiedades crónicas genera una bulimia y obesidad que agota las células productoras de insulina y un "metabolismo de hambriento" ante las carencias afectivas; por último, la ansiedad permanente da lugar a una reacción crónica de lucha o huida que cursa con hiperglucemia, afectándose los mecanismos reguladores del metabolismo de la glucosa.

c) Anorexia nerviosa:

Es un tipo de anorexia vinculada a alteraciones psicopatológicas graves, que podría identificarse con un "proceso psicótico enmascarado", la conducta de las personas que padecen anorexia se caracterizan, por poseer siempre un "deseo patológico de adelgazar", con un trastorno muy importante del esquema corporal y del mundo relacional. Llegando en ocasiones a la caquexia extrema, aún siguen con pretensión de seguir adelgazando. Es común que durante un trastorno depresivo se presente la anorexia como consecuencia de la ansiedad y el desequilibrio que padece el individuo.

d) Bulimia y obesidad:

La bulimia o hiperfagia, es la "necesidad" de comer exageradamente, a todas horas y en cualquier situación. Se suele vincular a problemas de ansiedad y depresión y en ocasiones a auténticas psicosis. Por su parte la obesidad, es el exceso de peso sobre el considerado como "normal"; es un trastorno muy frecuente, que puede tener origen endocrino o metabólico propiamente o en la mayor parte de las ocasiones, un origen psicógeno. Dentro de las obesidades psicógenas se distinguen cinco grandes tipos:

- Psicoreactivas: suelen ser secundarias a la presencia de ansiedad y están motivadas por la compensación de determinadas vivencias o percepciones como las "amenazas de pérdida" o la vivencia de ambición (la opulencia se manifiesta con obesidad).

- Epitímicas: intentos de compensar el complejo de castración edípico con la incorporación de comida; suele ocurrir en las "seudociesis" (embarazos fantasmas) y en los maridos de mujeres embarazadas.

- Sexolíticas: relacionadas con la evitación de las relaciones sexuales, al engordar se resulta menos atractivo y por tanto se producen menos contactos sexuales. Esta ausencia o disminución de la sexualidad se justifica con la falta de atractivo por el exceso de peso, en una cultura estilizante como la nuestra.

- Depresivas: en algunas depresiones se incrementa el consumo de hidratos de carbono, ya que el aumento de glucosa e insulina permite incrementos en la

concentración relativa de triptófano, que es el precursor de la serotonina, uno de los neurotransmisores que se vinculan a la depresión. Suelen responder bien al tratamiento psicofarmacológico.

- Compulsivas: relacionadas con la bulimia y con trastornos obsesivos. Se manifiestan por la necesidad imperiosa de consumir alimentos en grandes cantidades de forma reiterada.

6) SISTEMA NEUROLOGICO

a) Cefaleas:

Habitualmente se presentan ante conflictos individuales que resultan difíciles de resolver por el individuo; si algo consigue un "dolor de cabeza" es que se deje de pensar y por tanto sirve de "escape provisional" para el problema. Pueden considerarse como equivalentes depresivos y casi siempre ocultan algún conflicto con la genitalidad (menstruación, masturbación, identidad sexual, etc.).

b) Enfermedad de Parkinson:

Se vincula a las enfermedades autoinmunes, se produce una hiperadaptación, con rigidez motora e inexpresividad emocional, junto con un temblor permanente. Se relaciona con procesos autoagresivos y dificultad para la heteroagresividad, que cuando ocurre es explosiva.

c) Epilepsias:

Desde una perspectiva psicosomática se consideran reacciones de huida, sobretodo las de Pequeño Mal, más frecuentes en la infancia. En cuanto al Gran Mal, se observan determinados rasgos como el carácter enequético o "viscoso", el detallismo y la explosividad. Hay diversidad de autovaloraciones de su enfermedad, mientras que los epilépticos con focos derechos suelen devaluar su trastorno, y los de focos izquierdos desarrollan conductas catastrofistas.

d) Alteraciones de la estabilidad: vértigo y mareos:

Se relacionan tanto con adversidades, como con éxitos sociales o económicos. El factor común es el cambio en las circunstancias vitales del paciente, que exige el desarrollo de unos recursos de los que no dispone, produciéndose "sensación de inseguridad" al alterarse el "contexto habitual". Mantiene relación con las crisis de ansiedad y la agorafobia (temor a los espacios abiertos).

7) TRASTORNOS GENITOURINARIOS**a) Enuresis nocturna:**

No se debe considerar como psicopatológico en niños menores de siete años. Es un problema que produce mucha angustia en la familia. Habitualmente se presentan relaciones conflictivas entre el niño y sus padres. La madre suele estar obsesionada con la limpieza y el orden, produciéndose a veces sentimientos de hostilidad hacia el hijo, el cual responde con reacciones regresivas.

8) ALTERACIONES MUSCULO-ESQUELETICAS Y REUMATICAS

La accidentabilidad de repetición se ha relacionado habitualmente con factores depresivos y a veces con el mismo miedo a la repetición del cuadro traumático. Los traumatólogos saben que en ocasiones hay pacientes que tienen que ser intervenidos más de una vez, ya que tras la primera operación quirúrgica adoptan patrones de conducta de hipercontrol, con lo que transfieren hábitos (automatizados) al control voluntario, perdiendo la perspectiva global de la marcha y esto hace que se vuelvan a accidentar.

En cuanto a las enfermedades propiamente reumáticas se caracterizan por dos factores predominantes: el dolor y la cronicidad. Son pacientes resignados, "que saben que no podrán estar bien nunca", a lo más que aspiran es a tener

menos dolor o invalidez, esta perspectiva negativa, de claro trasfondo depresivo condiciona su vida y sus relaciones con los demás. Son enfermedades autodestructivas "parciales" (no se muere de ellas, pero dificultan la vida).

Se han observado diversos factores autoinmunes en la artritis reumatoide, la artritis psoriásica o las manifestaciones reumáticas del lupus. En la gota, se observan importantes condicionamientos socioculturales, los ataques de gota son salidas del ámbito habitual laboral o social y en cierta forma mantiene patrones psicodinámicos semejantes a los de la úlcera gastro-duodenal. Por último, hay una serie de síndromes muy frecuentes en las sociedades desarrolladas, como la dorsalgia benigna, los síndromes cervicocraneales y otros dolores inespecíficos, que tienen en común las manifestaciones del dolor, como mecanismo de alarma individual y de comunicación social.

9) TRASTORNOS DEL SUEÑO

El insomnio se considera sintomático en la mayor parte de las ocasiones. En primer lugar se debe decir que la conducta de dormir se "debe permitir", es decir, "no se puede dormir si se está realizando otra conducta"; no resulta infrecuente que la mayor parte de los insomnios precoces se produzcan por "estar pensando en cuestiones importantes para el sujeto", la conducta de preocuparse "imposibilita" la conducta de dormir. También hay que recordar que la mayor parte de los trastornos psicopatológicos cursan con trastornos del sueño. En el trastorno depresivo el individuo puede padecer insomnio durante todo el episodio debido a la cantidad de pensamientos negativos que posee.

10) TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD

Estos trastornos se producen casi siempre (en un 80 % de los casos), por falta de información y formación adecuada sobre la sexualidad y tienen mucho que ver con los automensajes negativos que se remiten los individuos. Todo problema sexual es un problema de "la pareja" y no de los individuos que la forman.

Un cuadro cada vez más frecuente, es el del deseo sexual inhibido, relacionado con la poca apetencia por las relaciones sexuales y que tiene un claro trasfondo sociocultural, suele presentarse en parejas jóvenes, demasiado "ocupadas" en cuestiones materiales, como para "perder el tiempo" en cuestiones afectivas. Durante el trastorno depresivo se puede presentar también la falta de interés por las relaciones sexuales debido a que, como se ha mencionado anteriormente, la persona tiene una incapacidad para disfrutar del placer, lo cuál conlleva a que pierda el apetito sexual, además de la energía. No obstante, la mejor recomendación que se puede hacer en estos trastornos, es consultar con un especialista, pues a veces los intentos fallidos de resolver los problemas, contribuyen a su mantenimiento y/o mayor deterioro.

11) EL CANCER

Cada vez son más frecuentes las investigaciones que relacionan el cáncer con factores psicosociales y conductas irracionales y emocionales determinadas. La relación entre cáncer y estrés y/o depresión es paulatinamente aceptada por la comunidad sanitaria.

En el cáncer se observan determinadas características psicogénicas que podemos agrupar en:

- Pérdidas afectivas reales o simbólicas: (se aprende un modelo de desesperanza, por falta de control del entorno).

- Rasgos "oncogénicos": buena adaptación social con aceptación alta por los demás, carácter "obsesivoide" , muy responsables, comprometidos con su entorno, respetuosos con la autoridad, escrupulosos, etc, fortaleza aparente, aislamiento, represión, negación de la ansiedad y agresividad propia y ajena, dificultades para manifestar hostilidad).

- Poseer un peculiar "estilo de vida": con un grupo familiar poco afectivo, muy relacionado con objetivos materiales, padres exigentes, educación conducida

por sanciones y no por recompensas, patrones de victimosidad en el ambiente, proyecto vital relegado "nunca hizo lo que quiso hacer", etc.

12) LAS TOXICOMANIAS

Algunos psicólogos sociales han hablado del papel de "chivos expiatorios" que juegan los toxicómanos en nuestra sociedad que los "necesita" y hace realmente poco por ayudarles, pero aparte de esta observación peculiar, se puede decir que los toxicómanos presentan alguna de estas características: carencia afectiva masiva (padres y/o grupos de pertenencia totalmente "inadecuados"), sentimientos autodestructivos exacerbados (no desvinculado del suicidio por sobredosis, o el sida.), muy baja tolerancia a la frustración (aspecto relacionado con su carácter "oral" y dependiente), por último, no es infrecuente la heteroagresividad compensatoria ("la sociedad es hostil conmigo, me margina, me deja fuera, por tanto no estoy "obligado" a seguir ni sus normas, ni sus leyes). Algunos autores hablan de que son auténticas manifestaciones de psicosis maniaco-depresivas.

Mientras tanto, Pérez, (1995), señala las siguientes patologías que puede presentar el varón adulto durante esta etapa de su vida.

- Malestares masculinos

Son las problemáticas egodistónicas con sufrimiento y/o daño a sí mismo y que suelen generar déficits primarios y secundarios por vacío representacional o por la frustración narcisista que producen.

a) Los trastornos por sobreinvertimiento del par éxito/fracaso: subclasificados en:

- Trastornos por búsqueda imperativa del éxito y control: relacionados con la obsesión masculina por el desempeño, el rendimiento y el sobreesfuerzo por mantenerse en la cúspide. Cualquiera de los valores

derivados de las creencias de la masculinidad pueden ser tomados obsesiva o adictivamente como camino para llegar a ser "todo" un hombre. Así tenemos por ejemplo las obsesiones-compulsiones por la sexualidad propia o ajena o por mantener el control, las adicciones al trabajo o la carrera profesional, al poder, al deporte competitivo, o la hipercompetitividad. Pueden ser primarios o compensatorios de alguno de los cuadros siguientes y favorecen déficits al quedar desinvertidos los valores vividos como "femeninos". Muchas veces llevan al crack corporal por exceso de sobreesfuerzo.

- Trastornos por sentimiento de fracaso viril: pérdida de valores masculinos que se suponía poseer (actividad, trabajo, seguridad, libertad, poder frente a mujer, potencia sexual constante, etc). Estas experiencias son significadas como fracaso en la realización del ser (ser poco o nada hombre) con la herida narcisista consiguiente. En algunos casos se presentan como retracción vital, a modo fóbico-ansioso (timidez, aislamiento social, o falta de deseo sexual), y en otros como inseguridad patológica, como temor a ser homosexual o como depresión narcisista. En otros queda oculto bajo actitudes compensatorias, que pueden ser cualquiera de las problemáticas descritas en el apartado anterior o en los siguientes.

b) Patologías de la autosuficiencia con restricción emocional: derivadas del imperativo de ser un hombre duro con la consiguiente valoración extrema de la autosuficiencia y la invulnerabilidad, y con los consecuentes déficits provocados por la negación de lo emocional y lo vincular. En ellas lo llamado autosuficiencia es en realidad pseudo autonomía.

Algunas de estas problemáticas son:

- Arritmicidad patológica o síndrome de impasibilidad masculina: la compulsión a mantener la calma y el control ante todo. Caracterizada por: el sentimiento obsesivo que todo tiene que estar programado, las inhabilidades para ver procesos, disfrutar relaciones o eventos no dirigidos

a tareas concretas, la negación a admitir que las emociones interfieren en lo que se está haciendo, el pánico a perder el control, la coraza muscular y la gestualidad de sonrisa impasible y pose envarada. En los vínculos con las mujeres, es el modelo desde el que se evalúa el supuesto "descontrol" femenino. Es percibida como problema por el propio varón cuando sus prioridades vitales cambian o quiere enriquecer sus vínculos (los que lo rodean lo perciben mucho antes cuando se quejan porque "él siempre está igual").

- Alexitimia normativa: este cuadro se caracteriza sobre todo por el desconocimiento de los propios sentimientos y por la defensa frente a ellos. Existe por ello inhabilidad para identificar y describir las propias emociones, un modo pragmático de relacionarse, un pensamiento de tipo operatorio, un uso de las palabras como defensa, la expresión de afectos intensos por medio de descargas o por trastornos somáticos, una negación de los problemas (¡a mi no me pasa nada!) y dificultades para comprender los sentimientos ajenos con la consiguiente falta de empatía.

- Fobia a la intimidad o síndrome de mantenerse a distancia: En ella se toma como autonomía lo que es simple distanciamiento protector, con la dificultad consiguiente para estructurar vínculos.

- Dependencia de la pornografía: permite realizar una sexualidad mercantilizada que no precisa del vínculo y no arriesga la intimidad. Muchas veces es modo de refugio de problemas relacionales o de sentimientos de "fracaso" viril.

- "Delirio" de autosuficiencia: en el que la pretendida autosuficiencia en realidad está sostenida en el apoyo de una silenciosa mujer acompañante (madre, hermana, pareja, vecina, asistente).

- Adicción a la tecnología: (actualmente sobre todo a Internet), que genera una creencia de estar conectado controlando el vínculo y fomenta en realidad el aislamiento con los vínculos cercanos.

- Sobreinvertimiento del quehacer para sí: (en detrimento de con/para las personas). Cuadro muy habitual en que, unas veces los

varones priorizan, aislándose, sus quehaceres (trabajar, disfrutar del ocio, escribir, etc) y otras confunden el hacer cosas "por" alguien, de hacerlas "con" alguien. La aspiración masculina: "Tener un hijo (que no criarlo), plantar un árbol (que no regarlo) y escribir un libro" es un buen ejemplo de uno de los mandatos productores de esta problemática.

- Homofobia: caracterizada por el temor a acercarse a otros varones que es una defensa frente a la amenaza de humillación o a la aparición de deseos homosexuales (signos de ser "poco hombre"). Contamina las relaciones con los otros varones hetero y homosexuales, favoreciendo las relaciones superficiales entre varones y/o la falta de amigos cercanos.

- Dependencia emocional de las mujeres: en tanto la autosuficiencia no permite conectarse con las emociones y con los vínculos, esta tarea suele depositarse en las mujeres cercanas con las que se desarrolla entonces un vínculo de parasitismo emocional.

c) Trastornos por sobreinvertimiento del cuerpo-máquina muscular: La creencia en el cuerpo como instrumento para la acción exterior y herramienta para la dura lucha en/por la vida, es poderosa en los varones, por lo que su utilización y cuidado se dirige por esos caminos. En cambio el cuerpo "interior", está desinvertido con la consecuente desconexión de una parte de sí. Ejemplos de estos trastornos son la adicción al gimnasio y a los deportes de fuerza, la facilitación hacia las "actuaciones" corpomusculares como los desgarros, la negación o subvaloración de las alarmas corporales con el riesgo consiguiente, y los déficits en el manejo de las enfermedades (tales como las fobias a ellas o el pánico a sacarse sangre o la hospitalización, donde además se agrega el pánico a la pasividad).

d) Hipermasculinidades: comportamientos muchas veces grupales en los que hay una identificación infatuada y exhibicionista con valores masculinos. Destinadas a cumplir los "pasos" para llegar a la masculinidad plena, a esconder vivencias de inseguridad masculina, o para reafirmarse frente a sí u otros, se las

puede entender como patologías de la masculinidad excesiva. Podemos incluir aquí, el machismo grupal callejero, los excesos en el consumo de alcohol o drogas, el divorcio y emparejamiento con mujeres muy jóvenes, la temeridad, la hipersexualización de la emocionalidad, junto a diversos comportamientos maníacos y contrafóbicos en los que se escuda la vulnerabilidad.

e) Patologías de la perplejidad o trastornos de la masculinidad transicional: varios mitos que sostenían la relación de los varones con las mujeres y con el mundo han caído: el de la carrera laboral sin obstáculos, el de la pasividad femenina, el de la legitimación de la fuerza, el del monopolio masculino del poder, etc. Esto provoca desconcierto y perplejidad en muchos varones, debilitados por el cercenamiento cultural de derechos antes legitimados, angustiados por la pérdida de privilegios y enfrentados a la caída de muchas de las máscaras que los sostenían. Las fisuras en las viejas creencias sobre la masculinidad, la dificultad para cumplir los imperativos de igualdad y sensibilidad, el conflicto entre lo nuevo y lo viejo, y el vacío representacional de alternativas valiosas para sí que no los sumerjan en lo "femenino", provocan muchas veces estados paralizantes o congelamiento del devenir vital. A esta situación muchos varones que suelen consultar por malestar difuso la llaman "pérdida del norte" lo que es una buena definición sindromática. También podemos incluir en este grupo a los conflictos intra e intersubjetivos en el ejercicio de los roles sociales viejos/nuevos adjudicados a los varones, el ocultamiento de los cambios hacia la igualdad de hechos en el espacio privado para no ser tachado de "débil" o dominado por la mujer, y la llamada crisis de la identidad masculina (que la mayoría de las veces no lo es tal, sino un reacomodo a la restricción de roles que el varón percibe, pero sin cuestionamiento de sus representaciones de sí).

f) Trastornos derivados de orientaciones sexuales no tradicionales: Encontramos aquí cuadros fóbicos y ansiosos diversos derivados de la no aceptación inter y/o intrasubjetiva de orientaciones sexuales no heterosexuales que el varón asume fácticamente (célibe, homo o bisexualidad) y que implican transgredir la actual creencia de masculinidad =heterosexualidad, con la angustia

y el temor al rechazo consiguiente. En este grupo no están incluidos los trastornos de confusión de orientación sexual, aunque muchos de ellos se originan en el no permiso social a masculinidades que no sean heterosexuales militantes.

- Abusos de poder y violencias ("molestares" y maltratos masculinos)

Muchas de estas problemáticas están aún legitimadas o naturalizadas en las prácticas cotidianas, o no se incluyen en el campo de la salud mental. Es fundamental incluirlas en esta clasificación, porque desde la ética de la igualdad de género no es posible pensarlas como "normales" /saludables.

Habitualmente suelen pensarse las problemáticas y trastornos subjetivos como aquellos en las que el sujeto expresa sufrimiento, pero estos abusos y violencias, al estilo de las caracteropatías son egosintónicos, aunque diferencialmente con ellas son primordialmente heterodistónicos. Pocas veces pueden ser egodistónicos, y cuando lo son es generalmente por acorralamiento cultural por deslegitimación externa, sin autocuestionamiento.

Otros de estos trastornos son producto del descuido de la propia salud, derivada de la creencia en que "el cuerpo aguanta todo". Algunos de ellos son además trastornos abusivos hacia los demás en tanto pueden poner en peligro vidas ajenas.

Así tenemos la conducción temeraria, la adicción a la aventura, los deportes y los juegos desafiantes de alto riesgo, la práctica riesgosa de deportes, el contagio de enfermedades de transmisión sexual por no uso de medios preservativos y los excesos en las ingestas (comer, beber o drogarse).

- Trastornos por indiferencia a sí o a otros/as

En ellos, el otro/a o el sí mismo, no son ya objeto de posesión o dominio, sino que no son fuente de interés para sí o simplemente no existen.

a) Patologías de la autosuficiencia indiferente o agresiva: relacionadas con las patologías por autosuficiencia con restricción emocional pero en las que lo particular no es la valoración narcisista del autoabastecerse sino el predominio de la indiferencia y la descalificación a las necesidades del otro/a. Ejemplos de esta patología:

Autocentramiento: sus características se resumen en la frase habitual que pronuncian estos varones: "déjame en paz", que indica: no quiero conectarme contigo, estoy ocupado en algo más importante: en mí.

Otros ejemplos de este grupo son: la insolidaridad con los próximos y los lejanos en lo doméstico o en lo social, el embarazo de la pareja con desimplicación de la propia responsabilidad, la violencia "porque sí" (en donde no se apela a una causa sino al puro placer de dañar) etc.

b) Trastornos por obediencia/rebeldía excesivas a la norma y jerarquía: Las creencias matrices de la masculinidad tienen muy buena prensa representacional entre los varones (ellos tienden a tener representaciones de sí como autosuficientes, beligerantes y superiores a las mujeres). Sin embargo en el plano funcional de la organización de su actuar masculino cotidiano tiene mucha predominancia el imperativo subordinación y valor (pero ya sin la prescripción del valor) derivado del ideal del soldado. Por eso, la mayoría de los varones se encuentran acomodados rígidamente en relaciones de sometimiento, tales como las laborales, institucionales o comunitarias aunque éstas sean muy injustas o poco saludables. En realidad no son muchos los que, aunque sufran en ellas se rebelen, y los que lo hacen generalmente lo hacen para invertir su lugar en la jerarquía o normas, y no para transformarlas. Sometidos a las pautas externas, la propia subjetividad se vuelve indiferente ante sí, oculta tras los "roles" que se "deben" cumplir. Así tenemos:

- Trastornos por excesiva obediencia
- La "normalidad" masculina, también llamada normopatía viril o adaptación extrema a los ideales de la masculinidad (y del sujeto moderno).

En ella no hay una especificidad de la singularidad, que queda oculta tras los emblemas masculinos, en la que se combina habitualmente una representación de sí como "más o menos todo un hombre", con una funcionalidad pasiva y sometida frente a los otros funcionando disociadamente y sin mucho conflicto. Otras veces el ocultamiento se produce tras la obediencia a la jerarquía, la que aplaude el esfuerzo de sometimiento como paso necesario para llegar a la cúspide (a la que habitualmente nunca se llega) No presenta "síntomas" ni se queja, pero padece de "aplanamiento" vital y frecuentes trastornos psicosomáticos.

También podemos ubicar en este grupo a la neurosis obsesiva, a la sobreadaptación exitosa y al hombre masa.

-Trastornos por rebeldía excesiva: podemos ubicar aquí a las sociopatías, perversiones y muchos comportamientos antisociales (criminalidad, terrorismo) y rebeldías de adolescente masculino, donde hay rebelión a las reglas sociales o parentales, pero paradójicamente, un sometimiento extremo al ideal individualista, el del "hazte a ti mismo y haz lo que quieras".

Como se ha venido mencionando a lo largo de este capítulo, la depresión en el hombre es menos frecuente que en las mujeres, sin embargo, si se produce conlleva mayores riesgos ya que está asociada a un mayor número de suicidios y el riesgo consiste en que por lo general la depresión masculina se vuelve una depresión enmascarada, por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Al respecto podemos decir que lo más importante es que los varones puedan reconocer el problema, ya que la mayoría de ellos no lo ven, puesto que su defensa psicológica más fuerte es la negación además de su construcción cultural.

Cabe señalar que los distintos trastornos y diversos factores que se ven afectados en la vida del hombre depresivo, son igualmente importantes puesto que todos forman parte de su modo de vida y son de gran importancia para el individuo puesto que es en donde se relaciona diariamente.

Un aspecto que debemos destacar es que el hombre adulto que padece depresión no se descubrirá tan fácilmente ante los demás, no dirá fácilmente que está triste, o que no tiene ganas de nada, no mencionará sus temores, y muy posiblemente tampoco hará referencia a algún malestar físico o enfermedad; esto debido a que tiene una construcción social errónea en la que el hombre debe ser fuerte, valiente y macho, crece desde pequeño con la idea de que siempre estará a disposición de los demás en el sentido de que siempre podrá con todo lo que venga, cualquier problema, cualquier situación difícil llegando lamentablemente a ser esto sólo una creencia cultural que probablemente sea la que pueda ocasionar la misma depresión ya que si el hombre adulto descubre que no está cumpliendo con los cánones otorgados de cómo se cree que es un verdadero hombre, se sentirá limitado, reducido, poco hombre, menos que otros hombres y por lo tanto disminuido en todo terreno.

Con respecto a lo anterior podemos decir que ante todo el varón es un ser humano, con defectos y limitaciones como todos los tenemos, sin embargo la carga que la sociedad le otorga es más poderosa que lo que es la verdadera realidad cotidiana, es decir, todos los varones enfrentan diariamente adversidades que la vida les presenta, cada uno sabe como resolverlas, sin embargo nadie dice que lo hagan de la mejor forma, como ya hemos dicho, por lo general actúan de la forma en la que van a quedar bien ante los demás, pero habría que ver qué es lo que en verdad les gustaría hacer y cómo les gustaría reaccionar. Probablemente llegan a tener una carga más fuerte en cuanto a la represión, tal vez más que la mujer ya que ellos tienen que cumplir con la norma, con el estereotipo, el cuál es el más reconocido, el que tiene más expectativas partiendo por la misma familia.

En este sentido la depresión constituye un trasfondo frecuente en la edad adulta, no es sencillo puesto que en esta etapa se juntan varias situaciones de la vida que no son tan digeribles, por ejemplo, la jubilación o el recorte de personal por la edad, el abandono del hogar por parte de los hijos, el simple hecho de descubrir que ya no son tan fuertes o ágiles como antes, la aparición de alguna

enfermedad, la muerte de la pareja, etc., son aspectos que pueden ocasionar la depresión en el hombre adulto trayéndole así un desequilibrio emocional muy fuerte, debido a que es en el cuerpo donde se manifiestan las emociones que no pueden ser expresadas naturalmente, que si no sabe canalizarlo y manejarlo generará un trastorno psicosomático el cuál puede preocupar al individuo más que la misma depresión sin darse cuenta que éste es solo una exteriorización del mismo trastorno.

Por todo esto, es importante que los hombres busquen ayuda y que se les pueda brindar, ya que solo la piden cuando se encuentran bajo mucha presión. Así también es importante ayudar a un hombre que padece estos síntomas haciéndole entender que lo mejor en estos casos es hacer ejercicio, dieta, que entren en contacto con su espiritualidad, que asistan a una psicoterapia, tomar medicamentos si fueran necesarios, que reconstruyan sus vidas y lazos sociales que hayan perdido o nunca tenían, amarse a sí mismos y poder aceptarse como son. En lo que tiene que ver con los medicamentos, existen muchos antidepresivos que son muy eficaces, aunque ninguna medicación es perfecta. Por eso es muy importante elegir a un buen profesional que supervise una terapia adecuada.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS GENERAL

En este capítulo se presenta el análisis (tomando en cuenta la teoría y lo encontrado en la práctica), a través de las historias de vida de los casos de 10 hombres de entre 45 y 55 años que en algún momento de su vida han padecido depresión.

En esta investigación se encontraron algunos aspectos en los que las historias de los participantes concuerdan. Así se pretende analizar las historias de vida y los factores que se consideraron importantes, analizando así las similitudes y las diferencias que existen en su discurso pero sobre todo el cómo se manifiesta la depresión masculina en comparación con la femenina.

Para esto se tomaron las siguientes categorías:

- 1) Abandono de la madre
- 2) Migración
- 3) Empleo
- 4) Enfermedad –Salud
- 5) Problemas Económico
- 6) Depresión
- 7) Masculinidad.

Todo esto se analizará con base al enfoque de la psicología corporal ya que este es la base de esta investigación.

Cabe señalar que en este trabajo se realizaron las 10 entrevistas que se tenían planeadas, de las cuáles se obtuvieron datos sumamente significativos dentro de su relato. A continuación se mencionará cada uno de ellos.

4.1 Abandono de la madre

En esta categoría se analiza como es que el haber crecido sin la figura materna les afectó a los participantes, ya que sin duda este fue uno de los factores que influyo para que se presentara la depresión en varios de ellos.

El rol que desempeña la madre en el proceso de socialización del varón es muy importante. Los hombres son esperados desde antes de nacer y cuando nacen son aprobados. En este sentido, todavía la mayor parte de la gente desea que el hijo que vaya a nacer sea varón (esto no es regla general), para que sea como su padre, aprobándolo a través de esa anticipación. Por tal motivo, los hombres son muy protegidos, pues nacen de una mujer que les sirve, les atiende y los cuida, estableciendo de inmediato la relación de género, la cuál consiste en que la madre trata de lograr que el niño internalice la condición masculina y lo convierta en sentimientos, deseos, destrezas, actitudes, es decir, construye en él con estas características una subjetividad masculina y disciplina su cuerpo para que también lo sea.

Según Lagarde (1990), la madre es la que enseña al niño a ser hombre, es decir, la madre transmite a los hijos varones su propia visión de lo que significa ser varones. Y ese conjunto de saberes transmitidos en la primera infancia y llamada "lengua materna", (que abarca el idioma que se aprende), es el conjunto de valores y creencias acerca de lo que sucede en el mundo, y muy particularmente en lo que ocurre en la interacción masculina.

Una de las primeras cosas que aprendemos al principio de la vida es de qué se trata de ser mujeres u hombres. Y lo hacemos no intelectualmente, sino sobre todo afectivamente y de manera inconsciente. En la relación con la madre, los niños aprenden a tener un lugar privilegiado y a tener a su servicio a una mujer adulta. Estos dos aspectos marcan la vida de los hombres para el resto de sus días. Los hijos aprenden que esa madre es inferior y al mismo tiempo superior porque da todo lo que hace falta a la criatura: satisfacer sus necesidades vitales, cuida y hace lo que el otro requiere, pero sobre todo es subordinada por ser mujer.

Los niños varones ven esa subordinación de la adulta que aman y envidian porque lo tiene todo, pero a la vez no tiene nada frente al hombre adulto. El niño vive y siente poderosa a la madre porque le da aquellos elementos de los que él carece, pero cuando la observa en relación con otros, la vive sometida e impotente.

No menos importante es el rol que desempeña el padre en este proceso. Algunos hombres aprenden a renunciar a su primera relación madre-hijo. Para lograrlo, aprenderán a estar solos y a disciplinar sus emociones que les provoca el miedo a la separación; para no quedarse entre las faldas de su madre, para ello tienen que ser llamados por el padre que no es sólo el progenitor, sino también su amigo. Esos otros hombres son presentados al niño por la madre que constantemente le dice: “el papá nos hará”, “dará”, “comprará”, “castigará”, etc.; es decir, la madre presenta e introduce en el mundo subjetivo de la criatura a un padre y al deseo de ese padre de tener alguien que castigue o perdone, que tenga una autoridad o poder, eso es lo que hace que los padres sean muy importantes en la confirmación de la identidad de género masculino. Los padres son fundamentales porque van a contar a los niños lo que es ser hombres. La enseñanza es por tanto ejemplar y los niños aprenden por imitación, temor y amor.

Un rasgo característico que encontramos en los participantes es el abandono de su madre o padres en la infancia, lo cual sin duda ha influido para que ellos hayan presentado depresión en algún momento de sus vidas.

En este sentido Lowen, (1982), hace referencia a que toda reacción depresiva se basa en la pérdida del amor de la madre. Para él la gente que sufre depresión tiene necesidades orales insatisfechas, necesitan sentirse sostenidos y apoyados, experimentar el contacto corporal, chupar, recibir atención y aprobación, sentir calor. A dichas necesidades orales se les llama así porque corresponden al período de la vida de la infancia en el cuál domina la actividad oral.

Es importante mencionar que el abandono de la madre fue dentro de esta investigación un hecho que tuvieron en común algunos de los entrevistados. Este aspecto es relevante ya que en el discurso de ellos se manifiesta claramente el peso y la importancia que le dan a este acontecimiento; asimismo manifestaron cómo es que su pasado doloroso, constantemente regresa y les causa dolor en el presente, aún en su vida actual, ya que como menciona Calderón (2001), dentro de las etapas del

desarrollo del niño el cuidado materno es importante ya que si el niño no tiene una relación satisfactoria con su madre; podría volverse reservado y ser incapaz de tener relaciones adecuadas en otras etapas de su vida.

Existe otro factor psicológico que puede influir en la aparición de la depresión y el cuál es aportado por Lowen (1982) basándose en la teoría psicoanalítica, propone que toda reacción depresiva se basa en la pérdida del amor de la madre. En este sentido Lowen señala que la depresión surge debido a que en la infancia predominaron las necesidades orales insatisfechas, tales como la carencia del contacto corporal, el no sentirse apoyado, protegido, sostenido y el no recibir atención, en general se puede decir que a estos individuos se les privó de amor materno en la infancia.

Dichas necesidades orales insatisfechas se manifiestan en que la persona adulta presenta una incapacidad de estar solo, tiene miedo a la separación, exceso en el habla o en otra actividad, jactancia u otras maniobras que logren atraer la atención, sensibilidad al frío y una actitud dependiente. Un aspecto importante que Lowen resalta es que las necesidades orales insatisfechas durante la infancia no se pueden satisfacer en la vida adulta ya que la seguridad que no se recibió en la infancia es imposible recuperarla a través de figuras sustitutivas de la madre. Por mucha atención, admiración, aprobación o amor que se brinde a una personalidad oral, será imposible llenar el vacío interior que genera la depresión.

La pérdida del objeto durante la etapa de desarrollo podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta. La resistencia personal de la pérdida es variable; hay personas que son demasiado sensibles a ella, y otras que la soportan sin perturbarse.

Algunos estudios realizados por Bender, Levy y Golfarb citados en Calderón (2001), han demostrado la relación etiológica entre la carencia afectiva en la primera infancia y determinados trastornos de la personalidad que pueden persistir hasta la edad adulta. Tarde o temprano el niño descubre que la madre y él no forman parte de un todo.

Con base en una clara diferenciación entre su propio ser y el mundo, el niño aprende a decir “yo” y comienza su autoafirmación. Cuando el niño no recibe el cuidado adecuado por parte de la madre, trata de evitar que ella se aleje, estableciéndose relaciones simbióticas entre niños y progenitores, las cuales podrían originar serios problemas psicológicos.

Cabe señalar también que en su discurso los entrevistados reconocen poco a poco que los acontecimientos que ocurrieron en su infancia son una de las causas por las cuales sufren y sienten depresión.

(Señor Juan Luis)

“Pues a lo mejor el... puedo poner como ejemplo eh...cuando mi esposa me solicita algo y no me lo solicita como, quizás como yo quisiera ¿no?, sino que suena muy golpeado y digo, ah jijo, pues qué pasó, y a lo mejor inconscientemente me recuerda el trato con mi familia ¿no? antes de casarme, como era esa relación y a lo mejor inconscientemente me, me transporto a ese tiempo y lo comparo y digo, no ya está igual o ya va a empezar y empieza ese decaimiento en mí y empiezo a sentirme así con mucho sueño, y se me cierran los ojos ¿eh? de verdad, hasta me he quedado dormido en la mesa o me cabeceo pero es por esa sensación”

(Señor Manuel)

“jamás me he podido quitar, la carga es mi niñez..... siempre vive uno con una amargura, porque no sé, pero siempre trae uno así algo que, yo en todo el tiempo no lo he podido este, quitármelo exactamente, yo digo que tiene que ver por un lado la infancia y por otro lado, de hecho tengo una fotografía de mi mamá, y tengo una fotografía de mi papá”

Hay que destacar que existe cierta similitud entre las historias de los participantes que en su infancia fueron abandonados por la madre. Un ejemplo de esto es la semejanza que existe entre el abandono que sufrió el señor **“Juan Luis”**, y el señor **“Ricardo”**, ya que ambos fueron abandonados por su madre y dejados al cuidado de su abuelo y su abuela respectivamente, del mismo modo los principales años de su infancia se educaron alrededor de personas o familiares que no eran ni su padre ni su madre, hecho que ellos expresan con seriedad y en el caso del señor **“Ricardo”** y **“Manuel”**, hasta con lágrimas.

El caso del señor **“Manuel”** fue en diferentes circunstancias ya que él sufrió más que el abandono, el fallecimiento de ambos padres cuando él era muy pequeño, sin embargo debido a esto se quedó al cuidado de una tía con la que sufrió toda su infancia y adolescencia maltrato físico y psicológico, aspecto

que a la fecha recuerda con mucho dolor y tristeza y está consciente de que su pasado de la infancia es lo que en la actualidad le ocasiona depresión.

Asimismo el señor **“Paulo”** a pesar de que no vivió el abandono de su madre como tal, sí sufrió la ausencia de ella ya que murió y tuvo que crecer con la carencia de la figura materna, no obstante podemos decir entonces que el abandono paterno sí lo vivió ya que en cuanto muere su madre su papá lo deja al cuidado de sus abuelos. Él comenta que en su infancia se sentía muy solito en casa de su abuela, extrañaba demasiado a sus papás y anhelaba estar con ellos. Ya cuando tenía 13 años se tuvo que alejar más de ellos porque se tuvo que ir al pueblo continuo al suyo para continuar estudiando, ya que en su pueblo sólo se podía estudiar hasta 3er grado de primaria. Entonces podría decirse que de igual forma creció con abandono de sus padres hecho que al recordarlo lo hace sentirse mal y hasta deprimido.

“yo no me explicaba el mundo pero ahí fue cuando supe que la vida no era alegre siempre y a partir de ahí me quede con mis abuelos y ahí yo me sentía muy triste, en la mañana no amanecía y me sentía alegre pero en la tarde si, me daba como nostalgia o melancolía, quería estar con mis papás y entonces lo que hacía era agarrar una pala de esas que usaban los campesinos y la colgaba en una árbol y le pegaba yo con otro fierrito o algo para que sonara y yo oía tristemente ese sonido si era muy triste, yo creo que sería porque no estaba con mis papás estaba con mis abuelitos”

Por otro lado el señor **“Gustavo”**, también sufrió el abandono de su madre, no cubrió todas sus expectativas, es decir, que no necesitó, aparentemente, del cariño de su madre, por el contrario manifiesta el hecho de que cuando su madre se fue definitivamente la constelación familiar mejoró para él e inclusive su infancia fue más tranquila.

Solamente los participantes que se han mencionado en dicha categoría fueron los que en su infancia vivieron el abandono por parte de su madre, y cabe destacar que aunque cada uno de ellos sufrió en su infancia, han hecho lo posible por no repetir lo mismo que sus padres hicieron. En el caso del señor **“Juan Luis”**, cabe destacar que actualmente tiene una familia y es todo lo contrario a como fueron sus padres, es decir, ha hecho que existan valores y comunicación, aspectos de los cuales él careció, no obstante, reconoce que existen circunstancias en las que se vuelca al pasado y siente depresión, ya

que discute con su esposa y las conductas o las situaciones de ésta le recuerdan a su madre.

Sí, mi esposa pues trabaja aquí bastante en la casa, pienso que trabaja más que yo, eh...nos atiende bien, nos lava, nos prepara la comida, está al tanto de los pagos que hay que llevar a cabo, el aseo de la casa, nuestra ropa, por su puesto su amor, recibir su amor; eh... mis hijas estudian eh... una está estudiando para bióloga y otra para psicóloga, que ya terminó su licenciatura, ya está por realizar su tesis y pues quiera o no se preocupa uno porque quiere uno que les vaya bien pero así como está la situación a veces no sabe uno ni como les vaya a ir ¿verdad? pero lo importante es que tengan esas armas ellas para enfrentar la vida en el momento que ellas, pues estén todavía, estemos aquí sus padres todavía o ya no estemos para que salgan adelante

En el caso del señor **“Ricardo”**, también ha hecho todo lo posible por formar una familia y dar y tener mucho amor en ella, no obstante dos veces lo ha intentado con mujeres que ya tienen hijos, él no ha logrado tener hijos propios, sin embargo está consciente de que no necesita de eso para estar bien y tener la estabilidad que ha buscado desde su infancia.

“Pues mire, quiero sacar a estas niñas, sacar a la mujer con quien vivo adelante, poder llegar a la casa que acabo de, que apenas estoy sacando, llegar a tener un patrimonio, y llegar a ser feliz, quizás jubilarme, me faltan 10 años en la universidad, llevo casi 20 años trabajando en la universidad, espero en 10 años más ya tener mi pensión y vivir una vida, poner un negocio y si dios quiere y me da licencia salir adelante, espero en dios, un poquito de ayuda, y fe y esperanza”

Por su parte el señor **“Gustavo”** también padeció el abandono de su madre, no obstante lo recuerda de manera diferente ya que el sí se quedó con su padre, e incluso reconoce haber estado mejor sin su madre que con ella ya que aparentemente no necesitó su cariño. En la actualidad refiere que este abandono no es algo que lo haga sentir mal o triste, no obstante dice que no soporta estar solo y no le gusta estar encerrado. En cuanto a su relación familiar hace la observación de que le gusta tener confianza con sus hijos y que le interesa mucho la comunicación con ellos y ser amigos.

En el caso del señor **“Manuel”**, cabe destacar que actualmente ha formado una familia y tiene estabilidad en ella, con su esposa y con su hijo, sin embargo refiere que constantemente está triste por recordar su pasado y el trato que le da a su hijo es de concederle todo lo que el niño quiere ya que para él es importante darle todo lo que el niño quiere y todo lo que a él le hizo falta

en su infancia, reconoce que sí tiene que ver su historia para que él sea así con su hijo.

“yo he tratado que todo lo que el pide se lo doy incluso está yendo a karate, va los lunes, miércoles y viernes lo lleva su mamá, los martes, y los jueves ensaya porque está en una banda de guerra, y los días sábados va al karate y después va al inglés pero todo eso a él le gusta, se le ha preguntado si se cansa mucho pero dice que no, a él le gusta y yo me siento satisfecho porque de alguna manera yo hubiera querido tener lo mismo”

En lo que se refiere al señor **“Paulo”** tuvo la oportunidad de brindarles a sus hijos una familia, ya que es algo de lo que el no pudo disfrutar dado que sus papas lo dejaban con sus abuelos, e incluso él se preocupó por que sus hijos tuvieran una formación profesional, prueba de ellos es que dos de ellos tienen dos carreras diferentes y todos son profesionistas.

“todos mis hijos tienen afortunadamente su carrerita y eso es algo que me da mucho orgullo, que ellos hayan hecho muchas cosas que yo no pude hacer”

Este hecho del abandono de la madre o de ambos padres fue algo que se contrapone con lo mencionado por Montesinos (2002), es posible que en la sociedad mexicana las familias padezcan la ausencia del padre ya sea física o emocional, lo cual afecta la relación tradicional del hombre en la familia originando que los hijos no tengan una identificación paterna, ya que en los casos aquí tratados se dio más la ausencia de la madre ya sea por abandono o por muerte.

4.2 Migración

La migración es una de las categorías que consideramos de cierta importancia ya que varios de los participantes nacieron en otro estado o bien cambiaron de residencia por diversas circunstancias. Cabe señalar que es un aspecto que tiene relevancia puesto que muchas veces el cambio de vida trae consigo diversas consecuencias que pueden incluso afectar la estabilidad del individuo.

A continuación se describirán y analizarán las historias de vida que tienen que ver con este aspecto.

En primer lugar el caso del señor **“Juan Luis”** con respecto al cambio de residencia va directamente relacionado con el abandono de su madre, no obstante conlleva a muchas otras situaciones. Dado que su lugar de residencia fue en provincia (Tlaxcala), existieron muchas carencias tanto alimenticias como económicas, y a pesar de que recibió educación, atenciones y cuidados, podríamos decir que no vivió su infancia como tal, él mismo comenta que tenía que trabajar en el campo a la corta edad de 5 años, además es importante el hecho de que después de que vivió 7 años en el pueblo, regresa al D. F. a vivir nuevamente en compañía de su madre y ocasionalmente de su padre, aspecto que muy probablemente lo llevó a un desequilibrio y una desadaptación.

En cuanto al señor **“Emanuel”** cabe señalar que él nació en Veracruz, junto con toda su familia y el motivo de su migración fue para tener mejores oportunidades económicas y laborales, por ese motivo llegó a la edad de 14 años al D. F. en compañía de su hermano. Por esta razón a su llegada a México el señor “Emanuel” tuvo que enfrentarse a diversas carencias y a un proceso de cambio en el que enfrentó la soledad, trabajar excesivamente en trabajos mal pagados, etc. Así vivió toda su adolescencia, posteriormente regresa a Veracruz y finalmente regresa al D. F., en donde vive actualmente desde hace aproximadamente 20 años.

Por su parte el señor **“Gustavo”** tiene cierta semejanza con el señor “Juan Luis”, ya que él nació en Veracruz pero debido a la separación con su madre, llega a vivir al D. F. De igual forma su infancia la vive con su padre pero convive más con su abuela y con personas cercanas a ella.

Mientras tanto el señor **“Aarón”**, también cambió de lugar de residencia desde que era pequeño, él nació en Guanajuato y a los 4 años llega al D. F., sin embargo él lo hace en compañía de toda su familia, no obstante, los motivos son semejantes a los del señor “Emanuel”, es decir, para tener mejores oportunidades económicas y laborales en la ciudad.

Por su parte el señor **“Paulo”**, tuvo que cambiar constantemente de lugar de residencia, ya que se tuvo que trasladar a otro pueblo para seguir estudiando la primaria, y después se tuvo que ir a Toluca para estudiar la secundaria y la prepa.

En lo que respecta al señor **“Ricardo”**, cabe señalar que aunque él no tuvo cambio de residencia de un estado a otro, sí cambio de casa dentro del mismo D. F., y al igual que el señor **“Juan Luis”** y el señor **“Gustavo”**, fue a causa del abandono de su madre y llegó a vivir con su abuela para ser educado por ella y ocasionalmente por su padre.

El caso del señor **“Josué”**, tiene cierta similitud con el señor **“Emanuel”** y el señor **“Aarón”**, ya que él nació en Guerrero y por cuestiones de economía llega en su adolescencia al estado de Oaxaca para posteriormente llegar a la ciudad de México. Cabe señalar que a pesar de que su situación es semejante a la del señor “Emanuel”, es más con el señor “Aarón”, ya que su migración la hizo en compañía de toda su familia, mientras que el señor “Emanuel”, la realizó solo con su hermano.

En cuanto al señor **“Manuel”**, se puede observar que estuvo rodeado de una inestabilidad en cuanto a su residencia durante toda su infancia y adolescencia. Es importante destacar que dado que sufrió abandono debido al fallecimiento de sus padres tuvo que cambiar constantemente de domicilio ya que primeramente se queda al cuidado de una hermana de su mamá y por cuestiones económicas no puede quedarse ahí y entonces cambia de domicilio para irse a vivir con una hermana de su padre, no obstante el cambio fue sumamente drástico ya que se generó en él una inestabilidad no solo de espacio sino emocional ya que sufrió de golpes y maltrato psicológico, razón por la que en la adolescencia cambia nuevamente de domicilio para irse a vivir con un amigo, después de unos años se va a vivir con un primo pero debido a problemas lo corren y tiene que irse a vivir con su hermano con el que después de un tiempo también tiene problemas y tiene que buscar otra vez con quien vivir; es entonces cuando unos parientes lejanos le piden que se vaya a vivir con ellos bajo la condición de que los ayude en la casa y les cuide a su hijo, él

acepta y consigue una estabilidad ya que logra vivir con ellos 10 años hasta que se casó.

Es importante mencionar que el caso del señor **“Manuel”** es interesante ya que toda su infancia y juventud la vivió en diferentes lugares y con diferentes personas, aspecto que muy probablemente generó en él inseguridad, soledad, inestabilidad emocional, entre otras cosas, ya que como él mismo lo menciona, en ocasiones bajo estas circunstancias se preguntaba porqué no estaban sus padres con él.

“tanto a mi hermano como a mí, mi hermano como era un poco mayor aguantaba más las cosas, yo era muy chillón, bastante chillón, y este, y es cuando se pregunta uno ¿no?, ¿mi papá?, ¿mi mamá?, (llanto), en ocasiones es preferible para nosotros ir a lado de ellos que estar con estas personas ajenas ¿no?..... ya de ahí solo duré como 2 semanas en la casa, y ya después me fui a la casa de este amigo, muy buenas gentes, me trataban como si fuera yo de la familia, pero yo me sentía mal, de estar durmiendo, comiendo y todo en esa casa, sin ayudar”

Del mismo modo está consciente que toda esta inestabilidad geográfica y emocional generó en él emociones de abandono, rencor, tristeza, que propiciaron que cuando vivía en casa de su hermano tuvieran problemas por recordar el pasado.

Así también es importante destacar que frecuentemente sufrió rechazo ya que los motivos por los que cambiaba de casa eran porque las familias con las que vivía ya no querían que viviera ahí y directa o indirectamente lo corrían, aspecto que también pudo generar en él un sentimiento de rechazo constante. No obstante a partir de que encontró estabilidad con la familia con la que vivió 10 años su vida cambió e incluso años después se casó y ahora lleva una relación de familia estable y se siente muy a gusto. Cabe aclarar que todos los cambios de residencia los hizo dentro de la ciudad de México y su situación es muy diferente a la de los demás entrevistados.

Es así que dentro de esta categoría podemos observar como es que el aspecto de la migración toma importancia en el momento en el que los participantes refieren cosas y significados similares, es decir, dentro de esta categoría bien podríamos separar dos subcategorías ya que los motivos de migración fueron: 1) El abandono de la madre y 2) La necesidad de buscar

nuevas oportunidades, siendo esos dos aspectos una parte importante y significativa en la infancia de los señores. Cabe señalar que este hecho fue determinante para la vida de cada uno de ellos ya que de una u otra forma retoma importancia en su vida actual, ya sea en la forma en la que valoran su familia actual o en la manera en la que manejan su economía y como buscan una estabilidad en ambos contextos.

Por su parte el señor **“Paulo”** tuvo que salir de su pueblo para continuar con sus estudios y así se tuvo que alejar de los suyos, es decir, salió en busca de mejores oportunidades, además menciona que casi no ve a sus familiares pues no tiene muchos deseos de regresar a su pueblo, de hecho siente cierto rechazo por aquel lugar, esto se corrobora con lo mencionado por Calderón (2001), es bien sabido que los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos; que muchas familias se reúnen sólo en ocasiones especiales, como bodas, bautizos, o entierros; que el divorcio se incrementa día a día, y que es habitual que los jóvenes traten de independizarse tan pronto como tienen los medios económicos que les permiten hacerlo.

Un problema grave que se ha presentado en los últimos tiempos, es la migración de campesinos a las grandes ciudades en busca de mejores condiciones de vida. La dificultad para lograr estos fines, la pérdida de sus relaciones familiares y sociales, así como las condiciones precarias en que tienen que instalarse, generalmente en áreas marginadas, constituyen un serio problema que afecta considerablemente el estado afectivo de la población, (Calderón 2001).

4.3 Empleo

En esta categoría se pretende analizar cuál es el empleo de cada uno de los participantes y cuál es la emoción que tienen con respecto a este, es decir, como se desenvuelven en él, como se perciben dentro de él y cuál es su función en éste.

En primer lugar cabe señalar que el señor **“Juan Luis”**, trabaja 7 horas diarias de lunes a viernes y es empleado del gobierno y él considera importante el hecho de llevar una buena relación con los compañeros de trabajo para sacar adelante el trabajo, considera que tiene iniciativa para conocer a la gente con la que trabaja y si bien no hace amigos sí hace compañeros para generar un buen ambiente laboral. En cuanto a la relación con su jefe menciona que éste es un tanto egoísta al no explicar en ocasiones bien lo que tienen que hacer, él piensa que esto lo hace su jefe para negarles la oportunidad de crecer y este hecho le provoca enojo de alguna manera. No obstante su trabajo en general le agrada, le gusta ya que lo hace sentir útil y le da satisfacción percibir un salario por lo que hace. Espera del trabajo poder crecer más, obtener un reconocimiento por la labor que hace y por el momento ya quisiera terminar todo el trabajo que tiene pendiente. Considera que en cuanto al ambiente de trabajo a él no le agrada que los compañeros se vayan a tomar y que al día siguiente se la pasen contando todo lo que hicieron, refiere que los escucha pero él no practica esa convivencia en ellos ya que dice, no va con su forma de ser ni de pensar.

“Pues...verdaderamente no han existido, quizás han existido para otros compañeros que pues que les gusta eh, el cotorreo, andar aquí allá, porque la dirección organizó un paseo a x lado y pues su satisfacción de ellos es ir a tomar nadamás, haber cuantas botellas se tomaron, regresar y platicar todo, esa es la satisfacción que tienen los compañeros, cosa que no va conmigo”

En lo que respecta al señor **“Emanuel”**, consideró importante mencionar los empleos por los que atravesó para llegar a donde está, y comenzó por narrar que desde pequeño trabajó vendiendo pan, tamales, ya en la adolescencia cantó en un conjunto musical, y finalmente se dedicó al negocio de las farmacias, trabajo que ha mantenido desde hace años con varias sucursales por el DF. Actualmente se dedica a esa actividad y su horario de trabajo es de todo el día ya que procura estar vendiendo los medicamentos en las diferentes sucursales, es decir, reparte su tiempo para estar en todos lados y vigilar la venta personalmente. Considera que sí es muy cansado, sin embargo le gusta estar al pendiente de su negocio.

“Hay momentos difíciles, pero más buenos, difíciles por mi forma de vivir, porque yo tengo la culpa de fumar mucho, mmm... lo mismo que trabajo, me presiona mucho y siempre busco una salida tonta pero estoy bien, me va bien, no me puedo quejar”

Por su parte el señor **“Omar”**, también mencionó sus trabajos anteriores por los que atravesó en su juventud, los cuáles fueron muy variados, (joyero, zapatero, lava carros), hasta que entró a trabajar en la FES- Iztacala hace 29 años. Comenzó como jardinero y actualmente es vigilante de la facultad, su horario es de 6:30 am a 2:30 de la tarde, en ocasiones con tiempo extra. Refiere que le gusta mucho su trabajo ya que le gusta tener relación con todo tipo de personas, desde sus compañeros de trabajo hasta con profesores, doctores, alumnas, etc., señala que incluso siente tristeza porque su jubilación está cercana. Este hecho le preocupa un poco puesto que en el trabajo se siente útil, aspecto por el cuál una vez jubilado piensa poner un negocio o comprar un taxi ya que no cree que pueda estar sin hacer nada. Refiere que también le gustaría convivir más con su familia ya que a veces su trabajo se lo impide.

“yo pienso conseguirme un trabajo o con lo que me den de aquí poner un negocio o comprarme un taxi y dedicarme a mis hijos, siempre nos hemos dedicado a nuestros hijos pero no les estamos, hemos estado dando muy buena atención con el trabajo porque mi esposa también trabaja aquí.....tenemos un ambiente de trabajo muy bonito aquí en la dependencia, con todos los alumnos, los doctores y compañeros de trabajo, o sea...a mi me da tristeza irme pero pues ya es el momento de retirarnos, porque si nos quedamos más tiempo pues ya no ganamos más, no, ya nada más a nuestro sueldo y todo eso”

El señor **“Gustavo”**, trabaja en la FES-Iztacala y también es vigilante, en su discurso refiere que lleva una buena relación con los compañeros de trabajo, los respeta de igual forma que le gusta que lo respeten a él, sin embargo si algo no le parece afirma que es de las personas que no se quedan calladas y que no se inhibe al expresar las cosas e incluso puede hablar hasta con palabras altisonantes si lo agreden. Este hecho es interesante ya que menciona que en un anterior trabajo tenía problemas de adaptación en su trabajo ya que tenía un puesto de mando y no se le aceptaba, lo cuál lo hacía sentirse frustrado. Actualmente no tiene dichos problemas ya que se considera mucho más seguro de sí mismo, solamente en ocasiones se siente mal cuando las cosas no le salen como quisiera.

“Le digo incluso tenía yo problemas de adaptación en mi trabajo porque tenía yo un puesto de mando y no se me aceptaba y era así como que traumante, pero ahora por lo único que me

siento a veces mal es cuando las cosas no me salen bien y si pasa seguido pues como que más ¿no?"

El señor "**Ricardo**" de igual forma trabaja como vigilante en la FES-Iztacala desde hace 20 años y con respecto al trabajo considera que éste es descansado y tranquilo, ya que no le implica mayor dificultad, sin embargo si implica estar en movimiento constante ya que si se requiere hay que vigilar distintas áreas a la vez. Asimismo señala que se pone muy nervioso cuando lo llaman de la dirección por algún reporte.

El señor "**Aarón**", trabaja también en la FES-Iztacala y con respecto al trabajo refiere en su discurso que para él es como una herramienta de escape a sus problemas y sentimientos; señala que es un lugar donde transcurren las horas y ya cuando se da cuenta es la hora de salir.

El señor "**Víctor**" de igual forma es vigilante de la FES-Iztacala, menciona que su trabajo le agrada ya que se dedica a esto desde hace 20 años, y que además lleva muy buena relación con todos sus compañeros.

En cuanto al señor "**Josué**" cabe señalar que trabaja en la FES-Iztacala como vigilante desde hace 32 años, menciona que en su trabajo a veces se estresa, razón por la cuál en ocasiones le gusta tomar una o dos copas en compañía de los amigos para distraerse un poco y olvidarse de las presiones, no menciona más detalles de su empleo.

"Pues yo me defino, que soy buena onda jaja, si ¿no?, yo pienso que soy tranquilo, soy derecho, que me gusta el cotorreo, bueno eso es cierto, a veces me gusta tomar una copita o algo, lo que pasa es que luego por el trabajo o el estrés necesitamos tomar una copita para relajarnos un poquito, 2, 3 copitas, llegas te duermes y ya te olvidas un poquito, si y ya...así es la vida"

Con respecto al señor "**Manuel**" podemos mencionar que él también relató sus anteriores trabajos por los que atravesó durante su juventud; en primer lugar menciona que desde muy pequeño trabajaba en un puesto de la merced con su hermano ayudando a la tía con la que vivía, sin embargo no recibía paga por su labor; posteriormente, ya en su juventud trabajó como inspector de calidad en donde le iba bien, no obstante posteriormente cambió

de empleo y se dedicó a ser ayudante de carpintería en donde lijaba y hacía reparaciones y además los sábados vendía en un tianguis, cabe señalar que todo esto lo fue haciendo responsable en cuanto a su propia manutención y al cubrimiento de sus gastos. Posteriormente trabajó como obrero en una fábrica de sobres para después trabajar en el DIF en donde duró poco tiempo ya que finalmente entró a la universidad como auxiliar de intendencia hasta que con el paso de los años logró la plaza que tiene actualmente en donde es jefe del área de vigilancia. Su horario actual es de 9 de la mañana a 8 de la noche, con dos horas de comida de lunes a viernes y señala que le gusta su trabajo y le ayuda a dejar de pensar y a mantenerse ocupado ya que así se cansa y cuando llega a su casa solo cena, platica un rato y está tan cansado que solo tiene ganas de dormir. Se considera un buen elemento de trabajo ya que se preocupa por los compañeros de trabajo y si puede ayudarlos en algo lo hace con gusto, cree que en ocasiones se involucra más de la cuenta con ellos y sus problemas.

“jamás he tenido problemas con ningún trabajador, al contrario en ocasiones quisiera yo ayudarlos ¿no?, de más, más de lo normal, eh...me considero, una persona...normal, sencilla y con sentimientos”

En lo que respecta al señor **“Paulo”**, relató que tuvo que trabajar de sirviente para que los señores de la casa le pagaran los estudios, posteriormente ya trabajó como maestro de educación media, empleo del cual se jubiló, menciona que le hace falta trabajar ya que se aburre en su casa, aunque se la pasa leyendo y revisando páginas de temas que le interesan en Internet dice que no hay nada como trabajar y sentirse útil.

Sin duda el empleo juega un papel muy importante para que las personas se sientan útiles, pero no basta con tener un empleo sino que además tiene que resultar satisfactorio lo que se hace para que la gente, en este caso los hombres, se sientan a gusto, además de que teniendo un empleo es la manera de hacer patente su masculinidad pues es una manera de proveer a su familia de lo necesario.

4.4 Economía

Hay dos principios que se consideran básicos para tener una buena salud mental “trabajar en un lugar a gusto y vivir en un lugar feliz” (Calderón, 2001). Como la lucha por la vida es cada día más difícil en la sociedad de consumo en que vivimos, el mundo fascinante que nos ofrecen los medios masivos de comunicación, y la facilidad del poder de compra mediante tarjetas de crédito u otras facilidades de pago, han hecho la frase “viaje ahora y pague después” una de las más grandes preocupaciones del hombre actual, ya que si bien la compra es fácil, el pago de cuentas acumuladas es una seria carga para la economía del hogar.

Es así que dentro de la presente categoría se pudieron encontrar datos sumamente interesantes para esta investigación. En primer lugar hay que resaltar que la economía y los problemas que se derivan de ella es un aspecto que todos los participantes manifestaron tener. A continuación se analizarán estas partes dentro de las historias de vida.

El señor “**Juan Luis**” resalta en su discurso que su situación económica siempre ha sido muy escasa, desde su infancia hasta la fecha, lo cuál hace que en ocasiones se sienta mal por no poder darle a su familia todo lo que él quisiera, señala también que los impuestos son muy caros y eso lo angustia y lo preocupa mucho.

“Con todos, con todos nadamás que pues algunos servicios muy caros por ejemplo como el agua y cuesta trabajo ¿eh? , cuesta trabajo pagar lo que pagamos, nos afecta bastante nuestro presupuesto, la luz no se diga es muy caro”

En cuanto al señor “**Emanuel**” es notable que la situación económica tiene un peso personal en su vida, esto es porque desde su infancia existieron múltiples carencias, empezando porque eran muchos hermanos y no había dinero en ocasiones ni para comer. Un hecho que tiene relevancia es que desde muy pequeño tuvo que trabajar para ganar dinero y aportar en su familia, además de que de eso dependía si comían o no, si vestían o no e incluso si jugaban o no con algún juguete.

“Fue una etapa muy difícil como niños para nosotros difícil porque teníamos que trabajar, teníamos que pescar, traer leña para, yo llegué a vender, vender tamales, también mis hermanos, íbamos a traer leña y la vendíamos, vendí pan y me iba caminando como unos... para poder vender me acuerdo en ese tiempo treinta pesos, me iba caminando treinta cuarenta kilómetros diarios en la tarde, para ganarme ¡seis pesos! y un pedazo de pan para mis hermanos, o sea no fue nada fácil.”

Ya en la actualidad vivió una pérdida muy grande en su farmacia ya que sufrió un robo y menciona que eso fue un punto de partida para que se originara en él una depresión muy fuerte, al grado de pensar en el suicidio. Él menciona que todos los problemas económicos se le juntaron: robo, préstamos, deudas y desempleo.

Es destacable el hecho de que ahora en la actualidad ha superado dichas dificultades económicas y gracias a ello se siente más fuerte, además de que su situación le permite incluso ayudar a las personas que lo necesitan como invitando a comer a niños o ancianos que no tienen recursos, aspecto que quizá nace de él de las cosas y carencias que padeció en su infancia dado que como lo comenta no tenía ni para calzado ni para alimentarse adecuadamente

“yo tuve la fortuna de invitar a muchos niños a comer, aunque sea frijoles con huevo, lo que sea, a mucha gente grande la he invitado a comer, pero yo que la invite, yo gastar mi dinero en una cerveza o en vino, no, ni loco que estuviera, yo tengo una frase que dice, -yo ya lo viví, ya fui borracho ya fui lo que tu quieras”

Por su parte el señor **“Omar”** refiere que sus problemas económicos, mas que en la infancia son ahora en la actualidad ya que a pesar de que desde muy joven tuvo que dar sustento para su familia (madre-hermanos), es ahora con su esposa y sus hijos que los problemas económicos le angustian, En este sentido él menciona que el problema que le causa depresión es la economía ya que tiene 2 hijos de los cuáles uno está viviendo en unión libre con su pareja y ya tiene un bebe y la otra está terminando su licenciatura, motivos que al señor “Omar” le mortifican y le causan sentimientos de tristeza ya que su hijo gana muy poco y no tiene ni para comer con su familia; de este modo el señor “Omar” ha modificado incluso horarios laborales para así poder ir a ver a su hijo a casa y ayudarle con la comida y con el dinero. Incluso hace hincapié a que él

y su esposa se endeudan frecuentemente con los compañeros de trabajo para así poder ayudar a su hijo.

Reconoce que el hecho de no tener recursos suficientes para ayudar holgadamente a sus hijos a menudo le trae sentimientos de tristeza y pensamientos acerca de la muerte.

“Bueno ahorita con mi esposa y mis hijos tenemos una, una relación un poco este...pues muy deprimida ¿no?, porque o sea, muchas veces luego nos afecta los problemas económicos..... yo me siento muy triste a diario y pienso y pienso..... pienso hasta en la muerte porque me siento desesperado, no tener también yo los recursos”

No obstante a pesar de todo esto su anhelo es que una vez jubilado pueda irse de vacaciones a Cancún y gastarse una considerable cantidad de dinero en él y su familia para no estar limitado como siempre, aspecto que posiblemente refleja su necesidad de descansar y salir de la rutina y de los problemas, relacionando esto con la posibilidad de tener dinero y gastarlo sin limitarse.

“Me pienso tomar unas vacaciones con mi familia...a...Acapulco o a Cancún, no conozco Cancún... y aunque me vaya 15 días y me gaste 20 mil o 30 mil pesos no me importa pero quiero hacer eso”

En cuanto al señor **“Gustavo”**, refiere que en ocasiones sí le preocupa cuando es fines de quincena y aún no tienen dinero o ya no le alcanza, además de que cuando se le cuestiona acerca de sus expectativas en el futuro inmediatamente refiere en tono de broma que la principal es “salir de pobre”, no obstante lo refiere, aspecto que entonces puede ser importante para él en su vida sin embargo no señala que sea uno de sus principales problemas o preocupaciones.

Mientras tanto el señor **“Ricardo”** ha tenido en la actualidad fuertes problemas económicos ya que su solvencia económica ha sido muy limitada. En primer lugar dado que hace unos años se casó con una mujer que ya tenía hijos, tuvo que adoptarlos y debido a su inminente separación con su esposa ahora tiene que pasar pensión a ella y a sus hijos, aspecto que ha reducido

mucho su economía ya que a raíz de este problema se quedaba con muy poco de su quincena inclusive para su propia manutención.

Él reconoce que esta situación lo ha mantenido desde hace unos cuatro años muy estresado y muy nervioso, puesto que a la fecha no se puede divorciar, sin embargo hace dos años conoció a otra mujer y también es madre de dos hijas y ya vive con ella, lamentablemente su situación económica se volvió mas delicada ya que ahora se endeudó con cinco tarjetas de crédito con las cuáles tiene que pagar 2000 pesos mensualmente, hecho que lo preocupa mucho y lo desgasta.

“ahorita pasamos por una crisis porque...sacamos una casa y este.....pues lo que yo gano no me alcanza, me endeudé con 5 tarjetas de crédito, que es Bancomer, Banamex, Banco Azteca y...este.....eh, bueno son 5 tarjetas, entonces...pues ahorita debo una cantidad, hay que pagar casi 2000 pesos al mes, casi lo que yo sacaba, y ahorita con lo de las tarjetas pues me estoy endeudando más y ya...ya en la tarde nos ponemos a vender galletas”

En el caso del señor **“Aarón”** es similar la situación al señor “Omar” ya que señala que acostumbra pedir prestado para salir adelante en la economía ya que comúnmente no le alcanza el dinero, aspecto que también lo angustia mucho ya que nunca está seguro si podrá pagar sus deudas; para él la posible solución es poder construir un segundo piso en una casa que tiene para rentar y de ahí sacar dinero para poder tener mejor solvencia económica ya que considera que estaría más tranquilo si tuviera dinero.

“Me causa mucha angustia, yo se que al rato voy a pagar, pero a veces aunque uno deba poquito de todos modos si...“ay la debo a fulano y ya va a ser fin de año y que tengo que pagar y ahora no voy a sacar el dinero para pagar, pero sino le pago me voy a meter en una bronca ¿no?” y pues si se deprime uno cuando uno debe un dinerito aunque sea poco pues si ... bueno en mi caso si es así.. pues como que se desespera uno y digo “me voy a ir a trabajar a otro lado para sacra más dinero” o como yo tengo otra casa.... Tengo dos casas, pues voy construir el otro piso para sacar más, o sea ya tengo rentando una, pero voy a echarle el otro piso a la otra para que salga más dinerito”

En lo que respecta al señor **“Josué”** menciona que desde su infancia padeció de carencias económicas, desde muy pequeño comenzó a trabajar en el campo y muchas veces no había dinero ni para comer, aspecto que los llevó a dejar el estado de Guerrero para conseguir mejores oportunidades sobre todo de índole económicas. En la actualidad no especifica si tiene algún tipo de problema económico, sin embargo por su discurso podemos considerar que es

de clase media. Sus problemas o preocupaciones no las relaciona con su economía.

El señor **“Paulo”** comenta que cuando se había casado y estaba estudiando la licenciatura en derecho, tuvo que abandonar sus estudios porque lo que ganaba como maestro no le alcanzaba para sostener sus estudios y para la manutención de su esposa y los dos hijos que ya tenía hasta ese momento. Actualmente su situación económica es limitante pero no le preocupa porque dice que como él ya no sale casi de su casa no requiere de dinero pues no gasta en nada.

Mientras tanto el señor **“Manuel”** señala que en su infancia padeció también de limitaciones económicas ya que nunca tuvo dinero propio para él, trabajó desde muy chico con su tía, sin embargo no recibía ningún salario por su esfuerzo, asimismo menciona que en la etapa en la que entró a la licenciatura tuvo que dejar la carrera de medicina puesto que su situación económica no le permitía sostener una carrera tan costosa, por ese motivo comenzó a trabajar y a partir de ahí su economía mejoró puesto que comenzó a solventar todos sus gastos. Actualmente su situación económica es un tanto holgada, ya que pueden darse de vez en cuando algún gusto y gastar de más, sin embargo también llega a tener de vez en cuando pendientes económicos que considera como normales.

Cabe resaltar que la compra de artículos cuyo uso se inicia como una novedad, y que la costumbre transforma en una necesidad, implica tener que trabajar un gran número de horas al día para poder pagarlos. Por tanto, al menos en países como el nuestro, muchas personas tienen que laborar dos turnos, sacrificando horas de descanso y esparcimiento con la familia, con todos los problemas individuales y sociales que esto implica. Es así que alcanzar una buena situación económica es una de las metas básicas hoy en día; perder esta situación es un factor desencadenante de depresión, tanto más dinámico, cuanto más difícil se torna la competencia en una sociedad en la que el desempleo y la inflación se incrementan cada día. (Calderón, 2001)

4.5 Enfermedad- Salud

Dentro de esta categoría se analizarán las enfermedades que padecen los varones y las distintas maneras que tienen de enfrentar sus padecimientos.

Con respecto a la manera en la que los participantes enfrentan la enfermedad podemos decir que la mayoría de ellos no atienden de manera responsable sus padecimientos, es decir, casi nunca acuden al médico, tampoco les agrada tomar medicamentos y cuando llegan a enfermar les cuesta trabajo aceptarlo o bien darse un espacio para simplemente descansar.

Cabe señalar que por lo que los entrevistados mencionaron, la enfermedad es un aspecto que aunque en algunos de ellos está presente no es algo que los haya detenido para seguir realizando sus labores cotidianas, no obstante hay quien refiere que el simple hecho de que la enfermedad se presente en ocasiones trae consigo un sentimiento de enojo o bien de depresión. A continuación se describirá la manera en la que los señores relatan cuando se enferman y qué hacen para salir adelante, es decir, cómo enfrentan dicha situación.

El señor "**Juan Luis**" menciona que en la actualidad no padece de ninguna enfermedad crónica, refiere que anteriormente padecía a menudo de anginas y que se dejó de enfermar sin tomar ningún tratamiento en especial. Ahora no padece de nada y cuando llega a enfermarse de la garganta, (que es solo una vez al año), no acostumbra ir al médico, a menos que se sienta muy mal o tenga temperatura, ya que dice conocer los medicamentos que le pueden ayudar a mejorar y prefiere comprarlos, dichos medicamentos son antibióticos o vitaminas de genéricos, y el resultado que obtiene de ellos es recuperación inmediata.

Refiere que no logra identificar en qué momento se va a enfermar, sin embargo el cuidado que recibe de su familia cuando lo hace es mayor; la manera en la que enfrenta la enfermedad es estando tranquilo aunque al principio se enoja un poco con él mismo por sentirse mal. Cuando llega a estar

enfermo, acostumbra descansar y atenderse, no obstante cuando otro miembro de su familia se enferma él se deprime y siente angustia.

“Pues yo pienso que como a cualquiera ¿no?, se sienten mal por ver a uno enfermo, lo mismo me pasa a mí cuando las veo a ellas, me deprimó, cae uno en, en una especie de angustia por no poder hacer nada por, por ellos en ese momento para que se sientan mejor”

En este sentido Calderón, (2001), menciona que la pérdida de la salud con frecuencia puede producir depresión. Enfermedades graves como el cáncer; incapacidades físicas, como las amputaciones; o bien alteraciones estéticas, como quemaduras, heridas y algunas enfermedades cutáneas; o padecimientos que afecten la autoestima del individuo, como la impotencia sexual, suelen desencadenar severos cuadros depresivos.

En lo que respecta al señor **“Víctor”** y el señor **“Paulo”** mencionan no padecer actualmente alguna enfermedad, sin embargo los dos han padecido alcoholismo, lo cual también es considerado como una enfermedad y una salida de su depresión.

Esto se relaciona en cierta forma con lo mencionado por Calderón (2001), hay otros indicadores que señalan que la muerte del cónyuge o alguna otra pérdida muy sensible origina un fuerte impacto que hace que personas aumenten su ingestión de bebidas alcohólicas, y que otras incrementen el uso de tranquilizantes o el número de cigarrillos; es decir, en todos los casos los humanos reaccionan con todo su organismo, a la destrucción de sus vínculos afectivos.

El señor **“Emanuel”** menciona que no padece de ninguna enfermedad crónica, sin embargo relata que cuando vivió un evento sumamente significativo en el que padeció una crisis económica muy fuerte a la par de que su esposa se fracturó una pierna y le robaron su negocio, su estabilidad emocional y física se vieron afectadas ya que enfermó de bronconeumonía y ningún antibiótico ni medicamento en general lo aliviaba. El señor “Emanuel” menciona que en esos momentos sentía que se iba a morir y reconoce que muy posiblemente enfermó debido a las presiones y a los problemas. Un

aspecto importante es que a pesar de que no padece de ninguna enfermedad crónica considera su salud como mala ya que fuma mucho y siempre tiene tos; acostumbra tomar muchos medicamentos, entre ellos vitaminas o para el dolor porque también padece de dolor de un tendón del pecho. No acostumbra ir al médico ya que dice que se cura solo.

Con relación a esto Widart, (1991) habla de que el dolor crónico combinado con el estrés diario crea a menudo una situación emocional de la que puede ser difícil salir, y destaca que existen estudios que demuestran que hasta la mitad de la gente que tiene dolor crónico puede presentar depresión leve o severa.

En cuanto al señor “**Omar**” podemos decir que padece de diabetes desde hace 7 años, asimismo padece de vértigo y de colitis nerviosa. Él señala que desconoce el motivo de sus enfermedades puesto que en su familia no hay personas con diabetes, más bien él piensa que posiblemente se originó debido a que tenía obesidad años atrás y también a que tomaba mucho; además de que encuentra que hay relación entre sus enfermedades y sus problemas que tiene en casa ya que refiere que se le sube el azúcar cada que tiene problemas con su esposa. Refiere que de la presión se encuentra bien y que continuamente se la checa para estar tranquilo. Para controlar sus enfermedades toma medicamentos, ya sea para la diabetes o para el vértigo, y su forma de enfrentar la enfermedad es aprendiendo a vivir con ello, cuidando su alimentación y evitando los corajes. Casi no acude al médico a menos que se le termine la medicina, sin embargo, sí acostumbra checarsse continuamente el azúcar y la presión. Señala que anteriormente asistía a las pláticas para personas diabéticas en donde aprendió nuevos hábitos alimenticios y cuidados médicos que debe tener. Considera que le agradecería que su esposa fuera menos enojona y que incluso lo atendiera en su enfermedad; menciona que en aquellas situaciones en las que se encuentra muy estresado o deprimido suele marearse constantemente o bien, se le inflama el estómago, además de que sí encuentra relación entre su enfermedad con el estrés y la angustia que siente. Un aspecto importante es que le preocupa un poco el hecho de su jubilación ya que está consciente de que tiene que hacer una actividad laboral ya que

relaciona el no hacer nada con la posibilidad de enfermarse, incluso menciona que conoció a compañeros que se jubilaron y no continuaron trabajando, razón por la cuál se enfermaron y murieron.

“Bueno yo pretendo ponerme a trabajar en algo, ando pensando que con lo que me den de pensión, poner un negocio o a lo mejor me compro un taxi y lo manejo, no sé...el chiste es estar activo porque dicen que aquel que no hace nada se muere ¿eh?....., y de hecho hay varios compañeros que conocí que se jubilaron y que no hicieron nada después se fueron enfermando y uno o dos ya hasta se murieron...de veras... y sí entonces yo pienso ponerme a trabajar porque no creo poder estar sin hacer nada”

En relación al síndrome vertiginoso que padece el señor “Omar” podemos decir que Ortiz, (citado en Flores, 2006), lo relaciona con diversas adversidades, como pueden ser los fracasos o los éxitos sociales o económicos. Indica que el factor común es el cambio en las circunstancias vitales del paciente, que exige el desarrollo de unos recursos de los que no dispone, produciéndose una "sensación de inseguridad" al alterarse el "contexto habitual". Este hecho se corrobora con el hecho de que el señor “Omar” tiene actualmente una inestabilidad económica muy fuerte. Asimismo la colitis ulcerosa o nerviosa es una enfermedad "autodestructiva" del intestino grueso y delgado, respectivamente. Ha llegado a denominarse "suicidio intestinal"; periódicamente y de forma simbólica, los enfermos se sienten agredidos por alguna circunstancia "desconocida y hostil", que les desestabiliza y les retorna a la melancolía. Suelen ser muy susceptibles, con muy baja tolerancia al rechazo y por tanto poco comunicativos; presentan cierta dificultad para las relaciones afectivas y si las establecen suele adoptar un rol muy dependiente. Con frecuencia, no manifiestan su agresividad. Esto se relaciona con la mala relación que lleva el señor “Omar” con su esposa ya que la agresividad es la emoción que predomina en su matrimonio, aspecto que debido a que no se puede expresar libremente se refleja en su cuerpo y en su salud.

Con respecto a esto y también a lo que menciona el señor “Emanuel”, López, (2002), refiere que en estos casos se considera que el padecimiento o la enfermedad presente se denomina enfermedad *psicosomática en sentido estricto o psicopatosis*, ya que es producida por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva, acompañada de transformaciones

morfológicas objetivables y una enfermedad orgánica. Desde el punto de vista de la medicina histórica, este grupo comprende los siete cuadros patológicos clásicos de la psicopatología: asma, bronquitis, colitis nerviosa, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neurodermatitis, artritis reumatoide y úlcera duodenal.

En lo que respecta al origen de la enfermedad psicopatológica, Dethlefsen y Dahlke, (2004), mencionan que desde los años treinta se vio a la enfermedad, cualquiera que ésta fuera, como un desequilibrio que trascendía el ámbito de lo orgánico para extenderse a lo psicológico y lo social. Así, el término trastorno psicopatológico se aplica a los trastornos que se consideran originados por factores psicológicos, sin embargo, es preciso destacar que no existen trastornos físicos que estén originados exclusivamente por factores psicológicos, es decir, un trastorno físico necesariamente tiene que tener un componente biológico (un factor esencial para que ocurra la enfermedad).

De igual forma López, (2002), define la enfermedad psicopatológica o trastorno psicopatológico, como la manifestación de enfermedades cuyo desarrollo está bajo la influencia demostrable de los factores psicosociales. Esto significa que no toda persona que padece asma está enferma psicopatológicamente, y tampoco es cierto que el diabético padezca una enfermedad puramente física, ya que si una persona sufre un desequilibrio en su conciencia, ello se manifestará en su cuerpo en forma de diversos síntomas.

Por su parte Juárez, (citado en López, S., 2002) define la enfermedad psicopatológica como aquella reacción física que se presenta ante una vivencia o estado conflictivo en el que se observan cambios en el cuerpo y se desarrolla entonces una enfermedad orgánica.

Mientras que Dethlefsen y Dahlke, (2004) mencionan que enfermedad significa la pérdida de una armonía o, también, el trastorno de un orden hasta ahora equilibrado. Es decir la pérdida de una armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información, y en el cuerpo sólo se muestra. Aspecto que se ve reflejado cuando existe un problema de orden económico,

de orden afectivo, etc., y la forma en la que se manifiesta la angustia y la incertidumbre es la pérdida de la salud.

En cuanto al señor "**Gustavo**" cabe destacar que también padece de diabetes desde hace 2 años y señala que cuando le diagnosticaron la enfermedad se sintió frustrado y se tuvo que hacer a la idea de que no se iba a morir pero sí se tiene que cuidar mucho, reconoce que su rendimiento ya no es igual al de antes pero desconoce si es por su enfermedad o por su edad. No le gusta ir al médico puesto que dice no estar acostumbrado a esperar por la atención en el seguro, razón por la cuál prefiere ir de vez en cuando a los consultorios de similares. En cuanto a su familia menciona que no le tienen consideración ni le hacen mucho caso. Refiere que trata de no clavarse tanto ni de tener pensamientos negativos al respecto, piensa que tiene que echarle ganas.

"En un inicio cuando me detectaron la enfermedad me sentía así como.. frustrado porque no es lo mismo físicamente no es lo mismo, entonces como que dice uno pues bueno que sigue de aquí o alguna cosa así ¿no? pero bueno ahora ya me hice a la idea, el doctor que me atiende tengo mucho tiempo de conocerlo, lo conocí aquí en iztacala cuando todavía era casi egresado, entonces los va uno viendo, y me toco en mi clínica y pues hay veces que llego y pues si me sube las pilas ¿no?, o sea, me dice "no te vas a morir pero no se te va a curar, tu échale ganas, tranquilo, no te pasa nada, cuídate", entonces ya es como normal ¿no?, obviamente el rendimiento no es el mismo, no se si sea por la salud o por los años, pero pues ya no .. no me apago tanto por eso, o sea, ya no."

Toma medicamentos solo de vez en cuando, solo toma vitaminas y se cuida de no comer azúcar. Acostumbra inyectarse la bedoyecta. Define su salud actual como estable, le gusta caminar y aunque no recorre tanta distancia como antes, le gusta caminar mucho.

El señor "**Ricardo**" también habló de su enfermedad, él padece de hipertensión desde hace 6 años y menciona que el origen de su enfermedad fue la cantidad de problemas que ha tenido en los últimos años, se la controla con captopril sin embargo solo la toma de vez en cuando porque tiene la creencia de que se puede hacer adicto al medicamento. Considera que también se pudo haber originado su enfermedad por su alimentación ya que aumentó de peso porque acostumbra comer mucha grasa. Reconoce que sí ha notado relación entre su estado de ánimo y su enfermedad, sin embargo refiere

que su forma de enfrentarlo es darse ánimos y pensar en salir adelante. No acostumbra ir al médico puesto que piensa que no hay un buen servicio en las instituciones médicas. Su familia le ayuda a enfrentar la enfermedad, lo incitan a que se atienda y lo apoyan

“De vez en cuando, cuando me obligan porque ella me obliga a veces, hay que ir al médico, que ya no tienes pastillas, solo así voy al médico.....”

Reconoce que tiene tolerancia a la enfermedad ya que ha estado con la presión arterial muy alta y él continuaba trabajando. Su forma de enfrentarlo fue pensando en estar bien y en “salir adelante”.

En cuanto a la hipertensión Ortiz, (citado en Flores, 2006), refiere que es un trastorno que figura entre los siete trastornos psicósomáticos clásicos y habitualmente se relaciona con incapacidad para expresar ira (furia o rabia), es un modelo de represión de la hostilidad y la agresividad. A veces se interpreta también una relación de hipersusceptibilidad a la sanción y al castigo, como factor de aprendizaje. Hay un curioso efecto paradójico que se describe como "efecto boomerang", al producirse circularidad entre antecedentes y consecuencias en los hipertensos. El hipertenso sabe que sus problemas con la tensión elevan su riesgo vital si se enoja o se enfada, consiguiendo por esta vía una "forma racional y comprendida por todos" para no hacer lo que "no puede", es decir, manifestar su ira. Al respecto podemos dar cuenta de que a pesar que el señor “Ricardo” muestra tener un carácter pasivo y tranquilo la situación que ha vivido con su ex pareja le ha traído conflictos que no ha podido solucionar fácilmente y su misma pasividad probablemente lo ha llevado a no decir abiertamente lo que siente y a no expresar sus emociones, es así que éstas se han instalado en su cuerpo y manifestado en su salud.

Con relación a lo anterior existe un punto que hay que rescatar el cual tiene que ver con que debido a que socialmente existe un modelo de lo que es ser varón, (el cuál implica ser siempre sano, fuerte, activo, y ser valiente), los mismos varones suelen verse reprimidos inclusive en su propia salud, es decir, van a volverse en algunos casos tolerantes al dolor, o incapaces de manifestar cualquier malestar físico que se pueda presentar en algún momento o como consecuencia de una enfermedad crónica. En cuanto al cuidado de su salud

Corsi, (1990), señala que las características del rol masculino tradicional hacen que a los hombres les resulte difícil solicitar ayuda médica y cuidar su salud.

El señor **“Aarón”** considera su salud como muy buena, no padece de ninguna enfermedad y acostumbra tener cuidados como el chequeo de presión y de azúcar. Tampoco ha padecido ninguna enfermedad importante. Mientras que el señor **“Josué”** señala que no padece de ninguna enfermedad crónica, sin embargo cada año se enferma de la garganta y el único padecimiento que tiene es que debido a que hace unos años lo operaron de una hernia inguinal, la cicatriz le molesta mucho y que incluso le molesta hasta el testículo, de ahí en fuera considera que su salud es buena; y en el caso del señor **“Manuel”**, podemos decir que tampoco padece de ninguna enfermedad crónica y que en su infancia tampoco enfermaba a menudo, solamente de vez en cuando enfermaba de laringitis, aspecto que muy posiblemente tenía que ver con los problemas que tuvo en la infancia ya que la laringitis se relaciona en gran medida con el hecho de estar tan furioso que no se puede hablar, conjuntamente de un miedo de hacerlo y resentimiento contra la autoridad, Hay, (1997). Algo que el considera importante es que desde los 9 años comenzó a usar anteojos, pero de ahí en fuera no ha padecido nada significativo y considera su salud como normal. Acostumbra hacer deporte los fines de semana en compañía de su familia y considera que le da a su cuerpo los cuidados necesarios para mantener un organismo saludable en general.

Mientras tanto el señor **“Víctor”** y el señor **“Paulo”** comparten el hecho de que anteriormente fueron alcohólicos, no obstante señalan que eso fue años atrás y ahora están completamente recuperados

Como pudimos ver, los diferentes tipos de discurso nos hablan de cómo el varón adulto afronta la enfermedad. En general podemos decir que aún cuando hay señores que reconocen tener una enfermedad crónica difícil, no hacen el mayor esfuerzo para atenderse de forma adecuada o bien afirman que la forma en la que la enfrentan es solamente pensando en que no tienen nada o haciéndose los fuertes. Esto tiene que ver en gran medida con la forma en la

que se ven ellos mismos y con el cómo creen que tienen que responderle a una sociedad.

En este sentido Mosse, (2002), señala que el varón adulto ha sido adiestrado para ganar, competir, conquistar, ser eficientes, para convertir a su cuerpo en una especie de fortaleza ambulante, en una herramienta todo terreno, en una máquina que no puede ser detenida por detalles menores, como gripas, malestares, alguna fatiga.

Con respecto a esto Hiriart, (1997), menciona que existen una serie de exigencias con una identidad masculina. Socialmente se espera que el hombre adulto sea un ser activo, con iniciativa, valiente, fuerte física y emocionalmente, independiente, exitoso económicamente, así como capaz de superar cualquier problema. Es así que las expectativas llegan a ser tan grandes que si una de estas características llega a fallar, la presión es mucha y se pone en tela de juicio la calidad de su hombría. Todo esto se puede corroborar con la narrativa de los participantes ya que por lo que ellos mencionan es evidente que la mayoría se considera de manera implícita fuerte, valiente, tolerante, resistente.

Un aspecto que hay que destacar es que posiblemente la falta de cuidados en su propia salud está relacionada con su educación, su cultura y sus recursos económicos ya que la salud implica en ocasiones gastos que incluyen la atención médica, el consumo de medicamentos o análisis clínicos. Así cada individuo, por su peculiar historia de vida, su carga genética y su aprendizaje (o experiencia), adquiere, soporta y afronta la enfermedad de cierta forma. En definitiva, lo que se pretende clarificar es la interacción permanente que se produce en el organismo humano entre las tres vertientes de la salud que se han expuesto (biológica, psicológica y social), ante cualquier enfermedad o trastorno. (Flores, 2006).

Por otro lado cabe señalar que en cuanto a los padecimientos psicosomáticos que algunos de los señores presentan, podemos decir que dado que en ocasiones al hombre se le dificulta enfrentar ciertas situaciones o al no poder o no querer enfrentar su condición emocional, se enferma. En el

caso de la depresión es muy común que cuando ésta se presenta, suele aparecer por lo general cierto cuadro de alguna enfermedad; hay quien durante un episodio depresivo padece gripas, dolores de espalda, estreñimiento crónico, hipertensión, colitis, gastritis, cansancio, dermatitis, etc. Dichos padecimientos no tienen una sola causa, ya que influyen factores biológicos y psicosociales aunque también hay que tomar en cuenta los del tipo cultural e incluso de orden espiritual, Fisch, (citado en Rojtenberj, 2001).

De este modo podemos corroborar lo dicho por Connell, (1998), en cuanto a que en general los participantes de esta investigación están ligados a la idea tradicional de que los hombres deben ser fuertes y rígidos no solo en el plano emocional y sentimental, sino que dicha rigidez debe manifestarse también en su cuerpo, de modo que inclusive sus hombros, brazos e inclusive sus piernas suelen encontrarse tensos, lo cual puede deberse a que no se permiten ellos mismos por influencia social, ser frágiles ni vulnerables inclusive en la salud; es así que algunos hombres acostumbran mantenerse resistentes al dolor, musculosos y fuertes, tal vez para demostrar que por fuera son resistentes aunque por dentro no lo sean.

Nombre	Enfermedad
Juan Luis	Infección de garganta, anginas. (Muy poco frecuente)
Emmanuel	Tos, Dolor de un tendón del pecho. (Ambos crónicos)
Omar	Colitis Nerviosa, Vértigo y Diabetes. (Todos crónicos)
Ricardo	Hipertensión, Embolia. (Crónico)
Gustavo	Diabetes. (Crónico)
Aarón	Infección de Garganta. (Una vez al año)

Josué	Infección de Garganta. (Una o dos veces al año)
Manuel	Infección de garganta. (Una vez al año)
Víctor	Alcoholismo. (Recuperado)
Paulo	Alcoholismo. (Recuperado)

4.6 Masculinidad

En esta categoría es importante analizar aquellos aspectos que tienen que ver con la masculinidad de cada uno de los participantes dado que de aquí parte la manera en la que enfrentan sus conflictos, su enfermedad, e incluso su depresión, por lo tanto a continuación se hará referencia a cómo manejan su masculinidad.

En primer lugar el señor **“Juan Luis”** señala varios aspectos que marcan el cómo desarrolla su masculinidad ante ciertas situaciones. Con respecto a su salud menciona que no se preocupa mucho, pero a pesar de que refiere esto, dice que quiere mucho su cuerpo y le da cuidados como el ejercicio, el comer a sus horas, etc.

En lo que respecta al cuidado de una enfermedad el señor **“Juan Luis”** menciona que no acostumbra ir al médico y que solamente de vez en cuando se hace un chequeo; cabe señalar que un aspecto importante es que hace unos años se operó para planificar su familia, es decir, se hizo la vasectomía. Este punto lo consideramos importante ya que no es común que un hombre acceda operarse de una parte de su cuerpo que representa su identidad y más aún cuando algunos hombres en la antigüedad y algunos todavía actualmente valoran su masculinidad de acuerdo a la cantidad de hijos que tengan o al simple hecho de poder ser efectivos reproductivamente hablando.

Por otro lado es importante destacar que el señor "**Juan Luis**" llega a sentir molestia cuando se enferma e incluso en algunos casos se deprime puesto que no le gusta verse ni sentirse vulnerable, además de que no le agrada que su familia lo vea así, lo cuál tiene que ver en cierta medida con lo que Vásquez, (1970) menciona, ya que dice que en la cultura mexicana, así como en otras del mundo, el cuerpo del hombre fuerte es medio y símbolo de masculinidad. Es así que el hombre corporalmente fuerte está asociado por lo general, con el hecho de ser respetado por los demás, ser un trabajador duro y capaz, ser más resistente que las mujeres y sobre todo, demostrar que ya no es un niño.

Económicamente hablando, el señor "Juan Luis" se considera el sostén de su casa y de su familia aunque sabe que no les puede dar a su esposa e hijas todo lo que quisiera. En cuanto a su trabajo menciona que le gusta, y hace su mayor esfuerzo por sacarlo adelante, además de que lo hace sentirse útil y satisfecho cuando recibe su salario. Refiere que le gustaría que le hicieran un reconocimiento por su desempeño, lo cuál se corrobora con lo dicho por Corsi, (citado en Montesinos, 2002), quien indica que en ocasiones la autoestima de los varones se apoya primariamente en los logros y éxitos obtenidos en la vida laboral y económica.

Así también define la etapa actual de su vida como muy bonita y con mucha madurez y mejor visión de campo que antes, se siente responsable y feliz de vivir esta etapa. Y con respecto a la depresión, el señor "Juan Luis" reconoce que cuando lo cree necesario y se siente mal emocionalmente suele llorar y también se permite ser vulnerable, es decir, se siente con menos fuerza y energía físicas que normalmente tiene, además de que no puede disimularlo ante su familia.

"Pues yo creo que llora uno porque lo siente ¿no?, lo siente uno, lo lamenta no se diga si es una pérdida de un familiar o algún ser querido, creo que es algo que no se puede controlar"

En este caso Márquez, (1997), expone que en general y normalmente a los varones se les impide expresar ternura, cariño, tristeza o dolor, y se les permite solamente la ira, la agresividad, la audacia y también el placer, como

muestras de la masculinidad ideal. No obstante no se puede negar que los hombres sienten tanto como las mujeres, y como en el caso del señor “Juan Luis”, algunos no se rigen por este tradicional modelo de masculinidad, dándose así la oportunidad de poder expresar tristeza y emociones que culturalmente están mal vistas en un hombre.

Con respecto al señor “**Emanuel**” es importante resaltar que a través de su vida ha manejado su masculinidad con relación a las mujeres, a su sexualidad, a su persona y el cómo se considera él mismo. El señor “Emanuel” refiere en su historia de vida, que desde muy joven ha tenido varias mujeres, señala que su primera relación sexual fue a los 13 años y en general se considera como mujeriego, sin embargo también se considera como un buen esposo haciendo hincapié a que su esposa lo es todo para él.

“desde chavillo ya tenía yo relaciones me acuerdo desde los trece años, me acuerdo que andaba yo de perro, siempre andaba de perro”

En este sentido, Badinter, (1993), refiere que el hombre se considera tal desde que logra una relación sexual, esto debido a que existe una influencia social y cultural ya que los varones desde que son adolescentes despiertan a la sexualidad y les es reforzada continuamente la idea de que tienen que “hacerse hombres”, usando así por primera vez su cuerpo con una mujer y lograrán entonces ser hombres en toda la extensión de la palabra, otorgándole así un valor imprescindible a la relación “sexo-cuerpo-hombría” para sentirse plenamente seguros de su masculinidad. Es así que en el caso del señor “**Emanuel**” podemos observar que continuamente, aún en su vida adulta, tiene que reforzar constantemente esa masculinidad ya que no desaprovecha oportunidades de estar con mujeres distintas, lo cuál tiene que ver también con lo mencionado por Corsi, (citado en Montesinos, 2002), con respecto a que el éxito masculino en las relaciones con las mujeres está asociado con la subordinación de la mujer a través del uso del poder y el control de la relación. Asimismo menciona que la sexualidad es el principal medio para probar la masculinidad; la sensualidad y la ternura son consideradas femeninas y deben ser evitadas.

En cuanto a su salud y la atención que le da a su cuerpo menciona que no va al médico a menos que esté muy enfermo, considera que es más importante tomar cualquier medicamento y seguir de arriba abajo con su trabajo ya que para él es más importante. Asimismo cuando se enferma no le gusta estar en cama, ni dar “lata”, él prefiere trabajar muy duro para olvidarse de los problemas y hasta de la misma enfermedad.

“yo me curo, solamente que sí me esté muriendo sí voy, cuando me enfermo mucho pues sí voy al médico de plano, cuando está leve pues me tomo cualquier cosa y ya nadamás así es la vida para arriba y para abajo, yo no doy lata, no yo solito me las arreglo, no me gusta dar lata, una vez me enfermé como una semana, si estuve en la cama pero este, si me iban a visitar y eso pero nadamás, no me gusta dar lata a mí, yo solo me las este, ingenio y así, así es la vida y de lo demás pos, me dedico a trabajar duro, duro, duro, trabajo mucho, mucho, mucho,”

Esta forma que tiene el señor **“Emanuel”** de ver el descanso o la enfermedad concuerda con el modelo de masculinidad que señala Vásquez, (1970), en donde dice que dentro de la cultura mexicana el hombre no debe ser holgazán, ni ser haragán, ya que tales atributos son sinónimos de una masculinidad denigrada: "los que están siempre ociosos, no sirven para nada.

Un punto interesante es que para él es más importante gastar su dinero en su mujer o en invitar a niños a comer que gastarlo en alcohol o en cervezas, le gusta disfrutar su dinero comprando lo que quiera y dándole gusto en todo a su esposa. En cuanto a sus problemas y su depresión acepta que la mejor forma de enfrentarlo es platicando con las personas y confiando en ellas para así poder escuchar otros puntos de vista y llegar a otras soluciones posibles, lo cuál habla de una forma de pensar un tanto abierta en cuanto a que el hombre también puede expresar sus sentimientos y emociones ante los demás, reconociendo que se necesita una ayuda. De esta manera su expresión emocional es similar a la del señor “Juan Luis” ya que suelen platicar, llorar e incluso aceptar la ayuda de los demás para salir adelante.

En el caso del señor **“Víctor”** resalta su masculinidad hablando de la relación extramatrimonial que tuvo, a pesar de que dice que el no se sentía muy galán por esto, si menciona que el se sentía muy a gusto teniendo dos mujeres a la vez.

“Pues la cosa esta de que... en esas fiestas pues... hubo la cuestión de que yo conocía personas... mujeres más bien y ese fue mi mi.... Cómo le dijera..... el roce, de que estar bailando y que quien sabe que, pues ahí empezó el el.... pues se podría decir el roce con la dama y de ahí empecé yo a....a .. tener relaciones con las señoras y pus yo estando ahí y estando mi esposa también y pus se dan cuenta se dan cuenta de que yo andaba ahí de coscolino y precisamente por eso tuve problemas, por el simple hecho de estar conviviendo con las personas y como yo era bien bailarín pus no faltaba a todas sacaba a bailar y me sacaban, y de ahí empezó la situación esta y de ahí empecé a tener problemas... y esa fue la situación del ambiente, pero gracias a dios solo se dio cuenta mi esposa como en tres ocasiones, pero como siempre dicen; la tercera no te la aguanto, no pues esta bien”

“Alegre pus porque yo tenía una relación con la otra persona y pues...cómo le dijera la relación fue bien.....bien compartida, por eso yo me sentía alegre...”

Esto va aunado a lo mencionado por Montesinos (2002), es posible que en la sociedad mexicana las familias padezcan la ausencia del padre ya sea física o emocional, lo cual afecta la relación tradicional del hombre en la familia originando que los hijos no tengan una identificación paterna. En este sentido Cámara refiere que el hombre mexicano tiene la necesidad de expresar que él es “muy macho” y negar todo lo que se considera pasivo, todo lo que represente a la mujer devaluada, de ahí su interés por negar sus necesidades simbióticas, es decir, su necesidad de apego, de dependencia y cariño con su mujer e hijos, y también negar la necesidad que ellos tienen de su ternura, comprensión y su participación afectiva dentro de la familia, ya que para él, eso es cosa de mujeres y por esta razón permanece hermético sin expresar sus verdaderas emociones.

Mientras tanto el señor **“Omar”** comenta varios puntos importantes que tienen que ver con el desarrollo de su masculinidad. En primer lugar menciona que desde muy joven fue el sostén de su familia ya que no tuvo papá, aspecto que posiblemente hizo que en cuestión económica se hiciera responsable desde muy chico y creciera así ya que actualmente está muy pendiente de la situación económica que tiene su familia actual y hasta la de su hijo quien ya vive aparte con su esposa e hijo. Trata siempre de estar al pendiente de su economía.

Por su parte el señor **“Paulo”** menciona que a pesar de gustarle mucho su carrera de derecho tuvo que dejarla porque ya no le alcanzaba para seguir

estudiando y mantener a su esposa e hijos y para él era más importante ser el sostén de su familia que seguir estudiando.

“se me empezaba a dificultar la economía porque lo que ganaba era para mantener a mis hijos y mi esposa y entonces ya no me fue posible titularme me faltó hacer la tesis pero ya no me daba tiempo porque daba clases y en las tardes tenía que ir al seminario y además tenía que pasar tiempo con mis hijos y mi esposa”

“Pues... me sentía mal, además hacía que me sintiera muy frustrado porque yo quería terminar mi carrera y tuve que abandonarla y me decaía por eso.....”

Al respecto Raguz, (1995), señala que a través de los tiempos la masculinidad se ha asociado tradicionalmente con el rol productivo de proveedor económico y el rol instrumental, de mediador entre familia y la sociedad. Además existe una fuerza física en él que ha garantizado un rol dominante, justificando, así la diferenciación de roles que existe entre él y la mujer.

Así también el señor **“Omar”** indica que le ha gustado irse muy a menudo de vacaciones o de “pinta”, con distintas mujeres. Refiere que en ocasiones ha ido a dar a la delegación por tener problemas con el alcohol aspecto que se corrobora con lo mencionado por Pérez, (1995), con respecto a que más hombres que mujeres beben alcohol en exceso en una proporción de cuatro a uno; teniendo en cuenta que el consumo de alcohol sirve como una manifestación de dureza masculina y como una forma de reducir el stress sin violar las normas de la masculinidad.

Del mismo modo Corsi, (1990), habla de las características que poseen algunos hombres y que en algunas ocasiones los llevan a estar en riesgo, éstas son la agresividad y la competitividad las cuales llevan a los varones a meterse en situaciones potencialmente peligrosas, esto es porque tienen la idea de que deben ser valientes y arriesgados y que no deben tener miedo frente al peligro, esto es la causa de un gran número de accidentes, muchos de ellos fatales o mortales.

El señor **“Omar”** señala también que una que otra vez se va a tomar con sus compañeros de trabajo o con su sobrino más joven. En este sentido es

interesante rescatar el hecho de que acostumbra visitar un antro con dicho sobrino, (ya que es bailarín, *stripper*), y reconoce que en ocasiones se pone a bailar al centro de la pista con chicas más jóvenes que él. Con respecto a esto podemos decir que posiblemente al señor "Omar" le agrada rodearse de personas más jóvenes que él, para también sentirse joven y olvidarse de sus problemas. En cuanto a su físico y su cuerpo menciona que se cuida y le agrada darse atención como el baño diario, cortarse las uñas, hacer ejercicio, perfumarse, etc., además considera que no es feo. Esto tiene que ver con lo que Aguirre y Güell, (2002), señalan, con respecto a que el cuerpo masculino está asociado con la estética, y suele pensarse que el cuerpo de un hombre debe ser atractivo para las mujeres. Un cuerpo de hombre atrae cuando simboliza ante las mujeres el logro de los mandatos de la masculinidad, manifestando ante ellas la fortaleza, el autodomínio, el riesgo, aunque también atrae el hecho de que los varones tengan cuidados con su limpieza, auto cuidado con su salud, cierto arreglo personal; inclusive para algunas mujeres resulta varonil el hecho de que un hombre porte un traje, una corbata, un reloj, o fume un cigarrillo, por mencionar un ejemplo.

Otro aspecto importante es que con relación a sus problemas de pareja el señor "Omar" culpa en todo a su esposa ya que él afirma estar sano psicológicamente, aspecto que fue señalado, según menciona, por psicólogos de Iztacala.

"platicuen con ella y no sé la pongan al tanto o no sé si le demos una plática, o si ella necesite estar en no sé una terapia o algo, porque yo ya estuve aquí en terapia con unos compañeros psicólogos aquí en la CUSI y este... y gracias a Dios pues yo salí bien o sea, yo no estoy, yo no soy el malo, pero los mismos psicólogos me dijeron que trajera a mi familia"

En este sentido Kaufman y Pineda, (1991), consideran que en cuanto al nivel emocional, para el hombre no es fácil mostrar la capacidad o disposición para sentir las emociones, del mismo modo se tiene la creencia de que los varones son más prácticos y eficientes que las mujeres, al igual que evitan que se les note el miedo o la tristeza en situaciones difíciles. En lo que respecta a las emociones se puede decir que son poco demostrativos, son individualistas, les cuesta trabajo pedir ayuda, por lo general siempre gustan de ganar ya que

consideran que el fracaso condiciona su hombría, es decir, suelen exhibir su masculinidad con actos de coraje, audacia, intrepidez, bravura y poderío y no demuestran debilidad física ni emocional

En cuanto a su salud, cabe señalar que aparentemente sí ha tenido cuidado de su enfermedad (diabetes) puesto que siempre toma su medicamento, además de que anteriormente acudía a pláticas para llevar una mejor calidad de vida aún con la enfermedad, no obstante reconoce que actualmente ya no acude tanto al médico, solo cuando requiere medicamento. En lo que respecta a la forma en la que enfrenta su enfermedad el señor **“Omar”** indica que acostumbra “hacerse el fuerte” ya que aunque su esposa y sus hijos saben de su diabetes no suelen atenderlo como a él le gustaría.

Con respecto a la depresión existe en él una especie de rechazo o bien negación a padecerla ya que a pesar de que tiene los síntomas y refiere tener problemas tanto de salud, económicos y familiares importantes, al mismo tiempo señala que su familia es unida y de ambiente, aspecto que es contradictorio pero refleja su inestabilidad y su negación a aceptar que no está del todo bien.

“Depresiones.... dan o hay porque también yo creo las drogas te llevan a la depresión y también te llevan al suicidio y eso afortunadamente en mi familia no lo hay...no o sea ay lo que pasa en mi familia es mucha...toda mi familia es bien ambiente, es de ambiente y siempre cada ratito fiesta, reuniones y a bailar, sus cervezas, sus alcoholes y hasta ahí nada más...y este...no sé, no sé como yo definiría muy bien la depresión, porque yo no la he padecido, o sea, a lo mejor antes de que me aparezca o cuando me aparezca a lo mejor hasta dejo un recado, yo me maté por esto ¿no?. O sea de repente, diario, diario ¿no?, no, no así de vez en cuando, diario yo tengo pensamientos tristes o sea con la familia...”

Esto tiene que ver con ese lado de la masculinidad en donde los varones no reconocen cuando tienen un problema grave y prefieren escudarlo o no manifestarlo evitando así todo lo que es culturalmente definido como “femenino”. Es así que todos los mandatos se refieren al hacer, al mostrar, al ocultar, al lograr, etc., minimizando la importancia de los sentimientos, las emociones y las necesidades que también existen en ellos. De esta manera su sexo los ubica en el buen género, el de los padres, el superior, el prestigioso, el de los triunfadores, el de los ejecutores, los poseedores, los que controlan y los

que dominan y por esta razón no es sencillo para ellos reconocer una debilidad emocional.

En cuanto al señor "**Gustavo**", éste menciona un aspecto que es común en los varones para demostrar o ejercer su masculinidad, dicho aspecto es que desde muy joven, (12 años), le gustaba irse de pinta, probar drogas, alcohol y fumar por curiosidad, no obstante también le gustaba trabajar para ganar su propio dinero.

"Nadamás estudie hasta la preparatoria porque pues me encantaba irme de pinta ay sí! la verdad y como trabaje ya desde muy joven, ya sabes no? ve uno dinero en la bolsa y dices no.. pues ahora no voy me voy a otro lado y situaciones así, este.. cuestiones de drogas probé casi de todas, pero con ninguna me quede, la única que no he probado es cocaína y con ninguna me quede, nadamás probé y no me gusto."

Cabe señalar que de adulto siguió con el vicio del alcohol y por esa razón tuvo que estar en un grupo de AA en donde se ayudó a tener mejores habilidades sociales y poderse relacionar mejor en todo. Este aspecto es importante ya que el señor se dio cuenta que había un problema en él y lo solucionó, reconociendo asimismo que no solo se ayudó con su problema de beber sino que también se sintió mejor en general, haciendo ver que posiblemente en este aspecto su masculinidad se desarrolla de una manera más abierta.

En cuanto a su salud afirma que no acostumbra ir al médico ya que le desagradan los trámites del seguro, no obstante dice que cuando está muy mal prefiere ir al consultorio de similares para que así le atiendan rápido. Señala que no le agrada tomar medicamentos y solamente cada mes se inyecta vitaminas.

Con respecto a su depresión y estado de ánimo señala que no le gusta que sus hijos y su esposa lo vean con la "pila baja", aspecto que puede hablarnos de una forma en la que ha construido su masculinidad a manera en la que no puede mostrarse vulnerable o débil, más aún cuando se está teniendo el rol de la figura paterna y fuerte a pesar de las dificultades. A su vez el señor "**Gustavo**" reconoce que en el trabajo suele ser de los hombres que no se quedan callados y que no se dejan, aspecto que también tiene que ver

con el mostrar fortaleza e inclusive agresividad ante los demás hombres para que no abusen de él.

“Soy de la gente que no me callo, si algo me parece mal dentro del trabajo no me inhibo al expresarlo y claro si en el momento me siento ofuscado por lo que escucho a veces si hablo con palabras altisonantes, no mucho, o sea lépero no soy por cierto no soy pelado, soy grosero pero no soy pelado ¿no?, respeto a las mujeres o sea me gusta respetar a las mujeres, quien sea yo respeto igual, también a mis compañeros, para mí todos son iguales.”

De igual forma señala ha vivido o visto situaciones catastróficas como accidentes grandes, en los que ha sentido mucha angustia y temor, no obstante tiene que ser fuerte y superar lo que vivió, aspecto que hace ver que cree que tiene que mostrar valentía a pesar de lo que viva o sienta.

En este caso podemos decir que el señor **“Gustavo”** es un hombre que acostumbra afrontar las situaciones difíciles y evita mostrar la debilidad ante los demás y tal como dice Corsi, (citado en Montesinos, 2002), tiene una masculinidad que se construye sobre la base de dos procesos psicológicos simultáneos y complementarios: un súperdesarrollo del yo exterior (hacer, lograr, actuar) y una represión de la esfera emocional. Así la socialización masculina se apoya en el mito del “ganador”, teniendo que demostrar seguridad a través de un efectivo autocontrol de los sentimientos que oculte cualquier tipo de debilidad generalmente identificada como rasgo femenino. Por esta razón los hombres, en su mayoría, evitan mostrar sus sentimientos de dolor, tristeza, placer, temor, etc.

Por su parte el señor **“Ricardo”**, acepta que en toda su vida ha llorado mucho y esto en vez de considerarlo una debilidad lo considera como algo de dignidad y fortaleza ya que refiere que “hasta los más grandes son de llorar”

“He llorado mucho, dicen que los hombres no debemos de llorar,...pero...a veces hasta los más grandes son de llorar, y pues..yo he sabido valerme”

Este hecho es muy significativo ya que comúnmente los hombres no reconocen esto, ni mucho menos ven el llorar como una cualidad de grandeza, por este motivo es importante mencionar que lo que el señor **“Ricardo”** señala, se antepone a lo que Dohem, (1995), dijo con respecto a que las emociones

están restringidas por la cultura lo cuál evita el hecho de que los hombres expresen sentimientos o emociones de nobleza tales como, el amor, el afecto, la ternura, la nostalgia, la tristeza, y por el contrario sí son más aceptables las emociones de hostilidad como la cólera o la agresividad ya que éstos últimos reflejan valentía masculina. Y por lo tanto si las pueden expresar con confianza, las primeras no.

Por otro lado un aspecto de suma importancia es que a pesar de que no ha tenido hijos propios, ha buscado a mujeres que ya tienen hijos, actualmente tiene 2 hijas adoptivas y le agrada sentirse como un padre para ellas y su sostén económico y moral. Este hecho es relevante ya que algunos hombres refuerzan su masculinidad con la paternidad y con el formar una familia.

“decía yo que no tenía porque salir adelante, pero ahora sí, ahora sí tengo por qué salir adelante, que las niñas no son más, se los repito, pero pues me han agarrado mucho cariño, ya me dicen papá, ahí de vez en cuando pero ya me han agarrado cariño y he salido adelante gracias a la fuerza de voluntad, a que veo que las niñas, le echan ganas...gracias a eso estamos adelante”

Con respecto a su salud refiere que aunque en ocasiones se siente muy mal de la presión su manera de afrontarlo es solo sintiéndose fuerte y teniendo fuerza de voluntad para no sentirse más mal y así poder salir delante de cualquier situación de enfermedad. Asimismo señala que su salud la conserva a base de poder mental, es decir, pensando en que tiene que ser fuerte y negando que se está sintiendo mal físicamente, por tal motivo casi no acude al médico.

“Pues a base de....salud mental, más que nada, es decir, sabes qué yo lo puedo hacer, tengo que salir adelante, yo puedo hacer esto, a base de...decir, lo puedo hacer, porque no sé si ustedes se han fijado, que la gente dice –ay me duele esto, me duele la cabeza-, porque se lo están sugestionando, entonces si dices –no me duele-, sales adelante, o sea si dices me duele el pie, pues te va a doler el pie, porque tu mismo te estás sugestionando, pero si dices, -no me duele el pie, no me duele el pie-, sales adelante, yo luego le digo a mi mujer con la que estoy viviendo ahorita, ella dice –ay es que me duele-, no, no miya, te estás sugestionando, tu tienes que salir adelante, nada de que te duele, sal adelante. “

Al respecto Graber, (1962), destaca que para lo hombres el cuerpo fuerte no solo está asociado con la fuerza física, sino que también se habla de un cuerpo fuerte cuando el hombre resiste en mayor medida los embates que la vida le ofrece; mostrando así que un cuerpo fuerte no se paraliza de miedo ante situaciones o enfermedades agravantes, demostrando su capacidad de riesgo trabajando incansablemente o aprovechando todas las oportunidades

sexuales que se le presenten. Por lo general se asocia el que un hombre sea valiente y ágil con el hecho de que así tendrá un escudo inclusive para su propia salud.

En este sentido Mosse, (2000), menciona que los varones han sido educados y adiestrados para ganar, competir, conquistar, ser eficientes, de generación en generación, para convertir a su cuerpo en una especie de fortaleza ambulante, en una herramienta todo terreno, en una máquina que no puede ser detenida por detalles menores, como gripas, malestares, alguna fatiga. Sólo colapsos graves como infartos, accidentes, úlceras, lo detienen. Y a ese costoso precio muchos hombres recuerdan, o descubren, que el cuerpo es fuente y sede de sensaciones y emociones,

En cuanto a la depresión el señor **“Ricardo”** acepta que anteriormente evadía los problemas con alcohol, sin embargo ahora prefiere hablarlos con su nueva pareja y con sus hijas adoptivas y a pesar de esto señala que no acostumbra manifestar su estado de ánimo con sus compañeros de trabajo ya que ha recibido burlas y críticas de su parte.

“Nadamás son compañeros, porque amigos hay pocos y contados con los dedos, amigos no hay, amigos no hay y nada más hay compañeros, se dicen compañeros, pero amigos verdaderamente hay pocos, no hay muchos, y eso son contaditos con la mano. Les comentaba a ellos al principio varias cosas, lo que me había pasado de la pensión y todo eso, pero la gente en lugar de, de ayudarme se burlaba, -ahh pues eso te pasa por güey “x” cosa, no con palabras pero ya ve como son, son tarugos”

Esto tiene que ver con la idea que Dohem, (1995), plantea con respecto a que la restricción emocional se basa fundamentalmente en no poder hablar acerca de los propios sentimientos ni expresarlos, en particular, con otros hombres. En este caso el señor **“Ricardo”** reconoce que con sus compañeros no puede dialogar ya que es sujeto de burlas si lo hace, es decir, como bien dice el autor, los hombres ante otros hombres temen ser connotados con características típicas del estereotipo femenino. No obstante este autor refiere que los varones con sus cónyuges manifiestan su enojo y cólera, exclusivamente a través de la violencia, lo cuál contrasta con lo que el señor **“Ricardo”** comenta ya que a pesar de que no cuenta sus problemas a los

compañeros de trabajo, sí lo hace con su pareja quien en ocasiones incluso lo ha ayudado a salir de la depresión.

En cuanto a su expectativa de vida en el futuro menciona que desea salir adelante y sacar adelante también a su mujer y a sus hijas, poder darles una casa y tener un patrimonio, aspecto que se relaciona en gran medida con lo dicho por el señor **“Juan Luis”** y el señor **“Omar”** quienes también como lo dice Corsi, (citado en Montesinos, 2002), en ocasiones sostienen su autoestima de los logros y éxitos obtenidos en la vida laboral y económica.

Mientras tanto el señor **“Aarón”** demostró que su masculinidad va de la mano al modelo tradicional. Él enfrentó la muerte de su madre y ese hecho hizo que se desatara una depresión en él sin embargo durante el período de duelo, no manifestó sentir tristeza y tampoco lloró, por el contrario refiere que tomó un papel de hombre fuerte y en vez de demostrar tristeza alentaba a toda la familia ya que señala es el hermano varón mayor, lo cuál lo llevó a tomar la decisión de ser fuerte y de no llorar, aspecto que también tiene que ver con el hecho de no mostrar debilidad ante los demás y mantener la imagen que se espera del hombre de familia, es decir, que no llore, que no sea vulnerable aún ante la peor situación y que siempre salga adelante.

*“yo no lo manifiesto, al contrario cuando paso lo de mi mamá yo a todos los anduve este... ¿cómo se dice?... pues tratando de animar y les dije “pues ahora hay que estar más unidos, por qué, pues porque ya nos faltó mi mamá entonces hay que estar más unidos”
“varios cuñados me dijeron “oye tú estuviste muy fuerte con lo de tu mamá y aparte anduviste consolando a todos, a las sobrinas a las hermanas” y me decían “te hace falta llorar”, no si he llorado, he llorado en ratos, pro si si me he desahogado, pero yo en el momento si le trate de dar ánimos a toda la familia, a mis sobrinos, a mis hermanas, a mis... a mis...a mi papá y así tratar de que salieran ellos adelante y ahora si que... tengo dos hermanas mayores que yo, pero yo soy el tercero pero soy el mayor de los hombres y fue por eso que dije “yo les voy a echar.. voy a estar mas fuerte que nunca”*

Con respecto a lo que los hombres pueden demostrar, emocionalmente hablando, Kaufman y Pineda, (1991), indican que se tiene la creencia de que el varón expresa menos emociones que la mujer aunque sienta las mismas cosas, de esta manera es común que eviten las demostraciones de afecto en público, o bien que eviten demostrar dolor y tristeza, (como el señor **“Aarón”**), de igual forma temen demostrar todo lo que les pasa, ya que si lo hacen

pueden ser considerados como “poco hombres”. Del mismo modo tratan de resolver sus problemas solos, sin pedir ayuda a nadie.

Esto también tiene que ver con lo que menciona Villaseñor, (2003), en cuanto a que a la masculinidad se le asignan ciertos atributos tales como la fuerza de voluntad o el autocontrol (“los hombres no lloran”). Es así que, desde que el niño es pequeño, se le prohíbe mostrar sus sentimientos o inclusive llorar cuando llega a caerse, aspecto que posiblemente repercutirá en la vida adulta, ya que nunca se sentirá con la confianza de llorar si se siente triste o angustiado, asimismo es posible que se forme una coraza de hombre duro y fuerte aun cuando no lo sea.

Badinter, (1993), mientras tanto, señala que es en la temprana infancia donde se aprende el modelo tradicional de la masculinidad, en el que un verdadero hombre tiene que mostrarse fuerte y seguro de sí mismo, así como competitivo y ganador. Este modelo también incluye algunas prohibiciones tales como no llorar, no mostrarse débil, temeroso e inseguro, no fracasar, entre otras cosas, visualizando así la imagen tradicional del macho mexicano.

Por su parte el señor “**Josué**” señala que mientras su esposa estuvo enferma y en el hospital, el doctor ordenó un tratamiento para ella sin antes realizarle unos análisis, este hecho hizo que él se enojara mucho al grado de casi golpear al doctor, aspecto que muestra que ante ciertos casos el señor “Josué”, suele reaccionar con agresividad posiblemente para demostrar que a él no se le puede engañar o mentir, hecho que tiene que ver con el como ejerce su masculinidad.

“el médico que la atendía era egresado de aquí, es el encargado del hospital, López Mateos, y le dije, ¿porqué usted se pone a hacer la biopsia, no más bien a darle la quimioterapia sin ver el resultado de la biopsia, o sea de que como se puso a dar un tratamiento si no tenía el resultado, o sea cómo, le digo yo no estoy de acuerdo con eso, inclusive hasta lo iba a golpear al doctor”

En este caso Badinter, (1993), refiere que al varón continuamente se le educa para la fortaleza, la autonomía, la seguridad, la arrogancia, la agresividad, la objetividad, la actividad, la rapidez, la valentía. Los valores

masculinos son los dominantes, de manera que siempre lo mejor es ser rápidos, eficaces, fuertes, sin considerar el “para qué” o ante que situaciones. Así la construcción de una cierta masculinidad esta asegurada a partir de actitudes, gestos, posturas, lenguaje corporal, comportamientos y mandatos vinculados a ciertos roles. El varón desarrolla una identidad de género asociada al control de la naturaleza, a la guerra, al desempeño de un trabajo remunerado, al dominio de la técnica, a la organización y representación social y política, a la ocupación del ámbito público, etc.

Por otro lado, dado que su esposa falleció el señor “Josué” refiere que ha sobrellevado su pérdida saliendo con amigos y con la ayuda del trabajo, acostumbra salir a caminar o bien le agrada tomar de vez en cuando alguna que otra copa para olvidarse de los problemas, en ocasiones también pasa tiempo con sus amigos y le agrada jugar fútbol de vez en cuando y jugar cartas, asimismo refiere que no acostumbra hablar de sus problemas con sus hijos ya que refiere que ellos son muy serios y no son de ponerse a platicar.

“No pues yo me lo quedaba,....no porque estaban igual ellos para qué, y aparte mis hijos son..muy serios, serios, serios, serios y pues no son de ponerse a platicar con uno..... “

“salía yo por ahí, con mis amigos...que luego me decían Joaquín vamos a jugar y ahí estamos cotorreando ¿no?, luego estamos jugando en las canchas, pero así se va superando, me agrada hacer estas actividades como jugar cartas, estamos cotorreando, se te va el tiempo rápido, y ya pasó el día,”

Asimismo en cuanto a la depresión que padeció su forma de enfrentarlo fue encerrándose en su cuarto y tratando de olvidar todo, lo cuál tiene que ver también con el hecho de que los hombres no acostumbran hablar de los que sienten ni de su emocionalidad.

En este sentido Deaux, (1985), menciona que a los varones se les enseña que si son hombres, tienen que poder arreglárselas solos. Este recurso tiene como contrapartida hacer más dolorosa cualquier angustia por el hecho de no poder compartirla. Es frecuente en los hombres, la sensación de no poder o no saber compartir, como en el caso del señor “Josué” que no pudo compartir la tristeza con sus hijos.

De igual forma Corsi, (1990), menciona que el modelo tradicional de la masculinidad se apoya en algunos elementos esenciales que conforman un verdadero perfil psicológico. El primero de ellos es la restricción emocional la cuál consiste básicamente en no hablar acerca de los propios sentimientos, especialmente con otros hombres, (en el caso del señor “Josué”, fue con sus propios hijos), es así que las necesidades emocionales de los hombres existen, pero parece que su expresión estuviera “prohibida”, o reducida por otros estereotipos. Es común ver como algunos hombres rehuyen la intimidad, se niegan a hablar de sus afectos y se niegan a pedir ayuda.

En cuanto a sus relaciones interpersonales acepta que actualmente tiene una nueva pareja y le gustaría volverse a casar, no obstante esta acción no la haría con la finalidad de tener hijos sino más bien porque desea tener una compañera con la cuál envejecer ya que no es de la idea de casarse con una jovencita para sentirse de igual manera más joven, aspecto que habla de una cierta madurez en la que no necesita reforzar una masculinidad basada en la virilidad y juventud.

“Bien...ella se está divorciando y tiene más o menos mi edad, y soy de la idea de que es necesario tener una pareja ¿no?, además para mí es mejor que sean mayor que uno, mi esposa era diez años mayor que yo, siempre tuve la idea de que la mujer debía de ser mayor, y me siento bien con eso, porque muchos dicen no pues una jovencita, y yo pienso que no es correcto, si por ejemplo una jovencita anda con una persona ya grande, no es correcto, no, ellas también deben de andar con jovencitos, y yo me siento bien con esta persona...”

“Puedes casarte, puedes formar un nuevo hogar, pero tener familia ya no, a mi edad, no, para mí sería una tontería, porque si tuviera hijos horita, ya no los vería grandes, entonces hay que ser realistas, y pues una pareja que ya no tenga problemas ni compromisos y vivir ya nuestra vejez ”

Por su parte el señor **“Manuel”** comenta que en el transcurso de su vida aprendió a valerse por sí mismo económicamente ya que, dado que no tenía papás, esta situación lo llevó a trabajar desde muy joven, aspecto que ayudó a que siempre fuera el proveedor de sí mismo, posteriormente de una familia con la que vivió y finalmente en su familia actual, aspecto que se relaciona con lo dicho por Corsi, (citado en Montesinos, 2002), y referido también por el señor **“Juan Luis”, “Omar”** y **“Ricardo”** en cuanto a que lo económico y la vida

laboral sostienen la autoestima de los hombres, así como el éxito en el trabajo y la profesión son indicadores de la masculinidad.

En cuanto a su salud y a los cuidados que le da a su cuerpo el señor “Manuel” comenta que tiene buena salud y le da los cuidados necesarios a su organismo, reconoce que si no fuera por su organismo no hubiera soportado tal vez todo lo que sufrió en su infancia.

“yo creo que si no tuviera lo que tengo en mi organismo no tendría también lo que tengo actualmente, puedo decir que me ha salido muy bueno”

Un punto importante es que el señor “**Manuel**” tuvo dificultades junto con su esposa para que tuvieran un hijo, sin embargo no estaban en desacuerdo con la adopción, aspecto que también habla de una masculinidad más abierta ya que muchos hombres no toleran el hecho de que sus hijos no lleven su sangre ya que lo relacionan con su virilidad.

En relación a esto Davis y Schwantz (1987), afirman que en el modelo tradicional de la masculinidad recae en la mujer el mandato de ser madre y la disponibilidad para la reproducción, sin embargo en el caso de el señor “**Manuel**” y su esposa no existió tal mandato tradicional ya que cuando no podía ella embarazarse estaban de acuerdo en adoptar, siendo esto una fiel prueba de que el señor “Manuel” posee una masculinidad diferente o en cierta medida más abierta, siendo así tolerante y comprensivo con su esposa.

Otro aspecto relevante es que al definirse como persona se define como fuerte y sensible a la vez, asimismo se considera una persona muy emocional y sencilla a la que le gusta ayudar a las personas.

En cuanto a la depresión cabe señalar que su forma de enfrentarla es trabajando mucho para olvidarse en parte de sus problemas y así llegar cansado a su casa para solo dormir.

“tenerme ocupado todo el día, eso me ayuda a veces a no pensar, se distrae uno, se cansa, y obviamente nada más llega uno a su casa a cenar, platicar un rato y a dormir”

Con referencia a la manera en la que enfrenta su depresión podemos decir que a pesar de que él mismo se considera una persona sensible y que llora mucho, le cuesta trabajo enfrentarla hablando con su pareja o con otras personas, como él lo refiere, es así que prefiere dormir o trabajar para olvidar sus problemas, aspecto que tiene que ver con lo que menciona Márquez, (1997), en cuanto a que a los varones se les dificulta expresar ternura, cariño, tristeza o dolor, y sí se les permite manifestar la ira, la agresividad, la audacia y también el placer, como muestras de la masculinidad ideal. No obstante el señor **“Manuel”** por lo general es una persona tranquila que aunque le cuesta demostrar su emocionalidad, tampoco es un hombre agresivo o violento.

Cabe señalar entonces que en los discursos de los participantes se puede notar como es que a pesar de que la mayoría de ellos se rigen por ciertas conductas apegadas a la masculinidad tradicional, no existe en ellos un todo de ésta ya que aún cuando posean una o más características, no poseen otras, y como en el caso del señor “Juan Luis”, “Ricardo”, “Emanuel”, “Omar” y “Manuel” se permiten llorar y conversar con sus parejas para elaborar sus situaciones difíciles mediante su propia narración con ellas. Lo cuál nos hace llegar a la idea de que en el caso de la masculinidad no se trata de una generalidad sino que más bien así como existen en ellos rasgos herméticos que impone la cultura, en la actualidad, también existen hombres que son capaces de manifestar sus emociones y sus sentimientos, que pueden sentir tristeza o incluso decir y reconocer que ya no pueden más. A este hombre menos blindado, le será más fácil solicitar ayuda profesional, y poder expresar todos sus sentimientos sin ningún tabú. Kaufman y Pineda, (1991).

4.7 Depresión

En esta categoría se expondrán los episodios depresivos por los que han atravesado cada uno de los participantes. Es importante señalar que cada uno de ellos ha atravesado por alguna crisis depresiva y describen bajo qué circunstancias o situaciones, sus causas y las consecuencias que se han originado por dicho problema, así como la manera en que la han enfrentado.

En primer lugar el señor **“Juan Luis”** reconoce que en ocasiones se ha deprimido a causa de discusiones con su esposa y aunque esta situación lo lleva a sentirse triste, sin energía, con mucho sueño y fatiga, logra salir adelante después de unos días, (aproximadamente dos semanas), cuando todo pasa y dialoga con ella.

“Sí como no, si a veces por, por alguna situación de disgusto con mi compañera, se deprime uno por un enojo o por algo que no salió como uno esperaba, porque hubo alguna confusión por alguna tontería, pero se supera, se dialoga y salimos adelante y empezamos otra vez y viene la recuperación”

Al respecto de la depresión señala que no lo disimula puesto que él ha notado que cambia su manera de ser y hasta la forma en la que habla, entonces no puede disimular su estado. Para él la depresión es el sentirse agobiado por alguna situación, ya sea por algún problema con su pareja o por alguna enfermedad que se presente en su familia, incluso reconoce que también los problemas económicos y el no tener a tiempo su salario para hacer los gastos necesarios lo hacen sentir mal y sentirse deprimido. La forma en la que supera o enfrenta la depresión es hablando después de que pasa la situación difícil, considera que el diálogo es importante para que se aclaren las cosas y lo puede considerar como una herramienta útil para superar la depresión.

Asimismo el señor **“Juan Luis”** reconoce que cuando ha tenido los episodios depresivos llega a bajar su rendimiento laboral, sin embargo trata de disimularlo para que no lo noten sus compañeros de trabajo o incluso su mismo jefe. Con respecto a su salud, él refiere que también se ve afectada cuando siente depresión ya que su estado de ánimo está tan decaído que también se transfiere a su organismo dicha falta de energía.

“Sí, si viene un decaimiento, no hay ganas de hacer nada y está uno, a veces inmóvil cuando está uno sentado ¿no?, ahí esta uno como plasta de sofá y también eso pasa a perjudicar a uno, llega el momento en el que se siente uno muy cansado y a lo mejor de ahí se desenlaza el tener mucho sueño, por lo mismo, por la misma situación”

Con relación a su sueño y alimentación menciona que también se encuentran afectados con la depresión ya que su apetito disminuye y su sueño aumenta, hecho que soluciona haciendo ejercicio para liberar su estrés y

energetizarse físicamente además de despejar su mente. Refiere que otra actividad que le ayuda a manejar la depresión es leer un libro de montañismo y dialogar con su esposa e hijas; no ha considerado la posibilidad de tomar alguna terapia psicológica o antidepresivo.

En cuanto a los síntomas que el señor **“Juan Luis”** dice tener cuando padece depresión, Widart, (1991) refiere que los síntomas psicológicos de los estados depresivos no aparecen juntos en una persona; estos pueden ser generalmente el debilitamiento del humor, el llanto, el insomnio o hipersomnia, la agitación o enlentecimiento psicomotor, la pérdida de energía o fatiga, la angustia, la irritabilidad, el sentimiento de culpabilidad, la desesperación, la falta de confianza en si mismo, el retardo psicomotor, los trastornos de la concentración y de la memoria, la pérdida de interés por las cosas, la incapacidad de tomar decisiones, el deseo de la muerte, y el delirio de autoacusación, lo cuál se corrobora con lo que indica el señor “Juan Luis” ya que aunque reconoce que ha padecido depresión ante ciertas circunstancias, solo se manifiesta ésta en cómo se siente físicamente ya que pierde la energía y se siente fatigado, además de que su sueño aumenta lo que se conoce como hipersomnia, lo cuál hace que su rendimiento como un miembro partícipe de su familia e incluso su rendimiento laboral se vean afectados.

El señor **“Emanuel”** por su parte menciona que cuando él tuvo un episodio depresivo, fue hace aproximadamente 5 años y lo que lo causó fue una situación muy particular. Señala que fue en un momento de su vida en el que se juntaron varios problemas, uno de ellos fue que su esposa se fracturó una pierna, al mismo tiempo que tenía una deuda muy grande en el banco y además le robaron su negocio (farmacia) y perdió toda su mercancía. Dado este cúmulo de situaciones el señor “Emanuel” se derrumbó y acepta que atravesó por un episodio depresivo que incluso le trajo consigo una fuerte bronconeumonía. Reconoce que continuamente tenía ideas suicidas.

“Bueno...yo estuve platicando un día con mi mujer porque yo llegué a pensar de todos los problemas que tenía que iba yo en el metro, te juro que me paraba yo enfrente del metro, lloraba yo y decía –Dios mío ya que se acabe todo esto-, o sea ¡yo pensaba aventarme al metro! ¿eh?, porque ya no podía, y el problema era yo porque yo debía el dinero también ¿no?”

y este...no y mi vieja, me acordaba yo que mi vieja me decía, -no, Dios aprieta pero no ahorca-, y ya llevaba yo ocho meses así casi ¿sí?, y este...ocho meses así sufriendo yo, pero yo lo sufría, no podía tomar porque yo sabía que si tomaba me hundía más y ya más hundido no podía estar y no, no tomaba yo me aguantaba, ahora sí como la muñeca..la fea ¿no?, me iba al rincón y lloraba y lloraba y me acordaba de una muerte que tuve de una niña mía y de muchas cosas, pero cuando iba al metro pensaba en aventarme, y así todos los días y pensar que debía yo tanto dinero y pensar que no podía pagarlo, ...¡no, era un martirio!, lo más, lo más que recuerdo es que veía yo el metro venir y casi por centímetros no me aventé, pero fue bien difícil, pero siempre que me ponía yo a la orilla del metro pues ya con las ganas de aventarme, ya para que se acabara todo esto”

La manera en la que salió de la crisis fue con ayuda de su esposa, ya que menciona que ella siempre lo reconfortaba, sin embargo el episodio depresivo le duró 8 meses en los cuales lloró mucho, padeció angustias, tuvo ideas suicidas y finalmente refiere que lo que lo mantuvo vivo fue su fe en Dios. Cabe señalar que su relación con sus hijos fue fuerte en ese momento pero su relación con sus hermanos fue muy destructiva y le hacía mucho daño ya que constantemente lo humillaban y se burlaban de su situación. Él define la depresión como un sentirse triste y decaído, estar mal, sentirse solo y abandonado, que no le importas al mundo; considera que es buscar salidas falsas en vez de buscar las buenas, para él la depresión se origina porque por más que se intenta no se encuentra la solución ni la salida; sabe que por eso mucha gente se suicida. Para él la solución es que alguien te brinde su mano y no te deje solo.

Menciona que cuando padeció depresión su apetito disminuyó al igual que su sueño, (a diferencia del señor “Juan Luis” que le da más sueño). Su manera de afrontarlo fue solamente con el apoyo de su familia ya que él considera que no tiene amigos ya que piensa que si en verdad tuviera amigos no hubiera llegado a una depresión tan grande como la que tuvo.

Con respecto a su episodio depresivo podemos decir que el señor “**Emanuel**” sí padeció de insomnio, el cuál también es un síntoma importante que aparece con la depresión y como bien lo menciona Kline (1974, citado en Widart, 1991), el insomnio de los estados depresivos es un síntoma bastante constante y no se trata de una simple dificultad para conciliar el sueño como la propia de los ansiosos, sino que el depresivo se despierta muy temprano y es incapaz de dormirse de nuevo, este despertar es precoz al alba y viene

frecuentemente acompañado de ideas negativas que constituyen para el deprimido el momento más penoso del día, es el momento en el que suele sentirse más solo y abandonado. A medida que la depresión evoluciona, el insomnio se hará más grave y se presenta en el momento mismo de ir a la cama, a pesar de la ingestión de somníferos. Las pocas horas de sueño que se logran no aportan descanso y pueden surgir pesadillas que hacen más agitado el sueño.

Cabe señalar también que en cuanto al tipo de depresión que padeció el señor "**Emanuel**", podemos referir que fue el de depresión suicida conjuntamente de la depresión recurrente ya que Kramlinger, (2001), define a la depresión suicida como un estado en el que el individuo generalmente tiene el deseo de morir, y de esta manera puede cometer intentos de suicidio e incluso llevarlos a cabo. En este caso el señor "Emanuel" no cometió ningún intento de suicidio, pero sí tenía constantemente la idea de suicidarse. En cuanto a la depresión recurrente Kramlinger, (2001), señala que se le denomina así cuando solo una vez en el transcurso de la vida se ha presentado un episodio depresivo, es decir, no existe una historia previa y por lo tanto el evento fue solo momentáneo el cuál pudo ser originado por un evento en particular como fue el caso del señor "Emanuel".

Un aspecto importante es que una de las maneras en las que el señor tanto "Emanuel" como "Juan Luis" solucionan el estado depresivo es hablando con su pareja ya que consideran que es la forma en la que salen adelante, con el diálogo, la confianza mutua y el apoyo moral de sus parejas, lo cuál se contrapone con lo dicho por Dohem, (1995) con respecto a que la restricción emocional se basa fundamentalmente en no poder hablar acerca de los propios sentimientos ni expresarlos, en particular, con sus cónyuges y que si lo hacen es más probable que lo manifiesten con enojo y cólera, exclusivamente a través de la violencia. Según este autor las necesidades emocionales de estos hombres existen, pero sienten como si su expresión estuviera anulada, cercenada por el modelo masculino tradicional, pues temen ser connotados con características típicas del estereotipo femenino.

En cuanto a la depresión del señor **“Omar”** se puede decir que él reconoce estar actualmente inestable emocionalmente y triste, aspecto que lo relaciona directamente con su situación familiar y su economía ya que actualmente vive dentro de una familia un tanto disfuncional debido a que la relación con su esposa está llena de discusiones y agresión. En cuanto a sus hijos señala que tienen una buena relación pero dado que su hijo ya no vive con ellos porque se casó y tiene un bebé, el señor “Omar” y su esposa continuamente tienen que ayudarlo económicamente ya que su hijo no tiene un buen trabajo y a veces no tiene ni para comer, situación que entristece en gran medida al señor “Omar” ya que continuamente se encuentra endeudado en el trabajo. Refiere que a menudo tiene ganas de llorar y deseos de morir o matarse. Señala que anteriormente acudió al servicio psicológico de la FES-Iztacala porque creía que le mandarían medicamentos para la angustia y el estrés, sin embargo no le mandaron ninguno y refiere que le dijeron que él estaba muy bien y que los que tenían que ir eran sus hijos y su esposa.

En el caso del señor **“Paulo”**, sin duda padece una fuerte depresión, la cuál se hizo presente desde su infancia, primero por la muerte de su madre y el hecho de tener que estar alejado de su padre y posteriormente -en la actualidad- vuelve a deprimirse a partir de su jubilación, menciona que ya no tiene metas, que no le gusta vivir un año más porque se va haciendo viejo, en general dice que ya hizo todo lo que tenía que haber hecho y que por lo tanto ya no le encuentra sentido a la vida.

“Si..... me sentía triste y hasta la fecha eso no me deja tranquilo, a veces digo que la vida no vale mucho.. que caso tiene que uno nazca si de todos modos uno se va a morir..... actualmente no le veo mucho sentido a la vida, cuando uno es joven y se deprime el pensar en las metas y proyectos que uno tiene lo hacen salir de la depresión, pero yo ahora no tengo planes y más que estoy jubilado ya no tengo trabajo, ya les di a mis hijos lo que les tenía que dar, todos tienen carrera profesional uno es ingeniero, otro tiene hasta una maestría Alejandra es dentista, Maluf tiene la licenciatura y su otra carrera y así varios de ellos tienen hasta dos carreras, ya le hice a la casa lo que le tenía que hacer y pues ahora... ya no le encuentro mucho sentido a mi vida..... ..”

Lo relatado por el señor “Paulo” se relaciona en gran medida con lo mencionado por Sabanes (1993), en donde destaca los cambios de vida que pueden ir desde sobrevivir a una catástrofe o pasar acontecimientos como lo son la jubilación, o el desempleo; en relación a esto se puede decir que

algunas personas podrían ver la jubilación como un final y una pérdida o podrían ver el desempleo como cuestión de mala suerte o que el mundo está en su conllevando así a la persona a caer en un estado depresivo. Claro está que estos problemas no son determinantes de la depresión pero son un punto importante que se debe considerar y puede aumentar el riesgo de padecerla.

Tomando en cuenta el hecho de que el señor "**Omar**", el señor "**Emanuel**" y el señor "**Paulo**" han llegado a pensar en la posibilidad de suicidarse durante un episodio depresivo, Flores, (2006), destaca que a través de los tiempos se ha descubierto que la depresión también la padecen los hombres e incluso son ellos quienes atentan contra su vida con mayor frecuencia. Un aspecto importante a destacar es que el diagnóstico de la enfermedad puede ser más difícil de hacer en los hombres que en las mujeres y no obstante aunque resulta más difícil que el hombre reconozca que está atravesando por un período depresivo, la tasa de suicidio en él es cuatro veces mayor que las mujeres.

De igual forma Sabanes, (1990), menciona que el hombre con depresión manifiesta un profundo pesimismo al mundo que lo rodea; considera difícil y a veces catastrófica a la situación económica (ideas de ruina); juzga el trabajo profesional como desprovisto de porvenir, mediocre, rutinario y erizado de problemas insuperables, llegando en ocasiones a renunciar para estar más tranquilo. El ambiente familiar y amistoso no aporta las satisfacciones que antes se tenían. En general en este tipo de individuos se da la tendencia a rumiar y a cavilar en torno a un solo tema: su enfermedad y estado de ánimo. Se preguntan si seguirán así toda la vida o si vale la pena vivir. De aquí que la muerte y el suicidio sean en ellos temas recurrentes.

Podría decirse que la depresión que padece el señor "Paulo", es una depresión mayor, ya que además de padecerla en la infancia actualmente la padece desde hace ya varios días. A este respecto Kramlinger (2001), menciona que la depresión mayor es en México y en otros países, la forma más frecuente de depresión, la cuál se caracteriza por que las personas que la

padecen sufren un cambio del estado de ánimo que dura más de dos semanas y por lo general existen sentimientos profundos de tristeza, se pierde el interés o placer por las actividades que antes se disfrutaban, asimismo existe pérdida o aumento considerable de peso, alteraciones en la alimentación y en el sueño, fatiga o falta de energía, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, pérdida del deseo sexual y pensamientos de muerte o de suicidio. Dichos episodios duran de 6 a 8 meses, teniendo en cuenta que el primer episodio puede empezar a cualquier edad pero tiene mayor ocurrencia entre los 25 y 45 años de edad.

“Puespara mí la depresión es tristeza extrema, que pierdas el valor de existir y yo ya estoy perdiendo la alegría de vivir...últimamente ya no me interesa vivir porque estoy llegando a la recta final de mi vida... el promedio de vida de años...me afecta no saber que voy a hacer porque ya no tengo metas y eso me deprime...además cuando veo a los ancianos me pregunto: ¿yo voy a llegar ahí?, ya no hay metas y me apachurro y digo: ahora a qué voy a aspirar...”

Con respecto a cómo define el señor **“Omar”** la depresión podemos decir que la ve como el alejarse de los problemas, tener dinero y salir de las deudas; irse de vacaciones o inclusive platicar. Este aspecto es importante ya que a pesar de que presenta todos los síntomas y características de un episodio depresivo, dice que a él nunca le ha dado, es decir, desconoce completamente el significado de la palabra depresión, sin embargo, sí la padece y su causa es por problemas económicos y la impotencia que siente de no poder ayudar económicamente a su hijo como quisiera ya que en ocasiones éste y su familia no tienen ni para comer, aspecto que lo preocupa y deprime en gran medida ya que muchas veces ni a él ni a su esposa les alcanza para ellos mismos. Otro aspecto importante es que señala que hay veces en las que su hija les dice a él y a su esposa que cuando sean ancianos los va a llevar a un asilo, aspecto que también lo hace sentir triste. También menciona que se ha dado cuenta de que cuando está muy estresado (deprimido), le duele la cabeza y se siente mareado, así como también se le inflama el estómago. Afirma que se sentiría mucho mejor si su familia tuviera una relación más agradable, si su mujer no fuera tan agresiva, considera que así se sentiría mejor ya que se reduciría su estrés y su angustia.

“Por eso muchas veces es la tristeza, no sé si eso pueda ser depresión...o pueda ser estrés o pueda ser yo creo tensión no sé, no sé como se maneje le depresión con la tensión y el estrés no sé si todo sea junto, entonces, realmente entonces podría yo tener principios de depresión lo que yo tenemos nosotros porque todo el estrés y todos los problemas se acumulan, se juntan...con dolores de cabeza, mareos y muchas cosas...”

“Cuando estoy muy estresado o como te decía a lo mejor hasta deprimido, sí me siento como que mareado, o si no se me inflama el estómago...yo creo por aquello de de la colitis, pero como te digo, ya sé que tomarme de...de medicamento, entonces pues ya sé como se me quita pero pues uno quisiera, bueno yo quisiera que toda mi familia estuviera bien, mis hijos, que mi mujer no fuera tan agresiva, que entendiera más los problemaspero creo que sí hay relación de lo que os problemas con la enfermedad,...sobre todo por que todo se junta ¿no?, el estrés, la angustia....”

Esto último citado por el señor **“Omar”** se corrobora con lo dicho por Lorente, (1985) en cuanto a que los hombres creen que podrían solucionar sus problemas solamente si su (esposa, compañero de trabajo, hijos, padres, amigos) los trataran mejor.

En cuanto al aspecto de la inestabilidad emocional relacionada con la economía y la pérdida de la salud Kramlinger, (2001), llama “impotencia aprendida” a cuando las personas se encuentran en una situación difícil y pierden la esperanza de poder controlar, cambiar o mejorar una situación y se dan por vencidos antes de intentarlo. Esta impotencia puede manifestarse ya sea en el trabajo, en la familia o hasta personalmente en los problemas de salud, dicho factor puede hacer al individuo más propenso a caer en depresión.

Es así que posiblemente el tipo de depresión que padece el señor “Omar” al igual que el señor “Juan Luis” y el señor “Paulo” es el de depresión derivada de los trastornos de adaptación definida por Kramlinger, (2001), como aquellos eventos estresantes que hacen que la persona pierda en cierta medida su estabilidad (afectiva, económica, laboral), y debido al desequilibrio la persona puede caer en un estado de desadaptación y por ende puede padecer depresión pero no al grado de caer en una depresión mayor. Dentro de los criterios para considerar un episodio de trastornos de adaptación se encuentra la vulnerabilidad ante los cambios, por ejemplo los adultos pueden volverse más ansiosos o deprimidos debido a un posible despido o jubilación.

Esta última situación es por la que atraviesa el señor “Paulo”, ya que menciona que a partir de su jubilación es que se siente más decaído y que no le ve mucho sentido a la vida.

No obstante el señor “Omar” por su parte presenta características ocasionales de la depresión suicida que hay que tomar en cuenta.

Un aspecto importante que hay que destacar es que tanto el señor “Omar” como el señor “Juan Luis” presentan episodios depresivos que están relacionados con el tipo de relación que llevan con sus parejas. En este sentido (Calderón, 2001), hace referencia a que las dificultades entre los cónyuges pueden predisponer a las personas a episodios depresivos. En general las discusiones entre la pareja contribuyen a que las personas se divorcien o lleven una relación disfuncional y por lo tanto presenten algún síntoma depresivo o bien la crisis completa.

Mientras tanto el señor “**Gustavo**”, hace mención a que sí ha padecido depresión pero refiere que ha sido por períodos muy cortos ya que señala que es momentáneo y que con ayuda de su esposa lo supera rápidamente porque ella lo tranquiliza. Este aspecto también se contradice con lo dicho por Dohem, (1995) con relación a la falta de comunicación con la pareja durante el episodio depresivo.

El señor “**Gustavo**” refiere que cuando padece la depresión se baja su energía y emocionalmente se siente decaído, este hecho lo relaciona directamente con aquellas situaciones en las que sus problemas económicos se acentúan, cuando llega a deber algún dinero o bien cuando las cosas (laborales), no le salen como esperaba. Asimismo indica que cuando le diagnosticaron la diabetes se sintió con cierto sentimiento de derrota

Ha intentado cuidarse más y atenderse su enfermedad. En cuanto al apoyo familiar ante su estado de ánimo señala que a pesar de que platica con su esposa casi no recibe atención ni consideración alguna por mucho tiempo. Para él la depresión puede significar el sentirse angustiado o ansioso,

considera que necesita realizar alguna actividad ya que si no comienza a sentir mucha ansiedad, refiere que no le gusta estar ni solo ni encerrado porque comienza a sentirse muy mal, lo cuál en este caso se antepone a lo referido por Fernández, (1984), quien indica que el sujeto deprimido percibe una progresiva tendencia a la reclusión y al encierro.

“Pues no se a veces es una cosa pasajera, dura minutos, a veces cuando estoy sólo a lo mejor media hora ¿no?, pero yo lo que noto para mí como quenecesito estar haciendo algo y así no me clavo en cosas ¿no? aunque sea lavando los trastes la verdad, o sea mantenerme ocupado, o estar con... no estar mucho tiempo solo, es más no soporto tampoco estar encerrado, tengo como que claustrofobia, no me gusta estar encerrado, y será por mi trabajo, pues porque aquí no estoy encerrado, yo mi turno es la noche y pues a esa hora ya cerramos todo y pues no estamos en un lugar fijo y si a caso dura uno una hora en algún lugar y ya después anda uno afuera, entonces sí como que estar encerrado a mí me pone muy mal, eso sí como que me enoja, no me siento bien estando encerrado.”

En lo que respecta al señor **“Ricardo”** éste confirma que puede identificar que continuamente se siente decaído, triste, incluso menciona que durante toda su vida ha sentido depresión ya que señala que su infancia fue muy difícil y aún su vida actual lo sigue siendo, ya sea por problemas de salud o por problemas económicos. Es importante mencionar que él mismo reconoce que ha llorado mucho toda su vida.

“-Mmmm, bastante depresión, he llorado mucho, dicen que los hombres no debemos de llorar,...pero...a veces hasta los más grandes son de llorar, y pues..yo he sabido valirme, y esta mujer me ha ayudado, y he podido...pues superar, a veces siento que me decaigo pero, pero trato de salir adelante, y trato de que dios me de licencia..poder salir y poder ser alguien, y dar un porvenir aunque no sean hijas de mi sangre, a alguien que me ha demostrado su cariño,”

Al respecto Sabanes, (1990), indica que con la depresión los hombres se sienten abatidos, tristes, hundidos, insatisfechos. Sin embargo son incapaces de reaccionar ante cualquier alegría o ante acontecimientos placenteros. A veces acompaña a esta tristeza un llanto fácil (labilidad), aunque cabe señalar que la tristeza no siempre va acompañada del llanto, menciona que es frecuente que algunos pacientes expresen su incapacidad para llorar y el alivio que les supondría poder llorar. No obstante su construcción social y emocional no se los permite puesto que consideran que mostrar debilidad sería perder su identidad y hombría, En este sentido lo que dice el señor **“Ricardo”** se contradice con lo dicho por el autor ya que como lo dice en la cita, para él es un

orgullo poder llorar y expresar lo que siente, no obstante su depresión podría ser de tipo melancólica ya que sus recuerdos de la infancia traen a él una constante tristeza.

Refiere que anteriormente a que encontrara a su nueva pareja se le veía muy cabizbajo inclusive corporalmente. Ahora gracias a esta mujer él afirma que aunque tenga depresión y se sienta triste ella le da ánimos y lo apoya diciéndole que saldrán juntos adelante, lo cuál se asemeja en gran medida al caso del señor **“Juan Luis”**. **“Emanuel”** y **“Gustavo”** que también logran sentirse mejor con la ayuda de su pareja. Un aspecto importante es que dice que él sí manifestaba su depresión ante los compañeros de trabajo, sin embargo dejó de hacerlo ya que se dio cuenta que solo se burlaban de él y de sus problemas, por tal motivo ahora ya no lo comenta con ellos, solo con su pareja. Otro punto importante es que mediante su discurso se puede notar que su autoestima está muy baja ya que se considera una persona muy fea físicamente, aspecto que se ha visto reforzado debido a que la misma gente allegada a su pareja le comentan que tiene un compañero “muy feo”, no obstante considera que el verdadero valor de una persona está en su interior y en su forma de ser.

“La gente podrá ser la más fea del mundo, pero si tiene un cariño muy bonito...o sea por fuera podrá ser el monstruo, pero por dentro...a mí...a la mujer con la que ahorita yo he estado, mucha gente le ha dicho –¡oye que feo tu esposo, te encontraste un monstruo, todo chimuelo! ¿cómo andas con él?-, ella les dice, -él es bueno, ha sido bueno-, -¡pero ay que horrible, es un monstruo el que te encontraste!-,pero él tiene buenos sentimientos les dice y es lo que cuenta, lo de adentro es lo que cuenta, no tanto lo de afuera”

En lo referente al tipo de depresión que padece podemos decir que es el de además de melancólica, de distimia ya que ésta se encuentra definida por Kramlinger, (2001), como una forma prolongada de depresión leve; se caracteriza porque dura aproximadamente de dos a cinco años. Con la existencia de la distimia la persona no queda incapacitada ya que los episodios del trastorno se pueden alternar en intervalos breves, sin embargo si interfiere en el trabajo y el desarrollo personal (trabajo, familia, socialización). Los síntomas que la caracterizan son semejantes a los de la depresión mayor pero en menor grado, estos pueden ser: dificultad para concentrarse, aislamiento social, irritabilidad, inquietud o pasividad, trastornos de sueño, pérdida o

aumento de peso. En el caso del señor **“Ricardo”** podríamos decir que visualmente presenta pasividad y sobrepeso. Asimismo él define la depresión como estar decaído, cuando no hay ánimos y cuando uno está cabizbajo o derrotado. Considera que para enfrentar la depresión es necesario pensar en salir adelante por que si no uno no puede superarlo.

En cuanto al señor **“Aarón”** cabe señalar que él ha padecido depresión debido al fallecimiento de unos familiares, primero fue cuando tenía 35 años y mataron a sus primos. Menciona que en aquel entonces sufrió mucho y no hacía mas que preguntarse porqué les había ocurrido eso, reconoce que pasó dos o tres años deprimido y lamentablemente hace un año cuando él consideraba que ya estaba superando lo de sus primos falleció su madre, aspecto que hizo que nuevamente se sintiera muy deprimido al grado de tener siempre constante la pregunta de “porqué le había pasado eso”. Refiere que actualmente está intentando asimilar lo de su mamá sin embargo no lo ha logrado.

“Ahorita estoy tratando de superar lo de mi mamá, ya tiene dos años que falleció ella y como fue algo muy repentinamente, me sigo preguntando el por qué se fue mi mamá.. por qué motivo paso y ... uno se sigue preguntando siempre y .. cuando se pregunta eso se siente uno mal porque ya no esta el ser querido y pues ... se deprime uno un buen rato ¿no?, y más cuando uno esta solo y que ve las fotografías y digo “ay mamá ¿ por qué te fuiste?, ¿por qué no estas conmigo”, y pues es la depresión que uno siente y más pues.... yo creo que cualquier persona siente al faltar la madre y queda uno marcado para siempre y pues.. yo sin mi mamá me siento pues.. vacío, fue muy difícil.”

En este sentido retomaremos lo señalado por Calderón, (2001), quien indica que la muerte de un familiar cercano, por ejemplo, de la esposa, madre, hijo, etc., afecta en todas las circunstancias. Si el deceso es inminente, ya sea por la edad de la persona, o por una enfermedad grave y sin esperanzas de recuperación, el hecho se acepta con mayor resignación, sobre todo cuando el ser querido tiene sufrimientos intensos, pues la muerte en estos casos se considera como una solución al dolor. No obstante cuando el acontecimiento es de forma inesperada, (como fue el caso del asesinato de sus primos), la aparición del trastorno depresivo es inminente ante una situación o evento desagradable. Debido a esto la vida de las personas comienza a perder la estabilidad de antes y el estrés aumenta conjuntamente con la depresión. Es

por esta razón que las pérdidas significativas pueden ser detonantes para que surja la depresión trayendo consigo un profundo pesar, tristeza y posiblemente depresión severa.

Asimismo podríamos relacionar lo dicho por el señor “**Aarón**” con lo que destaca Sabanes, (1993), con respecto a que existen factores sociales que intervienen en el desarrollo de la depresión, los cuáles pueden ser las pérdidas y dificultades que llegan a conducir a las personas a un declive en su vida diaria y por ende a padecer depresión. Una de estas pérdidas puede ser la muerte de un familiar.

Es así que el señor “**Aarón**” indica que actualmente no puede estar solo porque se deprime más, ya que ve las fotografías y su tristeza aumenta. Otro aspecto que le hace sentir depresión es que su padre quedó viudo y solo, además de que tienen que estarle checando la presión y el azúcar constantemente, aspecto que le preocupa por temor a que se enferme más o que le aparezca otra enfermedad. Considera que en el trabajo no manifiesta su depresión, sin embargo en su casa se pone muy mal y muy triste ya que es ahí donde piensa en su mamá y en el porqué le tocó vivir esa situación. Menciona que acompañado es más sencillo distraer sus pensamientos o sus recuerdos pero reconoce que es muy difícil. Un aspecto importante es que se desahoga con su esposa ya que ella le comienza a decir que tiene que llorar y ya cuando él lo hace ella lo abraza y se siente más tranquilo, (aspecto que se sigue igualando a la situación de los demás señores para sobrellevar el estado depresivo). Para él la depresión es sentirse triste, apagado, desconsolado de la vida, a gusto con nada.

En el caso del señor “**Paulo**”, la pérdida fue una de las primeras causas por las cuales padeció depresión, ya que menciona que la primera vez que sintió una profunda tristeza fue cuando murió su madre cuando él era muy pequeño.

“yo empecé a conocer la tristeza cuando se murió mi mamá, yo tendría tres o cuatro años y ahí empecé a sentir tristeza porque no tenía el concepto de lo que era la muerte y mi mamá se había muerto, buena razón para llorar ¿no?”

De igual forma el señor **“Víctor”**, menciona haber padecido depresión cuando murió su padre, aunque lamentablemente aquí no hay mucho que rescatar ya que el señor es muy hermético en el tema.

“Pues creo que solamente cuando falleció mi papá, en esa ocasión..... Ah pues lo que pasa es que yo sentía de que se murió mi papá por la tomadera por alcohólico.. bueno se puede decir que era trabajador... bueno si era alcohólico pero trabajaba y hacia todo lo que tenía que hacer, no era como otros o como somos otros que nos apartamos del trabajo y nadamás nos dedicamos a puro tomar, él era otro tipo de alcohólico se puede decir y este.... y si me dio mucha tristeza que haya muerto mi papá porque me enseñó muchas cosas por eso seguí su ejemplo de él y por eso con mis hijos he tenido muy buena relación y... en ese aspecto le doy gracias a mi papá de que haya enseñado todo lo que él... él supo”

Por su parte el señor **“Josué”** señala que padeció depresión hace 2 años debido también al fallecimiento de su esposa, comenta que le afectó mucho ya que para él la pareja es indispensable en la vida de una persona, refiere que cuando la padeció quería gritar y se la pasaba encerrado, llegaba del trabajo y se encerraba para no saber de nada, no obstante recuerda que su alimentación fue igual que siempre, es decir que no sufrió pérdida de apetito. Otro aspecto es que reconoce que aún en la actualidad todavía siente depresión, sin embargo es menos que hace dos años puesto que sabe que ya no tiene remedio.

“ahí la voy pasando, últimamente ya la voy sacando, porque a veces antes, desde que llegaba a la casa ¿qué hacía?, encerrarme, ahora ya menos, sí ya menos..digo pues sí ya no tiene remedio, no tiene caso....”

Con respecto a lo anterior podemos mencionar que Calderón, (2001), hace referencia a un estudio enfocado a más de 4000 hombres viudos, realizado en Inglaterra y Gales, en donde se descubrió que durante el primer año de viudez éstos tenían una tasa de mortalidad mayor que la de los individuos con características demográficas semejantes y que no habían enviudado. Así también indica que durante los primeros cuatro o seis meses posteriores a la muerte de la esposa, la tasa de mortalidad de los viudos aumentó en más de 140%.

El señor **“Josué”** señala que cuando tuvo la depresión más fuerte no lo expresaba ya que pensaba que sus hijos estaban igual que él y que no tenía

sentido hablarlo, además de que refiere que sus hijos son muy serios. En cuanto a esto Boehringer, (citado en Flores 2006), menciona que es común que el hombre deprimido se aleje de su familia y demuestre que no necesita apoyo aún cuando más lo necesite. Entonces podemos decir que su forma de enfrentar la depresión es quedarse callado, además de que también de vez en cuando acepta que le agrada beber unas copas y aislarse un poco de la vida para olvidarse en cierta manera de su situación.

Este aspecto es interesante ya que Calderón, (2001), dice que hay indicadores que señalan que la muerte del cónyuge origina un fuerte impacto que hace que las personas aumenten su ingestión de bebidas alcohólicas.

La depresión del señor **“Josué”** duró aproximadamente año y medio y es del tipo de depresión recurrente o episodio único de depresión ya que se origina por un evento en particular, en este caso la muerte de su esposa. Aunque actualmente se siente mejor, considera que no lo ha superado del todo. Define la depresión en términos generales como algo muy peligroso puesto que puede originar un suicidio e incluso considera que puede generar muchas otras enfermedades, piensa que la forma de salir adelante es echándole ganas.

Con respecto al señor **“Aarón”**, al señor **“Josué”**, al señor **“Paulo”** y al señor **“Víctor”** cabe señalar que los cuatro atravesaron por una depresión causada por la muerte de alguno o algunos de sus familiares, no obstante lo manejaron de diferente forma ya que, aunque los tres sufrieron, el señor **“Aarón”** se hizo el fuerte y no lloró en el momento de la pérdida, pero no refiere haberse aislado socialmente, por el contrario estaba pendiente de todos sus demás familiares; mientras tanto el señor **“Josué”** sí se aisló y constantemente estaba encerrado sin convivir siquiera con sus propios hijos, por su parte el señor **“Paulo”** estuvo aislado, pero no porque él así lo quisiera sino porque a partir de la muerte de su madre, su padre lo dejó con sus abuelos, motivo por el cual él se sentía muy triste y solo porque ansiaba estar con sus padres, y el señor **“Víctor”** no se abre mucho al tema así que no nos fue posible conocer

como vivió su duelo, sin embargo si pudimos percatarnos que es algo que sin duda le duele mucho aún.

De este modo la depresión que vivió el señor **“Josué”** hace dos años, tiene que ver con lo señalado por Sabanes, (1990), en el sentido de que cuando aparece la depresión las relaciones sociales se ven afectadas y el hombre depresivo es incapaz de estar en relación con el ambiente que lo rodea. No obstante esa situación ha cambiado ya que aunque él reconoce que a la fecha la depresión no ha desaparecido del todo, ya es capaz de jugar con sus amigos, convivir, practicar algún deporte y hasta tener una nueva pareja. En el caso del señor **“Aarón”** podemos decir que él sí necesitó de su familia para poder sobrellevar la situación difícil y aun en la actualidad reconoce que cuando se encuentra solo, recuerda con mayor frecuencia lo sucedido y se siente muy mal. Además también señala que en el trabajo le agrada estar rodeado de personas porque se distrae y convive. Este hecho se relaciona también con lo dicho por el señor “Gustavo” ya que a él tampoco le agrada estar aislado y por el contrario le agrada también estar siempre rodeado ya sea de amigos o de su familia.

En el caso del señor **“Manuel”** es importante mencionar que su depresión ha sido originada por todo lo que vivió en su infancia, esto es, primeramente el fallecimiento de sus padres, la separación con su hermana, posteriormente el cambio de residencia y todo lo que padeció con su tía, es decir, el maltrato físico y psicológico que tenía, asimismo el constante rechazo que vivió en las diferentes casas donde estuvo. El señor “Manuel” considera que toda su vida ha tenido la carga de su infancia y reconoce que esto es un pasado que lo deprime aún ahora en la actualidad es como una sombra para él que le ocasiona sentirse mal y hasta cierta sensación de amargura. Define la depresión como un estado de ánimo de tristeza. Su forma de enfrentar la depresión es distrayéndose en otras cosas para no pensar en su infancia, una de estas cosas es jugar con su hijo y compartir tiempo con él, de igual forma el trabajo lo distrae puesto que le dedica la mayor parte del día. Con su esposa no platica del tema puesto que no comparten las mismas ideas y él piensa que no lo comprende del todo.

“yo le llamo depresión a el estado de ánimo ¿no?, la defino como tristeza, como tristeza, no con término así de lo he comentado con mi esposa porque no compartimos las mismas ideas, este...ella pues siempre lo tuvo todo, me comentaba que incluso cuando salió de la secundaria, y entró a la normal, inmediatamente le compraron coche, ella lo tuvo absolutamente todo ¿no?, entonces posiblemente no tenga la misma forma de pensar, porque...pues ella no vivió lo que yo viví, tendría que vivirlo para poder opinar, entonces hay ocasiones en las que no nos entendemos, sobre todo porque yo le doy todo a miguel y ella no entiende esa parte....para mi felicidad sería encontrar a mi hermana y platicar con ella, (llanto)”, yo creo que con ello quedaría yo en...en paz, no sé, yo me supongo que a estas fechas a de estar pensando el porqué uno no la busca ¿no?, llega un momento en el que la sangre llama ¿no?, eso es lo que me molesta”

Al respecto del trabajo compulsivo como medida para olvidar la depresión, Lorente, (1985), destaca que por lo general, algunos hombres lidian con la depresión trabajando compulsivamente, tratando de esconderla de ellos mismos, de la familia y los amigos; otros, se involucran en conductas temerarias, arriesgando su seguridad. Lamentablemente muchas de estas formas de evadir la depresión son situaciones aceptadas en nuestra sociedad como “normales”

En lo referente a la depresión del señor **“Manuel”**, cabe destacar que está desde su infancia debido a que quedó huérfano desde muy pequeño, aspecto que se corrobora con la teoría de Lowen, (1982), con respecto a que toda reacción depresiva se basa en la pérdida del amor de la madre. Para él la gente que sufre depresión tiene necesidades orales insatisfechas, necesitan sentirse sostenidos y apoyados, experimentar el contacto corporal, chupar, recibir atención y aprobación, sentir calor. A dichas necesidades orales se les llama así porque corresponden al período de la vida de la infancia en el cuál domina la actividad oral.

En cuanto a la manera en la que enfrenta la depresión podemos decir que a diferencia de la mayoría de los demás señores, el señor **“Manuel”**, no acostumbra platicar con su esposa acerca de su estado de ánimo ya que considera que no tiene caso puesto que ella no lo entiende. En este sentido Calderón, (1998), menciona que una buena relación con la pareja es básica para la vida de un individuo deprimido porque cuando el ánimo está decaído muy posiblemente se necesita de más cariño, apoyo y comprensión que nunca, aunque no siempre el hombre lo demuestre y su

pareja se dé cuenta de ello. Este aspecto es importante ya que a pesar de que el señor "Manuel" no tiene este tipo de acercamiento con su esposa, define su vida matrimonial como buena y por lo general funcional, solo que en el contexto de las emociones no suele manifestarlas ante su pareja ya que no hay una empatía.

Del mismo modo Lorente, (1985), considera importante que entre la pareja exista cierto apoyo emocional, comprensión, paciencia, afecto y aliento ya que en el caso de la pareja es conveniente que siempre le diga que no porque se sienta triste o preocupado por su estado, es menos hombre, menos fuerte, entre otras cosas, asimismo el apoyo de los hijos es fundamental. Debe tratar de escucharse siempre al hombre con depresión, no deben ignorarse los comentarios sobre suicidio ni deben ser tomados a la ligera.

En cuanto al tipo de depresión que presenta podemos decir que es la depresión crónica ya que Kramlinger, (2001), la define como una depresión que dura más de seis meses y siempre está presente, rescatando el hecho de que el señor "Manuel" refiere que todos los días está triste y recordando todo lo que vivió en su infancia.

Hasta aquí recorrimos todos aquellos aspectos que pueden influir en la vida del varón adulto para que se desencadene una depresión, tomamos en cuenta su infancia, el nivel socioeconómico que han tenido desde niños, su empleo y las condiciones de éste, el si padecen o no una enfermedad y finalmente cómo es que llevan a cabo su masculinidad, lo cuál nos llevó a descubrir infinidad de cosas que sustentan el origen de la depresión en los hombres a la edad adulta.

Dentro de las causas principales logramos identificar el abandono materno, la situación económica en la que viven, la aparición de una enfermedad, los problemas familiares y de pareja, la muerte de un familiar o de la pareja, así como la jubilación.

Es importante resaltar cómo es que la historia de las personas, en este caso de los varones, tiene mucho que ver con la manera en que se desenvuelvan en la actualidad, no solo en el plano de la masculinidad sino en todos los contextos, en el trabajo, en sus relaciones afectivas, incluso en el manejo de sus padecimientos físicos, todo está sustentado por la forma en la que fueron educados, por la forma en la que padecieron carencias o veían cómo sus padres vivían su vida.

Es así que las causas que originan la depresión masculina no difieren de las causas que originan la depresión femenina, (economía, jubilación, abandono, duelo, etc), la diferencia radica en la manera en que los varones enfrentan el trastorno considerando que ellos no reconocen fácilmente los síntomas, negándose a la posibilidad de padecerla. Ellos aceptan tener estrés, porque está relacionado con el trabajo, pero aceptar ser depresivos para ellos implica una sanción social. Por esta razón los hombres manifiestan su depresión con conductas o emociones como la irritabilidad, el mal genio, la agresividad, abuso del alcohol y consumo de drogas, descenso en el rendimiento laboral y alteraciones a nivel fisiológico como son los trastornos psicosomáticos.

Los hombres con depresión efectivamente pueden suicidarse si ven en peligro su rol de proveedor y protector de su familia, porque sienten que ya no tienen poder lo cuál es muy importante para su satisfacción personal. Si carecen de dinero no puede entonces dominar ni manejar su poder. Y no hay que dejar de considerar que ellos manifiestan generalmente su malestar comportándose del modo marcado por la sociedad: la acción, el ocultamiento emocional, la ira como emoción validada y la negación de la debilidad. Así, la sintomatología de aislamiento, irritabilidad o de "escapar" son frecuentes, (Corsi, 1990).

Por lo tanto es fundamental que el hombre pueda reconocer que así como tiene fortalezas, también tiene debilidades, y de aquí puede partir el principal problema porque dado que el hombre está acostumbrado a lo que la sociedad espera de él y al cómo "debe" desenvolverse, cuando atraviesa ante

una situación que trae consigo pérdidas, dificultades y cambios drásticos es muy probable que el varón de edad adulta desarrolle depresión.

CONCLUSIONES

En esta investigación se lograron analizar las causas por las que puede originarse la depresión masculina en la edad adulta, así como la forma en la que los hombres manifiestan el trastorno y de qué manera lo enfrentan.

Durante el transcurso de este trabajo se encontró que existe una mayor información dirigida a definir, investigar y explicar el origen de la depresión femenina, lo cuál llegó a ser una de las limitaciones principales para la elaboración de este trabajo, y habla de la posible necesidad de establecer una línea de investigación en donde se le de la misma importancia tanto a las mujeres como a los hombres que viven esta problemática. Pareciera que según los datos:

- 1) Las mujeres se deprimen más y
- 2) Ellos no se deprimen.

Puedo decir que con estos antecedentes, la labor de investigar la depresión masculina fue más motivante y aunque la información teórica encontrada fue de gran ayuda, el discurso de los participantes y sus historias de vida ayudaron a vislumbrar en mayor grado la percepción que tienen los hombres con respecto a la depresión.

En este sentido se puede decir que en el discurso de cada uno de ellos se encontró que las causas por las que los hombres se deprimen son las mismas que ocasionan la depresión femenina, considerando que estos factores son los sociales, los psicológicos y los emocionales, con la única diferencia de que el hombre tiene una carga social ante este problema: su masculinidad. Asimismo en lo que se refiere a la forma en la que manifiestan la depresión se encontró que, por lo menos algunos de los participantes, lloran igual que las mujeres, se sienten tristes, angustiados y sin ganas de hacer nada, aspecto que en cada entrevista destacó puesto que al hablar sobre la depresión

inmediatamente ellos presentaban o mencionaban haber tenido este tipo de comportamiento cuando se encuentran deprimidos.

Ya que se mencionan las entrevistas cabe destacar que, la investigación utilizada fue la cualitativa, lo que hizo que la realización de las entrevistas llevara algún tiempo. Este tipo de investigación, como señala Ruíz, (1992), implicó un estilo de investigación social en donde existió una recolección esmerada de datos y observaciones lentas, prolongadas y sistemáticas a base de notas y grabaciones. A través de este tipo de recolección esmerada de datos se pudo obtener información muy relevante que finalmente quedó concretada en otra de las técnicas de la metodología cualitativa: la historia de vida. “Las historias de vida contienen una descripción de los acontecimientos y experiencias importantes de la vida de una persona, o alguna parte principal de ella, en propias palabras del protagonista”, destacan Taylor y Morgan (1992).

La elección de los entrevistados estuvo dirigida al rango de edad referido (45 – 60 años). Se entrevistaron a 10 hombres de esta estas edades de entre los cuales 7 trabajan actualmente como vigilantes en la FES – Iztacala, 2 trabajan externamente a institución, y 1 ya está jubilado. Para esta selección, se tuvieron en cuenta autores como Clare, (2000), y Sabanes, (1990), quienes refieren que es en esta edad cuando los varones adultos presentan una baja de autoestima y depresión, debido a que desde el punto de vista social, comienzan a volverse improductivos, laboralmente hablando. Así también en esta edad puede cambiar su estatus familiar y puede presentarse en ellos un sentimiento de incapacidad. Esta disminución de su capacidad laboral y empobrecimiento de sus relaciones afectivas puede incrementar sus sentimientos de culpa y de tristeza, llevándolos inclusive a tener ideas suicidas o a cometer suicidio.

Es así que fue configurándose la importancia de abordar el factor social de la economía y lo laboral, en el origen de la depresión. Mediante el discurso de los participantes se identificó que para los varones es importante tener recursos económicos con los cuáles puedan solventar sus gastos, sin embargo la depresión se hace presente ante la enfermedad o la acentuación de deudas

que surgen cuando ya existe una crisis económica, esto puede deberse a que la identidad masculina está relacionada con el éxito y con el dinero, como menciona Montesinos, (2002).

Se encontró que cuando los varones se deprimen por no cumplir esta identidad llegan a presentarse ideas suicidas, las cuáles son el reflejo de que comúnmente los hombres no están preparados emocionalmente para soportar este tipo de situaciones, recurriendo a pensar en una salida fácil para evadir sus problemas. La problemática de la depresión masculina puede traer como consecuencia el intento de suicidio o el acto realizado. En este sentido, teorías como la de Lowen (1982), explican que el suicidio es un acto consciente y deliberado en el que el ego se vuelve contra el cuerpo, porque el ego no se ha mostrado a la altura de la imagen del ego, la cuál es siempre de poder y masculinidad en los hombres, tan insoportable es el sentido de fracaso que los puede llevar a la autodestrucción. No obstante cabe aclarar que no todos los participantes refirieron tener pensamientos suicidas ante los problemas económicos, a pesar de que sí reconocieron sentir desesperación, angustia y depresión al atravesar por este tipo de dificultades.

Cabe señalar que la diferencia entre los participantes que han tenido ideas suicidas y los han logrado superar más fácilmente la depresión causada por problemas económicos, radica en cómo llevan a cabo su masculinidad. Se identificó que los participantes que más se deprimen a causa de este tipo de problemas, fueron aquellos que viven su vida diaria con el modelo tradicional de la masculinidad mexicana, que Cámara, (cit. en Montesinos, 2002), define como aquel que tiene el principal papel de asegurar la subsistencia de la familia.

Con base a esto se puede decir que existe una relación directa entre la economía – la masculinidad – y la depresión, destacando que los hombres han sido educados para proveer, para cubrir necesidades y para solucionar todo lo que se les presente; sin embargo, el que no puedan cumplir con esa expectativa les afecta gravemente, sobre todo porque muchas de las acciones que se asocian con la masculinidad giran en torno a la capacidad que tengan

para ejercer poder y control, sin tener presente que desgraciadamente “La verdadera vida de los hombres muestra una realidad diferente”, como bien lo plantea Kaufmnan, (1993).

En cuanto a lo laboral, es preciso señalar que los participantes que están próximos a jubilarse refirieron sentir angustia ante la idea de no saber que hacer en el futuro, lo cuál también tiene que ver con la manera en que viven su masculinidad, teniendo en cuenta que los varones tienen como principal proyecto de vida desarrollarse en el ámbito profesional. En este sentido concuerdo con lo que plantea Lipovetsky, (1999), con respecto a que el éxito profesional y material es muy valorado en el hombre además de que desde jóvenes se les inculca seguridad en el empleo y perspectivas de carrera, así el individuo que se jubila atraviesa por una crisis de identidad puesto que su papel de hombre productivo y proveedor está en duda.

En el discurso de los participantes, se encontró que ante la jubilación ellos tienen ideas pesimistas con respecto a su futuro. Un ejemplo es que suelen relacionar la jubilación con la muerte, así también manifestaron que una vez jubilados piensan seguir haciendo otra actividad ya que el estar jubilado hace que la vida ya no tenga sentido. Este tipo de ideas son un reflejo de que la jubilación trae consigo enormes problemas psicológicos. Es probable que los varones que se encuentran próximamente a jubilarse sean más propensos a padecer depresión puesto que la generación de la que vienen asocia la identidad masculina con el trabajo, ya que un hombre se definía por lo que hacía. Si un hombre no hace nada o se elimina lo que previamente lo definía, deja de ser un hombre. “Es como si estuvieran muertos, aunque no lleguen al suicidio, languidecen lentamente”, (Clare, op. cit).

Se puede decir entonces que la jubilación es un tránsito radical en la vida de los hombres puesto que supone la ruptura del pasado colocando a los individuos ante la necesidad de adaptarse a un nuevo ritmo de vida en donde la actividad, el poder de lo económico, la autonomía, la competencia, (características propias de la masculinidad), han sido sustituidas por el

descanso, demasiado tiempo libre, la descalificación y la devaluación a las que no está acostumbrado.

Ante esto es importante destacar que el nivel cultural e intelectual que tenga la persona dependerá para que el individuo supere con más facilidad la crisis de la jubilación y la depresión que trae consigo. Sabanes, (op. cit), menciona que el bajo nivel cultural es la causa de que estas personas cuenten con menos recursos para enfrentarse a este tipo de situaciones que eventualmente causan depresión.

Por otro lado el factor psicológico del abandono materno fue considerado por la mitad de los participantes como causante de su depresión. Con base al discurso de cada uno de ellos se pudo ver que dentro de las emociones que a lo largo de su vida han presentado, se encuentran la soledad, la tristeza, la amargura, el miedo, la necesidad de estar ocupado, resentimiento, sentimientos de rechazo, desilusión, baja autoestima y abandono corporal. En este sentido puedo decir que la teoría de Lowen, (1982), fue la que más aportó a la explicación del porqué un hombre se deprime aún en la adultez a causa del abandono vivido en la infancia, pues destaca que los individuos privados de amor materno seguro e incondicional en la infancia, en la adultez manifiestan una incapacidad de estar solos, miedo a la separación y exceso del habla o de otra actividad, características que los varones refirieron en su discurso.

Cabe mencionar que la forma en la que los varones enfrentan la depresión a causa de este factor, es cubriendo esa carencia de afecto con la compañía de su pareja o también trabajando hasta el cansancio para no pensar en su pasado. Se identificó que aquellos participantes con historia de abandono en la infancia y que están próximos a jubilarse o ya lo están, tienden a deprimirse en mayor medida puesto que el trabajo se convierte en un componente que les brinda seguridad, valor, autoestima y confianza en sí mismos y el perderlo vuelve a traer o a incrementar las emociones antes mencionadas, inseguridad, temor, auto rechazo, miedo a la separación, (aunque aquí es con los compañeros de trabajo), soledad y baja autoestima. Podría ser que el trabajo se convierte en ese refugio que no tuvo en la infancia.

De esta manera se descubrió que en el proceso de crecimiento y formación de los hombres, el papel de la madre tiene una importancia significativa pues es ella quien le otorga estabilidad emocional, seguridad y satisfacción, porque es la que se encarga de cuidar a los hijos. Investigaciones enfocadas a lo familiar, como las realizadas por Caplan y Mc Corquo, respaldan que el abandono materno puede ocasionar que un individuo padezca un problema de salud mental, como la depresión, el comportamiento suicida y el abuso del alcohol.

Se identificó que la depresión se gesta a lo largo de la historia de cada individuo, no se detona intempestivamente, se construye; un ejemplo de esto es que el grado de depresión que han desarrollado los participantes que sufrieron el abandono materno, depende del apoyo moral y afectivo que recibieron en la infancia, ya que aquellos participantes que tuvieron el cuidado de personas que les brindaron afecto, educación, tranquilidad y confianza, son quienes menos se ven afectados por la depresión, a diferencia de los hombres que refirieron haber sido maltratados por las personas que se hicieron cargo de ellos. Es así que la diferencia entre ellos consiste en el tipo de depresión que padecen ya que los participantes que tuvieron más carencias en la infancia, padecen depresión crónica a diferencia de aquellos que sí tuvieron las atenciones necesarias y padecen depresión melancólica, destacando que la apatía, la falta de energía y los sentimientos de tristeza perduran en estos tipos de depresión.

En lo que concierne a la forma en la que los hombres adultos viven y enfrentan la enfermedad se identificaron varios aspectos que reflejan la atención que el hombre da a su cuerpo y a su salud y las consecuencias que trae consigo una enfermedad con relación a la depresión.

Cabe señalar que los participantes manifestaron sentir depresión tanto si enferman de un padecimiento pasajero, como si enferman de un padecimiento crónico como la diabetes o la hipertensión. Esta forma que tienen los hombres de manifestarse ante la enfermedad tiene un trasfondo cultural con respecto a

su masculinidad, ya que como refiere Clare, desde épocas del mismo Freud el ser hombre significaba la salud personificada, puesto que se le consideraba como aquel que era seguro, valiente y fuerte, en cambio la mujer era sinónimo de patología y enfermedad. A esta carga cultural se le suma que el hombre tiene que negar lo que considera pasivo teniendo que comportarse como el fuerte, el violento, evitando características socialmente asignadas a la mujer como la debilidad, el miedo y el dolor.

En esta investigación se descubrió que los hombres ante un malestar a nivel físico y corporal prefieren sostener esa imagen de masculinidad que se ha venido mencionando, ya que para ellos es difícil hablar de enfermedad, decir cómo se sienten y admitir que necesitan ayuda lo cuál tiene relación con lo que Cadena y Peña, (2002), mencionan con respecto a la creencia de que aquel hombre que pide ayuda o trata de apoyarse en otros es entonces un hombre débil, vulnerable e incompetente. Aspecto con el que estoy de acuerdo puesto que los varones de esta investigación manifestaron no estar acostumbrados a mostrar debilidad ante su familia, ni a estar en cama. Para ellos el estar enfermos implica “dar lata”, razón por la cuál no expresan fácilmente sus alteraciones en la salud. Así también refirieron que no acostumbran ir al médico a menos que su situación sea crítica. En palabras de López, (2006): “El ser humano no es responsable de cuidarse él mismo, es por eso que se originan los abandonos corporales, porque los individuos no se ocupan de sus vidas, solo se atienden cuando están en fase crítica, cuando el cuerpo protesta, cuando no responde igual en sus actividades diarias, entonces se cambian dietas, se dejan algunos excesos”.

En este sentido los participantes refirieron que les cuesta demostrar ante su familia los malestares que trae consigo una enfermedad, sin embargo por otro lado sienten la necesidad de tener el apoyo de su familia, señalando ellos mismos que en ocasiones les hace sentir mejor un apoyo afectivo que una asistencia médica, lo cuál refleja que la presencia de una familia y el apoyo que sus miembros brinden, protege y resguarda a los hombres ante el impacto de una enfermedad como señala Clare, (op.cit).

Asimismo se encontró que cuando la enfermedad trae consigo dolor crónico, síntomas recurrentes, falta de energía física y un cambio obligatorio en la alimentación, también se genera en ellos la depresión ya que en cierta manera su calidad de vida se disminuye y tiene que haber una nueva adaptación.

En cuanto a la atención que le dan a una enfermedad se descubrió que para los hombres es difícil tomar medicamentos, con esto me refiero a que aunque llegan a iniciar un tratamiento, difícilmente lo llevan como es debido y terminan por abandonarlo. Este tipo de comportamiento ante la salud es definido por Ardila, (1997), como adherencia terapéutica o adherencia al tratamiento ya que en su experiencia ha observado que los pacientes no siempre toman las medicinas que les prescribió el médico y no siguen la dieta ni el ejercicio recomendado.

No obstante cabe destacar que la manera en que los hombres enfrentan una enfermedad y siguen un tratamiento no solo tiene que ver con la masculinidad o con la adherencia terapéutica, sino que también intervienen una serie de creencias enfocadas al cómo sus padres y abuelos atendían las enfermedades y cómo vivían con ello. Si el hombre creció en un contexto en donde los padres o abuelos no atendían sus enfermedades ni tomaban medicamentos, es posible que él haya tomado este comportamiento como un aprendizaje, considerando entonces que el ir al médico es una pérdida de tiempo o un gasto innecesario.

Siguiendo bajo la línea de la enfermedad se encontró una relación en cuanto a la depresión masculina y los trastornos psicosomáticos; se identificó que existe una relación entre el cuerpo y la emoción, que la teoría de la psicología corporal define como una reacción física primaria ante una vivencia conflictiva.

Una prueba de ello es que los participantes que manifestaron sentir, ante un episodio depresivo, emociones como el estrés, ansiedad, angustia, tristeza, ira, rencor y melancolía, presentan enfermedades que se consideran trastornos

psicosomáticos. Dentro de estos se encuentra la diabetes, la hipertensión, enfermedades a nivel respiratorio, (gripes, bronquitis) y a nivel gastrointestinal, (gastritis y colitis).

Cabe aclarar que los participantes refirieron haber presentado antes o actualmente, uno o más padecimientos de los antes señalados, lo cuál tiene que ver con qué tan grandes y cuántos son sus apegos, deseos, frustraciones y los tipos de sentimientos albergados en su cuerpo, así como con las restricciones emocionales que ellos mismos se imponen dado la masculinidad que llevan a cabo. Al respecto se puede decir que el hombre al no querer enfrentar su condición emocional se enferma físicamente y como señala la teoría de la psicología corporal, las emociones se quedan atrapadas corporalmente en el varón alojándose en los músculos y en los órganos. El hombre deprimido no acostumbra manifestar lo que siente, lo que piensa, está acostumbrado a negar, ocultar, enmascarar cualquier tipo de emoción relacionada con la fragilidad, por lo tanto se ve envuelto en una rigidez emocional que incrementa el riesgo de que enferme y que pierda la salud.

Es así que los hombres pueden deprimirse si su salud se ve afectada puesto que los rige una masculinidad en donde no se les permite ser vulnerables, pero también el estar deprimidos les genera enfermedades.

Por otro lado, se identificaron también factores que podrían considerarse de orden emocional como son la muerte de un familiar, la discusión con la pareja o problemáticas familiares que de igual forma los participantes mencionaron les generan depresión. En lo que respecta a la muerte de un familiar podemos señalar que intervienen diversos aspectos, entre ellos nuevamente la masculinidad y carga familiar y social que existe para el hombre ante esas circunstancias. Los participantes que han pasado por esta experiencia hablaron acerca del dolor que sintieron ante un evento así, pero también de la necesidad de mostrarse fuertes y ocultar lo que sentían. Este aspecto es primero porque los hombres creen que no llorando y mostrándose fuertes enfrentan más fácilmente estas situaciones, pero no se dan cuenta de que están albergando en su cuerpo emociones que traerán consigo

consecuencias negativas en un futuro. Es entonces que la comunicación, la confianza y la empatía se convierten en herramientas fundamentales para que el hombre pueda salir del duelo, y si éstas no existen o no se han construido, acuden al alcohol, para olvidar y enfrentar; la evasión se convierte en la mejor salida ante una depresión ocasionada por este factor. Es así que de los tres casos que presentan depresión por la muerte de un familiar se puede identificar que uno si llora y platica con su pareja de sus emociones y reconoce que se siente mejor cada vez que lo hace, mientras que los otros participantes tuvieron que recurrir al alcohol para poder sobrellevar la situación.

Entonces se puede decir que la constelación familiar y la comunicación que existe entre los miembros influye para que en estos casos el hombre demuestre u oculte su depresión, puesto que interviene el lugar que ocupa el en la familia, es decir, si es el padre, el hermano mayor, el único hombre o la cabeza de la familia, existe más probabilidad de que oculte sus emociones ante la muerte de algún familiar.

En este sentido se descubrió que aquellos que no tienen el apoyo de una pareja y por el contrario tienen una mala relación con ella, son quienes difícilmente superan la depresión. Aquellos que no cuentan con una pareja con la que puedan hablar, recurren más frecuentemente a la ingesta de bebidas alcohólicas para sobrellevar la crisis, considerando esto como una salida fácil ante sus conflictos.

En este sentido, los participantes refirieron que el discutir con su pareja por cuestiones económicas, problemas de convivencia, diferencias entre ambos e incompatibilidad de gustos les genera depresión. Es posible que entre más factores se encuentren involucrados en los problemas de pareja, mayor será el grado en que la depresión se desencadene.

De esta manera podemos decir que el hombre que atraviesa por la edad adulta, específicamente entre los 45 y 55 años de edad se encuentra inmerso en una serie de problemáticas que lo llevan a deprimirse. Se identificó que a pesar de que muchos han vivido en algún momento de sus vidas el mismo tipo

de conflicto, su depresión no se desarrolla del mismo modo; es decir, cada uno la vive y enfrenta de un modo muy particular, lo cuál depende de diversos factores, entre los que se encuentran, la historia de vida, la educación recibida desde la infancia, la clase social, el nivel sociocultural, el tipo de constelación familiar en la que vivieron en la infancia y en la que viven actualmente, la salud actual y la estabilidad laboral. Asimismo, el que un hombre adulto pueda vivir y enfrentar un episodio depresivo dependerá de: la forma en la que vivan su masculinidad, el apoyo familiar, moral, afectivo y psicológico, los conocimientos que tengan del tema y la ampliación a nivel de investigación con respecto a la depresión masculina. Considero que para que los varones puedan expresar y enfrentar sus emociones, debe haber un cambio cultural, social y en la educación con respecto al género masculino, que si bien se ha ido dando de forma creciente, los cambios no han sido tan significativos; teniendo en cuenta que actualmente los varones aún acostumbra sustentar una amistad por medio de la bebida, logrando así abrir el umbral a sus intimidades, lo que les aqueja, atemoriza y afecta. No obstante quisiera destacar que durante las entrevistas, todos los participantes lograron abrir su lado emocional, lloraron, sintieron y aún cuando fue paulatinamente y con gran dificultad ellos empezaron a descubrir aspectos de sí mismos que admitieron no haber revelado nunca antes. Aspecto que demuestra cómo ante una mujer el hombre puede expresar sus emociones. Entonces nos encontramos con que a lo que le teme el hombre es a sí mismo y a sus iguales, a esa imagen que han construido y que la sociedad se ha encargado de sostener.

Un aspecto importante es que durante las entrevistas no se abordó el tema de la sexualidad, primero porque la entrevista fue abierta y ellos no abordaron el tema y segundo porque tampoco se indagó si han existido cambios en su organismo o si la depresión ha ocasionado esa disminución de la libido como señala (De la Sota, 2001).

Para finalizar quisiera señalar que al término de cada entrevista se tenía contemplado brindar una plática a los participantes en donde se les explicaría todo lo relacionado con la depresión con la finalidad de agradecerles su colaboración en esta investigación, lo cuál no pudo llevarse a cabo por la falta

de organización en los horarios de trabajo de los mismos, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos son vigilantes de la FES- Iztacala y su trabajo consiste en trasladarse constantemente por la escuela o bien tener que estar en las casetas de vigilancia. No obstante puedo decir que cuando se les hacia la invitación todos accedieron y les agradaba la idea, lo cuál puede ser una línea de investigación que queda abierta para abordar la depresión masculina informando sobre todo a la población inmersa en el problema, teniendo en cuenta que muchas veces la falta de atención que los varones deprimidos pueden tener no se debe solo a la forma en la que llevan su masculinidad sino simplemente a la ignorancia del tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, G. (2002). Cultura, Mujeres y Depresión. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Ardila, R. (1997). Análisis experimental del comportamiento y psicología de la salud. Universidad Nacional de Colombia. Revista Psicología Conductual. Vol. 5 n. 3, pp. 435-443.
- Arieti, S. y Bempoard, J. (1981). Psicoterapia de la Depresión. Argentina: Paídos
- Azouri, Ch. (1995). El Psicoanálisis. Madrid: Acento
- Badinter, E. (1993). XY. La identidad masculina. Madrid: Alianza
- Bell, D. (1987). Ser Varón. La paradoja de la Masculinidad. España: Tusquest
- Calderón, G. (1990). Depresión. México. Trillas.
- Clare, A. (2000). Masculinidad en crisis. Madrid: Taurus.
- Cruz, A. (2005). ***“La depresión, enfermedad del siglo XXI, afecta en México a 10 millones.”*** En la Jornada.
- Del Valle, T. (2002). Modelos Emergentes en los Sistemas y las Relaciones de Género. Madrid: Narcea

Fernández, F. La depresión y su nuevo diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Barcelona: Labor.

Graber, G. (1962). Psicología del hombre. Madrid: Aguilar

González, J. (1989). La fortaleza del psicoterapeuta: la contratransferencia. En Aguado, Avendaño y Mondragón. Historia, Psicología y Subjetividad. México: UNAM: FES Iztacala.

Kurtz, I. (1988). Por qué los hombres dicen lo que dicen y las mujeres oyen lo que oyen. España: Paídos

Lipovetzky, G. (1999). La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino. Barcelona: Anagrama.

López, O. (2002). ¿Es la depresión un estado constitutivo de la naturaleza femenina?. En López, R. Lo Corporal y lo psicósomático. Reflexiones y aproximaciones I. México: Plaza y Váldes.

López, O. (2006). Alternativas Terapéuticas en los trastornos psicocorporales. México: CEAPAC.

López, S. (2006). Órganos, Emociones y Vida cotidiana. México: Los Reyes.

Lowen, A. (1982). La depresión y el cuerpo. La base biológica de la fe y la realidad. Madrid: Alianza

Martínez, M. (1999). Comportamiento humano. México: Trillas

- Meinchenbaum (1988). Terapias cognitivo conductuales. En Linn, S. y Garske. Psicoterapias contemporáneas. Modelos y Métodos. Bilbao: Descleé de Brouwer. Capítulo 8.
- Meinchenbaum (1988). Terapia psicodinámica integradora. En Linn, S. y Garske. Psicoterapias contemporáneas. Modelos y Métodos. Bilbao: Descleé de Brouwer. Capítulo 9.
- Montesinos, (2002). Los enfoques de la Masculinidad. Las rutas de la masculinidad.
- Moore, J. (1994). Sexualidad y Espiritualidad. La relación Femenino-Masculino. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Mosse, G. (2000). La imagen del hombre. La creación moderna de la Masculinidad. Madrid: Alianza
- Phares, E. y Trull, T. (1999). Psicoterapia: perspectiva psicodinámica. En psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno. Capítulo 12.
- Puentes, E. Y Cols.(2004). "La mortalidad por suicidios en México 1990-2001". Revista Panamericana de Salud Pública; **16 (2)**:102-109
- Rojtenberg, S. (2001). Depresiones y Antidepresivos, de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra". Panamericana, México.
- Sabanes, F. (1993). La Depresión. México: Diana

Téllez, A. (2004). Depresión en mujeres. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Urdaneta, Y. (1994). "Los hijos del Divorcio. . Caracas: Disinlimed.

Valles, M. (2000) Técnicas de conversación I: las entrevistas en profundidad. En técnicas cualitativas de investigación social. España: síntesis.

Widart, Y. (1991). La depresión Nerviosa. Argentina. Paídos.

ANEXOS

CATEGORÍAS**REFERENTE EMPÍRICO**

Nombre	Juan Luis
Edad	52 años
Constelación Familiar	Casado con 2 hijas de 24 y 27 años respectivamente
Nivel de estudios	3er. Grado de secundaria
Lugar de Residencia	Tlalnepantla Edo. de México
Abandono	A la edad de 1 año 4 meses fue abandonado por su madre dejándolo al cuidado de su abuelo paterno.
Lugar que ocupa en la familia	Es el menor de cuatro hermanos.
Migración	Nació en el D.F., pero a la edad de 1 año 4 meses se lo llevaron a Tlaxcala debido al abandono de su madre, siete años después regresa al D.F.
Economía	Su economía fue muy escasa desde su infancia y actualmente cuenta con una economía limitada.
Empleo	Es empleado sindicalizado del gobierno, para el cual trabaja 7 horas diarias. Se considera buen compañero de trabajo y con iniciativa en todo lo que hace.
Salud-enfermedad	No padece ninguna enfermedad crónica. Menciona cuidar su salud y que por lo tanto cuando se llega a enfermar siente enfado.
Tipo de rel. afectiva	Suele entablar relaciones estables de manera genera, pues es una persona muy pacífica.
Depresión	Refiere que se deprime cuando discute con su esposa, manifiesta que cuando esto sucede no le dan ganas de hacer nada, se siente muy cansado, con mucho sueño y con falta de apetito. La manera en la que la enfrenta es dialogando con su pareja después de una o dos semanas.
Relación con esposa	Menciona que se llevan bien, solo que en algunas ocasiones suelen discutir por algún motivo y se distancian por algunos días pero posteriormente dialogan y arreglan la situación.
Relación con hijos	La relación con sus hijas es buena trata de tener comunicación con ellas, sólo que considera que están un poco distantes pues menciona que ya no es lo mismo que cuando estaban ellas pequeñas pues actualmente cada una de ellas hace su vida, es decir, están ocupadas en sus cosas como las escuela, los amigos, etc.
Masculinidad	Se considera fuerte físicamente y por lo tanto cree no necesitar atención médica él, sino más bien su esposa e hijas.

	<p>Se enoja cuando llega a sentirse mal de la garganta. Afirma ser el sostén de su familia, sin embargo, le gustaría hacer más por ella.</p> <p>Ser el proveedor de su familia lo hace sentirse útil. Le agrada ser él quien repara las cosas que se descompongan en su hogar o en su trabajo.</p>
Nombre	Emmanuel
Edad	45 años
Constelación Familiar	Unión libre desde hace 28 años, tiene un hijo de 26 años y otro de 24.
Nivel de estudios	No lo menciona.
Lugar de Residencia	Estado de México (Ojo de Agua)
Abandono	Él no sufrió abandono por parte de su madre, pues creció al lado de ambos padres.
Lugar que ocupa en la familia	El octavo de catorce hermanos.
Migración	Nació en Veracruz. A los 14 años emigro a la ciudad de México en busca de mejores oportunidades laborales.
Economía	Desde muy pequeño su economía fue muy escasa. Trabajo desde muy pequeño en el campo. Hubo una etapa de su vida que duro aproximadamente 1 año, en la cual tuvo diversos problemas económicos debido al robo de su negocio.
Empleo	Actualmente trabaja en una farmacia que es propiedad de él y cuenta con cuatro sucursales más.
Salud-enfermedad	Padeció bronconeumonía en el período del robo de su farmacia (hace aproximadamente 5 años). Actualmente presenta un dolor muscular crónico en le pecho, el cual se controla con analgésicos.
Tipo de rel. afectiva	Suele entablar frecuentes relaciones con diversas mujeres, a pesar de que refiere tener una buena relación con su esposa.
Depresión	Acepta haber padecido depresión cuando robaron su farmacia y al mismo tiempo su esposa cayó en cama debido a una fractura de pierna. A causa de esto tuvo muchos problemas económicos los cuales fueron detonantes en su depresión.
Relación con esposa	Lleva una buena relación con su esposa, dice que ella es lo más importante que ha tenido en su vida, que la valora más que a nada en el mundo porque ya llevan 28 años juntos y siempre ha sido muy especial, comenta que jamás la ha golpeado, ya que él es de los que dicen que a la mujer no se le toca ni con el pétalo de una rosa, que no sería justo maltratar a la mujer que le ha dado todo. No obstante siempre le ha sido infiel.

Relación con hijos	Con su hijo lleva muy buena relación ya que él lo apoyó mucho cuando lo vio en problemas económicos y con su hija tiene una relación un poco más alejada debido a que ella ya esta casada.
Masculinidad	Desde los trece años comenzó su vida sexual. Se describe como mujeriego e infiel. Sólo asiste al médico si cree que esta muy grave. Menciona que él sólo se las arregla para salir de una enfermedad, ya que no le gusta “dar lata” a su familia ni estar en cama. Actualmente cree tener la suficiente solvencia económica para ayudar a las personas con necesidades económicas. Para manejar su estrés fuma en exceso.
Nombre	Omar
Edad	49 años
Constelación Familiar	Casado con 2 hijos.
Nivel de estudios	1º. De Secundaria.
Lugar de Residencia	No lo menciona
Abandono	No sufrió abandono materno en la infancia, sin embargo no tuvo papá, (su mamá fue madre soltera).
Lugar que ocupa en la familia	Es el mayor de sus hermanos (es el único hombre)
Migración	Toda su vida ha vivido en la ciudad de México.
Economía	Menciona que su economía se encuentra un tanto limitada, sin embargo se ocupa mucho en ayudar a sus hijos y debido a esto se endeuda constantemente.
Empleo	Ha trabajado como rotulista, zapatero, joyero, lava autos, etc. Y actualmente es vigilante de la FES Iztacala desde hace 24 años. Trabaja 8 horas diarias.
Salud-enfermedad	Padece diabetes desde hace 7 años, la cual controla con medicamentos para nivelar su glucosa, según él, a causa de su anterior alcoholismo se le declaró la enfermedad y se altera su nivel de azúcar cuando tiene problemas con su esposa. Asimismo menciona que padece el síndrome vertiginoso (mareos, pérdida del equilibrio), para lo cual toma difenidol.
Tipo de rel. afectiva	Sus relaciones familiares suelen ser muy inestables y socialmente es muy amigable.
Depresión	Menciona no haber padecido nunca depresión, no obstante, refiere que los problemas familiares que en ocasiones tiene lo hacen sentirse muy triste y llora frecuentemente y a diario piensa en la muerte. Señala que cuando tiene algún problema familiar presenta dolor de cabeza, mareos, inflamación de estómago (colitis), etc.

Relación con esposa	La relación con su esposa es inestable pues tratan de estar juntos para ambos ver por el bienestar de sus hijos. No obstante cuando se encuentran solos y sin que estén de por medio los hijos su relación es conflictiva y constantemente se agraden.
Relación con hijos	Define como buena la relación con sus cuatro hijos ya que cuando tiene alguna situación que resolver dialogan entre todos y tratan de llegar a algún acuerdo.
Masculinidad	<p>Indica que acostumbra ir continuamente a fiestas e ingiere bebidas embriagantes en exceso e inclusive ha caído en delegaciones por estar en estado inconveniente.</p> <p>Frecuentemente se iba de viaje a diversos lugares (Acapulco, Veracruz, etc.) acompañado de diferentes mujeres.</p> <p>Desde muy joven se acostumbro a ser el sostén económico de su familia dado que le daba dinero a su madre para los gastos quincenales.</p> <p>Delega la responsabilidad de sus problemas maritales a su esposa, ya que según él es una persona sana psicológica y emocionalmente.</p> <p>A pesar de estar enfermo, de vez en cuando ingiere alcohol y menciona que frecuentemente va con su sobrino (de 28 años) al antro y se pone a tomar con él y a bailar con mujeres más jóvenes.</p> <p>Menciona que todo es cuestión de adaptarse a la enfermedad y que acostumbra a hacerse el fuerte cuando se siente mal.</p> <p>Se considera atractivo físicamente.</p> <p>Hace hincapié en que después de jubilarse piensa poner un negocio para continuar siendo útil y productivo.</p> <p>Le gusta ser reconocido por el sexo femenino y más joven.</p>
Nombre	Gustavo
Edad	45 años
Constelación Familiar	Casado con 3 hijos
Nivel de estudios	2º. Semestre de Preparatoria.
Lugar de Residencia	México, D.F. (No menciona específicamente donde)
Abandono	Lo separaron de su mamá aproximadamente a la edad de 9 años debido a la separación de sus padres. A raíz de eso ya no vivió con ella, solamente con su padre, hermanos y abuela paterna.
Lugar que ocupa en la familia	No lo menciona.

Migración	Nació en Veracruz y llega al D.F. con su padre y sus hermanos, cuando sus padres se separaron.
Economía	Su economía es limitada (podría decirse que va al día).
Empleo	Vigilante de la FES Iztacala.
Salud-enfermedad	Padece diabetes desde hace 2 años aproximadamente, no toma medicamentos para controlar su nivel de azúcar, sólo se inyecta vitaminas (bedoyecta) cada mes. Trata de no consumir azúcar y toma avena para el colesterol.
Tipo de rel. afectiva	Suele relacionarse de manera muy pacífica con las personas pues no le agrada tener problemas con nadie.
Depresión	Considera que en ocasiones su estado de ánimo baja, ya que se siente sin energía, angustiado y ansioso, esto se presenta cuando sus problemas económicos se acentúan. Señala que su estado de ánimo cambió también a partir de que le diagnosticaron la diabetes. Mientras esta deprimido trata de mantenerse ocupado, como lavando trastes, con tal de no pensar en cosas negativas. Trata de no estar mucho tiempo solo, porque no le gusta sentirse deprimido.
Relación con esposa	Con su esposa tiene una buena relación actualmente, anteriormente tuvieron algunos problemas graves por el alcoholismo de él, pero después de eso han tratado de llevarse bien, comenta que llevan juntos 24 años.
Relación con hijos	Con sus hijos trata de llevar una buena relación de comunicación y confianza, comenta que cuando les pasa algo les dice que es normal, que están chavos y que van empezando, dice que esta muy pendiente de su hija de quince años porque esta rodeada de muchas cosas como son los novios, drogadicción entre otras cosas, es por esto que trata de ser su amigo para que ella le tenga confianza y le comente sus dudas e inquietudes.
Masculinidad	Considera que a raíz de haber estado en el grupo AA, sus habilidades sociales mejoraron. No le agrada ir al médico (IMSS), ya que le molesta que lo tengan mucho tiempo esperando. Sólo cuando esta realmente enfermo y se siente muy mal acude al médico, pero a consultorio particular o de similares. Dice que no toma medicamentos ya que no tiene malestares. Considera que su enfermedad no ha afectado su rendimiento físico. Menciona haber sido testigo de diversos accidentes o

	circunstancias desagradables (asaltos, asesinatos, atropellamientos y suicidios), los cuales no habían afectado a su salud física ni emocional hasta que le diagnosticaron la diabetes.
Nombre	Ricardo
Edad	47 años
Constelación Familiar	Unión libre con 2 hijas adoptivas
Nivel de estudios	No lo mencionó.
Lugar de Residencia	Tlanepantla Edo. de México.
Abandono	Su madre lo abandono desde recién nacido, dejándolo al cuidado de su abuela, se crió con las criadas de su abuela, casi no convivió con su madre puesto que ella vivía en Canadá.
Lugar que ocupa en la familia	No lo menciono.
Migración	Toda su vida ha vivido en Tlanepantla Edo. de México.
Economía	Su economía se ha visto bastante afectada desde su separación con su primer pareja, ya que ésta le demando pensión de un 60% para los hijos de ella. Con su actual pareja también vive una situación económica complicada ya que debe pagar 5 tarjetas de crédito al mes, razón por la cual tiene que trabajar por las tardes vendiendo galletas afuera de la FES.
Empleo	Es vigilante de la FES desde hace 20 años. Considera que su trabajo es tranquilo y descansado. Le faltan 10 años para jubilarse.
Salud-enfermedad	Es hipertenso, controla su presión con captopril. Sospecha que padece de un soplo en el corazón puesto que su papá lo padeció. Considera que el tomar medicamentos diariamente lo hace adicto, por tal motivo él no toma diario los suyos e incluso se le olvida. Piensa que a veces sus malestares a parte de la hipertensión se deben a su aumento de peso o a su mala alimentación, ya que come mucha grasa. Menciona que en ocasiones le duele el pecho pero no hace nada por atenderse su malestar, sólo piensa que hay que salir adelante. Piensa que la enfermedad la puede enfrentar sólo con la idea de que tiene que salir adelante. Acude al médico sólo cuando lo obliga su actual pareja o cuando se le acaban los medicamentos. Señala que en una ocasión su presión era de 205/187 y aparentemente no sentía malestares físicos, dice que sólo se sentía mareado, veía amarillo y le dolía el

	<p>pecho. Recuerda que sólo pensaba en “salir adelante”.</p>
Tipo de rel. afectiva	<p>Entabla relaciones distantes ya que piensa que toda la gente lo único que quiere es burlarse de él, menciona que en este mundo no hay amigos.</p>
Depresión	<p>Ha padecido depresión a causa de recordar aspectos de su madre. Menciona que a veces se siente decaído pero continuamente trata de superarlo, dice que antes no tenía por quien vivir. Señala que ha llorado mucho a causa de su depresión y antes se veía muy cabizbajo. La manera en la que enfrenta su depresión es pensando que va a “salir adelante” Actualmente cuando se deprime, su nueva pareja le ayuda a enfrentar las situaciones. Se considera una persona nada atractiva físicamente (feo), pero comenta que eso no le importa, ya que lo que importan son los sentimientos Define la depresión como un estado de ánimo en el que uno se siente decaído, cuando no tiene ánimo, cuando esta cabizbajo y dice estar derrotado.</p>
Relación con esposa	<p>Lleva una buena relación con su pareja, ya que ella lo ayudó a salir de la depresión en la que se encontraba por la problemática que se suscitó con su anterior pareja.</p>
Relación con hijos	<p>Menciona que sus hijas adoptivas lo quieren mucho e incluso le llaman “papá” y suelen ser muy cariñosas con él.</p>
Masculinidad	<p>Menciona que a pesar de que socialmente se piensa que los hombres no deben llorar, él no ha podido evitar hacerlo, e incluso dice que los más grandes hombres son de llorar. Considera que aunque este enfermo tiene que demostrar su fuerza y trata de animarse y “salir adelante”. Ha enfrentado su depresión sin ayuda profesional, considera que todo esta en la fuerza de voluntad y en querer “salir adelante” Piensa que no hay amigos en los cuales se pueda confiar, ya que sólo se burlan de la situación adversa por la que esta pasando. Señala a que pesar de estar a disgusto con su aspecto físico, tiene buenos sentimientos y para él es lo que cuenta. Piensa que aquel que “domina la mente lo domina</p>

	<p>todo”, inclusive su cuerpo y su salud. Quiere ser el proveedor de su familia, y sacar adelante a su pareja y a sus hijas adoptivas. Desea tener un patrimonio para ellas, incluso acaba de sacar una casa. Considera que basta con querer “SALIR ADELANTE” para lograr todo.</p>
Nombre	Aarón
Edad	47 años
Constelación Familiar	Casado con hijos.
Nivel de estudios	No lo mencionó.
Lugar de Residencia	No lo mencionó.
Abandono	No sufrió abandono
Lugar que ocupa en la familia	Es el tercero de 4 hermanos.
Migración	Nació en el estado de Guanajuato y a los 4 años llegó al D.F. con toda su familia con la idea de buscar mejores oportunidades laborales.
Economía	<p>A la edad de 6 años empezó a trabajar con sus hermanos para ayudar a su papá y mejorar la situación económica.</p> <p>Actualmente su situación económica es limitada y con alguna que otra deuda.</p>
Empleo	Actualmente es vigilante de la FES desde hace 26 años. Le agrada su trabajo ya que no se aburre, pues se distrae saludando a los alumnos, compañeros y maestros.
Salud-enfermedad	No padece ninguna enfermedad crónica hasta el momento.
Tipo de rel. afectiva	Suele relacionarse de manera muy amigable y pacífica con las personas.
Depresión	<p>Padeció depresión a los 35 años a causa del asesinato de sus primos, lo cual le duró dos o tres años.</p> <p>10 años después cuando apenas estaba superando lo anterior, fallece su madre siendo esto el detonante de otro episodio depresivo del cual aún no ha podido salir. Su depresión aumenta cuando ve las fotografías de su madre y constantemente piensa “por qué te fuiste, por qué no estas conmigo”.</p> <p>Refiere que se siente vacío desde la pérdida de su madre.</p> <p>El pensar que su papá está solo sin nadie quien lo atienda lo hace sentirse muy mal, ya que la salud de su papá es delicada, siente impotencia al no poder estar al 100% con él, eso lo deprime bastante.</p> <p>Considera que se deprime muchísimo más cuando está</p>

	<p>solo, ya que es cuando empieza a recordar mucho a su mamá y esta pensando el por qué su mamá tenía que morir.</p> <p>Dice que también lo deprime el tener algunas deudas ya que solo esta pensando en cómo va a pagarlas y en cómo obtener más dinero.</p> <p>Define que estar deprimido es sentirse triste, apagado, desconsolado de la vida, cuando uno se siente mal con todo y a gusto con nada. La manera en la que enfrenta su depresión es llorando solamente cuando se encuentra solo o cuando su esposa le dice que debe desahogarse.</p>
Relación con esposa	La relación que lleva con su esposa es muy buena pues ella lo apoya y él a ella, es decir ambos se apoyan en todas las situaciones y en todo momento.
Relación con hijos	Lleva una buena relación con sus hijos pues estos son aún pequeños dice que trata llevar una buena relación con ellos, que van bien en la escuela y les dice que le echen muchas ganas, que él y su esposa los van a apoyar hasta que ellos quieran, y que entre más empeño le pongan a la escuela van a tener un mejor futuro.
Masculinidad	<p>Comenta que cuando murió su madre él no manifestó dolor ante este hecho, continuamente se hacía el fuerte, tratando de animar a su familia y diciéndoles que había que estar mas unidos.</p> <p>En esa ocasión no lloró frente a nadie, sólo en su casa y con su esposa una vez estando solos, lo cual sigue siendo igual hasta la fecha.</p>
Nombre	Manuel
Edad	48 años
Constelación Familiar	Casado desde hace 20 años con un hijo de 11 años
Nivel de estudios	Licenciatura trunca
Lugar de Residencia	México D.F. (no menciona exactamente el lugar)
Abandono	Debido al fallecimiento de ambos padres cuando él era muy pequeño, se queda al cuidado de unas tías junto con su hermano mayor, es separado de su hermana menor ya que a ella la cuidaron otras personas.
Lugar que ocupa en la familia	Es el de en medio (tiene un hermano mayor y una hermana más chica)
Migración	Siempre ha vivido en el D.F, sin embargo desde que fallecen sus padres tuvo distintos cambios de residencia, primeramente se va a vivir con su hermano mayor a casa de unas tías, sin embargo debido a que existían muchas carencias económicas se cambian a

	<p>vivir con otra tía por parte de su padre, con la cuál vivió hasta los 17 años aproximadamente y su cambio se debe a la mala relación que llevaba con dicha persona, se cambia a vivir a casa de un amigo para posteriormente irse a vivir con su primo y la esposa de éste; debido a problemas se cambia a vivir con su hermano y dado que la relación tampoco fue buena se va a vivir con unos tíos con los que encontró estabilidad y vivió con ellos 10 años. Finalmente se casa y se va a vivir a casa de los padres de su esposa para así con los años tener su propio hogar en donde vive actualmente con su esposa e hijo.</p>
Economía	<p>Desde pequeño padeció muchas carencias económicas ya que la tía con la que vivía no le daba dinero para sus gastos, no obstante después comienza a trabajar en varios lugares y tiene su propia solvencia, incluso para apoyar económicamente en las casas donde vivió y solventarse la escuela. Actualmente su situación económica es más o menos estable.</p>
Empleo	<p>Desde los 8 años trabajó en un puesto de la merced ayudando a su tía, y también ayudaba en ocasiones a unos albañiles que realizaban una construcción para otro negocio, como a los 17 años trabajó como inspector de calidad en una empresa, posteriormente trabajó con un carpintero ayudándole en trabajos pequeños y también lo apoyaba vendiendo en un tianguis los domingos, trabajó en el DIF, en una empresa de sobres y finalmente entró a la UNAM como auxiliar de intendencia hasta que obtuvo la plaza de jefe de vigilancia en la FES- Iztacala. Su horario de trabajo es de 9 a 8 de la noche.</p>
Salud-enfermedad	<p>Considera que siempre ha sido muy sano, solamente recuerda que de vez en cuando se enfermaba de laringitis y comenzó a usar lentes desde los 9 años. Actualmente su salud también es buena y si se enferma es solo una vez al año, considera que su organismo le “ha salido muy bueno”</p>
Tipo de rel. afectiva	<p>Desde pequeño padeció mucho maltrato con las personas con las que creció, sobre todo con su tía por parte de su padre, que se hizo cargo de él hasta los 17 años, su relación fue muy dañina y violenta ya que ella lo golpeaba mucho; por otro lado comenta que se llevaba bien con sus primas, con su hermano también hasta que se separaron, refiere que en la secundaria pudo cambiar su forma de ver las cosas y comenzó a ser más abierto con los demás, logró hacer amistades y</p>

	<p>en la preparatoria tuvo sus primeras salidas a fiestas con su amigo con el que vivía, nunca tuvo problemas con los compañeros de trabajo y hasta la fecha considera que es buen compañero y se preocupa mucho por ellos. Con sus sobrinos pequeños siempre fue excesivamente cariñoso y dádivoso. Actualmente considera que no podría ver a la cara a la tía que le hizo tanto daño y extraña muchísimo a su hermana aunque no la conoce. Ha tenido muchas discusiones con su hermano y con la familia con la que vivió 10 años, lo cuál ha ocasionado que se distanciaran.</p>
Depresión	<p>Señala que toda su infancia fue demasiado triste comenzando por la ausencia de sus padres, el hecho de crecer con personas que no le brindaron en absoluto nada de afecto le afectó mucho puesto que solo recibió humillaciones, maltrato físico y maltrato psicológico lo que hacía que añorara con frecuencia a sus padres. Comenta que aunque nunca le faltó escuela, su infancia fue muy traumatizante, llena de represiones y golpes que en la mayoría de los casos no estaban justificados, menciona que siempre lloraba por todo y que fue muy temeroso hacia su tía, le afectó mucho el hecho de que lo separaran de su hermana y le duele que a la fecha no la conozca, en general su depresión es a causa de todo lo que vivió en su infancia ya que su vida actual la define como muy buena, sin embargo reconoce que siempre vive con cierta amargura por todos los recuerdos que le vienen a la memoria y el rencor que siente al recordarlo. La manera en la que enfrenta la depresión es trabajando mucho para no pensar ni recordar su infancia.</p>
Relación con esposa	<p>La relación que tiene con su esposa es buena aunque señala que ella es muy celosa y por esta razón en ocasiones discuten mucho, comenta que la comunicación con ella está basada en su hijo ya que dice que no tienen en común absolutamente nada de sus historias de vida ya que ella no careció de nada como él y que prefiere no hablar de su pasado con ella debido a que no se entienden.</p>
Relación con hijos	<p>Con su hijo dice sentirse muy feliz ya que es buen niño, estudioso e inteligente, le gusta salir en familia los fines de semana porque disfruta mucho jugar con su hijo, aunque a veces está en discrepancia con su esposa ya que le gusta consentir en todo al pequeño, le gusta comprarle todo lo que quiera para que no carezca de nada como él.</p>

Masculinidad	<p>La primera vez que tomó fue hasta los 17 años y fue en una fiesta con sus amigos. Solamente cuando vivió con la familia que duró 10 años, se sintió libre, con libertad para llegar tarde y salirse a la hora que quisiera. Del mismo modo desde los 19 años aproximadamente aprendió a ser el proveedor de una familia puesto que ayudaba económicamente a estas personas con las que vivió antes de casarse.</p> <p>Cuando se casó él y su esposa tuvieron muchas dificultades para que ella se embarazara, sin embargo estaban dispuestos a adoptar si era necesario. Actualmente define su etapa actual de vida como de lo mejor que haya pasado, como hombre, como esposo y como padre. Su salud la considera buena y le gusta cuidarse, acostumbra hacer ejercicio los sábados y los domingos, le gusta comer de todo y considera que si no tuviera la fuerza física que tiene y el buen funcionamiento de su organismo posiblemente no tendría actualmente lo que tiene en su vida, se define como una persona fuerte pero a la vez sensible. En cuanto a tomar una terapia psicológica menciona que nunca lo ha pensado, y además el tiempo no se lo permitiría puesto que trabaja todo el día.</p>
Nombre	Josué
Edad	57 años
Constelación Familiar	Viudo desde hace 2 años con 2 hijos de 26 y 28 años
Nivel de estudios	Secundaria Terminada
Lugar de Residencia	México, D.F.
Abandono	No vivió abandono
Lugar que ocupa en la familia	No lo menciona
Migración	Nació en Guerrero y en su adolescencia vivió en Oaxaca un tiempo por cuestiones de trabajo, actualmente vive en la ciudad de México desde hace 33 años
Economía	Desde su infancia padeció de carencias económicas y refiere que en ocasiones no había comida, actualmente va al día, no tiene tantas carencias como antes pero si está un poco limitado en su economía
Empleo	Desde los 5 años trabajó en el campo, actualmente trabaja como empleado en la UNAM desde hace 31 años
Salud-enfermedad	Menciona que no es enfermizo y que cada año se enferma de la garganta solamente, asimismo dice que

	<p>en ocasiones le molesta una cicatriz que tiene a consecuencia de una operación de hernia inguinal, no obstante acude muy de vez en cuando al médico y define su salud como buena, en ocasiones sale a caminar como ejercicio.</p>
Tipo de rel. afectiva	<p>Desde pequeño, aunque vivió con sus padres señala que no había casi contacto con ellos, que no había comunicación y hasta dice “como que no había mucho amor”, con sus hijos la comunicación también es limitada porque dice que ellos son muy serios. Con sus amigos dice ser relajiento y le gusta convivir. Actualmente tiene una nueva relación de pareja con la cuál se lleva muy bien porque ella lo cuida y está muy pendiente de él.</p>
Depresión	<p>Hace mención de que desde hace dos años que enviudó su estado de ánimo cambió mucho, acepta que padeció depresión por dicha causa e incluso actualmente no lo supera del todo, señala que le hace mucha falta su pareja y dice que cuando recién murió su esposa, él quería gritar, se la pasaba encerrado, casi no comía. Actualmente señala que esa depresión le duró aproximadamente año y medio y ahora lo que trata es de salir adelante e ir la pasando, considera que ha ido superando el proceso gracias a su nueva pareja y a que convive mucho con sus amigos. Define la depresión como una enfermedad que es muy mala y que incluso puede atraer otras enfermedades si te aferras a ella, señala que por esa razón existen muchos suicidios y que lo mejor es salirse de eso y no dejarse llevar. La manera en la que enfrenta su depresión es saliendo con amigos y en ocasiones le agrada beber alcohol para olvidarse un poco de sus problemas.</p>
Relación con esposa	<p>Refiere que se llevaba bien con su esposa ya que ella era mayor que él por 10 años, aspecto que a él le agradaba mucho.</p>
Relación con hijos	<p>Con sus hijos existe poca comunicación ya que menciona que son bastante serios, además de que su hija está casada y ya no vive con él y su hijo con el que vive trabaja y casi no se ven en el día.</p>
Masculinidad	<p>Con respecto a esto el señor Josué refiere que cuando su esposa estaba internada intentó golpear al médico que la atendía debido a que no le agradaba la atención médica que ella recibía. Por otro lado señala que cuando padeció la depresión severa, no lo habló con nadie, ni con sus hijos debido a que consideraba que no tenía ya caso hablarlo. Actualmente se siente</p>

	<p>motivado con la nueva relación de pareja que tiene y aunque antes decía que para qué luchar, ahora se preocupa por salir a caminar y hacer ejercicio de vez en cuando. Le gustaría volverse a casar y le preocupa un poco el hecho de que sus hijos no lo acepten pero considera que él tiene todo el derecho de volver a hacerlo aunque está consciente de que no está en sus planes volver a tener hijos ya que piensa que ya está muy grande para eso, y considera que sería una tontería ya que no los vería crecer. Lo que él busca es una pareja para estar bien sin compromisos y vivir su vejez con alguien.</p> <p>Por otro lado menciona que se define como una persona buena onda que le gusta echar relajo con los amigos y que de vez en cuando necesita tomar una o dos copas para librarse del estrés y de la presión del trabajo, de esta manera se relaja, llega a su casa y se duerme para olvidarse de las preocupaciones de la vida.</p>
Nombre	Víctor
Edad	49 años
Constelación Familiar	Casado y con hijos.
Nivel de estudios	No lo menciona.
Lugar de Residencia	Copilco (Sur de la Ciudad)
Abandono	El no sufrió abandono por parte de su madre.
Lugar que ocupa en la familia	Es el mayor de sus hermanos.
Migración	Siempre a vivido en la ciudad de México, durante su infancia vivía en Tezón y posteriormente en Copilco.
Economía	Su economía es estable.
Empleo	Es vigilante de la FES Iztacala desde hace aproximadamente 28 años y además en sus ratos libres se dedica a la albañilería (pega azulejo, tabique, hace lozas).
Salud-enfermedad	Actualmente no padece ninguna enfermedad, pero menciona que anteriormente padeció de alcoholismo y en una ocasión fue a parar al ISSSTE por lo mismo de que ingería bebidas embriagantes en exceso.
Tipo de rel. afectiva	Suele entablar relaciones afectivas muy duraderas y entregadas, no sólo pasajeras.
Depresión	Menciona que sólo padeció depresión cuando murió su papá, dice que le causaba mucha tristeza saber que su papá se había muerto por el alcoholismo.
Relación con esposa	Anteriormente cuando su esposa se enteró de que le había sido infiel, su relación no era muy buena, sin

	embargo una vez que se arregló todo comenzaron a llevarse mejor y actualmente su relación es estable.
Relación con hijos	La relación con sus hijos es muy buena ellos viven ahí con él, comenta que cada quien tiene su pedazo y que regularmente almuerzan y comen todos juntos y que conviven muy bien entre todos, incluso sus hijos tienen una comunidad en la iglesia, casi todos asisten a las reuniones de dicha comunidad menos él porque el trabajo no se lo permite.
Masculinidad	Comenta que cuando solía beber mucho iba frecuentemente a fiestas y se alcoholiza y acostumbraba sacar a bailar a diferentes mujeres y a partir de eso hace algunos años tuvo una relación extramarital, lo cual lo hacía sentirse muy alegre, y mantuvo dos relaciones (con su esposa y con la otra persona) durante algún tiempo.
Nombre	Paulo
Edad	55 años
Constelación Familiar	Casado con cinco hijos.
Nivel de estudios	Es profesor titulado (jubilado) y pasante de la licenciatura en derecho.
Lugar de Residencia	Atizapán de Zaragoza.
Abandono	Sufrió la ausencia de su madre debido a su muerte cuando él tenía tres años de edad y por tal motivo su papá lo dejó a cargo de sus abuelos, fue así que desde muy pequeño estuvo separado de sus padres.
Lugar que ocupa en la familia	Es el mayor de 9 hermanos.
Migración	Nació en San Diego un pueblo ubicado un poco más delante de Toluca, pero tuvo que salir de ahí hacia el siguiente pueblo (Cuicuilco) a los trece años aproximadamente para continuar estudiando la primaria, ya que en su pueblo sólo se podía cursar hasta el segundo grado de primaria, posteriormente se tuvo que ir a Toluca para estudiar la secundaria, ahí también ingreso a la normal y posteriormente radicó durante un tiempo en Teotihuacan ya que ahí le asignaron su plaza como maestro, de ahí se trasladó a Texcoco con la idea de estudiar la preparatoria hasta que finalmente llega a la ciudad de México para ingresar a la facultad de derecho.
Economía	Su economía es limitada porque ya es jubilado, pero no le preocupa mucho ya que comenta que sus hijos lo apoyan con los gastos de la casa.
Empleo	Es profesor jubilado.

Salud-enfermedad	Menciona que actualmente no padece ninguna enfermedad, sin embargo en su juventud padeció alcoholismo.
Tipo de rel. afectiva	Se considera tranquilo y pasivo, aunque es muy sociable y le agrada platicar mucho.
Depresión	Padece depresión desde muy pequeño primero por la muerte de su madre y porque al morir su madre su papá lo deja al cuidado de sus abuelos. Actualmente se encuentra bastante deprimido debido a que esta jubilado y siente que su vida ya no tiene sentido, comenta que esta perdiendo la alegría de vivir y que últimamente ya no le interesa vivir porque esta llegando a la recta final de su vida, le afecta mucho no saber que va a hacer porque ya no tiene metas y eso lo deprime mucho. La manera en la que la enfrenta es leyendo e investigando páginas en internet para cultivarse y para aprender.
Relación con esposa	La relación con su esposa es muy buena pues siempre han respetado mutuamente sus diferentes maneras de pensar.
Relación con hijos	Define la relación con sus hijos como excelente, considera que no puede haber mejor relación porque no nunca se faltan al respeto, actualmente se llevan muy bien porque en su infancia estuvo con ellos, les contó cuentos, los impulso a que estudiarán y ellos lo respetan lo apoyan e incluso lo ayudan con los gastos de la casa.
Masculinidad	Menciona que cuando murió su mamá no se atrevió a llorar frente a la gente porque "los hombres no lloran", se aguantó hasta estar solo para llorar. Tuvo que dejar de estudiar su carrera de licenciado en derecho para dedicarse de lleno a trabajar para mantener a sus hijos y su esposa y no dejar de proveerlos de lo necesario. Comenta que se siente muy contento porque les brindó a sus hijos todo lo necesario, que incluso algunos de ellos tienen dos profesiones.

HISTORIAS BIOGRÁFICAS

“JUAN LUIS”

El señor “**Juan Luis**” tiene 52 años, actualmente está casado y tiene dos hijas, una de 27 y otra de 24 años. Nació en la ciudad de México pero al año cuatro meses se lo llevaron a vivir a Tlaxcala puesto que su mamá lo abandonó junto con sus hermanos y es cuando se queda al cuidado de su abuelo paterno hasta la edad de seis años, cursando allá el primer año de primaria. Posteriormente regresó a la ciudad de México a vivir nuevamente con su madre, hasta que se casó. Su situación económica ha sido siempre escasa, no obstante en su infancia padeció de muchas más carencias de las que ahora puede padecer. Le gustaría darle a su familia más económicamente hablando.

Trabaja en el sindicato (SEP), en el área de activo fijo realizando inventarios de equipo de oficina y su horario de trabajo es de 9 a 4 de la tarde. Con respecto a sus relaciones de trabajo se considera buen compañero ya que no le agrada buscar conflictos, no obstante reconoce que no tiene amistades sino solo compañeros.

En lo que respecta a su salud, podemos decir que en general ésta es buena, no padece de ninguna enfermedad crónica y está acostumbrado a hacer mucho ejercicio por lo que se considera fuerte físicamente, razón por la cuál no acostumbra acudir al médico cuando se llega a enfermar de la garganta que es lo único que llega a padecer una o dos veces al año. Acepta que cuando enferma y cae en cama se siente molesto consigo mismo por haberse enfermado y en alguna ocasión reconoce que esto mismo le ha causado depresión, al igual que cuando una de sus hijas se enferma. La relación que lleva con su esposa y sus hijas es buena, con bases como la confianza, la comunicación, el respeto, aunque en algunas ocasiones se siente un poco distanciado de sus hijas puesto que le gustaría que las cosas siguieran como cuando eran pequeñas; en cuanto a su esposa refiere que la relación es muy buena, sin embargo a veces pelean y la relación se vuelve sumamente tensa. Este hecho hace que él se deprima ya que cuando discute con su pareja dejan de hablarse varios días o hasta semanas y en general la situación de su hogar es hostil o apática, bajo estas circunstancias manifiesta sentir tristeza, desgano, falta de energía, mucho sueño hasta el punto de llegar a dormirse en la mesa cuando come solo, y falta de apetito, considerando que él mismo se define como muy “tragón”. La manera en la que la enfrenta es haciendo alguna actividad doméstica como lavar los trastes o bien haciendo ejercicio, no obstante se siente completamente “recuperado” cuando logra entablar diálogo con su esposa y las cosas se arreglan completamente, para él es como un volver a empezar. Por lo tanto la depresión se origina cuando aparece la enfermedad y cuando discute con su pareja.

En cuanto a su masculinidad menciona que se siente aún joven y le agrada reparar las cosas que se descomponen en su trabajo o en su casa ya que se siente útil y eficaz.

Con respecto a su sentir, reconoce que las emociones que predominan en él son el **resentimiento** en relación a su infancia y la **alegría** en relación a su presente.

“EMMANUEL”

El señor “**Emmanuel**” tiene 45 años y vive en unión libre con su esposa desde hace 28 años, tiene una hija de 26 años y un hijo de 24. Nació en Veracruz pero debido a que había una economía sumamente escasa y también a que tenía muchos hermanos, decidió a los catorce años viajar a la ciudad de México para buscar mejores oportunidades en el ámbito laboral. Cabe señalar que su infancia la describe como algo sumamente difícil, empezando por el maltrato que les daba su padre y por las circunstancias precarias en las que vivían, se acostumbró a trabajar desde muy pequeño en el campo.

Reconoce que durante su juventud trabajó en distintos oficios, sin embargo afirma que su verdadero negocio es el de la farmacia, tiene varias sucursales y le va muy bien económicamente al grado de que tiene la facilidad de ayudar a varias personas que no tienen qué comer, como ancianos o niños de la calle.

En cuanto a su salud, podemos decir que en general es buena aunque continuamente tiene tos porque fuma mucho y también tiene un dolor crónico a la altura del pecho, el cuál alivia con analgésicos solamente.

Cabe señalar que hace aproximadamente cinco años vivió una situación que desencadenó en él un estado depresivo. Asaltaron su farmacia y perdió mucho dinero, además de que su esposa se fracturó una pierna y al mismo tiempo tenía que pagar una deuda muy grande en el banco, todo esto ocasionó que su estado de ánimo cayera ya que dice no poder soportar la idea de ver a su esposa enferma y en cama, además de que en esos momentos su situación económica se vio en crisis. Reconoce que es aquí cuando padeció depresión a tal grado de tener insomnio y constantemente ideas suicidas ya que planeaba arrojarse al metro, así también menciona que lloraba constantemente cuando se le presentaba la oportunidad de estar solo, y también su apetito se vio afectado. El episodio depresivo le duró aproximadamente ocho meses y señala que la manera en la que lo superó fue teniendo fe en Dios y dialogando con su esposa. No ha vuelto a presentar ningún cuadro depresivo a la fecha.

Con respecto a la relación que lleva con su esposa podemos decir que se lleva muy bien con ella, refiere que es lo más importante que ha tenido en su vida y que la valora más que a nada en el mundo; comenta que jamás la ha golpeado ya que no considera justo el maltratar a una mujer que le ha dado todo. Con sus hijos lleva buena relación, aunque reconoce que es más apegado a su hijo ya que éste le ayudó mucho cuando se suscitó el problema y con su hija tiene una relación más distante puesto que ya es casada.

En cuanto a su masculinidad el señor “Emmanuel” refiere que se considera un hombre mujeriego e infiel. Fuma cuando se siente estresado. Las enfermedades no acostumbra atenderlas con el médico y trabaja incansablemente para olvidarse de que se encuentra enfermo, dice que trabajando se recupera más rápido que si estuviera en cama.

La emoción que predomina en él es la **soberbia** ya que constantemente alaba sus acciones, no importa cuales sean.

“OMAR”

El señor “Omar” tiene 49 años, es casado y tiene 1 hija y 1 hijo con su actual esposa. Nació en la ciudad de México y siempre ha radicado aquí. Es el mayor de sus hermanos y el único varón. Su madre es mamá soltera y por lo tanto desde muy pequeño se hizo cargo del sostén de su familia, aunque solo estudió hasta el primer año de secundaria.

Durante toda su vida ha tenido varios oficios, de rotulista, zapatero, joyero, lava autos, actualmente trabaja en la FES Iztacala como vigilante desde hace 24 años, trabaja 8 horas diarias y ocasionalmente tiene horas extras. Su economía es limitada y reconoce que este hecho lo estresa en gran medida, se endeuda constantemente para ayudar principalmente a sus hijos.

En cuanto a su salud, menciona que padece de diabetes, colitis nerviosa y vértigo, refiere que tanto la diabetes como el vértigo los trata con medicamentos para nivelar la glucosa y para disminuir el mareo. Además también está acostumbrado a hacerse el fuerte cuando se siente mal ya que no recibe la atención que quisiera de esposa e hijos.

Algo importante es que en cuanto a la depresión podemos decir que él no logra identificarla como tal, a pesar de que dice que su situación económica lo angustia a tal grado de no poder dormir y tener constantemente deseos de morir, se siente muy triste y llora ocasionalmente, la manera en la que lo enfrenta es solamente aguantando todo lo que siente ya que la relación con su esposa es muy hostil y discuten constantemente por lo que no pueden dialogar con confianza y tranquilidad. Menciona que solamente cuando hablan de sus hijos se llevan bien.

Un aspecto importante es que a pesar de que el señor “Omar” refiere que tiene una situación hostil en su familia, señala por otro lado que se llevan muy bien y que acostumbran dialogar sobre sus conflictos, es decir, se muestra una contradicción en esto.

Menciona también que le agrada ir a fiestas familiares y de amigos, además de que refiere que a menudo acude a un antro con su sobrino que es bailarín y aunque padece de diabetes aún acostumbra beber alcohol.

En cuanto a su masculinidad refiere que se considera atractivo físicamente, le agrada ser reconocido por el sexo femenino y que le saluden. En cuanto a las discusiones con su esposa se deslinda de la responsabilidad de tener él algún problema psicológico ya que está seguro de que su esposa es la del problema.

La emoción que predomina en él es la **angustia**.

“RICARDO”

El señor “Ricardo” tiene 47 años, vive en unión libre y tiene 2 hijas adoptivas. Reside en Tlalnepantla Edo. de México en donde ha vivido toda su vida.

Su madre lo abandonó desde recién nacido, casi no convivió con ella puesto que ésta radicaba en Canadá.

Su situación económica siempre ha sido difícil, pues en 1996 se casó por primera vez con una persona que solo estaba con él por interés monetario. Esta persona tenía dos hijos, (un niño y una niña), y él adoptó a los hijos de su pareja como suyos. Posteriormente se separaron y ella le demandó pensión alimenticia para sus hijos. A raíz de esta situación él comenzó a decaer anímicamente ya que le tenía que dar a la señora un 60 % de su sueldo y solo se quedaba con \$200 o \$300 de su quincena y tenía muchas carencias económicas, se sentía usado y abusado. Desde 1996 le ha dado pensión a esta persona. Años después se encontró a otra pareja con quien vive actualmente, ella tiene dos hijas y también vive una situación económica complicada ya que acaba de sacar una casa y debe pagar 5 tarjetas de crédito al mes, razón por la cuál tiene que trabajar por las tardes vendiendo galletas afuera de la FES – Iztacala.

Trabaja como vigilante de la FES – Iztacala desde 1985, le agrada su trabajo porque lo considera tranquilo y descansado, tanto que ya lleva 20 años ahí y ya solo le faltan 10 años para jubilarse.

En cuanto a su salud ésta no es muy buena ya que padece de hipertensión, enfermedad que controla con captopril, además sospecha que padece de un soplo en el corazón puesto que su papá lo padeció. Considera que el tomar medicamentos diariamente lo hace adicto, por tal motivo él no acostumbra tomar frecuentemente el medicamento indicado. Piensa que a veces sus malestares además de la hipertensión, se deben a su aumento de peso o a su mala alimentación, ya que come mucha grasa. Menciona que en ocasiones le duele el pecho pero no hace nada por atender su malestar, solo piensa que hay que salir adelante. Acude al médico solo cuando lo obliga su actual pareja o cuando se le acaban las medicinas, Señala que en una ocasión su presión era de 205/187 y aparentemente no sentía malestares físicos. Piensa que la enfermedad la puede enfrentar sólo con la idea de que tiene que salir adelante y pensando positivamente.

Ha padecido depresión a causa de la situación que vivió con su primer pareja que se siente utilizado y engañado, asimismo se deprime cuando recuerda la situación que tuvo que vivir en su infancia con la ausencia de su madre y por esta razón a veces se siente decaído pero constantemente trata de superarlo, ya que dice que ahora si tiene por quien vivir. Señala que ha llorado mucho a causa de su depresión y que antes se veía muy cabizbajo, actualmente cuando se deprime su nueva pareja le ayuda a salir adelante y a enfrentar las situaciones.

Se considera una persona nada atractiva físicamente (feo), pero comenta que eso no le importa, ya que lo que importan son los sentimientos.

Define la depresión como un estado de ánimo en el que uno se siente decaído, cuando no tiene ánimo, cuando está cabizbajo y dice estar derrotado.

Define su relación de pareja como buena, ya que ella lo ha ayudado a salir de la depresión en la que se encontraba por la problemática que se suscitó con su anterior pareja. Con sus hijas adoptivas también se lleva bien, ellas lo quieren mucho e incluso le llaman "papá" y suelen ser muy cariñosas con él.

Con respecto a su masculinidad, no es machista ya que menciona que a pesar de que socialmente se piensa que los hombres no deben llorar, él no ha podido evitar hacerlo, e incluso dice que los más grandes son de llorar y considera que aunque esté enfermo tiene que demostrar su fuerza de voluntad y en querer "salir adelante" Piensa que "aquel que domina la mente lo domina todo", incluyendo su cuerpo y su salud.

Para él es muy importante ser el proveedor de su familia y sacar adelante a su pareja y a sus hijas adoptivas y por eso se esfuerza en tener un patrimonio para ellas.

La emoción que predomina en él es la **tristeza** ya que su vida ha sido muy complicada para él desde la infancia.

“GUSTAVO”

El señor “**Gustavo**” tiene 45 años, es casado con 3 hijos. Estudió hasta 2º. Semestre de preparatoria. Nació en Veracruz y llega al D. F. con su padre y sus hermanos cuando sus padres se separaron.

A él lo separaron de su mamá aproximadamente a la edad de 9 años debido al divorcio de sus padres y quedó solamente al cuidado de su padre.

Su vida actual la considera estable, trabaja como vigilante de la FES – Iztacala, sin embargo su economía es limitada, podría decirse que va al día.

En cuanto a su salud padece diabetes desde hace aproximadamente 2 años, no toma medicamentos para controlar su nivel de azúcar, solo se inyecta vitaminas (bedoyecta) cada mes, además trata de no consumir azúcar y toma avena para controlar el colesterol.

En cuanto a la depresión, él considera que en ocasiones su estado de ánimo baja, se siente sin energía, angustiado y ansioso. Esto se presenta cuando sus problemas económicos se acentúan. Señala que su estado de ánimo cambió cuando le diagnosticaron la enfermedad pero menciona que mientras está deprimido trata de mantenerse ocupado como lavando trastes, con tal de no pensar en cosas negativas, trata de no estar mucho tiempo solo, además de que no le gusta.

La relación que lleva con su esposa actualmente es buena, anteriormente tuvieron algunos problemas graves por el alcoholismo de él, pero después de eso han tratado de estar bien, llevan juntos 24 años.

Con sus hijos trata de llevar una buena relación de comunicación y confianza, comenta que cuando les pasa algo les dice que es normal, que están chavos y que van empezando, dice que está muy pendiente de su hija de quince años porque está rodeada de muchas cosas como son los novios, drogadicción entre otras cosas, es por eso que trata de ser su amigo para que ella le tenga confianza y le comente sus dudas e inquietudes.

Considera que a raíz de haber estado en el grupo de AA, sus habilidades sociales mejoraron mucho.

En lo que respecta a su masculinidad, no le agrada ir al médico (IMSS), ya que le molesta esperar. Sólo cuando está realmente enfermo y se siente muy mal acude al médico, pero a un consultorio particular o de similares. No toma medicamentos porque dice que la enfermedad no le ha ocasionado malestares ni ha afectado su rendimiento físico.

Menciona haber sido testigo de diversos accidentes o circunstancias desagradables, (asaltos, asesinatos, atropellamientos y suicidios), los cuáles no habían afectado su salud física ni emocional hasta que le diagnosticaron diabetes.

En cuanto a sus hábitos alimenticios manifiesta que por la diabetes trata de no consumir mucha azúcar pero en ocasiones la economía no le permite ser selectivo con su comida.

La emoción que predomina en este señor es la **ansiedad**.

“AARÓN”

El señor “**Aarón**” tiene 47 años, es casado con hijos. Nació en el estado de Guanajuato y a los 4 años llegó al D. F. con toda su familia con la idea de buscar mejores oportunidades laborales. Es el tercero de 4 hermanos.

En lo que respecta a su economía siempre ha sido un poco difícil ya que desde la edad de 6 años empezó a trabajar con sus hermanos para ayudar a su papa y mejorar la situación económica e igualmente en la actualidad su situación económica es limitada y con alguna que otra deuda.

Trabaja como vigilante de la FES desde hace 26 años. Le agrada su trabajo ya que no se aburre, pues se distrae saludando a los alumnos, compañeros y maestros.

En cuanto a su salud, él es una persona sana, ya que al parecer no padece ninguna enfermedad crónica hasta el momento.

Con relación a la depresión, él la padeció por primera vez a los 35 años a causa del asesinato de sus primos, lo cual le duró dos o tres años, sin embargo 10 años después cuando apenas estaba superando lo anterior, fallece su madre siendo esto el detonante de otro episodio depresivo del cuál aún no ha podido salir. Menciona que su depresión aumenta cuando ve las fotografías de su madre y constantemente piensa "por que te fuiste, por que no estas conmigo". Refiere que se siente vacío desde la pérdida de su madre, además el pensar que su papá esta solo sin nadie quien lo atienda lo hace sentirse muy mal, ya que la salud de su papá es delicada; siente impotencia al no poder estar al 100% con él, eso lo deprime bastante. Considera que se deprime muchísimo más cuando esta solo, ya que es cuando empieza a recordar a su mamá y piensa en el porqué de la muerte de su mamá, además de que también lo deprime tener algunas deudas ya que sólo está pensando en cómo va a pagarlas y en cómo obtener más dinero.

Define que estar deprimido es sentirse triste, apagado, desconsolado de la vida, cuando uno se siente mal con todo y a gusto con nada.

La relación que lleva con su esposa es muy buena pues ella lo apoya, ambos se apoyan en todas las situaciones y en todo momento.

Con sus hijos también lleva una buena relación, pues estos son aún pequeños, van bien en la escuela y les dice que le echen muchas ganas, que él y su esposa los van a apoyar hasta que ellos quieran, y que entre más empeño le pongan a la escuela van a tener un mejor futuro.

En cuanto a su masculinidad comenta que cuando murió su madre él no manifestó dolor ante este hecho, continuamente se hacía el fuerte, tratando de animar a su familia y diciéndoles que había que estar más unidos.

En esa ocasión no lloró frente a nadie, solo en su casa y con su esposa una vez estando solos, lo cual sigue siendo igual hasta la fecha.

La emoción que predomina en él es la **melancolía**, ya que al recordar lo que sucedió con su madre y sus primos lo pone muy triste porque no ha podido superar ninguno de los dos acontecimientos.

“MANUEL”

El señor “**Manuel**” tiene 48 años, está casado y tiene un hijo de 11 años, nació en la ciudad de México y desde muy temprana edad quedó junto con sus hermanos huérfano de padre y madre, desconoce las causas por las que su padre murió pero su madre falleció al dar a luz a su hermana menor, razón por la cuál él y su hermano mayor se fueron a vivir con una tía (hermana de su mamá), y su hermana recién nacida la adoptaron unas personas que tenían buena posición económica, desde entonces no ha sabido nada de ella. Él y su hermano vivieron un tiempo con dicha tía, sin embargo debido a que había una escasa economía se fueron a vivir con la hermana de su padre con la que padeció tanto él como su hermano, de violencia física y psicológica durante mucho tiempo, aspecto que ocasionó que ya en la adolescencia su hermano se fuera de la casa y él se quedara solo con ella y continuó sufriendo todo tipo de maltrato, hasta que un día tomó la decisión de irse también de la casa y vivió un tiempo con un amigo cercano y en agradecimiento decide comenzar a trabajar para ayudar económicamente a la familia con la que vivía. Después de esto tuvo varios cambios de residencia, uno de ellos fue con su primo, posteriormente con su hermano hasta que los problemas originaron que nuevamente cambiara de lugar de vivienda y encontró a unos familiares que lo aceptaron en su casa y por fin encontró estabilidad ya que vivió durante diez años aproximadamente con ellos. Todos estos cambios de vivienda fueron en la ciudad de México, y en este transcurso él continuó estudiando y trabajando en diferentes partes, pagándose él mismo la escuela y llegó hasta la licenciatura para estudiar la carrera de medicina, sin embargo debido al costo de ésta hizo el cambio a la carrera de odontología, pero no la terminó. En este tiempo conoció a la que ahora es su esposa, ya que la familia con la que él vivió durante diez años la conocía y se la presentaron. Actualmente tiene una vida estable y trabaja en la FES – Iztacala como jefe del área de vigilancia, lleva una buena relación con sus compañeros de trabajo y considera que se encuentra en la mejor etapa de su vida, como hombre, como esposo y como padre, sin embargo reconoce que siempre le ha pesado su pasado. En cuanto a su salud menciona que no se enferma más que una vez al año de la garganta y lo único que considera relevante es que usa anteojos desde los nueve años, cuida su cuerpo y hace ejercicio junto con su hijo y su esposa los fines de semana. Define su relación con su esposa como buena y estable sin embargo en ocasiones han tenido problemas ya que ella es muy celosa. Sus hábitos alimenticios son buenos, dice comer de todo y reconoce que a veces le compra frecuentemente hamburguesas a su hijo ya que le gusta complacerlo en todo. Define la depresión como el sentirse triste, y está consciente de que el origen de sus estados depresivos está en todo el sufrimiento que vivió en la infancia. La manera en la que enfrenta la depresión es llorando de vez en cuando y trabajando para dejar de pensar puesto que no habla de lo que siente con su esposa. Las emociones que lo caracterizan generalmente son la **amargura**, el **rencor** y la **tristeza** ya que no ha podido superar todo lo que vivió durante su infancia y el no estar con sus padres.

“JOSUÉ”

El señor “**Josué**” tiene 57 años, es viudo desde hace dos años y tiene un hijo y una hija, nació en el estado de Guerrero y vivió junto con sus padres y sus 12 hermanos, su situación económica fue limitada por lo que desde muy pequeño (5 años), comenzó a trabajar en el campo. Su nivel de estudios fue hasta la secundaria y la relación que tuvo con sus padres fue un tanto fría ya que sus padres no acostumbraban ser cariñosos ni con él ni con sus hermanos. En su adolescencia se fue a vivir a Oaxaca por cuestiones de trabajo y pasados unos años llega a la ciudad de México para así comenzar a trabajar en las instalaciones de la FES – Iztacala, posteriormente se casó con una mujer diez años mayor que él. Su relación de pareja fue buena sin embargo hace dos años él quedó viudo y a causa de esto atravesó por un episodio depresivo que lo llevó a sentirse muy mal a tal grado que solo quería estar encerrado y no pensar en nada más. Considera que a la fecha todavía padece depresión aunque ya es menor y la manera en la que lo ha enfrentado es resignándose y saliendo con amigos y con su actual pareja ya que considera que la vida es corta y no tiene caso estancarse en algo. Piensa que la depresión es muy mala puesto que genera suicidios e inclusive considera que de ella se derivan muchas enfermedades. En el momento en el que se detonó la depresión no lo comentó con sus hijos ya que consideraba que no era necesario y que no tendría sentido hablarlo, además de que describe la relación con sus hijos como un poco carente de comunicación ya que dice sus hijos son muy serios y además por el tiempo casi no se ven en el día. En cuanto a su salud él considera que es buena, no padece de ninguna enfermedad crónica y solo de vez en cuando se enferma de la garganta; en ocasiones hace ejercicio para fortalecerse. Su alimentación la considera como buena ya que dice comer de todo, sin embargo desayuna en su casa, almuerza en el trabajo con sus compañeros y cena solo o con su hijo hasta la noche. Actualmente tiene una nueva relación de pareja con la que incluso ha pensado en casarse, sin embargo aún no lo comenta a sus hijos por temor a que éstos se disgusten, no obstante considera que tiene todo el derecho de volverse a casar para pasar su vejez con alguien a su lado ya que para él la pareja es muy importante en su vida. Asimismo menciona que le agrada mucho convivir con sus amigos de trabajo y reconoce que en ocasiones toma una o dos copas para sentirse libre del estrés, de esta forma llega más tranquilo a su casa, se duerme y se olvida de los problemas de la vida. La emoción que lo caracteriza es de **frialdad** y en ocasiones de **apatía**. Considera que aunque su depresión ya no es tan grave, aún existe y tiene que salir adelante para no dejarse llevar.

“VÍCTOR”

El señor “**Víctor**” tiene 49 años, es Casado y con hijos, vive en Copilco (Sur de la Ciudad). Nació en México, durante su infancia vivió en Tezón y posteriormente en Copilco. Es el mayor de sus hermanos

En cuanto a su economía puede decirse que ésta es estable.

Trabaja como vigilante de la FES Iztacala desde hace aproximadamente 28 años y además en sus ratos libres se dedica a la albañilería (pega azulejo, tabique, hace lozas).

En lo que respecta a su salud, se puede decir que en general es buena, ya que actualmente no padece ninguna enfermedad, pero menciona que anteriormente padeció de alcoholismo y en una ocasión fue a parar al ISSSTE por lo mismo de que ingería bebidas embriagantes en exceso.

En lo referente al tipo de relaciones que entabla, se puede decir que son relaciones afectivas muy duraderas y entregadas, no solo pasajeras.

Con respecto a la depresión, menciona que solo la padeció cuando murió su papa, dice que le causaba mucha tristeza saber que su papa se había muerto por el alcoholismo.

Anteriormente cuando su esposa descubrió que él le era infiel llevaban una mala relación pues discutían constantemente por este motivo, sin embargo ahora que eso ya pasó llevan una buena relación.

La relación con sus hijos es muy buena, ellos viven con el, pero cada quien tiene su pedazo y regularmente almuerzan y comen todos juntos y conviven muy bien entre todos, incluso sus hijos tienen una comunidad en la iglesia, casi todos asisten a las reuniones de dicha comunidad, menos él porque el trabajo no se lo permite.

En lo que respecta a su masculinidad, comenta que cuando solía beber mucho iba frecuentemente a fiestas en donde bebía mucho y acostumbraba sacar a bailar a diferentes mujeres y a partir de eso hace algunos años tuvo una relación extramarital, lo cuál lo hacía sentirse .muy alegre, y mantuvo dos relaciones (con su esposa y con la otra persona) durante algún tiempo.

La emoción que predomina en este señor es la **alegría** ya que aunque se enfrenta a situaciones adversas siempre trata de tener una sonrisa en su rostro y ver el lado positivo de las cosas.

“PAULO”

El señor “**Paulo**” tiene 55 años, es casado con cinco hijos. Es profesor titulado (jubilado) y pasante de la licenciatura en derecho, vive en Atizapán de Zaragoza.

El sufrió la ausencia de su madre pero no porque lo abandonara sino porque falleció cuando el tenía tres años de edad y por tal motivo su papa lo dejó a cargo de sus abuelos, fue así que desde muy pequeño estuvo separado de sus padres. Es el mayor de 9 hermanos.

Nació en San Diego un pueblo ubicado un poco mas adelante de Toluca, pero tuvo que salir de ahí hacia el siguiente pueblo (Cuicuilco) a los trece años aproximadamente para continuar estudiando la primaria, ya que en su pueblo solo se podía cursar hasta el segundo grado de primaria, posteriormente se tuvo que ir a Toluca para estudiar la secundaria, ahí también ingresó a la normal y posteriormente radico durante un tiempo en Teotihuacán ya que ahí le asignaron su plaza como maestro. De ahí se traslada a Texcoco con la idea de estudiar la preparatoria hasta que finalmente llega a la ciudad de México para ingresar a la facultad de derecho.

En cuanto a su economía considera que es limitada porque ya es jubilado, pero no le preocupa mucho ya que comenta que sus hijos lo apoyan con los gastos de la casa.

En lo que se refiere a su salud, puede considerarse buena, ya que menciona que actualmente no padece ninguna enfermedad, sin embargo en su juventud padeció alcoholismo.

Cabe señalar que el padece depresión desde muy pequeño, primero por la muerte de su madre y por el alejamiento que por esta causa tuvo con su papa. Actualmente se encuentra bastante deprimido debido a que está jubilado y siente que su vida ya no tiene sentido, comenta que está perdiendo la alegría de vivir y que últimamente ya no le interesa vivir porque está llegando a la recta final de su vida, le afecta mucho no saber que va a hacer porque ya no tiene metas y eso lo deprime mucho.

La relación con su esposa es muy buena pues siempre han respetado mutuamente sus diferentes maneras de pensar.

Define la relación con sus hijos como excelente, considera que no puede haber mejor relación porque no nunca se faltan al respeto, actualmente se llevan muy bien porque en su infancia estuvo con ellos, les contó cuentos, los impulso a que estudiaran y ellos lo respetan y lo apoyan e incluso lo ayudan con los gastos de la casa.

En lo que respecta a su masculinidad, menciona que cuando murió su mama no se atrevió a llorar frente a la gente porque "los hombres no lloran", se aguantó hasta estar solo para llorar, así mismo menciona que tuvo que dejar de estudiar su carrera de licenciado en derecho para dedicarse de lleno a trabajar para mantener a sus hijos y a su esposa y no dejar de proveerlos de lo necesario.

Comenta que se siente muy contento porque les brindo a sus hijos todo lo necesario, que incluso algunos de ellos tienen dos profesiones.

Las emociones que predominan en el señor “Paulo” son la **tristeza** y el **desánimo**, ya que el recordar lo que vivió en su infancia lo pone muy triste y ahora que está jubilado no le ve mucho sentido a la vida.