



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACTORES PREDISPONENTES DE LA
GÉNESIS DE LA DEPRESIÓN EN LA
MUJER

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

MARTÍNEZ VALDÉS ERIKA REYNA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. JOSÉ MÉNDEZ VENEGAS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
I. Resumen	5
1. Introducción	7
1.1. Objetivo	12
1.2. Metodología	12
1.3. Propósito	14
2. Concepto de depresión	15
2. 1. Síntomas	15
2. 2. Factores relacionados con la aparición de la depresión	16
2. 2. 1. Genético	16
2. 2. 2. Biológicos	17
2. 2. 3. Sociales	18
3. Depresión en la Mujer	20
3. 1. Factores Biológicos	23
3. 2. Explicaciones	
Hormonales	24
3.2.1. Explicaciones Neuroquímicas	26
3.2.1.1. Serotonina	26
3.2.1.2. Dopamina	26
3.2.1.3. Noradrenalina	27
3.2.1.4. Cortisol	28
3.2.2. Fases de Reproducción Femenina	29
3.2.2.1. Ciclo menstrual	29
3.2.2.2. Embarazo	31
3.2.2.3. Aborto	34
3.2.2.4. Puerperio	36
3.2.2.5. Baby Blue	36

3.2.2.6. Depresión Post-Parto	38
3.2.2.7. Infertilidad	40
3.2.2.8. Menopausia	40
3.3. Factores Genéticos	42
3.4. Factores Psicológicos	44
3.4.1. Teorías Psicodinámicas	45
3.4.2. Modelo Interpersonal Existencial	46
3.4.3. Modelo Cognitivo-Conductual	49
3.4.4. Modelos que explican la depresión en la mujer	52
3.4.4.1. Orientación Interpersonal	55
3.4.4.2. Rumiación	56
3.5. Factores Sociales	58
3.5.1. Eventos Traumáticos	59
3.5.1.1. Abuso Físico y Sexual en la Niñez	60
3.5.1.2. Pérdida de una Figura Paterna	61
3.5.1.3. Violación	64
3.5.1.4. Violencia Intrafamiliar	66
3.6. Eventos Negativos Crónicos	69
3.6.1. Pobreza	69
3.6.2. Acoso Sexual	73
3.6.3. Rol Social	75
4. Conclusión	77
4.1. Propuestas	83
Bibliografía	91

DEDICATORIAS

A Dios, mi amado padre.

A Miguel y Andrea, la creación más maravillosa!

A ti, que estás dentro de mi corazón y que compartimos estos sentimientos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco con todo mi ser a Dios por haberme permitido llegar al final de esta aventura a la cual no le veía fin, pero gracias a su gran intervención lo logré!

También doy gracias a mis padres, Eduardo y Catalina, que gracias a ustedes llegué a este mundo, crecí y aprendí de sus ejemplos y me convertí en mujer.

A mis hijos maravillosos, que son la bendición más grande que me ha dado Dios y por los que he seguido adelante y a los que les he entregado mi amor incondicional, es por ustedes que me he esforzado tanto. Los amo con todo mi ser, gracias por existir!.

A mi abuelita Victoria porque recibí todo tu amor, tu guía, tu fortaleza y tus dotes para la cocina y la pintura. Gracias abue, siempre vivirás en mi corazón!.

A mis hermanos presentes y ausentes, Daphne, Paola, David (+) y bebés (+) (+), cada uno tiene un lugar muy especial en mi corazón!.

A la familia Martínez y la familia Valdez, porque me alimenté de su cariño y de sus enseñanzas.

A los ángeles que he encontrado en mi camino y que me han ayudado a crecer y a valorar la vida, el amor y la amistad!, Tania, Araceli, Clarita, Angeles, Rocío, Lulú, Terry, Caro, Dr. Peralta, Lore (+), Ami, Laura, Mary, Tere, Claus, Gabriel, Luis, Juan, Marco, Memo y Fer. Agradezco a Dios porque se cruzaran nuestros caminos!

A Jaime quien me acompañó en la gran aventura del autoconocimiento y que gracias a su intervención comprendí que yo también quería ayudar a otras personas!

Al padre de mis hijos Felipe, por todo lo que viví a su lado y lo que aprendí también con su ausencia, me hizo madurar y forjar a la mujer que soy en la actualidad. Gracias por nuestros hijos y por compartir un lapso de vida conmigo!

A mis profesores, Tere Gutiérrez, José Méndez, Manuel Osoy, Karina Torres, Celso Serra y Víctor Vázquez gracias por apoyarme!.

RESUMEN

Se realizó una investigación documental para identificar los factores por qué se deprimen las mujeres. En primer lugar, en la introducción se describe lo que es la depresión y por qué es un trastorno que ha aumentado su incidencia en la actualidad y el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud. En el segundo capítulo se desarrolla el concepto de depresión y sintomatología.

Se profundiza en los diversos factores que intervienen en la génesis de la depresión en la mujer, como son: **Factores Biológicos**, en los que intervienen los aspectos hormonales como, el ciclo menstrual (Steiner, 2003), el embarazo (Steiner 2009), el periodo post-parto (McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R., & Russo, N. F., 1990), la infertilidad (Pearson, K. & Nonacs, R. 2008) y la menopausia (Steiner, M., Dunn, E., & Born, L., 2003).

Los **Factores Genéticos** (Ørstavik, Rangnhild E., Kendler. Kenneth S., Czajkowski, N., Tambs, K. & Reichbrn-Kjennerud, T. 2007, Levinson, D., Mackinnon, D., Potash, J., Miller, E., Steele, J., Gladis, M., Boutele, S., Marta, D., Murphy-Eberenz, K., Zubenko, W., Knowles, J., DePaulo, R., Crowe, R., Scheftner, W., Zubenko, G., Weissman, M., Holmans, P., 2007), cómo pueden influir para que se presente este trastorno.

Los **Factores Psicológicos** intervienen de una manera directa en la vulnerabilidad de la mujer para que sufra depresión (Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., Pedersen, N. L., 2006), como por ejemplo, la orientación interpersonal (Little, S. A. & Garber, J. 2005) o la rumiación (Nolen-Hoeksema, 2000).

Los **Factores sociales**, pueden afectar en el desarrollo o durante la vida de la mujer, en el que puede vivir eventos traumáticos, como abuso físico y sexual (Cheasty, 2002), violencia intrafamiliar (Hammen & Brennan, 2002), violación, etc...

La condición social de la mujer ha permitido que se presenten **Eventos Negativos Crónicos**, que son la pobreza (Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliége D., Mackenbach, J. & Ansseau, 2007, Palomar, J., Lanzagorta, N., Hernández, J. 2004), acoso sexual (Chelsea, R. Willness, Piers Steel & Kibeom Lee. 2007) y el rol social que desempeña (Lara, 2004). Se profundizará en el estudio de cada uno de estos factores para averiguar de qué manera influyen para que el trastorno depresivo se presente en las mujeres.

1. INTRODUCCIÓN

La depresión ha sido descrita desde la antigüedad, con Hipócrates, en el siglo V a. c., cuando menciona “cuando la aflicción o la tristeza persisten mucho tiempo, indican un estado melancólico”.

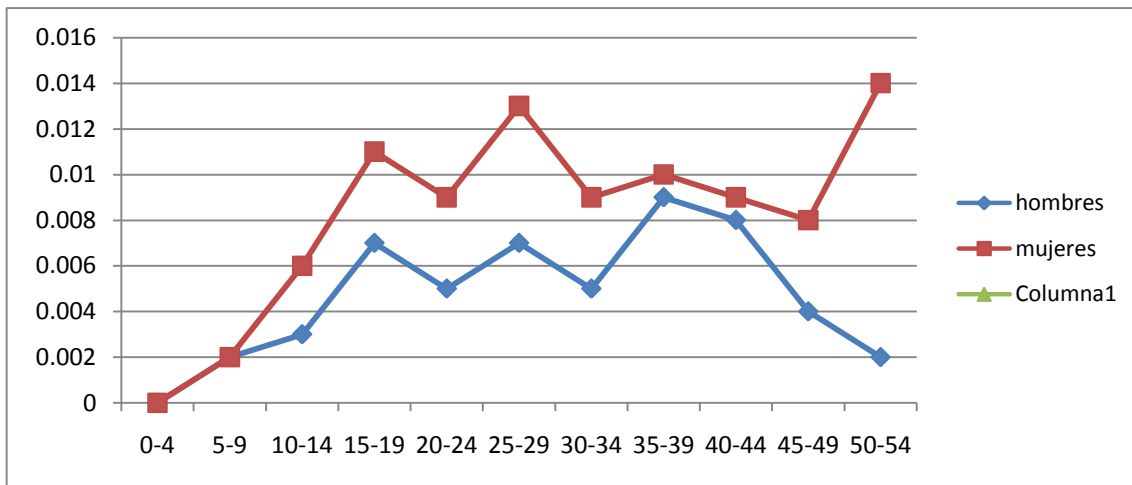
La palabra *melancolía* proviene del griego *melas*, que significa “negro”, y *chole*, que significa “bilis”. Según los antiguos, la presencia de la bilis negra secretada por el bazo era la responsable de la melancolía.

La depresión es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por una gran tristeza y aprensión, sentimientos de desesperanza y culpa, aislamiento, falta de sueño, de apetito y de deseo sexual, falta de interés o disminución del disfrute de las actividades cotidianas. Es acompañada de síntomas físicos imprecisos, como dolores de cabeza, musculares, pérdida de energía y cansancio, pérdida de apetito e insomnio. Destacan la disminución y el entecimiento del rendimiento vital, actitudes apáticas, fatiga, disminución de la atención, déficit de memoria y escaso cuidado del aseo personal.

Actualmente la depresión es un problema que afecta a una gran cantidad de personas en nuestros días. Ocurre tanto en mujeres como en varones, aunque la tasa de incidencia es casi el doble en el género femenino que en el género masculino (Kendler, et. al. 2006, Kessler R. C., McGonagle, K. A., Nelson, C. B., Hughes, M. Swartz, M. & Blazer, D. 1994, Ørstavik, et. al., 2007) (ver tabla 1). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) señala que en la actualidad, 121 millones de personas presentan depresión y que es la primera causa de discapacidad en el mundo que representan el 27 por 100 de las discapacidades que se registran cada año. En México la prevalencia es de 7.2% (Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara C. & Berlund P. 2007) (ver tabla 2) con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón (Caraveo, 1999) y es el trastorno más común junto

con los de ansiedad, que sufren las mujeres mexicanas (Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleinz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Aguilar-Gaxiola, S. 2003) (ver tabla 3).

TABLA 1



*Data from the National Comorbidity Survey; N=8,098.

Reprinted from *J Affect Disord*, 29, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, et al, Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity, and recurrence, 85-96. Copyright 1993.

Kornstein SG, Sloan DME, Thase ME. *Psychopharmacology Bulletin*. Vol 36. Suppl 3. 2002

TABLA 2

Table 1 Lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders in the Mexican National Comorbidity Survey sample according to age

	n	Age (years)										P
		Total		18-29		30-44		45-54		≥55		
		%	s.e.	%	s.e.	%	s.e.	%	s.e.	%	s.e.	
Anxiety disorders												
Panic disorder	65	1.0	0.2	1.0	0.3	1.0	0.2	1.3	0.5	0.8	0.4	0.877
Generalised anxiety disorder	56	0.9	0.1	0.5	0.2	1.2	0.2	1	0.4	1.1	0.8	0.124
Social phobia	203	2.9	0.2	3.20	0.4	2.9	0.4	2.5	0.7	2.6	0.6	0.748
Specific phobia	413	7.0	0.5	8.0	0.8	6.8	0.6	6.1	1.2	5.3	1.1	0.138
Agoraphobia without panic	74	1.0	0.1	1.0	0.3	1.2	0.3	0.8	0.3	1.0	0.3	0.821
Separation anxiety disorder ^{2,4}	194	4.5	0.4	4.6	0.7	5.2	1.0	3.3	1.0	3.1	1.3	0.404
Post-traumatic stress disorder ¹	68	1.5	0.3	1.5	0.4	1.5	0.5	1.6	0.6	1.1	0.4	0.896
Any anxiety disorder ³	684	14.3	0.9	15.10	1.2	16.0	1.3	10.9	1.8	9.5	2.3	0.014
Mood disorders												
Major depressive disorder	484	7.2	0.5	5.7	0.7	7.4	0.7	9.0	1.1	9.6	1.4	0.005
Dysthymia	42	0.6	0.1	0.6	0.2	0.6	0.2	0.6	0.3	0.9	0.4	0.947
Bipolar I and II disorders	106	1.9	0.2	3.0	0.4	1.3	0.3	1.0	0.4	1.0	0.8	0.003
Any mood disorder	598	9.2	0.5	8.9	0.9	8.7	0.8	10.1	1.2	10.6	1.6	0.434
Impulse-control disorders												
Oppositional-defiant disorder ^{2,4}	69	2.7	0.4	3.4	0.6	1.8	0.5	-	-	-	-	0.048
Conduct disorder ^{2,4}	31	1.3	0.3	1.4	0.4	1.1	0.4	-	-	-	-	0.477
Attention-deficit disorder ^{2,4}	88	3.0	0.4	3.2	0.4	2.8	0.6	-	-	-	-	0.632
Any impulse-control disorder ^{2,4}	152	5.7	0.6	6.8	0.8	4.3	0.9	-	-	-	-	0.067
Substance disorders												
Alcohol abuse	367	7.6	0.5	6.3	0.7	7.9	0.8	9.6	1.5	8.8	1.5	0.013
Alcohol dependence	141	3.4	0.4	2.8	0.5	3.2	0.6	5.2	1.4	3.4	1.0	0.177
Drug abuse	74	1.4	0.2	2.2	0.4	1.0	0.2	0.8	0.4	0.4	0.4	0.006
Drug dependence	22	0.5	0.1	0.9	0.3	0.2	0.1	0	0	0.4	0.4	0.001
Any substance disorder	378	7.8	0.5	6.8	0.7	8.0	0.8	9.6	1.5	8.8	1.5	0.082
Any disorder												
Any ³ (one or more)	1148	26.1	1.4	25.7	1.7	28.1	1.8	25.4	3.1	22.2	2.8	0.300
Two or more disorders ³	548	12.0	0.7	12.0	1.1	12.9	1.2	11.9	1.9	9.1	1.2	0.205
Three or more disorders ³	268	5.0	0.4	5.7	0.6	4.9	0.6	3.9	0.8	4.0	1.0	0.243

TABLE 3

PREVALENCIA DE UN EPISODIO DE DEPRESIÓN MAYOR CON INICIO TEMPRANO Y CON INICIO DURANTE LA ETAPA ADULTA. ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA. MÉXICO, 2001-2002

	% de mujeres	EE	% de hombres	EE	% de población	EE
Episodio de depresión mayor						
Inicio temprano	2.8	0.4	1.1	0.2	2.0	0.3
Inicio en la adultez	7.0	0.6	3.3	0.5	5.2	0.4
Sin depresión	90.3	0.9	95.6	0.6	92.8	0.6
Episodio de depresión excluyendo a aquellos con trastorno bipolar						
Inicio temprano	2.4	0.4	1.0	0.2	1.7	0.2
Inicio en la adultez	6.7	0.6	2.9	0.4	4.9	0.4
Sin depresión	91.0	0.8	96.1	0.5	93.4	0.5

EE: error estándar

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleinz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicio: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol. 26, N° 4; 1-16.

En México, del total de atenciones que brinda el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve (Caisame), 40% es por cuadros depresivos (Notimex, 2008). De ahí la importancia que se le da a este trastorno y que se esté potenciando la investigación para intentar prevenir y paliar este trastorno mental que amenaza con incrementarse a medida que transcurre el siglo XXI. Los trastornos relacionados con la depresión (entre ellos la dependencia del alcohol y de otras sustancias) representan la principal causa de suicidio, que como menciona la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005) “el fenómeno del suicidio es ya responsable de más muertes al año que las producidas anualmente por el conjunto de todos los conflictos bélicos que asolan al planeta”. Cada año se suicidan más de 800 000 personas. La población de los jóvenes es la que corre más riesgo, ya que más de la mitad de los casos corresponden a este grupo. Según esta organización ha estimado que en los países desarrollados menos del 50% de las personas que sufren de depresión recibe tratamiento y en los países en vías de desarrollo, las tasas de tratamiento de los casos de depresión llegan hasta un 5% (OPS, 2005).

Melanie Luppá y otros investigadores (Luppá M., Heinrich S., Angermeyer, M., König H & Riedel-Heller S. 2007) realizaron una revisión sistemática de los costos de la depresión y encontraron que el costo directo anual que realiza un individuo deprimido en E. U. se calcula entre \$1000 a \$2500 dls. Aparte los costos indirectos que ocasiona como la hospitalización o la falta de productividad oscila entre los \$2000 a \$3700 dls; también se añade los costos por mortalidad de \$200 a \$400 dls. Lo cual nos demuestra que este trastorno afecta tanto a la persona que la padece, el medio en el que se desenvuelve y a la sociedad en general.

Se han realizado múltiples estudios para conocer los factores que permiten la aparición de la depresión; como por ejemplo: el riesgo genético (Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. 2001); en un estudio se sugiere que existen variaciones en el ADN que pueden incrementar la susceptibilidad a sufrir

depresión (Levinson, et al, 2007); aunque no se ha identificado exactamente qué tipo de genes intervienen para que surja, no hay duda que es un factor determinante. El factor hormonal es un detonante para la aparición de depresión en las mujeres; ya que son más propensas a los cambios hormonales durante toda su vida (Paykel, 1991; Steiner, M., Dunn, E., & Born, L. 2003; Rodríguez, 2002, Angold, A.; Costello, E. J.; Erkanli, A.; Worthman, C. M. 1999); como la menstruación, el embarazo, el periodo post-parto y la menopausia (Steiner, et al 2003). Además de estos factores, existen los psicológicos que la mujer adquiere por enseñanza (Lara C. M., Acevedo, M., & Berenzon, S. 2004), por el rol de género (Siverio E., & García H. 2007) o por su propio tipo de personalidad que la predispone a que se presenten síntomas de depresión (Nolen-Hoeksema, S. 2002, Sánchez Moreno, E. 2002, Díaz Llanes, G. 2007) y los sociales que también juegan un papel importante para el desarrollo de la depresión como son eventos estresantes de la vida (Kendler, et al 2001, Gilman, S. E., Kawachi I., Fitzmaurice, G. M. & Buka, S. L. 2003, Cheasty, M., Clare, A. W., Clare, A. W. & Collins, C. 2002) y eventos traumáticos como guerras o ataques terroristas (Van Den Berg, B., Stellato R. K.; Yzermans C. J. & Lebret E. 2005, Path-Horenczyk, R., Deled, M., Villa, Brom, D. & Chemtob. 2007) y que pueden influir hasta cierto punto en que se presente el suicidio (McHolm, A. E., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. 2003, Franko, d. L., Keel, P. K., Dorer, D. J., Blais, M. A., Delinsky, K., Eddy, K. T., Charat, V., Renn, R. & Herzog, D. B. 2004).

La depresión es un trastorno afectivo que tiene solución si es detectada a tiempo; y pueden mejorar la calidad de vida de la persona y de la familia o ambiente social que la rodean. El tratamiento puede ser por medio de psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual (Oei, T. & Dingle G. 2008) la indicación de fármacos que últimamente se han desarrollado y que son bastante eficaces o la combinación de ambas terapias (Schramm, E., Schneider, D., Zobel, I., Calker D., Dykierrek P., Kech S., Härter M & Berger, M. 2008).

1.1. OBJETIVO

El objetivo de esta revisión documental es la de profundizar en cada uno de los factores que intervienen y la manera en cómo se interrelacionan para que se origine la depresión en el género femenino. Esta investigación servirá como compendio para que los profesionales de la salud conozcan acerca de los factores que pueden contribuir a que se presente este trastorno y si es posible al contar con dicho conocimiento, prevenirlo para evitar en la manera de lo posible que este trastorno del estado de ánimo se convierta en un problema de salud para las generaciones futuras. Además de que gracias a esta visión global, se pueda proporcionar un tratamiento más completo.

1.2. METODOLOGÍA

Se realizó una investigación exhaustiva a través de internet por medio de las bases de datos de *psiq info* y *elsevier*, además de diferentes portales dedicados a la salud mental como *psiquiatría.com*, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para conocer las investigaciones referentes a la depresión femenina y a las causas probables que la originan y encontrar la ubicación de los artículos en las diferentes revistas especializadas. Al contar con esa información se acudió a bibliotecas como el Centro de documentación de Posgrado de la Facultad de Psicología y el del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”; en donde se consultaron revistas como:

Buscador o lugar	Revista	Años
Ovid, Proquest	<i>American Journal of Psychiatry</i>	2000 - 2008
Centro de Documentación de Posgrado de la Facultad de Psicología, Ovid, Ebsco	<i>British Journal of Psychiatry</i>	1991, 2000 - 2007

Centro de Documentación de Posgrado de la Facultad de Psicología, Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente	<i>Journal of Abnormal Psychology</i>	1991, 2000 - 2005
Elsevier, Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente	<i>Journal of Affective Disorders</i>	1994, 2002 - 2008
Centro de Documentación de Posgrado de la Facultad de Psicología, Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente	<i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>	2000 - 2005
Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente	<i>Journal of Personality</i>	2004
Ebsco	<i>Journal of Psychosomatic obstetric Gynecol</i>	2006 - 2008
Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente	<i>Personality and Social Psychology Review</i>	1999
Ebsco	<i>Personnel Psychology</i>	2007
Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente	<i>Psychiatry</i>	2005
Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente	<i>Psychological Medicine</i>	2002 - 2004
Ebsco	<i>Psychological Report</i>	2006
Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente	<i>Psychoneuroendocrinology</i>	2006
	<i>Rev. Chilena de Neuro-psiquiatría</i>	2002
Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente	<i>Salud Mental</i>	2003 - 2006

De acuerdo a la información recabada y a que esta investigación se encuentra basada en el marco biopsicosocial, en que el ser humano es considerado un ente

en el que intervienen las esferas social, biológica y psicológica. Y que en todo momento están interactuando en la realidad del sujeto; se establecen los siguientes factores:

1. Factor Biológico
2. Factor Genético
3. Factor Psicológico
4. Factor Social

De cada uno de estos, se seleccionan los artículos que se consideran los más representativos y que a su vez integran el punto de vista o las conclusiones a las que se han llegado a través de múltiples estudios. Se realiza una síntesis integrando tanto investigaciones que son consideradas clásicas e investigaciones más recientes.

1.3. PROPÓSITO

Al obtener el conocimiento claro, detallado y específico de cada uno de los factores predisponentes, se pueden establecer medidas preventivas; como por ejemplo: estrategias de intervención de salud mental de fácil acceso a la población femenina desde etapas muy tempranas de su vida, además se pueden crear programas psicoeducativos para proporcionar las herramientas adecuadas para solucionar las problemáticas que viven las mujeres. Es necesario que la sociedad tome conciencia que si se puede prevenir y reducir los niveles de depresión en las mujeres y en la sociedad en general, se evitarán suicidios, pérdida económica y lo más importante, se podrá disfrutar como sociedad de un estado de ánimo más saludable.

2. CONCEPTO DE DEPRESIÓN

La tristeza es una emoción habitual en el ser humano. Cuando se instaura de manera persistente, transforma la percepción de la vida, del mundo que le rodea y de sí mismo. Este estado emocional no solamente implica respuestas afectivas o cognitivas, sino también cambios fisiológicos. La pérdida de las ganas de vivir modifica de tal forma su existir, que enfrentarse a la vida diaria es un gran sufrimiento al cual no se le ve fin. El DSM-IV-TR (2002) define la depresión como una alteración del estado de ánimo caracterizada por tristeza exagerada, estado de ánimo decaído y como característica principal, pérdida de gusto por las actividades que antes proporcionaban placer, como el sexo. Se presentan características que pueden organizarse como cuatro dominios psicológicos:

Síntomas Afectivos

- Estado de ánimo deprimido.
- Tristeza.
- Desaliento.
- Sentimientos de inutilidad.
- Pérdida de alegría de vivir.
- Accesos de llanto.
- Apatía.

Síntomas cognoscitivos

- Auto acusación de incompetencia.
- Poca capacidad para afrontar las situaciones cotidianas.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración.
- Ideas negativas sobre sí mismo, del mundo y del futuro.
- Ideas suicidas.

Síntomas conductuales

- Descuido de la apariencia personal.
- Retardo psicomotor.
- Agitación.
- Actos suicidas.
- Aislamiento social.
- Disminución de la productividad laboral.

Síntomas fisiológicos

- Pérdida o incremento del apetito.
- Pérdida o aumento de peso.
- Estreñimiento.
- Trastornos del sueño.
- Disminución del apetito sexual.
- Dolores físicos, como: cefalea, lumbalgia y dolor cervical.

2.2. FACTORES RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE LA DEPRESIÓN

2.2.1. GENÉTICO

- **Sexo:** La depresión afecta más a las mujeres que a los hombres en una frecuencia de 2:1 (Kendler, et. Al 2006, Ørstavik, R. et al 2007); algunos investigadores sostienen que la mujer es más vulnerable y la sintomatología depresiva es más evidente (Smith, D., Kyle, S., Forty, L., Cooper C., Walters, J., Russell E., Caesar, S., Farmer, A., McGuffin P., Jones, I., Jones L & Craddock N. (2007), mientras que los varones se refugian en el alcohol o en los tóxicos como medio de escape ante la misma situación estresante. Aunque podría explicarse con que las mujeres tienen mayor facilidad para

hablar de sus síntomas que los hombres, por lo que consultan más con los especialistas y se diagnostican más.

- **Raza:** Los individuos que presentan mayor tasa de incidencia son los latinos (Gilmer W. S., Trivedi M. H., Rush J.A., Wisniewski S. R., Luther J., Howland R. H., Yohanna D., Khan A. & Alpert J. 2005), seguidos de los de raza blanca, ligeramente abajo se encuentran los individuos de raza negra.
- **Genes:** El riesgo de sufrir depresión es tres veces más alta en los descendientes de padres con depresión (Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdeli, H. 2006). Tiene mayor frecuencia en la depresión unipolar que en la bipolar (Beck, 1976). Últimamente con el estudio del ADN, se han relacionado ciertos genes como el 15q con el desarrollo de la depresión y los genes 17p y 8p con la heredabilidad hacia el sexo femenino (Levinson, et al, 2007).

2.2.2. BIOLÓGICOS

- **Bioquímicos:** Se ha demostrado que las hormonas influyen sobre el funcionamiento cerebral y en los neurotransmisores que están relacionados con la conducta y los aspectos afectivos. Los neurotransmisores que están implicados en la génesis de la depresión son: *noradrenalina*, *serotonina* y *dopamina*. La *dopamina* y la *serotonina* se encuentran disminuidos en la depresión. Los fármacos que aumentan estos niveles ha sido eficaces para el tratamiento. Una investigación reciente del premio nobel de medicina Paul Greengard y cols. (Per Svenningsson, Karina Chergui, Ilan Rachleff, Marc flajolet, Xiaoqun Zhang, Molika El Yacoubi, Jean-Marie Vaogeois, George G. Nomikos & Paul Greengard. 2006) en la que se demuestra que la proteína fabricada por el gen p11 aumenta el número de receptores de serotonina 1B en la superficie celular, y el estudio apunta la posibilidad de que la p11 desempeñe un importante papel tanto en las causas de la depresión como en el éxito del tratamiento.

- **Alteraciones del sueño:** Se presenta cualquier tipo de alteración del sueño (Smith, D., et al. 2007); desde el despertar precoz, el sueño no reparador, insomnio y la hipersomnia (Norifumi T., Alain B., Karen R. 2005); aunque este último no es muy frecuente y se presenta en las formas no típicas de la depresión y en las fases depresivas de los trastornos bipolares.
- **Alteraciones del apetito:** Se presenta con una disminución del gusto por la comida y por consecuencia pérdida de peso. Por lo general se considera la disminución de peso de un 5% o más del peso corporal en el último mes.
- **Alteraciones en el ciclo menstrual.**
- **Alteraciones sexuales:** Como disminución de la libido (Smith, D., et al. 2007).
- **Alteraciones digestivas:** En las cuales se destaca el estreñimiento, dolor abdominal inespecífico y la dispepsia.
- **Astenia:** Falta de energía que llega incluso a causar problemas para su desempeño cotidiano.

2.2.3. SOCIALES

- **Edad:** Las mujeres tienen más riesgo a cualquier edad (Weissman, et al. 2006, Nolen- Hoeksema, 2002, Smith, D., et al. 2007). La mayor incidencia se da entre los 35-65 (Kendler, et. al. 2006, Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Nelson, C. B., Hughes, M. Swartz, M. & Blazer, D. G. 1994).
- **Estado civil:** La incidencia de depresión grave es más frecuente en personas divorciadas, solteras, viudas y menor en los casados aunque es mayor en la mujer en ambos casos (Rayburn, N. R., Wenzel, S. L., Elliot, M. N., Hambarsoomians, K., Marshall, G. N. & Tucker, J. S. 2005). El matrimonio o una relación romántica satisfactoria (Cramer, 2004) parece

que ejercen un factor protector, pero se convierte en factor de riesgo si existen problemas de relación de pareja (Hammen & Brennan, 2002).

- **Sistema sociofamiliar:** La falta de apoyo social y una mala relación familiar producen mayor riesgo de sufrir una depresión (Nolen-Hoeksema, 2002. Schroevers, M., Ranchor, A. & Sanderman, R. (2003).
- **Pérdida y acontecimientos vitales:** Existen ciertos factores estresantes que pueden causar depresión son: pérdida de uno de los progenitores antes de los 11 años, pérdida del cónyuge, tener en casa a 3 o más niños menores de 14 años, ausencia de una relación íntima, confidencial y desempleo (Gilmer et al 2005).
- **Eventos traumáticos:** Que pueden ser vividos en la infancia temprana y que en algún momento de su ciclo de vida pueden influir para que surja este trastorno. Los cuales pueden ser: abuso físico (Kendler, et al. 2001) y sexual (Cheasty, et al. 2002), el rompimiento familiar (Gilman, et al. 2003) o pérdida de algún ser querido (Riso, L.P., Miyatake, R.K. & Thase, M. E. 2002).
- **Eventos negativos crónicos:** Este tipo de acontecimientos que son continuos y que rompen la homeostasis del sistema en el que vive el sujeto y que en algún momento se presenta la depresión, son: la pobreza (Galea, S., Ahern, J., Nandi, M., Tracy, M., Beard, D., & Vlhov, D. 2007, Lorant, V., et al 2007, Palomar, J., Lanzagorta, N., Hernández, J. 2004) y el rol social que desempeñan principalmente las mujeres (Lara, 2002).

3. DEPRESIÓN EN LA MUJER

Según el World Mental Health y otros estudios (Kendler, et. al. 2006, Kessler, et al 1994, Ørstavik, R. E., et al 2007), muestran que los trastornos depresivos son dos veces más frecuentes en las mujeres, y de todas las enfermedades la depresión ocupa el 25% de incidencia en el género femenino. Se ha convertido en un gran problema de salud, ya que amenaza con incrementarse y convertirse en la segunda causa de discapacidad hacia el año 2020 (OMS, 2002).

Las mujeres que trabajan y sufren de este trastorno presentan un alto nivel de ausentismo (Claparols, M. S., Nadal, N. R., Rojas Blanc, M., Liste Salvador, V., Ferriz Villanueva, G. & Fernández Martínez, F., 2007) y se realizan altos gastos médicos para su tratamiento (Birbaum, Leong & Greenberg, 2003) lo cual se ve reflejado en un costo económico para la sociedad.

Paykel (1991), propone tres hipótesis para poder explicar la mayor tasa de trastornos afectivos en la mujer. La primera se basa en la consideración de que estamos frente a un artefacto puesto que existen diferencias de los síntomas depresivos entre hombres y mujeres y no a un hecho real; debido a que en los hombres la sintomatología es muy diferente, como violencia, agresión, adicción a diversas sustancias o al trabajo. La segunda, se fundamenta en diferencias biológicas, y la tercera hace referencia al efecto que provocan los factores sociales y culturales en el estado emocional de la mujer; ya que existe una gran desigualdad de géneros en estos aspectos.

Aproximadamente en la edad de 12-13 años, los niveles de depresión se incrementan en las niñas, en cambio los niveles permanecen estables en los niños de la misma edad (Nolen- Hoeksema, 2002), en esta etapa es cuando comienzan los cambios hormonales, surge la adolescencia; en la que también comienzan a definirse los roles esperados para cada género (Siverio E., & García H. 2007). Al final de la adolescencia, las niñas presentan un curso más crónico, un mayor número de recurrencias y episodios más largos en comparación con los jóvenes

de su misma edad (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994, Sihvola, E., Keski-Rahkonen, A., Dick, D., Pulkkinen, L., Rose, R., Marttunen, M. & Kaprio J. 2007); tal vez porque responden a las presiones que ejerce la sociedad hacia ellas, como por ejemplo: tienen que ser las niñas obedientes, pasivas, débiles y emocionales, lo cual genera mayor ansiedad, mayor control y dependencia con mucha necesidad de aprobación. Las normas culturales que les exige a las chicas seguir un estándar de belleza y si no lo cumplen los síntomas continúan incrementándose a lo largo del tiempo y terminan por presentar trastornos de anorexia, bulimia y depresión.

Las mujeres presentan mayor riesgo de sufrir depresión desde los 15 hasta los 54 años; pero el período en el que se presenta mayor incidencia de depresión es desde los 35 hasta los 65 años (Kessler, et al., 1994, NY Times, 2008) debido a que presentan cambios hormonales durante toda su vida y si llegan a presentar algún período depresivo en alguna etapa de su ciclo de vida, es probable que se puedan presentar otros episodios. Está demostrado que el género femenino puede presentar mayor número de episodios recurrentes en comparación con los hombres (Kendler, et. al. 2006, Ørstavik, R. E. 2007).

Existen ciertas características particulares de la mujer que la predisponen para que sufra de depresión, como es el aspecto biológico (Paykel, 1991, NY Times, 2008), en el que se ven involucrados tanto los neurotransmisores como los cambios hormonales que se presentan con la menstruación, el embarazo, el período post-parto y la menopausia (Paykel, 1991; Rodríguez, 2002, Steiner, 2003). A lo largo de la vida de toda mujer se presentan varios cambios físicos, en los que intervienen las hormonas de manera determinante. En la adolescencia, se desarrolla el cuerpo (crecen las caderas, los pechos, surge el vello púbico, etc) y muy importante el ciclo menstrual, en el que las mujeres presentan variaciones del humor y cognitivas a lo largo del ciclo menstrual. La chica tiene que acostumbrarse a su nuevo aspecto físico, y si no cumple con sus expectativas o las de la sociedad comienzan los problemas con la autoestima, sus relaciones interpersonales se ven afectadas y comienza a surgir la depresión junto con otros

trastornos, como anorexia, bulimia, abuso de sustancias que se pueden complicar y llegar al suicidio (Franko, et. al., 2004).

La génesis de la depresión en la mujer se ve facilitada por la forma negativa en que responde a los eventos estresantes de la vida (Hammen, C., & Brennan, P. A. 2002, Wichers, M., Myin-Germeys, I., Jacobs, N., Peeters, F., Kenis, G., Derom, C., Vlietinck, R., Delespaul, P. & Van Os, J. 2007), su tipo de personalidad y su modelo de educación; como por ejemplo; la manera en que influyen sus pensamientos automáticos para que exista una conducta que la lleve hacia sentimientos depresivos (Beck, 2000); la conducta de rumiar sus pensamientos negativos y enfocar sus energías en los sucesos desagradables de su vida, que la predispone para que sufra un cuadro depresivo (Nolen-Hoeksema, 2000; Papageorgou & Wells, 2003).

Los factores sociales contribuyen de cierta manera, como eventos traumáticos que llegan a suceder durante la vida, como el abuso sexual en la infancia (Durbin, C. E., Klein, D. N., & Schwartz, J. E. 2000, Cheasty, et al., 2002, McHolm, et al., 2003) la violación (Rayburn, N. R. et al. 2005), violencia intrafamiliar, alguna pérdida; ya sea de algún familiar cercano o un amigo (Riso, et al., 2002). Ciertos eventos crónicos negativos que viven las mujeres debido a las diferencias de género que se han presentado durante toda la historia de la humanidad como la pobreza (Rayburn, N. R. et al. 2005) y la desigualdad de género en el ámbito familiar y laboral (McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R., & Russo, N. F. 1990, Lara C. M., Acevedo, M., & Berenzon, S. 2004).

Como se puede notar, la génesis de la depresión en la mujer es una amalgama de múltiples factores; es muy importante conocerlos, poder identificarlos para prevenir y comprender a las mujeres que sufren de este trastorno que puede destruir sus vidas. También debe recalcarse que aunque muchas mujeres han sido expuestas a éstos, no llegan a sufrir de depresión; porque cuentan con algunos factores que las protegen o que les permite enfrentarlos de una diferente manera (Mazure, C. M., Bruce, M.L., Maciejewski, P. K. & Jacobs, S. C. 2000).

3.1. FACTORES BIOLÓGICOS

La depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores biológicos, sociales y psicológicos, que modifican los patrones de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, y alteran de manera reversible los circuitos cerebrales de recompensa y castigo; lo cual permite que se presenten cambios a nivel conducta y de las emociones. La explicación principal de origen neuroquímico de esta alteración es una desregulación de las monoaminas neurotransmisoras noradrenalina y serotonina y, posiblemente, también de la acetilcolina y de las endorfinas. La disfunción central de la neurotransmisión, además de su repercusión en la conducta, origina alteraciones neurovegetativas y endocrinas, sobre todo en la secreción de cortisol, hormona tiroidea y hormona de crecimiento (Leal, C. 2000). El estado depresivo en la mujer influye a su vez en las alteraciones interpersonales, y su entorno, creando situaciones depresógenas con experiencias de pérdida, indefensión y estrés, que influyen de nuevo negativamente en la actividad de los neurotransmisores, cerrando así un círculo vicioso, que tiende a mantener indefinidamente el proceso. A menos que se reciba tratamiento farmacológico y de terapia psicológica para que se pueda ir regulando el desequilibrio a nivel de neurotransmisión y de personalidad.

La investigación del cerebro también está comenzando a dar algunas respuestas a ciertas conductas, por ejemplo Richard Davidson (2000) de la Universidad de Wisconsin investiga lo que él llama “neurociencia afectiva”, que es el modo en que el cerebro procesa las emociones. Ha descubierto que las emociones negativas activan más el lado derecho de una parte del cerebro llamado corteza prefrontal (que es la encargada del control de las emociones). Además de que la amígdala y el hipocampo que están relacionadas con el aprendizaje y de la capacidad de recordar las situaciones y las señales emocionales, pueden estar dañadas en las personas que sufren depresión.

Cuando la amígdala es excesivamente activa la persona puede estar predispuesta a prestar demasiada atención a la información negativa de su entorno.

3.2. EXPLICACIONES HORMONALES

Según estudios, existen diferencias morfológicas y funcionales entre los cerebros masculino y femenino; acerca de los procesos emocionales, se sugiere que en las mujeres se activan las partes más evolucionadas del cerebro, como las de los procesos simbólicos, mientras que en los hombres se activan las partes más primitivas (Leal, 2000). Las diferencias cognitivas y perceptivas entre hombres y mujeres, dependen de la influencia de las hormonas sexuales (Usalt, 2002).

Las hormonas influyen sobre el funcionamiento cerebral, actuando sobre la síntesis y actividad de enzimas, receptores y neurotransmisores, que a su vez están relacionados con diferentes trastornos psiquiátricos. Esta influencia puede afectar a los neurotransmisores y puede tener graves consecuencias para el estado de ánimo del individuo. Se ha demostrado que los neurotransmisores que se encuentran relacionados con el estado de ánimo son: la serotonina, la dopamina y la noradrenalina (Steiner, 2003, NY Times, 2008).

Las primeras hipótesis biológicas acerca del origen de la depresión fueron la de la **deficiencia catecolamínica** (Schildkraut, 1965; Bunney & Davis, 1965) y la **hipótesis de la deficiencia indolamínica** (Coppin, A., Prange, A., Hill, C., Whybrow, P. & Noguera, R. 1972).

- **La hipótesis de deficiencia catecolamínica.-** Se basaba en la observación de que muchos fármacos con efecto estimulante-antidepresivo (DOPA, anfetaminas, salbutamol, antidepresivos tricíclicos) tenían un efecto activador de la noradrenalina (NA) y aumentaban la concentración sináptica de este neurotransmisor, mientras que otras sustancias que producían

depleción de NA (reserpina, alfametildopa, propranolol, alfametilparatirostina) producían síntomas *depression-like*. Esta hipótesis postulaba, en síntesis, que la depresión sería el resultado de un déficit central de NA, y que la manía podría deberse a un exceso cerebral de este neurotransmisor (Vallejo & Ferrer, 2000).

- **La hipótesis indolamínica.-** Menciona que el déficit cerebral de serotonina (5-HT) era responsable de la enfermedad depresiva, basándose en el hallazgo de que la utilización como antihipertensivo de la reserpina, alcaloide que vacía los depósitos intraneuronales de 5-HT, provocaba depresión en un porcentaje elevado de pacientes hipertensos (Gómez, E., Catalán, R., Navinés, R. & Gastó C. 2003); por otro lado, fármacos que aumentaban la 5-HT sináptica, como la 5-hidroxitriptamina (5-HTP), el l-triptófano (TRP) o algunos antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) mejoraban la sintomatología depresiva (Moreno, J., Campos, M., Lara, C. & Torner, C., 2006).

El modelo basado en la carencia de una u otra sustancia ha ido cediendo terreno a teorías basadas en el desequilibrio entre los sistemas de neurotransmisión y sobre todo en la desregulación de los receptores donde actúan y que regulan la actividad de dichos neurotransmisores (Gómez, et al, 2003). Las hipótesis basadas en la "deficiencia" de neurotransmisores han sido pues modificadas y se proponen nuevas hipótesis que implican al "receptor" de la acción antidepresiva.

Estas hipótesis establecen que la fisiopatología de la depresión podría estar más relacionada con una anormal regulación de la sensibilidad del receptor que con deficiencias en el neurotransmisor, y que el retraso en la presentación de los efectos terapéuticos del tratamiento antidepresivo estaría relacionado con alteraciones tiempo-dependientes en la sensibilidad de los receptores catecolamínicos e indolamínicos (Gómez, E., et al. 2003). Un similar punto de vista de "hipótesis de desregulación" ha sido expresado también por Siever y Davis

(1985), que proponen que en el trastorno afectivo los mecanismos homeostáticos que controlan la función del neurotransmisor estarían "desregulados" y que los agentes farmacológicos antidepresivos efectivos retornarían el sistema a una regulación normal (Vallejo & Gastó, 2000).

3.2.1. EXPLICACIONES NEUROQUÍMICAS

3.2.1.1. LA SEROTONINA

Es incuestionable la importancia de la serotonina en los trastornos del estado de ánimo. Es un neurotransmisor modulador que participa en la regulación de numerosas funciones, como lo es el sueño reparador. Si los niveles de serotonina son bajos, se presentan problemas de control de la ira, el desorden obsesivo compulsivo, depresión y hasta el suicidio (Gómez, et al, 2003). El faltante de este neurotransmisor lleva a un incremento del apetito por los carbohidratos. Las mujeres presentan un funcionalismo serotoninérgico más elevado que los hombres, es por eso que se considera que los cambios del estado de ánimo y de la conducta que se observan en el curso del ciclo menstrual se deben en cierta parte a modificaciones de la función serotoninérgica inducidas por las fluctuaciones de los esteroides ováricos. Una explicación a la disforia de las mujeres menopáusicas puede ser explicada por la disminución de los estrógenos; ya que éstos aumentan el funcionalismo serotoninérgico (Dunn, E., et al 2001). Se ha encontrado que debido a los altos niveles de estrés, se incrementan los niveles de cortisol y lo cual disminuye la producción de serotonina.

3.2.1.2. LA DOPAMINA

Las vías dopaminérgicas son diferentes en el hombre y en la mujer, y en ellas se encuentran receptores para los estrógenos y la progesterona (Usalt, 2002). Las hormonas contribuyen a que aumenten o disminuyan los niveles de

dopamina; por ejemplo, la progesterona aumenta la liberación de dopamina y los estrógenos aumentan su liberación y su concentración.

La dopamina parece concentrarse en áreas del cerebro contiguas a los lugares de mayor secreción de endorfinas. (Leal, 2000). Cuando la función de la dopamina disminuye, también disminuye la función de la endorfina. Cuando demasiado estrés causa una disminución de la dopamina, el individuo pierde su “anestésico natural”. La dopamina también dirige el “centro del placer”; ésta es el área que le permite a la persona el “gozar de la vida”. Cuando el estrés interfiere con la función dopaminérgica, el centro de placer se hace inoperante. Las actividades placenteras normales ya no dan placer. Con una severa disfunción de la dopamina y de la endorfina la vida se convierte en dolorosa y ausente de todo placer.

3.2.1.3. LA NORADRENALINA

Las hormonas sexuales como los estrógenos aumentan el ciclo metabólico y la concentración de noradrenalina en algunos núcleos diencefálicos, inhiben la captación de noradrenalina y modifican la fijación en los receptores alfaadrenergicos; esta acción varía durante las distintas fases del ciclo menstrual.

Se ha encontrado que en las mujeres que experimentan *blues* posparto, depresión post-menopausia y síndrome premenstrual, tienen valores sanguíneos menores de adrenalina y noradrenalina (Steiner, 2003).

Tiene muchas funciones dentro del sistema nervioso, pero la función que más nos interesa es la del establecimiento de los niveles de energía. Si una persona no cuenta con suficientes niveles de noradrenalina, se siente cansada y sin energía; y se irá haciendo más letárgica. Y éste es uno de los síntomas de la depresión: “la falta de energía”.

3.2.1.4. CORTISOL

Es la hormona principal para combatir el estrés. Cuando la secreción de cortisol es alta en el cuerpo, éste se encuentra en “estado de alerta”; ya que está preparado para condiciones estresantes como, una lucha, peligro o huida. Normalmente esta hormona disminuye en la noche a medida que el cuerpo se relaja y se prepara para dormir. Se ha demostrado que en personas deprimidas se encuentran altos niveles de cortisol, que también provoca síntomas de malestar general que se sufre cuando se presenta este trastorno. En un estudio realizado a personas que padecían depresión y que eran adictas a la cocaína y la heroína se encontraron altos índices de cortisol y era más predominante en las mujeres (Wisniewski, Amy B; Todd, T; John, Majnu; Cofrancesco, Joseph Jr.; Golub, Elizabeth T; Wand, Gary; Dobs, Adrian S., 2006).

Es importante mencionar que las variaciones hormonales que vive la mujer durante el transcurso de su vida, pueden llegar a ocasionar alteraciones en su estado de ánimo; pero también se pueden llegar a presentar estas alteraciones debido a otros agentes externos, como por ejemplo: el estrés, el medio ambiente, las relaciones interpersonales, o hasta la misma personalidad. Es por lo mismo que la depresión debe ser tratada de manera global, para ir resolviendo cada uno de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

3.2.2. FASES DE REPRODUCCIÓN FEMENINA

Estos incluyen el ciclo menstrual, el embarazo, el período post-parto, la infertilidad, la menopausia y, en ciertas ocasiones la decisión de no tener hijos. Estos acontecimientos provocan fluctuaciones en el estado de ánimo, entre ellas la depresión. Gracias a diversas investigaciones (Paykel, 1991; Steiner, et al 2003; Rodríguez, 2002, Angold, et al., 1999) se ha confirmado que las hormonas afectan las sustancias químicas del cerebro que controlan las emociones y el estado de ánimo.

3.2.2.1. CICLO MENSTRUAL

Entre el 20% y el 80% de las mujeres presentan variaciones fisiológicas que tienen una base neuroquímica que parece tener origen en los cambios entre estrógenos y progestágenos (Leal, C. 2000).

Durante este período, muchas mujeres experimentan cambios físicos y de comportamiento; en algunas ocasiones, estos cambios son severos, presentando irritabilidad, cambios físicos y emocionales, como estados depresivos. Estos cambios son denominados *síndrome premenstrual o trastorno disfórico premenstrual (TDP)*, que comienzan luego de la ovulación y gradualmente se intensifican hasta que comienza la menstruación. Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), los síntomas del Trastorno Disfórico Premenstrual, se dividen en:

- **Afectivos.**- Tristeza, ansiedad, cólera, irritabilidad y labilidad emocional.
- **Dolor.**- Cefalea, mastalgia, musculoesquelético.
- **Autónomos.**- Náuseas, palpitaciones, disnea.
- **Balance líquido.**- Ganancia de peso, pesadez, edema, oliguria.
- **Cognitivos.**- Disminución de la atención, indecisión, hipersensibilidad.
- **Neurovegetativos.**- Insomnio, hipersomnia, anorexia, fatiga, letargia.
- **Dermatológicos.**- Acné, pelo seco, pelo graso.

- **Conducta.**- Disminución de motivación, disminución del control de los impulsos, disminución de eficiencia, aislamiento social.

Las causas de este síndrome, aún son desconocidas; pero existen múltiples hipótesis y se ha avanzado en el tratamiento de este. Puede iniciarse en cualquier momento de la edad reproductiva, con frecuencia se presenta después de la menarquia, pero la gravedad puede aumentar con la edad y desaparece en la menopausia (Leal, C. 2000). Según el DSM-IV-TR (APA, 2002) entre el 14% y el 45% de las mujeres cumplen criterios de TDP. Se incrementa la evidencia de que la serotonina es importante en la patogénesis del PMS (Síndrome Premenstrual); también es de particular importancia el trastorno del eje Hipotalámico-pituitario-gónadal (HPG) (Steiner, 2009). Existen variaciones fisiológicas que tienen una base neuroquímica que parece radicar en los cambios de equilibrio entre estrógenos y progestágenos que se producen a lo largo del ciclo (Steiner, Dunn & Born, 2003) El resultado de algunos estudios sugieren las mujeres que sufren de Síndrome Premenstrual tienen altos niveles de testosterona en la fase luteínica comparada con los grupos control, lo que puede contribuir a que se presente un estado de ánimo irritado (Dunn, E., Macdougall, M., Coote, M., & Steiner, M., 2001). También se ha observado en el Síndrome premenstrual cierta relación con el sistema renina-angiotensina-aldosterona en la que se observa fluctuación de los niveles de sodio/potasio y que se reflejan en un estado de ánimo negativo durante el ciclo (Leal, C. 2000).

Existe evidencia que demuestra que existe un factor genético en el desarrollo del TDP. Las gemelas monocigóticas sufren más de este trastorno que las dicigóticas, y se cree que hasta un 35% de la heredabilidad se debe a factores genéticos. También, las hijas de madres que sufren de este trastorno, son más propensas a sufrir el TDP que las hijas de madres que no lo sufren (Leal, C. 2000).

3.2.2.2. EMBARAZO

El embarazo es una etapa en la vida de la mujer en la que se presentan cambios tanto físicos y emocionales en el que se viven sentimientos encontrados (Øystein Berle, J., 2004). En primera instancia, las alteraciones físicas y hormonales pueden resultar en un estado de ánimo disfórico y cambios en el comportamiento habitual de las funciones corporales, como cansancio, la náusea, estreñimiento, etc. En segundo lugar, el embarazo supone una alteración de la imagen corporal y la preocupación de algunas de recuperar la imagen corporal previa. Además aparecen sentimientos de inseguridad sobre la viabilidad de su futuro hijo, si va a nacer sano o con algún padecimiento. Aunado a todo esto, se pone de manifiesto la capacidad de ser una buena madre, si es capaz de cuidar de un recién nacido que depende totalmente de ella. Otro aspecto que también se modifica, es la relación de pareja, puesto que se comienzan a desempeñar otros roles, de padres; se pasa de ser una pareja a una familia.

Las relaciones sexuales durante el embarazo suelen modificarse por la necesidad de adoptar nuevas posturas o hasta en algunas circunstancias debido a ciertas creencias se evitan para no lesionar al feto. Este temor por alguno de los padres, conlleva sentimientos de frustración en el otro y puede incrementar o desarrollar conflictos de pareja. Es importante proporcionar información adecuada para que exista una buena comunicación de pareja y que comenten sus inquietudes con el médico para reducir la angustia o el sentimiento de culpa.

Aunque la etapa del embarazo está asociada a una baja incidencia de desórdenes psiquiátricos, los cambios de estado de humor se presentan con más frecuencia si la mujer tiene alguna predisposición a algún trastorno afectivo (Rahman, A. & Creed, F. 2007, NY Times, 2008).

En un estudio (Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F. & Juárez, F., 2006) realizado a mujeres mexicanas embarazadas, el 30.7% de ellas mostraron sintomatología depresiva y el 59% mencionó haber padecido estos síntomas en el pasado y casi el 8% ha tenido un intento previo de suicidio; además trata de dar a conocer los factores que se asociaron a estos síntomas, como:

1. El haber padecido depresión en alguna etapa de su vida.
2. El no desear el embarazo.
3. Haber sufrido de pérdida paterna o separación antes de los 11 años.
4. La posible depresión de la madre o en el padre.
5. El consumo problemático de alcohol en el padre.
6. Falta de apoyo emocional y práctico.
7. Ser madre soltera o divorciada.

El estilo cognitivo depresivo previo predice un nivel de depresión más elevado durante el tercer trimestre del embarazo, y si se asocia con falta de apoyo conyugal o familiar (Kuscu, M., Akman, I., Karabekiroglu, A., Yurdakul, Z., Orhan, L., Ozdemir, M., Akman, M. & Ozek, E., 2008) y un embarazo complicado, aumenta la posibilidad de depresión seis meses después del parto (Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D., 2004).

La hipótesis de Steiner (2009) está basada en la idea en que existe un desorden en la interacción entre el eje HPG y otros neuromoduladores, que permite la prevalencia de trastornos del estado de ánimo. De acuerdo a esta hipótesis, el ritmo endocrino de la mujer respecto a la reproducción es vulnerable a cambios, y sensible a los aspectos psicosociales, medioambiente y factores fisiológicos (Steiner, 2009, CEPAL, 2003).

Al realizarse una síntesis de la literatura de los factores de riesgo para las mujeres que desarrollan depresión en los primeros meses de embarazo (Robertson, E., et al, 2004), encontraron que existían básicamente factores psicosociales, como son por ejemplo:

- a) ser casada en segundas nupcias
- b) problemas con la vivienda
- c) síntomas fisiológicos
- d) pérdida temprana de una figura paterna
- e) falta de atención materna.

El embarazo no deseado, también es un factor que permite que se presente la depresión. Existen múltiples circunstancias que provocan que la mujer se deprima al saberse embarazada, como son:

- a) Problemas económicos.- Una situación económica deplorable ante un embarazo, que ya de por sí es estresante; puede ser un predisponente para que la futura madre presente un trastorno depresivo (CEPAL, 2003).
- b) Violación.- El embarazo resultado de una violación, supone para la madre sentimientos de rechazo hacia el feto, hacia ella misma y para la vida (Cheasty, et al, 2002). Los sentimientos negativos y la depresión (Records, K. & Rice, M., 2006) se encuentran presentes debido al trauma además de la responsabilidad que implica traer un nuevo ser al mundo al que ni siquiera desea. Actualmente, ya existen alternativas para este tipo de mujeres, como por ejemplo: dar en adopción al pequeño o la aplicación del aborto que en estas circunstancias es legal.
- c) Adolescencia.- Algunas adolescentes, debido a su inmadurez no están preparadas para enfrentarse a la gran responsabilidad de ser madres, además de que muy rara vez cuentan con el apoyo de su pareja (Kuscu, et al, 2008), que normalmente las abandonan al conocer acerca de su

estado. Con frecuencia se sienten rechazadas o existe un rechazo real de la familia o de las amistades; en la mayoría de las ocasiones tienen que modificar sus planes de futuro a corto plazo, como dejar de estudiar o buscar un trabajo. Así que experimentan muchas tensiones, que también influyen para que pueda deprimirse (Van Lang, N., Ferdinand, R. & Verhulst, F., 2007). En ocasiones, también se asocia un proceso de duelo si la adolescente ha sido abandonada por el padre del niño y desarrollar sentimientos de rabia que pueden dirigirse hacia el feto. Se ha encontrado que las adolescentes que tienen un alto riesgo de embarazarse su autoestima es más baja, sus relaciones familiares son deficientes y tienen un uso menos gratificante del tiempo libre, así como mayor probabilidad de aparición de psicopatología (As-Sanie, S., Gantt, A. & Rosenthal, M., 2004).

3.2.2.3. ABORTO

En primer lugar, se debe hacer una diferenciación entre el aborto espontáneo y el aborto provocado. El espontáneo, como su nombre lo dice se presenta inesperadamente durante el curso del embarazo debido a alguna complicación en el desarrollo del feto. De alguna manera es aceptado socialmente; si el embarazo se ha deseado, y sobre todo si se ha buscado intensamente por ambos miembros de la pareja, la reacción emocional ante el aborto suele ser muy intensa. La mujer presenta estado de ánimo decaído, llanto frecuente, sentimientos de desolación, puede presentar sentimientos ambivalentes hacia otras personas o familiares que tengan hijos y negarse a tener algún tipo de convivencia con ellos. Se presenta una reacción de duelo: negación, ira, ajuste, depresión y aceptación. Norman Brier (2004) realizó una revisión documental acerca del nivel de ansiedad que padecen las mujeres después de un aborto, encontrando que sufren de un elevado nivel de ansiedad que continúa aproximadamente seis meses después del aborto. Además se ha observado que las mujeres que han sufrido de abortos recurrentes, también

cumplen con los criterios de depresión (Sugiura-Ogasawara, M., Furukawa, T., Nakano, Y., Hori, S., Aoki, K. & Kitamura, T., 2002).

El aborto provocado también tiene sus efectos emocionales secundarios, en el mismo estudio de Sugiura-Ogasawara y colaboradores (2002) encontraron que las mujeres con abortos previos provocados voluntariamente presentaban tasas más altas de ansiedad y un peor ajuste conyugal, y que el hecho de tener hijos vivos sanos no las protegía del malestar psicológico. Cuando el aborto debe ser provocado por muerte intrauterina, la reacción de la mujer es más drástica, debido a que existe un cuerpo, que aunque no se convivió con él, es un ser que es enterrado y al cual se le guarda un duelo.

En la situación de que se tenga que interrumpir el embarazo debido a malformaciones congénitas, se presentan sentimientos ambivalentes; en primer lugar, de alivio, porque se pudo evitar ese sufrimiento de “traer a sufrir a un ser a este mundo” y también sentimientos de culpa por el aborto y también por la presencia de la enfermedad congénita. Se ha demostrado que las mujeres que se realizaron un aborto debido a malformaciones genéticas sufren de menos síntomas depresivos en comparación con las que sufrieron un aborto tardío espontáneo (Sugiura-Ogasawara, et al. 2002).

En el caso de las adolescentes, cuando se ven obligadas por los padres a que se realicen el aborto porque lo ven como “la única salida” ante la dificultad de hacerse cargo de un recién nacido, lo viven con sentimientos de culpa durante un período posterior o desplazan su coraje a sus padres.

Cuando se realiza un aborto, de una manera clandestina; porque no es socialmente aceptado, la mujer experimenta sentimientos de culpabilidad, vive con la sensación de que va a ser “castigada”, debido a sus creencias. Además también se puede presentar la infertilidad o hasta la muerte de la paciente como consecuencia de una mala práctica de un aborto.

Resalta la falta de apoyo psicológico tras un aborto y que puede ser fatal para la mujer, su salud mental y la de su familia, es por eso que se debería crear un programa de apoyo para este tipo de pacientes para que puedan trabajar los aspectos emocionales, reducir la culpa y que se pueda llegar a tener una vida más saludable.

3.2.2.4. PUERPERIO (PERÍODO POST-PARTO)

Dentro del ciclo vital de la mujer, el parto es considerado como un acontecimiento importante; en el que se comienza a desempeñar el papel de madre, aprendiendo de las experiencias de su niñez, la de sus familiares y amigas. Este nuevo rol requiere de tiempo completo, debido a que un pequeño ser depende de sus atenciones y cuidados. La maternidad, es un período de crisis y de reajuste personal. Aunque las mujeres que han alcanzado un nivel maduro de integración de la personalidad, llegan a experimentar un considerable estrés al enfrentarse a los cambios vitales asociados con la maternidad.

La mayoría de las mujeres que han sido madres pasan por una etapa difícil, que superan rápidamente, aunque algunas experimentan reacciones emocionales que pueden convertirse en trastornos afectivos y que pueden llegar a complicarse en trastornos psiquiátricos (Zaers, S., Waschke, M. & Ehlert, U. 2008).

3.2.2.5. BABY BLUE

Durante los primeros días después del alumbramiento, en muchas ocasiones la mujer experimenta una emotividad especial, caracterizada por episodios de llanto, confusión leve, depresión y labilidad emocional, que es descrito como *Baby Blue*. Este trastorno suele ser transitorio, puede comenzar en los primeros días del puerperio y no sobrepasa los primeros quince días y en muchos casos se resuelve

de forma espontánea durante la primera semana (Faisal-Cury, A., Menezes, P., Tedesco, J., Kahalle, S. & Zugaib, M. 2008). El síntoma primordial es la tristeza, que aparece prácticamente en todas las mujeres diagnosticadas. Otros de los síntomas que se presentan en cierta medida son:

- Llanto
- Astenia
- Irritabilidad
- Anorexia
- Dificultad para concentrarse
- Insomnio
- Despertar precoz
- Aislamiento
- Tensión
- Ansiedad
- Cefalea

En un estudio reciente a mujeres en la etapa del puerperio (Faisal-Cury, et al, 2008), el 32.5% experimentaron la llamada “baby blue”; y se encontró que la condición emocional de la mujer antes del parto, como ansiedad, algún evento estresante, la proximidad de la cesárea, predisponen a que se presente este trastorno.

Existe una teoría (Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D. & Klein, E., 2005) que considera que los cambios hormonales producidos en la mujer durante el posparto se relacionan con este trastorno, pero no está demostrado aún.

3.2.2.6. DEPRESIÓN POST-PARTO

Algunas mujeres experimentan períodos más severos de tristeza que ya pueden ser categorizados como desórdenes psiquiátricos, incluyendo la manía, el delirio, síndromes orgánicos y esquizofrenia. La depresión post-parto severa se distingue de la “baby blue” por la severidad y la frecuencia de los síntomas, el tiempo y el curso del trastorno. Principia aproximadamente desde las 6 semanas a 4 meses después del nacimiento, y puede tener una duración de 6 meses a un año. Según algunos estudios, la depresión prenatal predice la presencia de depresión post-parto (Rahman, A. & Creed, F. 2007, Øystein Berle, J., 2004).

Durante el embarazo, los niveles de estrógeno son bastante elevados y descienden estrepitosamente después del nacimiento; puede ser que la depresión post-parto está asociada al decremento o al cambio de los niveles de estrógenos (Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nizman, L., Rubinow, D. R., 2000), aunque no es un factor determinante, puede contribuir a la génesis de la depresión.

Algunos factores que intervienen para que se inicie la depresión post-parto son: eventos estresantes durante el pre-parto, estado de ánimo depresivo durante el embarazo, ansiedad temprana en el post-parto, deterioro cognitivo y mala relación de pareja (Zaers, Waschke & Ehlert, 2008).

3.2.2.7. INFERTILIDAD

Una de las muchas finalidades de la vida en pareja, es la reproducción, pero en algunos casos ésta no se presenta debido a diversos factores; lo cual desencadena múltiples trastornos a nivel pareja. En este caso se hablará de la mujer que no puede procrear y en cómo afecta su estado de ánimo. En esta

situación la pareja realiza repetidos esfuerzos para que la mujer se embarace y conforme pasa el tiempo surgen reacciones de incredulidad, sentimientos de impotencia, ira, y por último, aceptación de las dificultades y búsqueda de ayuda profesional. Cuando deciden acudir al médico, la pareja suele estar desmoralizada y comienzan con una serie de pruebas para conocer el origen de la infertilidad. La mujer vive esta situación con más ansiedad que el hombre, ya que es ella la que soporta con más presión la realización de las pruebas diagnósticas. Se han observado grados más elevados de estrés, baja autoestima, enojo y resentimiento en las mujeres infértiles (House, A., 2003), otros sentimientos asociados a la infertilidad son la evitación y la autoinculpación (Kraaij, V., Garnefski, N. & Vlietstra, A. 2008).

En los estudios de fertilidad se estudia el ciclo femenino y se revisa si existe alguna alteración hormonal. Si se comprueba alguna deficiencia o enfermedad, se trata con terapia hormonal; este tratamiento, produce alteraciones del humor, con ánimo disfórico, irritabilidad y labilidad afectiva, síntomas similares a los de un embarazo, agravado por los efectos secundarios, el hecho de tener que administrarse diariamente inyecciones intramusculares y la ansiedad de no tener la seguridad de conseguir resultados inmediatos ni a mediano plazo. En estas circunstancias, la pareja deberá llevar una calendarización de sus encuentros sexuales y en un horario establecido, lo que permite que se pierda la espontaneidad del acto. Esta situación permite que en la mujer surjan sentimientos de “ser utilizada” y de inutilidad (Leal, C. 2000). Si pese a los tratamientos de fertilización no se consigue el embarazo, se generan sentimientos de desesperanza y se puede presentar un cuadro depresivo (Ramezanzadeh, F., Mansour M., Nasrin, A., Zayeri F., Khanafshar, N., Shariat, M. & Jafarabadi, M. (2004). En un estudio (Lamas, C., Chambry, J., Nicolas, I., Frydman, R., Jeammet, P. & Corcos, M, 2006) se encontró que las mujeres que tenían problemas de fertilidad mostraban altos niveles de alexitimia en comparación con las mujeres que no tenían problemas de fertilidad; esto demuestra que las mujeres infértiles

tienden a no mostrar sus sentimientos como una estrategia de afrontamiento que en la mayoría de los casos las pueden llevar a sufrir depresión.

El embarazo en algunas situaciones funge como un “lazo” para tratar de unir a una pareja con problemas; cuando en estos casos se descubre que la pareja es estéril, son frecuentes las acusaciones y las disputas, la sensación de haber sido engañado, de no ser la pareja indicada, se despiertan sentimientos de ira hacia el otro que pueden precipitar la ruptura de la relación (Berghuis, J. & Stanton, A. 2002).

Para algunas mujeres que han deseado tener hijos y que han tenido dificultad para procrear; la infertilidad puede ser la generadora de síntomas depresivos (Pearson, K. & Nonacs, R. 2008, Lamas, C., et al, 2006). El fenómeno de infertilidad llega a producir conflictos a nivel de relación de pareja (Berghuis, J. & Stanton, A. 2002) lo cual permite que se presente el trastorno depresivo y se genere un círculo vicioso en el cual la mujer se sienta atrapada. Las pacientes que sufren de infertilidad, reportan altos niveles de culpa (Kraaij, Garnefski & Vlietstra, 2008), la cual a veces puede ser enfocada con eventos del pasado, si hubo aborto, particularmente si este hecho fue consumado en circunstancias ilegales o inadecuadas que pueden ser las causantes de la infertilidad.

3.2.2.8. MENOPAUSIA

Para la mujer la menopausia representa un importante acontecimiento cultural, psicológico y fisiológico. Este suceso representa el final de la etapa de reproducción y también equivale al envejecimiento. Ocurre en un período en el que se experimentan cambios en su ciclo de vida, los hijos se separan del hogar, su papel como madre se modifica y también el de esposa.

En la menopausia se detiene la ovulación y la menstruación por el cese fisiológico de la función ovárica, que normalmente se presenta entre los 44 y 55 años. La peri menopausia y el climaterio son términos que describen los años

previos a la menopausia, cuando la función de los ovarios comienza a disminuir; por lo tanto comienza la disminución de producción de estrógenos (Dennerstein, L. & Soares, C., 2008). Cuando los niveles de estrógeno disminuyen y el incremento de la hormona luteinizante y la hormona foliculoestimulante aumentan puede desencadenarse un trastorno depresivo en las mujeres vulnerables (Steiner, et al., 2003).

Los bochornos y la sofocación secundarios a la inestabilidad vasomotora, que afectan a la mayoría de las mujeres, pueden confundirse con crisis de angustia, producir insomnio, irritabilidad y falta de concentración y memoria, se cree que además de la deficiencia estrogénica y el incremento de la hormona luteinizante y de la hormona folículo estimulante, se debería evaluar los trastornos psicósomáticos y el hipertiroidismo como causas potenciales (Rodríguez, 2002).

Se presentan frecuentemente náuseas, constipación, diarrea, cambios vaginales y disminución del apetito sexual. Como consecuencia de la falta de estrógenos se pueden presentar enfermedades cardiovasculares y osteoporosis (Dennerstein, L. & Soares, C., 2008).

Los factores de riesgo para padecer un episodio depresivo durante el climaterio incluyen: haber padecido episodios depresivos relacionados con la reproducción (haber tomado anticonceptivos orales, haber padecido de síndrome premenstrual y depresión post-parto), ser viuda, divorciada o separada, tener grandes responsabilidades y sufrir una enfermedad crónica (Rodríguez, 2002).

Estudios clínicos indican que la terapia de reemplazamiento de estrógenos mejora el estado de ánimo de las mujeres que sufren los síntomas de la menopausia (Lim, H. J., Cho, H. J., & Lee, M. S., 2006). La terapia hormonal sustitutiva implica la administración tanto de estrógenos y progestágenos; con el propósito de que la progesterona contrarreste la proliferación endometrial que se

produce con los estrógenos y que aumenta el riesgo de producir cáncer del endometrio (Rodríguez, 2002).

Los factores psicológicos influyen en la aparición de la sintomatología depresiva como respuesta a situaciones críticas que amenazan su imagen y autoconcepto. La menopausia se ve asociada a la vejez, la mujer percibe una pérdida del atractivo sexual y de la nulidad de su capacidad reproductiva. Aunque también existen diferencias entre los diferentes grupos sociales; su nivel socioeconómico, el nivel educativo o el estado civil pueden condicionar diversas expectativas en relación a los cambios hormonales y a la menopausia en sí.

3.3. FACTORES GENÉTICOS

En estudios acerca de la génesis de la depresión, se ha demostrado que existe el riesgo familiar, en donde se vive la posibilidad de padecer o desarrollar el trastorno depresivo (Weissman, et al. 2006), lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica (Sullivan, et al., 2000). En Europa, se realizó un estudio a 631 familias diagnosticadas con depresión mayor en donde encontraron variaciones en la secuencia de ADN en uno o más genes en la región 15q25-q26 que puede incrementar la susceptibilidad a sufrir este trastorno (Levinson, et al. 2007). Aunque también existe la explicación de que este factor genético de padecer depresión dentro de la familia, puede también ser explicada debido a la dinámica familiar o a la cultura en común. Para conocer si en realidad la genética es determinante para que se origine un cuadro depresivo, se han realizado estudios con gemelos en los que han sido estudiados de una manera sistemática los gemelos monocigóticos (los que son genéticamente idénticos) y los gemelos dicigóticos (son los que tienen el 50% de genes en común), el porcentaje de depresión que presentaron los gemelos monocigóticos fue de un 68% y los dicigóticos presentaron un porcentaje de 43% (Ørstavik, et al, 2007), los

gemelos monocigóticos presentaron un nivel más elevado de heredabilidad (Kendler, K. S., et al, 2006), que permite demostrar la tesis de que la genética tiene un papel determinante en la génesis de la depresión. Aunque también se demostró que existía un alto nivel de prevalencia en los trastornos bipolares (Beck, 1976), pero demuestra que existe una contribución genética. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán este trastorno. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar del trastorno. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

El porcentaje de heredar distimia es aproximadamente del 20% al 45% (Kendler, et al., 2006). La depresión severa tiene un nivel más alto de ser heredada (Wichers, et al., 2007). Al parecer es probable que mucha de la propensión genética de la distimia y trastornos de ansiedad es la misma (Weissman, et al. 2006), y puede que intervenga en parte a través de los rasgos de personalidad como la neurosis (Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E. & Cook W. 2006, Kendler, et al., 2001). Hasta la fecha no se conoce específicamente a los genes responsables que propicien la depresión; pero se han realizado estudios en familias y gemelos que concluyen que el aspecto genético contribuye a la génesis de este trastorno (Ørstavik, Rangnhild E., Kendler. Kenneth S., Czajkowski, N., Tambs, K. & Reichborn-Kjennerud, T., 2007).

En otro estudio Silberg, y cols. (Silberg, J., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, J., Simonof, E., Maes, H., Carbonneau, R., Mureller, L., foley, D. & Eaves, L. 1999), examinaron las posibles causas de la sintomatología depresiva en chicas adolescentes y la influencia genética y los factores de riesgo de desarrollo comparando la trayectoria de los síntomas depresivos entre chicos y chicas desde la niñez hasta la adolescencia; se encontró que los niveles de depresión eran similares hasta la edad de 12 años en ambos sexos, pero el nivel aumentó conforme avanzaba la edad de las adolescentes. Encontraron que la presencia de

síntomas depresivos tiene explicación de factores genéticos (NY Times, 2008). Aunque también en otros estudios se descubrió que la heredabilidad es similar entre hombres y mujeres (Sullivan, P., Neale, M., & Kendler, K.. 2000).

Es necesario que se realicen más estudios en el campo de la genética para saber de qué manera contribuye a que las mujeres sean más propensas a la depresión.

3.4. FACTORES PSICOLÓGICOS

Como ya se mencionó anteriormente, la depresión ha estado presente desde tiempos muy antiguos en donde se le daba una explicación orgánica; ya que la “bilis negra” era la que originaba la “enfermedad melancólica”. Pero lo que ha continuado hasta nuestros días es el concepto de tristeza y abatimiento que representa la depresión. Se ha intentado dar una explicación al origen de este trastorno creándose muchas teorías; desde el origen biológico en donde la depresión es resultado de aspectos genéticos, o desequilibrio en los neurotransmisores, y aunque se ha demostrado que el factor biológico contribuye a la depresión éste no es el único desencadenante, sino que se relaciona íntimamente con los demás factores, pero en este apartado se tratará de mencionar algunas teorías psicológicas acerca de la depresión. Cada una de estas teorías dan una explicación al porqué se presenta la depresión y cada una tiene sus hipótesis y distintas formas de abordar su tratamiento, pero ese ya es otro tema de estudio; solamente se mencionan para dar a conocer que existen diversas explicaciones psicológicas al trastorno depresivo.

3.4.1. TEORÍAS PSICODINÁMICAS

Sigmund Freud y Karl Abraham (Avila A., 1990) son los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos depresivos. Freud, en primer lugar situó a la depresión periódica como una forma de las neurosis de angustia y la melancolía es causada por la pérdida de libido; y en un segundo momento su posición característica está centrada en el estudio de la libido oral, el sadismo y el narcisismo en la melancolía; aunque no consideró a la depresión como un tipo específico de neurosis. Abraham se interesa por los factores etiológicos en donde descubre en sus casos clínicos la relación entre el comienzo de una depresión y el sufrir un desengaño amoroso (repetición inconsciente de la pérdida de un objeto de amor en la infancia), este evento tiene lugar antes del período edípico, cuando la libido aún es de tipo narcisista. Existe fijación al nivel oral que es expresado en la vida diaria por despreocupadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actividades orales (succión, alimentación). Este énfasis oral da origen al estudio de la necesidad del apego en la que Bowlby (1993) propuso que los adultos pueden deprimirse si fueron criados por padres que no fueron capaces de proporcionarles relaciones estables y seguras, además de no haber podido satisfacer las exigencias de sus progenitores. *Estas experiencias de la niñez originan una fuerte tendencia a interpretar cualquier pérdida que el individuo pueda sufrir posteriormente como uno más de sus fracasos en el empeño de establecer o conservar una relación afectiva estable.*

Para Melanie Klein (Vallejo Ruiloba & Gastó Ferrer, 2000), los niños en su desarrollo evolutivo atraviesan una fase depresiva al experimentar que su madre no siempre satisface sus necesidades. Esto le generará sentimientos de odio-agresión y de amor. La fase depresiva se superará cuando el niño sea capaz de integrar ambas experiencias en un mismo objeto (madre). Si el niño no logra esta integración será porque los sentimientos de agresión y de odio son más fuertes y ello sentará las bases para el desarrollo de trastornos depresivos en la vida adulta.

La construcción de un modelo de depresión basado en la expresión emocional de un conflicto por desvalimiento e impotencia del Yo (la destrucción de la autoestima), y sus modulaciones por influencia social y cultural es desarrollada por Bibring y Jacobson (Vallejo & Gastó, 2000).

Los modelos psicodinámicos se basan en que los síntomas depresivos tienen un origen psicológico o sea una disfunción en la relación entre “sujeto y objeto”, como el abandono o pérdida temprana de sus figuras objetales, o alguna experiencia traumática en una fase temprana de desarrollo. Esta pérdida o conflicto crea una predisposición para la vida adulta, en donde nuevas experiencias de pérdida inducirán una regresión a la etapa oral del desarrollo, empleando los mismos mecanismos de defensa como la negación y la represión (Hidalgo Solís, R. A. 1998). Lo que provoca una pérdida de interés en sus actividades y relaciones con los demás, desarrollando la sintomatología depresiva.

Las concepciones psicoanalíticas han contribuido decisivamente a la comprensión de la depresión, y establecen las bases para que surjan nuevas teorías para brindar una mejor explicación a este trastorno.

3.4.2. MODELO INTERPERSONAL EXISTENCIAL

A finales de la década de los años 30's del siglo pasado los psiquiatras estadounidenses comienzan a pensar que tanto la etiología como la terapéutica estaban determinadas primordialmente por lo psicosocial, especialmente lo interpersonal. El iniciador de esta visión fue Adolph Meyer (Heerlein, A. 2002). Según su psicobiología, la enfermedad mental es un intento de adaptarse al ambiente. Este autor es sin duda el primero en enfatizar lo interpersonal e inaugura la escuela americana, con Frieda Fromm-Reichmann, Mabel Blake Cohen, Karen Horney y Erich Fromm, como sus grandes exponentes. Otra importante influencia es recibida por Harry Stack Sullivan (Heerlein, A. 2002), el máximo representante de la escuela interpersonal, construye un modelo especial,

pues defiende el paradigma interpersonal, quedándose siempre en el marco de la psiquiatría. Mientras la lista de autores antes señalada suele incluirse dentro del culturalismo americano, Harry Stack Sullivan ve las respuestas principalmente en lo psicosocial. No obstante, su implementación en la terapia interpersonal se mantiene en el plano de lo interpersonal, evitando la teoría de las relaciones objetales. Al igual que los culturalistas americanos arriba citados, Bowlby también trata lo interpersonal según categorías freudianas.

En 1984 el manual de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (Markowitz, J. & Weissman, M. 2004) para el tratamiento psicoterapéutico de la depresión amalgama estas tres corrientes de pensamiento en forma sistemática, permitiendo su implementación como herramienta terapéutica.

La psicoterapia interpersonal es una técnica que se centra en la relación de los temas interpersonales del paciente con sus síntomas depresivos. Desde la psicoterapia interpersonal las causas de la depresión pueden estar en cuatro supuestos (Heerlein, A. 2002):

- Duelo o pérdida de un ser querido.- Esta situación tiende a resolverse por sí misma, pero en ocasiones es el motivo del desarrollo de un trastorno depresivo.
- Disputas personales o relaciones conflictivas.- En las diferentes relaciones se presentan conflictos no resueltos entre las diferentes partes.
- Transición de papeles.- Son los cambios producidos a lo largo del ciclo vital y que requieren de una adaptación.
- Déficit interpersonal.- Se refiere a una patología de carácter subyacente por la que existe un déficit de relaciones personales mantenida en el tiempo.

En este modelo se considera que la depresión es el resultado de la adaptación inadecuada de las experiencias negativas del medio social en el que se desarrolla el sujeto; puesto que en ocasiones le impone “roles sociales disfuncionales” basados en creencias y mitos sociales, lo que le hace vivir con presión y frustración. Los diferentes roles y relaciones se pueden ver alterados con sobrecargas emocionales o laborales, conflictos y pérdidas. La alteración por sobrecarga tiende a aminorar las fuerzas, los conflictos tienden a producir angustia y las pérdidas depresión (Markowitz & Weissman, 2004). Usualmente las pérdidas a tratar en psicoterapia interpersonal son duelo, divorcio o desempleo. Otorga más importancia al presente que al pasado, examinando las relaciones personales del paciente en la actualidad e intentando intervenir en la formación de síntomas y en la disfunción social asociada al presente episodio depresivo o de otra índole (Heerlein, A. 2002).

Karen Horney explica que debido a la influencia de la adversidad y el medio interpersonal, el niño desarrolla una imagen negativa de sí mismo e idealiza una imagen del yo hacia el cual dirige todas sus energías vitales, pero el cual es imposible de ser alcanzado a pesar del esfuerzo que realiza; lo cual permite que desarrolle sentimientos de indefensión y depresión (Hidalgo, 1998).

La terapia interpersonal es una corriente psicoterapéutica que está gozando de un gran prestigio y aceptación en el complejo ámbito del tratamiento de los trastornos depresivos. Gracias a su versatilidad, su estandarización y su adaptación al modelo médico ha sido objeto de un gran número de ensayos clínicos controlados, sólo comparable a la Terapia Cognitivo-conductual. Los estudios hasta ahora efectuados demuestran que la Terapia interpersonal es una alternativa o un complemento válido para el tratamiento agudo, de continuación o de mantenimiento de la depresión mayor (Pim C., Straten V., Smit F., Mihalopoulos C & Beekman A. 2008).

3.4.3. MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

El primer intento de un análisis conductual de la depresión lo realiza Skinner en 1953 (Smith, L. M. 1994), que define a la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como baja frecuencia de emisión de conducta positivamente reforzada ha sido central a todas las posiciones conductuales. De aquí que la principal meta del tratamiento deba ser restaurar un programa adecuado de reforzamiento positivo para el paciente, alterando la calidad y cantidad de sus actividades e interacciones interpersonales.

Aplicando el término "reforzamiento" a la depresión, Lewinsohn, Youngren y Grosscup en 1979 (Vallejo & Gastó, 2000) elaboraron varias hipótesis. La hipótesis inicial estableció que la baja tasa de reforzamiento contingente constituye un antecedente crítico de la ocurrencia de la depresión. El reforzamiento es definido por la calidad de las interacciones de las personas con su ambiente. Aquellas interacciones con resultados positivos constituyen reforzamiento y fortalecen, por lo tanto, la conducta de las personas, siempre y cuando dichos resultados sean positivos. De esta manera, se supone que la conducta de las personas deprimidas no produce reforzamiento positivo en el nivel suficiente para mantener su conducta. Consecuentemente, las personas deprimidas tienen dificultad para iniciar o mantener su conducta haciéndose cada vez más pasivas; también, se supone que la tasa baja de reforzamiento es la causante de los sentimientos de disforia, que son centrales a la fenomenología de la depresión.

Una hipótesis corolaria supone que una alta tasa de experiencias castigantes (por ejemplo, interacciones aversivas, estresantes, desagradables o trastornantes) también causan depresión. Las interacciones castigantes o punitivas con el medio ambiente pueden causar depresión, directa o indirectamente, al interferir con la involucración y disfrute de actividades

potencialmente reforzantes (Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D. & Gotlib, I., 2003). La ausencia de eventos reforzantes que son relevantes a la depresión puede ser de varias clases como: las experiencias sexuales, relaciones sociales, actividades recreativas en el hogar, soledad y experiencias en donde se compite. Los eventos castigantes que se relacionan más a la depresión abarcan: discordia marital, excesivo trabajo del hogar y las reacciones negativas de otros (Muñoz, R. & Mendelson, T., 2005).

Los teóricos cognitivos como Beck, Rehm y Seligman proponen hipótesis que atribuyen un rol causal a las cogniciones en la depresión.

Beck (1979) concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Para esto, existen varias estructuras cognitivas específicas que son centrales al desarrollo de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los tres patrones cognitivos (Beck y cols. 1979). La triada cognitiva consiste de tres patrones cognitivos que controlan la ideación: una visión negativa de uno mismo, una visión negativa del futuro y una visión negativa del mundo. Los síntomas de la distorsión de uno mismo son: baja autoestima, auto exigencia y culpa; la desesperanza y el negativismo, son síntomas de distorsión del futuro y la retracción social y el pesimismo son síntomas de la distorsión del mundo. Este modelo sostiene que el pensamiento negativo es causa y no consecuencia de la depresión, que los pensamientos del sujeto se encuentran distorsionados principalmente por: los pensamientos automáticos y los esquemas. Los pensamientos automáticos son el modo recurrente de interpretar los acontecimientos. Por su lógica errónea reciben el nombre de distorsiones cognitivas. Los esquemas procesan, seleccionan y codifican el significado de los acontecimientos que contienen un componente afectivo; se desarrollan a partir de la infancia y etapas posteriores. Suelen permanecer inactivos hasta que son activados por ciertos acontecimientos e influyen entonces en el procesamiento cognitivo. En la génesis de los esquemas participan factores genéticos, fisiológicos, ambientales y relacionales. Los depresivos han atravesado

experiencias de pérdidas tempranas y frecuentes que generaron esquemas de indefensión o desvalimiento. También abundaron en su entorno figuras extremadamente exigentes, perfeccionistas o hipercríticas, que modelan una actitud idéntica en el niño para consigo mismo. Los esquemas cognitivos, se supone, llevan a los individuos a un filtrado sistemático o distorsión de la percepción y la memoria. Tales distorsiones son los errores cognitivos. Ellos son involuntarios e incluyen: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y la minimización (Beck, J. 2000).

Por otro lado, Rehm en 1977 propone la teoría del "auto-control" de la depresión en la cual las auto-evaluaciones negativas y las bajas tasas de auto-reforzamiento y las altas tasas de auto-castigo producen bajas tasas de conducta. Propone a tres procesos como los más importantes en el auto-control: el auto-monitoreo, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento. Así, Rehm sugiere que las personas deprimidas atienden selectivamente a los eventos negativos de tal manera que los toman como criterios para hacer su auto-evaluación produciéndose que se utilicen altas tasas de auto-castigo en combinación con una baja en las tasas de auto-recompensas (Vallejo & Gastó, 2000).

Por su parte, Seligman utilizando un paradigma experimental propuso, inicialmente, una teoría de la depresión humana en donde es central el efecto de la independencia de la conducta y sus productos. El desamparo aprendido es un fenómeno de laboratorio observado cuando unos perros fueron expuestos a un trauma incontrolable. Los fenómenos principales del desamparo aprendido son: 1) la pasividad; 2) un retardo en el aprendizaje; 3) la carencia de agresividad y competitividad; 4) la pérdida de peso y bajo consumo de comida. El antecedente crítico para la aparición del desamparo aprendido no es el "trauma" (por ejemplo, recibir choques eléctricos) en sí mismo sino la carencia de control sobre el evento traumático. De esta manera, los sujetos deprimidos se considera que están en situaciones en las cuales sus respuestas y el reforzamiento son independientes. La recuperación de la creencia de que la respuesta produce reforzamiento es el

cambio de actitud crítico que, se hipotetiza, cura la depresión (Maier, S., Peterson, C. & Schwartz B. (2000).

Después de algunas críticas a su teoría, Seligman (2006) propone una reformulación de la teoría del desamparo aprendido en donde que las atribuciones que hace el individuo acerca de la no-contingencia entre sus actos y los productos son el origen de expectativas subsecuentes de contingencias futuras. Las dimensiones de las atribuciones que son particularmente importantes para el desamparo aprendido y la depresión incluyen: internalidad/externalidad, generalidad/especificidad y estabilidad/inestabilidad. Desde esta perspectiva, una persona está probablemente más deprimida si sus atribuciones por sus fallas y carencias de control son internas (es mi culpa), son globales (en todo soy incompetente) y son estables (siempre seré igual), mientras que sus atribuciones por el éxito son externas (tuve suerte), específicas (en esa situación particular) e inestables (sólo esta vez).

La Terapia Cognitiva se ha constituido en un arma poderosa y de primera línea en el tratamiento de la depresión y está avalada por un impresionante número de investigaciones empíricas (Figueroa, G. 2002, Muñoz, R. & Mendelson, T. 2005, Weissman, M. M. Markowitz, J. C. 2003).

3.4.4. MODELOS QUE EXPLICAN LA DEPRESIÓN EN LA MUJER

A través del tiempo, se ha tratado de dar una explicación a las diferencias de género que se presentan con la depresión. Las primeras explicaciones psicoanalíticas de Freud y Helene Deutsch, decían que la mujer sufría de un exceso de masoquismo y dependencia psicológica. En las décadas de los 60's y 70's, se decía que las mujeres eran más vulnerables a la depresión, debido a que sufrían de baja auto-estima y sentimientos de auto-derrota (Randolff, 1975).

Perspectivas de género mencionan que desde niñas son intimidadas y en la adolescencia son adoctrinadas para representar roles de servicio a sus esposos y enfocarse únicamente en desempeñar un buen papel de esposa y madre (Siverio E., & García H. 2007, Helgeson, et al 2002). Desde esta visión, las mujeres se ven obligadas a renunciar a sus metas profesionales y vivir una vida supeditada a la de los demás; viviendo sus triunfos a través de su familia.

Se ha demostrado que las mujeres sufren un mayor porcentaje de niveles de depresión (Kendler, et. Al 2006, Ørstavik, R. et al 2007) se ha tratado de conocer los factores que permiten que este trastorno se presente con mayor incidencia en este género. Como explicación se observa que las mujeres tienden a demostrar con más facilidad sus emociones tanto positivas como negativas además, debido a su naturaleza protectora, se sienten más apegadas emocionalmente a las personas que les rodean y tienden a sentir y a sufrir el pesar de los demás. Además es más aceptado socialmente que una mujer llore, se sienta triste y se muestre deprimida que un hombre, al cual en nuestra sociedad no se le permite fácilmente llorar y comunicar sus emociones.

A través de varias décadas, la diversa literatura menciona que la mujer es menos asertiva que el hombre y tiende más a mostrarse desvalida, ambos aspectos contribuyen a que sufran altos niveles de depresión (Smith, et al, 2007, Nolen-Hoeksema, 2002). La indefensión que se presenta en la depresión la explica en su obra Sánchez Moreno (2002) en donde es necesario que la mujer se exponga a situaciones incontrolables que den lugar a la indefensión que se presenta en los planos, motivacional, cognitivo y emocional. En el aspecto motivacional, se ve reducida esta acción debido a que no existe una respuesta favorable. En el aspecto cognitivo, aprender que un resultado es independiente de una respuesta resulta complicado. Y en el aspecto emocional, el evento traumático, puede producir miedo, ansiedad y si no es controlado, estas emociones pueden llevar a la desesperanza y ésta a la depresión. Depende de la forma en cómo se perciban los sucesos negativos, y permitan les afecte de manera importante, atribuyéndole síntomas de desesperanza, se puede decir que

existe un factor de vulnerabilidad de estrés que permite desarrollar un cuadro depresivo.

Se ha encontrado que existe asociación significativa entre la satisfacción con la vida y los estilos de afrontamiento centrados en el problema. Las personas satisfechas con la vida, tienden a interpretar los eventos neutrales y ambiguos de manera positiva y flexible y cuentan con un umbral bastante alto de tolerancia a la frustración, lo que los hace menos predisponentes a la depresión. Los factores asociados con el malestar emocional, según un estudio realizado a las usuarias del sector salud en México, las personas insatisfechas con la vida, tienden a sentir miedo, tristeza, vergüenza, culpa, muchos sentimientos que les impiden enfrentar de una mejor manera los eventos adversos (Díaz, 2007).

En la niñez, se van formando o deformando las características de personalidad de la mujer y la forma de relacionarse con sus figuras importantes; como son: baja autoestima, culpa, autocastigo, escaso repertorio emocional y cognitivo para la detención, enfrentamiento y solución de problemas; lo cual a lo largo de su vida se activan en situaciones estresantes o en relaciones significativas para la mujer. Es por eso que se pueden presentar problemas de pareja, que a su vez desarrollarán algún trastorno de personalidad como la depresión (Velasco & Ledesma, 2002).

Dependiendo del tipo de personalidad con el que cuente, va a enfrentar las problemáticas que se le presenten, y el trastorno que pueda desarrollar. En varios estudios se ha demostrado que tienen un alto nivel de correlación con síntomas depresivos, los rasgos de personalidad como son la neurosis (Kuyken, W. et al. 2006) y pensamientos negativos, así como un bajo nivel de extroversión y pensamiento positivo (Flett, G., Madorsky, D., Hewitt, P. & Heisel M. 2002).

3.4.4.1. ORIENTACIÓN INTERPERSONAL

Una de las diferencias psicológicas más consistentes entre hombres y mujeres es la orientación interpersonal (Little, S. A. & Garber, J. 2005). Las mujeres tienen más predisposición a sentir más ataduras emocionales con las personas que las rodean, son enseñadas a cuidar de los demás, a no cuidar de ellas mismas, a procurar dar una imagen adecuada conforme a lo que fue educada; además de que se sienten emocionalmente afectadas por lo que le ocurra a otras personas (Nolen-Hoeksema, 2002).

La orientación interpersonal puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión mediante muchos mecanismos: por poner un ejemplo, cuando tiene mucha gente a la cual sentirse apegada y si a alguna le sucediese algún evento desagradable; la mujer tiende a presentar un impacto emocional negativo que le afecta en su bienestar pero que además es socialmente aceptable. Las mujeres reportan más eventos negativos que vivieron sus conocidos, tal vez debido a que las mujeres tienen más conocidos o que les afectan más estos eventos que a los hombres (Kendler, K., Gardner, C. & Prescott, C. 2005). También se puede explicar que como las mujeres tienen mejor memoria emocional, pueden recordar y volver a vivir sus emociones una y otra vez (Nolen-Hoeksema, S. 2000).

La orientación interpersonal de las mujeres es muy marcada, debido a la forma en que fueron educadas: a ser sumisas, pasivas y dependientes; además de tener poca libertad y se les exige mayor responsabilidad para con los demás, ya que no importa tanto el bienestar propio (Lara, 2002). En un estudio realizado en el campo de las relaciones interpersonales (Helgeson, V. Tamres, L. & Janicki D., 2002), las mujeres se preocupan por el bienestar del otro y viven una intensa necesidad de mantener un estado de ánimo positivo con respecto a la relación y a sentirse responsable de ella. Se ha observado que una mujer tiende a depositar su felicidad en otra persona, ya sean los padres, el esposo o los hijos; es decir, mientras ellos sean felices ella también será feliz. Y cuando alguno de estos

factores falta o simplemente no cumplen con las expectativas de lo que está bien, puede surgir la depresión; por ejemplo, si los padres se separan, o el esposo la deja o engaña, o si alguno de los hijos tiene problemas o simplemente se vuelven independientes y ya no es necesaria; lo vive como una pérdida y tiene la sensación de inutilidad y desesperanza. Puede desempeñar diferentes papeles, y dedicarse a los demás y a su bienestar; pero en cierto momento se está olvidando de ella misma y también puede desarrollar un trastorno depresivo, porque sus proyectos personales se ven frustrados. Esta situación se ve mucho en las mujeres jóvenes que por alguna circunstancia no pudieron realizar sus metas, y viven una situación que no pretendía, vive decepcionada y deprimida. En la edad adulta, en el ciclo de vida del nido vacío, cuando los hijos dejan el hogar, las mujeres experimentan una profunda pérdida de propósito e identidad, sobre todo cuando se han dedicado exclusivamente al cuidado de los hijos, lo que las lleva a la depresión.

Cada vez es más difícil ser mujer, porque desempeñan muchos papeles como madre, esposa, profesionista y ama de casa y en todos se debe ser buena. Dentro de esta sociedad en la que la mujer está ganando mayor terreno, la responsabilidad a veces es mucha y genera sentimientos de agobio que permiten que se desarrolle un episodio depresivo.

3.4.4.2. RUMIACIÓN

La rumiación es la tendencia de pensar perseverantemente acerca de un problema, pensamiento o emoción que se escapan de control, que desgasta y que hacen que el estado de ánimo se vea afectado de una manera negativa, en lugar de enfocarse de una manera activa resolviendo el problema (Nolen.Hoeksema, 2000). La rumiación se ha relacionado con una variedad de estilos cognitivos maladaptativos, incluyendo los estilos atribucionales, actitudes disfuncionales, pesimismo, auto-crítica, dependencia y neurotismo (Flett, G. et al. 2002, Kuyken, W., Watkins, E. & Cook, W., 2006). De acuerdo con la teoría de

Nolen-Hoeksema (1991) la rumiación exagera y prolonga la angustia, particularmente la depresión a través de varios mecanismos. Primero, aumenta los efectos del estado de ánimo deprimido pensando de una manera repetitiva. Segundo, la rumiación interfiere de una manera negativa, ya que los pensamientos se vuelven más pesimistas y fatalistas. Tercero, la rumiación interfiere como instrumento de la conducta, permitiendo que se incrementen las circunstancias estresantes (Nolen-Hoeksema, 1991). Las personas que tienden a rumiar algún problema por demasiado tiempo, son las que tienden a ser diagnosticadas con depresión mayor (Nolen-Hoeksema, 2000) además de que su capacidad para resolver problemas es deficiente debido a los estilos cognitivos maladaptativos (Donaldson, C. & Mathews, A. 2004, Papageorgiou, C. & Wells, A. 2003). Los efectos de la rumiación tienden a que resurja la depresión después de haber sido controlada esta. La forma en que la rumiación contribuye a la depresión; según estudios de laboratorio, demuestran que cuando las personas tienden a rumiar y a comenzar a sentirse deprimidos, sus memorias del pasado, sus interpretaciones del presente y sus expectativas del futuro son negativas y distorsionadas (Lyubomirsky, S., Kasri, F. Chang, O. & Chung, I. 2006). Así que la rumiación se va convirtiendo en pensamientos negativos y desesperanza; como menciona Beck, (1979) la presencia de errores cognitivos que contribuyen a la depresión.

Las mujeres son más propensas a la rumiación que los hombres, en respuesta a la tristeza, a la depresión o al estado de ánimo ansioso (Nolen-Hoeksema, et al., 1999), tienden a distorsionar sus percepciones y a seguir viviendo de acuerdo a sus esquemas equivocados; las personas que sufren de rumiación tienden a asumir la responsabilidad del bienestar de los otros (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001) también dependencia y necesidad (Spasojevic & Alloy, 2001). Un factor característico del género femenino, es que a las niñas desde una edad muy temprana, se les acostumbra más que a los hombres a prestar más atención a sus emociones y de esa manera las mujeres se conectan de manera emocional con los demás (Helgeson, et al, 2002). Se ha encontrado en adolescentes que tienden a desarrollar la rumiación rasgos de personalidad como

el neurotismo y que a la larga presentan cuadros depresivos y de ansiedad (Kuyken, W., et al, 2006). De cierta manera la vida de las mujeres está dedicada a revivir y repasar cada una de sus experiencias negativas que permiten que se presente la depresión (Kuyken, W., et al. 2006). El pensamiento obsesivo abarca varios aspectos del individuo, lo vive como forma de afrontamiento, porque cree que es la manera correcta de abarcar sus problemas; en ciertas ocasiones se pueden llegar a tomar decisiones equivocadas y lo más importante que esta forma de pensamiento llega a dañar el aspecto anímico del que lo vive.

Se ha encontrado que la rumiación se ve disminuida en las personas que tenían la oportunidad de expresar sus emociones y de recibir mayor soporte social (Austenfeld, J. & Stanton, A. 2004), esto demuestra que gracias a una intervención adecuada, la rumiación cederá y se prevendrá un episodio depresivo.

3.5. FACTORES SOCIALES

Los niveles de depresión en la mujer son casi el doble que el nivel de los hombres (Kendler, et. Al 2006, Ørstavik, R. et al 2007) y los factores sociales contribuyen a que se genere este trastorno; múltiples estudios han demostrado que eventos traumáticos padecidos durante la infancia como abuso físico (Goodman, 2002), el asalto sexual (Cheasty et al 2002) el rompimiento familiar (Gilman et al., 2003) o alguna pérdida (Riso, et al., 2002) y que pueden influir hasta cierto punto en que se presente el suicidio (McHolm, et al 2003). También los eventos crónico negativos que especialmente sufren las mujeres, son la pobreza (Rayburn N. R. et al, 2005), la discriminación y la desigualdad de género (Hammen, & Brennan, 2002, Lara et al, 2002, CEPAL, 2003).

3.5.1. EVENTOS TRAUMÁTICOS

Los eventos traumáticos se encuentran claramente implicados en la génesis de la depresión. Se ha demostrado en múltiples estudios que en más del 80% de los casos diagnosticados con depresión mayor tienen como antecedente casos severos de eventos traumáticos; lo que hace que se demuestre esta relación (Goodman, 2002; Mazure, C. M., Bruce, M.L., Maciejewski, P. K. & Jacobs, S. C., 2000). El sufrir algún evento traumático predispone a que surja depresión en algún momento de la vida; ya sea durante la infancia o en la etapa adulta, cuando algún evento dispare la génesis de la depresión (Mazure, C., & Maciejewski, P., 2003).

En un estudio realizado a adolescentes israelíes, que debido a la situación política de su país, tienen un alto nivel de exposición a ataques terroristas; en primer lugar se encontró que los jóvenes que habían presenciado algún evento terrorista, presentaban síntomas de depresión el género femenino 7.3% vs 5.4 % de hombres y desarrollaban trastorno de estrés post-traumático. Ya que el trauma está entrelazado en la vida cotidiana y cambia la percepción de la realidad; la Dra. Rut y cols. Crearon un programa de **resiliencia**¹ social para poder ir superando los síntomas depresivos y de trastorno de estrés post-traumático dentro de la juventud israelí (Pat-Horenczyk, et al., 2007).

¹ El vocablo resiliencia tiene su origen en el latín, en el término resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. La resiliencia es un término que proviene de la física y se refiere a la capacidad de un material de recobrar su forma original después de haber estado sometido a altas presiones. Por analogía en las ciencias humanas se comenzó a utilizar esta palabra para designar la facultad humana que permite a las personas, a pesar de atravesar situaciones diversas, lograr salir no solamente a salvo, sino aún transformados por la experiencia. (www.definicion.org/resiliencia)

3.5.1.1. ABUSO FÍSICO Y SEXUAL EN LA NIÑEZ

El abuso físico y sexual es uno de los eventos traumáticos más relacionados con los altos niveles de depresión (McHolm, A. et al., 2003, Goodman, 2002, Cheasty et al 2002). Los hombres también son víctimas de abuso sexual y abuso físico, pero las mujeres representan el 85 % de las víctimas.

El abuso sexual o negligencia por parte de un padre, representa en extremo una experiencia traumática. No es de sorprenderse que niños que han sufrido este tipo de eventos sufran de algún tipo de trastorno de la personalidad como actitudes negativas para con ellos mismos (Lancaster, G., Rollison, L. & Hill, J. 2007) que su percepción esté dominada por esos pensamientos negativos y que tengan una personalidad depresiva (Mazure, C., & Maciejewski, P., 2003). Los infantes son las víctimas más frecuentes de abuso físico, puesto que son más vulnerables. Los padres que abusan de sus hijos, son personas deprimidas, alcohólicos o drogadictos.

En la mayoría de los casos de violación en infantes, los perpetradores suelen ser un familiar cercano, lo cual hace que este evento se convierta en crónico y afectar aún más a la víctima porque vive amenazado en su propio hogar, donde se presume que es dónde debería estar seguro, justamente aquella persona que se supone los protegería y cuidaría se convierte en fuente de violencia y maldad. En estos casos la represión suele ser muy fuerte, ya que por lo general las niñas o niños temen que por su culpa, su familiar (padre, tío, hermano, etc.) sean castigados o vayan a la cárcel y el resto de la familia quede desamparada. Así crecen sumamente dañados en su personalidad y tienen problemas cognitivos, de relación y hasta psiquiátricos. En un estudio (McHolm, A. et al., 2003) en el que se examinaron los determinantes de la ideación suicida y atentados suicidas, se encontró que más de la mitad de la población estudiada cubrían los criterios para uno o dos desórdenes psiquiátricos y más del 40% de los participantes reportaron abuso físico en la infancia, el 41.1% reportaron que al

menos uno de sus padres biológicos presentaron síntomas depresivos en algún momento y 10% respondió que al menos uno de sus progenitores había tenido un atentado suicida. Las mujeres deprimidas que han experimentado abuso físico en la infancia experimentan tres veces más ideación suicida en el curso de su vida (McHolm, A. et al., 2003) y el riesgo de atentar contra su vida en una edad temprana es más alto comparado con los hombres (Roy & Janal, 2005).

Otros factores asociados con el abuso, son los altos niveles de tensión que se vive en el seno familiar y el aislamiento social; que también pueden traer repercusiones emocionales y distorsiones cognitivas en la personalidad del niño que lo sufre y que existe una gran vulnerabilidad para que sufran de depresión (Goodman, 2002).

Además el abuso sexual en la infancia, puede ser un predictor para que pueda ser en la edad adulta una posible víctima de asalto sexual y por consecuencia lógica presentar un cuadro depresivo (Cheasty, et al. 2002).

3.5.1.2. PÉRDIDA DE UNA FIGURA PATERNA

La pérdida temprana de alguno de los progenitores (NY Times, 2008), particularmente la muerte y la pena asociada a este hecho, es considerada como un suceso que provoca altos niveles de tensión y predisponen al pequeño para que sufra depresión. La muerte de un ser querido por enfermedad, desastre, o algún evento extremo como suicidio u homicidio, afectará a los hijos de múltiples formas (Melhem, N., Wlaker, M., Moritz, G & Brent, D., 2008):

- Como un proceso normativo del duelo
- Como pérdida de una figura primaria o de modelo de rol
- A través de los efectos sobre el padre superviviente

- Desventajas de cuidados y atenciones, educacionales o socioeconómicos.

Inmediatamente después del fallecimiento de alguno de los padres comienzan el **proceso de duelo**.²

Tienden a presentarse alteraciones psicológicas a corto y a largo plazo. A corto plazo, se señalan síntomas emocionales, tanto depresivos (llanto, tristeza, trastornos de sueño) como ansiosos (miedos, ansiedad de separación) alteraciones de conducta (inquietud, agresividad) problemas en el aprendizaje y rendimiento escolar, trastornos de eliminación y síntomas somáticos (Cerel, J., Fristad, M., Verducci J., Weller, R. & Weller, E. 2006, Melhem, N., Wlaker, M., Moritz, G & Brent, D., 2008).

La noción de la pérdida parental es un importante factor de riesgo para que surjan trastornos psicopatológicos en la edad adulta, como depresión, fobias, trastorno de ansiedad generalizada o trastornos de la alimentación (Kendler 2001, Melhem, N., Wlaker, M., Moritz, G & Brent, D., 2008).

Los niños más pequeños a menudo presentan problemas de conducta o de ansiedad, mientras que la disforia y la depresión es más común en adolescentes (Kendler, K. et al, 2002) quienes pueden mostrar una tristeza profunda, trastornos alimenticios y del sueño. Generalmente, los chicos presentan con mayor frecuencia conductas agresivas y acting out, mientras que las niñas son más propensas a tener trastornos del sueño y síntomas depresivos (Dowdney, L. 2005).

Existen factores diferenciales que pueden afectar a distintos niveles, como la forma en que murió el progenitor; muerte accidental, asesinato, o por

² El duelo es una reacción normal a la pérdida de un ser amado. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con intensidad variables. Según Bowlby plantea cuatro fases del duelo: fase 1 “anhelo y búsqueda”, fase 2 “Anhelo y búsqueda”, fase 3 “fase de desorganización y desesperanza” y fase 4 “ fase de reorganización”. *Bowlby J. Process of mourning.* Int. J. Psychoanal. 1961; 42:317-328.

enfermedad, el sexo, si es el padre o la madre (la muerte de la figura materna suele provocar un mayor número de cambios y mayor discontinuidad de los niños que la del padre), del sexo del hijo y la relación que éste representa con el sexo del progenitor fallecido o de la edad o etapa del desarrollo del niño cuando se produce la pérdida (Cerel, J., et al, 2006). El fallecimiento o la separación prolongada de la madre en la infancia o la adolescencia se encuentran relacionados con el desarrollo de depresión en mujeres adultas (Lara, M. A., et al. 2006).

La adaptación psicológica del niño depende de gran manera, si el acontecimiento tiene un intenso impacto emocional en sus cuidadores, en forma por ejemplo de un duelo o depresión prolongados, y que se vea reflejado en falta de atención o descuido al pequeño; de modo que la duración del trastorno psicológico del niño está relacionada con el estado mental del padre sobreviviente (Dowdney, 2005). El cuidado inadecuado de un niño, lo expone a distorsionar sus habilidades sociales y expresiones afectivas, el surgimiento de esta situación de estrés, es para él una estimulación inapropiada que va a interferir con su desarrollo emocional y que lo predispone a que surja un cuadro depresivo (Goodman, S. H. 2002).

Tras el fallecimiento, muchos niños experimentan diversos cambios en su vida diaria a los que también deben adaptarse (Cerel, J. et al, 2006) como por ejemplo: a la muerte del padre, a menudo supone una disminución de los ingresos familiares, podría suponer un cambio de domicilio y, en este caso, un cambio a una nueva escuela y una pérdida de amigos, y la de la madre implica con frecuencia una reducción tanto en la cantidad como en la calidad de los cuidados a los hijos; se asumen nuevos roles, tal vez se incrementan sus responsabilidades y se tienden a incrementar las expectativas y demandas por parte del padre vivo y el medio familiar, o también enfrentar un nuevo matrimonio del padre.

También puede considerarse como pérdida cuando existe separación de los padres, como el divorcio; en un estudio se encontró que el divorcio de los padres

cuando el niño tiene la edad de 7 años, predice un gran riesgo de sufrir depresión cuando es adulto. En promedio, aquellos participantes que sus padres se divorciaron cuentan con el doble de riesgo de padecer depresión que aquellos donde el matrimonio de sus padres permaneció intacto; además, el riesgo asociado con el divorcio parental es más alto cuando éste va acompañado de un alto nivel de conflicto entre los padres (Gilman, S. E., et al., 2003). La evidencia sugiere que los problemas interpersonales en la edad adulta están ocasionados de cierta manera por la depresión crónica (Kendler, Sheth, Gardner & Prescott, 2002) y por las adversidades de la niñez, tal vez por el rompimiento o falta de una figura de apego (Riso, L. P., et al., 2002).

3.5.1.3. VIOLACIÓN

La violación es un acto de violencia que atenta contra el individuo afectando su “yo” físico y mental, es una vivencia traumática para la víctima. Se considera que se comete un acto de violación cuando se obliga a una persona a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento, recurriendo a la fuerza, amenazas u otras artimañas. En este sentido cuando una mujer es ultrajada se violan todos sus derechos sobre su cuerpo, como también se le niega la libertad de elegir su objeto sexual.

La violación es otro aspecto que provoca episodios depresivos (Nishith, P., Nixon, R. & Resick, P. 2005) sin embargo, las características del abuso, como la duración, de la exposición al abuso, el uso de la fuerza, utilización de algún arma, amenazas de muerte y la relación con el perpetrador son factores importantes que predicen una depresión (Cheasty, et al., 2002).. El impacto psicológico de la violación es severo e incluye depresión mayor, distimia, abuso de alcohol, elevación del nivel de consumo del tabaco e inactividad (Kilpatrick, D., Ruggieri, K., Acierno, R., Saunders, B. & Best, C. 2003).

Las respuestas típicas de una persona que ha sido expuesta a un asalto sexual, puede experimentar algunos de estos síntomas, variando la intensidad y duración dependiendo de la forma de enfrentar de cada persona:

1. **Pérdida del control de sus vidas.-** Es el resultado que durante la violación, es obligada a participar en contra de su voluntad y pierde el control de la situación.
2. **Flashbacks.-** Experimentan nuevamente el abuso de manera mental o a través de sueños.
3. **Problemas de concentración.-** Se presenta dificultad de enfocar las ideas o en lo que se está realizando.
4. **Sentimientos de culpa.-** Para mantener a salvo su vida, la mujer se ve obligada a participar en contra de su voluntad y esto le ocasiona sentimientos de culpabilidad. Además tienden a culparse a sí mismas, teniendo la creencia de que ellas incitaron al agresor por su forma de vestirse o de actuar. Este culparse a sí misma es el resultado de nuestra sociedad, la cual tiende a poner toda la responsabilidad de abuso sexual en la mujer. Otro aspecto que les ocasiona culpa y miedo es debido a la falta de un trato adecuado y justo por parte del personal que está a cargo del cumplimiento de la ley y los sistemas legales (*Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, UNIFEM, 2004*).
5. **Cambios en la percepción de sí misma.-** Su autopercepción se ve modificada, llega a tener la sensación de “estar sucia”.
6. **Depresión.-** Llega tener sentimientos de desesperanza, pérdida de interés en la vida, sentimientos de tristeza, apatía, falta de apetito, etc; que puede orillarla al suicidio.
7. **Modificación en las relaciones interpersonales.-** Dicha actitud es el resultado del aislamiento al que se somete debido a la depresión. Experimenta sentimientos de vergüenza que hace que no quiera socializar con su familia ni con los demás.

8. **Pérdida del apetito sexual.**- Como resultado de la experiencia traumática la mujer tiende a rechazar todo tipo de relación sexual.
9. **Miedo y ansiedad.**- Se vive una hipersensibilidad a eventos que por algún detalle le recuerden su experiencia traumática. En algunos casos, el miedo es tan grande que limitan sus actividades al mínimo.

Como consecuencia de una violación, la vida de la mujer cambia en todos sentidos, simplemente por ser una experiencia traumática y en donde experimente los síntomas antes descritos; y que también pueden existir consecuencias a este hecho mucho más complicadas, como por ejemplo: el contagio de una enfermedad de transmisión sexual como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el resultar embarazada, lo cuál va a complicar aún más su situación y es más probable que se presente una depresión. Se realizó un estudio comparativo entre mujeres embarazadas que fueron abusadas y las que no fueron abusadas y se encontró que las mujeres violadas resultaban en un índice mayor de depresión durante la primera semana y los siguientes tres meses (Record, K. & Rice, M. 2005).

3.5.1.4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Según el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM, 2004), cuando menos una de cada tres mujeres ha sido golpeada, sexualmente forzada o de cualquier manera abusada, frecuentemente por el esposo o algún otro miembro de su familia. Esta situación la sufren muchas mujeres independientemente de su edad, situación social y económica, cultura o nacionalidad.

El maltrato es una grave violación a los derechos humanos y que tiene consecuencias muy graves para la familia, como traumas físicos y psicológicos, y hasta la muerte. El maltrato es un proceso cíclico que se inicia de acumulación de tensión (agresiones verbales y psíquicas), seguida de una fase de estallido de la

violencia física (golpes, descontrol) y que culmina en una fase de falso arrepentimiento del agresor (no “volverá a ocurrir”, “todo cambiará”...) Este ciclo se repite una y otra vez y cada vez es más violento y más corto en el tiempo (UNIFEM, 2004).

La violencia doméstica se refiere a todo acto de violencia perpetrado contra mujeres y niñas(os) en el ámbito del hogar y en la mayoría de los casos son cometidos por los hombres (esposos, padres, hermanos, etc...). Por mencionar algunas de las características de este maltrato:

- Amenazas
- Insultos
- Humillaciones
- Control psicológico, económico y social
- Golpes, agresiones físicas
- Violación sexual
- Devaluación

Johnson y Ferraro (2000), conceptualizaron cuatro formas de violencia doméstica:

1. La violencia de pareja situacional (SCV por sus siglas en inglés), que puede ocurrir en respuesta a la frustración o estrés dentro de la pareja, es una forma leve de agresión (un golpe o cachetada), no es crónica y es motivada por la pérdida de control de uno de los cónyuges.
2. El terrorismo íntimo (IT), es una conducta de control crónico, en donde se utilizan tácticas de abuso emocional y psicológico, como la humillación y el aislamiento social para asegurar el máximo control de la víctima. Usualmente va escalando en severidad y frecuencia, y tiende a ser perpetrado por el hombre hacia la mujer.

3. La resistencia violenta, que las mujeres tienden a actuar, como “defensa” y única forma de relacionarse.
4. Control violento mutuo, en el que ambos cónyuges se controlan mutuamente.

En un estudio donde se analizan los datos proporcionados por la Investigación Nacional en contra de la Violencia a la Mujer (NVAWS por sus siglas en inglés) el abuso físico forma parte importante de la etiología de la depresión en las mujeres maltratadas y que combinado con la falta de apoyo en las actividades cotidianas, y en la falta de comunicación (Schroevers, M., Ranchor, A. & Sanderman, R. (2003), contribuye a que se generen distorsiones cognitivas que les impiden reconocer la magnitud de su situación, que tienden a percibirla como “natural” y que les dificultan encontrar estrategias que les permitan encontrar ayuda. Presentan como común denominador el contar con un nivel de estudios bajo, sufrieron abuso físico en la niñez (Rayburn, N., et al., 2005), y tienden a evadirse por medio del alcohol (Valdez-Santiago, R., Juárez-Ramírez, C., Salgado de Snyder, N., Agoff, C., Avila-Burgos, L. & Hajar, M., 2006) u otros medios.

La depresión es altamente prevalente en las mujeres que sufren agresiones por parte de su cónyuge (Garrido, 2001); y que su única manera de relacionarse sea de una manera agresiva como “autodefensa” con su pareja (Johnson & Ferraro, 2000) y con los seres que la rodean; esto nos lleva a que las relaciones interpersonales, también afectan al estado de ánimo de la mujer. Como resultado de una investigación se encontró que los factores que contribuían a que unas mujeres presentaran agresión dentro de su relación de pareja, eran la pobreza, experiencias de abuso en la infancia y padecer síntomas de estrés post-traumático; y esto las orilla a padecer de depresión (Swan, S., Gambone, Laura J., Fields, Alice M., Sullivan, Tami P., Snow, David L., 2005). Muchas mujeres que sufren maltrato en la infancia, “escapan” de sus hogares, pero muchas de ellas sin recursos se enfrentan nuevamente a maltrato y carencias, debido al escaso apoyo social.

La **victimización acumulativa**³, afecta a su percepción de ser humano y de mujer, se deforman sus percepciones cognitivas y la forma en cómo se enfrentan a la vida; lo cual las hace vulnerables a que continúen con su ciclo de violencia, y utilicen también la violencia como única estrategia de afrontamiento (Wesely, 2006).

En un estudio realizado en México (Valdez-Santiago, R., et al. 2006) se llegó a la conclusión de que el predictor más importante del malestar emocional es caracterizado por la ausencia de afecto positivo y la presencia de síntomas aislados con severidad variable de cansancio excesivo, crisis de llanto, desesperanza y problemas somáticos entre las usuarias del sector salud fue sufrir violencia de pareja, sobre todo cuando es severa.

La poca relación con sus familiares cercanos y tener historial de episodios depresivos tienen un alto porcentaje de probabilidad para que sufran depresión, que aquellos cónyuges que no tienen conflictos en sus relaciones interpersonales (Hammen & Brennan, 2002).

3.6. EVENTOS NEGATIVOS CRÓNICOS

La condición social de la mujer en comparación con la del hombre se encuentra en desventaja y esto la lleva a experimentar eventos que pueden contribuir a que surjan altos niveles de depresión y estos eventos son; pobreza, acoso sexual y rol social.

3.6.1. POBREZA

Según Ruggeri, Saith & Stewart (2003), mencionados en la reunión de Expertos sobre Pobreza y Género de la Comisión Económica para América Latina

³ La victimización acumulativa, según Wesely, incluye el vivir experiencias de violencia, sexual, emocional y física; degradación; exclusión social; y de vulnerabilidad económica. Todas de una manera constante.

y el Caribe (CEPAL), identifican diversos enfoques para definir el fenómeno de la pobreza:

1. Enfoque monetario.- Que define a la pobreza como una caída en el ingreso, en el que la base es la pobreza.
2. Enfoque de las capacidades.- Es definida como la libertad de los individuos para vivir una vida que les permita la realización de sus potencialidades. Pero en este caso de la pobreza, es la falta de recursos para desarrollar dichas potencialidades, como una vida saludable, desarrollo de conocimientos, cultura y de interacción social; lo cual no les permite ampliar su sensación de bienestar.
3. Enfoque de la exclusión social.- Estudia las características estructurales de la sociedad que generan procesos que excluyen a los individuos o a grupos de la participación social.
4. Enfoque participativo.- Es la que es definida por los que la sufren, los propios pobres, a partir de su realidad.

Para poder entender un poco más el concepto de pobreza y la manera tan importante que influye en la vida de quién la sufre, es necesario entender los siguientes conceptos:

Concepto de desigualdad.- Es el grado de concentración y polarización de la distribución del ingreso urbano según grupos de la población.

Concepto de vulnerabilidad.- Supone el aumento de la fragilidad de las personas o las familias a la pobreza. Se relaciona con dos dimensiones: externa, referida a los riesgos del medio a los que se encuentran expuestos; y la dimensión interna, que es la carencia de recursos internos para hacerle frente a los riesgos.

Concepto de exclusión.- Se entiende en dos sentidos: el primero se refiere al acto de empujar a una persona fuera del espacio que ocupaba previamente y el segundo, es el de privar a la persona de algunos de sus derechos. Puede

presentarse la exclusión en varios ámbitos, en el económico, político, institucional, laboral, cultural, familiar, etc...

La asignación del trabajo doméstico a las mujeres, representa una desigualdad de oportunidades que ellas tienen como género para tener acceso a los recursos económicos y sociales, como por ejemplo; la percepción económica de una mujer es mucho más escasa, además de que también se ve limitada en su educación y por consecuencia su entorno social también es reducido, lo que la coloca en una situación vulnerable a padecer pobreza (Lara, et al, 2004) tanto material como emocional y se ven excluidas de tener una calidad de vida apropiada.

La mayoría de las mujeres desempeñan un trabajo doméstico, el cuál no es remunerado ni reconocido, lo cual impide que cuente con un ingreso económico; las mujeres que cuentan con un empleo, ganan menos que los hombres y además tienen que destinar parte de su sueldo para pagar el servicio del trabajo doméstico o realizar una segunda jornada de trabajo en el hogar (trabajo remunerado mas trabajo no remunerado), o los demás miembros del hogar deban postergar actividades para desempeñar labores de cuidado y mantenimiento del hogar. Situación que determina mayor severidad de la pobreza en el hogar (CEPAL, 2003).

Las mujeres que viven en hogares no pobres, de todas maneras sufren de exclusión de los bienes económicos porque no cuentan con ingresos propios que les permitan ser independientes y satisfacer sus necesidades.

Palomar y colaboradores (2004) realizaron un estudio a 918 personas de tres diferentes niveles socioeconómicos: pobres extremos, pobres moderados y no pobres, residentes en la Ciudad de México, en donde comprobó que la relación que existe entre la pobreza y el bienestar subjetivo, está mediada por distintas variables psicosociales, como las estrategias de afrontamiento del estrés, el locus

de control⁴, la orientación a la maestría y la competitividad, baja autoestima y la depresión. Encontrando que la pobreza está íntimamente relacionada con el bienestar subjetivo, ya que el ser pobre conlleva una serie de carencias de todo tipo que generan una importante insatisfacción de las personas en diversos sectores de su vida. Las estrategias de afrontamiento pasivas y evasivas, un locus de control externo y de una falta de orientación hacia la competitividad y la maestría, influyen en la pobreza y el bienestar del individuo. Y finalmente, la baja autoestima y una baja motivación al logro (sentimientos de fatalismo, indefensión, dependencia e inferioridad), se traducen en actitudes depresivas.

En un estudio realizado a 300 mujeres mestizas de Chiapas, México (Nazar & Zapata, 2005); se encontró que 6 de cada 10 padecían síntomas de depresión, de las cuales una de cada cinco tenía rumiación suicida. Las mujeres sin pareja y con hijos menores de 15 años, se encontraban en peor condición socioeconómica. Tres de cuatro mujeres no unidas, habían sido abandonadas por el esposo o pareja; en este tipo de mujeres, la frecuencia de depresión es mayor, ya que además de la crisis emocional que tuvieron que enfrentar por el abandono del compañero, se enfrentaron a la total responsabilidad del cuidado de los hijos, por lo cual desempeñaban trabajos con salarios muy bajos que no les permitían cubrir sus necesidades básicas.

Las mujeres pobres que tampoco cuentan con un compañero que las apoye, la depresión es aún mayor.

Debido a que las mujeres son el sector de la población que desempeñan múltiples labores, tanto en el hogar y el trabajo, su remuneración es menor o casi nula en comparación con la de los hombres; provoca que la mujer llegue a padecer síntomas depresivos. Las mujeres más vulnerables son las que cuentan

⁴ El término de locus de control es donde se origina la fuerza motivadora que lleva a actuar al individuo de una manera determinada y que determina los eventos de su vida. El locus de control interno, depende del propio esfuerzo y habilidades individuales. El locus de control externo, los individuos tienen la creencia que la suerte, el destino y el poder de otros, influye en su vida.

con bajos recursos y tienen niños pequeños (Lorant, et al, 2007, NY Times, 2008). Además, los adultos pobres son dos veces más propensos de sufrir episodios de depresión mayor, que los adultos que no son pobres. La pobreza es el camino hacia la depresión, puesto que las mujeres pobres viven con más frecuencia situaciones adversas que la población en general (Lorant, V., et al, 2007). Las mujeres de bajos recursos económicos están más expuestas a la enfermedad y la violencia; además de la falta de educación y recursos, lo que genera que se sientan más atadas a sus parejas (Rayburn, N. R. et al. 2005). Y cuando se han separado de sus compañeros les resulta difícil reclamar por la vía legal, lo que por ley les corresponde; así que todo esto las lleva a desarrollar sentimientos de pesimismo, desesperanza y depresión (Lara, 2002). Se realizó un estudio a mujeres que viven en comunidades rurales, las cuales cuentan con muy pocos recursos económicos y se encontró que los niveles de depresión eran muy altos (Simmons, L., Braun, B., Charnigo, R., Havens, J. & Wright D. 2008).

3.6.2. ACOSO SEXUAL

La comisión de Igualdad de Oportunidad en el Empleo (1980) define al acoso sexual como: Insinuaciones sexuales indeseadas, solicitudes de favores sexuales, u otra conducta física o verbal de naturaleza sexual cuando:

1. Su cumplimiento se hace de manera explícita o implícita en términos o como condición para obtener el empleo.
2. Su cumplimiento o la negación de su cumplimiento por un individuo es la base para tomar decisiones que afecten el empleo de dicho individuo, o
3. Tales conductas tienen el propósito o efecto de interferir sin razón, en la eficiencia del trabajo de un individuo; o creando un ambiente de trabajo intimidatorio, hostil y ofensivo.

Esta forma de pedir favores sexuales, ya sea de una forma verbal o mediante conductas físicas de naturaleza sexual se presenta con: miradas sugestivas o lujuriosas, pellizcos, palmaditas, piropos repetidos, frases sugestivas e insistencia para salir. Se presenta principalmente hacia un empleado de menor rango para intimidar y hostilizar a la víctima en el ambiente de trabajo (Willness, C., Steel, P. & Lee, K. 2007). Esta situación puede tomar la forma de violación y puede ocurrir en cualquier situación o ambiente en donde el hombre tenga poder sobre la mujer (médicos con su paciente, maestro con sus estudiantes, jefe o supervisor inmediato, compañeros de trabajo o clientes).

El acoso sexual siempre tiene el potencial de aumentar el nivel en que la mujer puede estar en peligro de ser agredida físicamente o violada.

La realidad es que toma tiempo darse cuenta de estos síntomas que son producto del acoso sexual. Dicho hostigamiento hace dudar a las mujeres de sus derechos en el trabajo, de su validez profesional, de su apariencia o atractivo, de su derecho a vestirse como quieran, o para salir con quien escojan (Willness, et al, 2007).

Muchas mujeres reaccionan sintiéndose aisladas o impotentes, con miedo a denunciar o hablar de ello, a veces se sienten responsables y culpables y se niegan a recibir ayuda por el temor a una represalia o perder su fuente de ingresos (Richman, J. & Rospenda, K. 2005). Repercute negativamente en su rendimiento de trabajo o de estudio; en su salud física y mental; impide su desarrollo y limita su creatividad.

Las víctimas de acoso sexual sufren de tensión nerviosa, irritabilidad y ansiedad, que a menudo pueden dar lugar a depresión, insomnios y otros trastornos psicosomáticos, migrañas, problemas digestivos, cutáneos, sus relaciones interpersonales se ven afectadas, se aíslan socialmente, pérdida de confianza en sí mismas y pueden llegar a intentar quitarse la vida (Gómez G.; Brugos M.; & Martín A 2003)

3.6.3. ROL SOCIAL

A lo largo de diversos estudios, se ha demostrado que el nivel de depresión en la mujer es el doble que los niveles que el hombre presenta (Kendler, et. Al 2006, Ørstavik, R. et al 2007; Kessler et al 1994). Entre las explicaciones posibles para este hecho, es la cuestión de género. Reconocemos al rol de género como una red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que a través de un proceso de construcción social diferencia a los hombres y las mujeres.

Se realizó un estudio en mujeres brasileñas en el que el 65% presentaron identificación con el rol femenino, 20% de ellas presentaron síntomas de depresión grave, el 27.5% depresión moderada y el 35% de depresión leve. Basándose en estos resultados, concluyó que la identificación de la mujer con el rol femenino es un factor relevante en la predisposición para la depresión (Cabral, M. M. C., Lima, A. L., Caldas, M. T., Barreto, A. F., 2004).

El rol tradicional femenino, de ama de casa, madre abnegada y esposa ejemplar; es un trabajo no remunerado, aburrido y sin reconocimiento (Lara, 2002). Lo que permite que la mujer se sienta devaluada y sin gratificación por desempeñar ese rol (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Las mujeres casadas, dedicadas al hogar y que tienen niños pequeños, tienen un trabajo demandante y son más propensas a sufrir altos niveles de tensión; ya que no cuentan con soporte social (Schroevers, M., Ranchor, A. & Sanderman, R. (2003). Las mujeres que trabajan fuera de casa obtienen más soporte social, si se encuentran en un buen ambiente de trabajo y cuentan con amistades, aunque si se ven forzadas a trabajar debido a necesidades económicas y a dejar a sus hijos pequeños, les causan sentimientos de culpa y síntomas depresivos (Paykel, 1991).

El doble rol (ama de casa y mujer trabajadora), también es un factor de riesgo para la presencia de depresión, debido a que por un lado obtiene reconocimiento en el aspecto laboral y económico, pero en el aspecto familiar no cumple como “debería”, así que tiende a deprimirse por no cumplir con ambos roles (Krantz, G. & Ostergren, P. 2001). Aunque sí es claro que las mujeres que trabajan fuera de casa tienden a deprimirse menos que las mujeres que se dedican al hogar (Cunningham, A. & Knoester, C., 2007).

En un estudio reciente que se realizó en comunidades rurales y comunidades urbanas para conocer los niveles de depresión en las mujeres que vivían en estos lugares, se encontró que las mujeres que habitan comunidades rurales la prevalencia de depresión era menor que las que vivían en la ciudad; esto demuestra que una vida de forma tradicional ofrece cierta protección en contra de la depresión. Y que la vida moderna puede llegar a causar mucho estrés que permite que se origine un episodio depresivo (Colla, J., Buka, S., Harrington, D. & Murphy, J. M., 2006).

4. CONCLUSIÓN

Durante el correr de la historia, se han tratado de dar diferentes explicaciones al origen de la depresión, en la antigüedad los griegos pensaban que era de origen biológico, que la presencia de la bilis negra secretada por el bazo era la responsable de la melancolía.

La depresión es una alteración del estado de ánimo caracterizada por tristeza exagerada, estado de ánimo decaído y como característica principal, pérdida de gusto por las actividades que antes proporcionaban placer.

Es un trastorno muy común en nuestros días, que ocasiona que la calidad de vida de aquellos que la padecen se vea disminuida y que se puede complicar tanto que puede ocasionar un suicidio. A nivel mundial, las pérdidas económicas por consecuencia de la depresión son muy altas; en varios estudios que se han realizado, se pronostica que la depresión va a ser una de las tres primeras causas de muerte.

Desde la perspectiva biopsicosocial en el que el ser humano es considerado un ente en el que intervienen la esfera social, biológica y psicológica; y que en todo momento están interactuando en la realidad del sujeto, se puede suponer que existen varios factores para que se pueda desarrollar un cuadro depresivo, en este caso de la mujer. Cada una de estas esferas que interactúan en su vida, influyen en cómo va a vivir esa persona, las enfermedades que va a sufrir (debido a su información genética), lo que va a representar esa enfermedad para ella, su familia y su entorno (aspecto social) y las herramientas con las que cuente para afrontarla (aspecto psicológico).

No se puede predecir si una persona va a sufrir depresión de una manera certera; pero si se puede decir que existe una predisposición, ya sea genética, hormonal, social o psicológica. Es de llamar la atención que las mujeres sufran

mayor nivel de depresión que los hombres, tal vez sea porque las mujeres tengan una mayor disposición a expresar sus sentimientos y en el caso de los hombres tal vez si se depriman pero lo expresen de otras maneras, como una adicción al alcohol, al tabaco, a las drogas o al trabajo; simplemente existe una diferencia en cómo enfrentan la depresión.

Por ejemplo, las mujeres y los hombres presentan diferencias biológicas que de alguna manera les permiten enfrentar físicamente los mismos estímulos de manera diferente; por ejemplo, en estudios realizados cuando las mujeres están expuestas a situaciones estresantes, se encuentran mayores niveles de cortisol y de prolactina; lo cual provoca que se deprima el sistema inmunológico y se presenta mucho más en las mujeres que en los hombres.

Durante la vida de la mujer se presentan cambios hormonales que intervienen en su conducta y que de cierta manera influyen para que pueda sufrir de un episodio depresivo. En la adolescencia comienzan los cambios hormonales y aunados a los aspectos sociales que exigen de la adolescente una conducta determinada, además de su historia personal y de su personalidad, es posible que se presente un trastorno depresivo, alimenticio o de conducta. En los últimos tiempos las adolescentes se encuentran más presionadas debido a que deben seguir un modelo de belleza establecido por la sociedad; puesto que su personalidad no está del todo establecida, su autoestima se ve disminuida, comienza a presentar conductas depresivas, algún trastorno alimenticio, o de abuso de sustancias que se vea reflejado en un intento de suicidio. Mientras más joven se realiza un intento de suicidio, existen mayores posibilidades de que se presenten más intentos en un futuro.

Las jóvenes son más vulnerables, si “han aprendido” de sus madres a evadir sus problemas y sumergirse en pensamientos negativos e ideas distorsionadas; esta situación se complica si aparte tienen una predisposición genética para que la depresión se presente.

Conforme va transcurriendo la vida de la mujer, van existiendo cambios en su cuerpo, durante la menstruación se presentan cambios biológicos y de comportamiento que pueden llegar a complicarse y presentar un Trastorno Disfórico Premenstrual.

En la etapa del embarazo, de igual manera dentro del cuerpo de la mujer se presentan cambios hormonales drásticos, presentan síntomas físicos, conductuales y emocionales. Los síntomas físicos llegan a ser molestos y en cierta manera llegan a modificar la rutina; dependiendo de las características de la personalidad la madre enfrentará estos cambios y su estado de ánimo se verá afectado. El saber que un nuevo ser llegará al mundo presupone una gran responsabilidad, que tal vez ocasione temor, angustia y tener la sensación de no estar preparada. Las mujeres que son más propensas a sufrir depresión son las que:

- No deseaban el embarazo; ya sea por falta de control natal, violación o falta de experiencia (madre adolescente).
- Ser pobre y no tener apoyo de la pareja o sufrir violencia doméstica.
- Factores obstétricos, como alguna complicación (embarazo de alto riesgo, malformación del feto y aborto).
- Pérdida temprana de una figura paterna.

Continúa el período post-parto, en el que nuevamente los cambios hormonales severos se desencadenan debido a que el bebé ha nacido y afectan el estado de ánimo de la nueva mamá, puede presentar una pequeña disforia por unos cuantos días llamada “Baby Blue” y en ciertas ocasiones se desarrolla una depresión postparto y existe mayor predisposición si anteriormente ha experimentado algún cuadro depresivo en el embarazo o en una época anterior.

Adicionalmente de los cambios hormonales, el período post-parto es una experiencia de acoplamiento en todo el sistema familiar. La mujer desempeña el papel de madre, ama de casa, esposa; en ciertos casos, padre y proveedora. El nuevo bebé necesita de cuidados y depende totalmente de la madre; así que esto ocasiona un desgaste en la mujer y los niveles de estrés aumentan y dependiendo de las estrategias de afrontamiento con las que cuente, presentará o no depresión.

Una mujer con hijos pequeños, con una mala relación de pareja o ausencia de un compañero y sin contar con recursos económicos ni sociales que la apoyen tiene mayor predisposición para desarrollar un cuadro depresivo.

En el caso de la mujer infértil, ésta se percibe como incompleta ya que debido a diversas circunstancias no puede quedar en estado de gravidez; esta situación daña su autoestima y su relación de pareja. Puesto que la mujer es la que se somete a más exámenes; las relaciones sexuales se van sistematizando y se pierde la espontaneidad del acto. Este escenario hace que se sienta utilizada.

La biogénesis de la depresión puede ser fácilmente solucionada si es diagnosticada de manera correcta y tratada con los psicofármacos adecuados; pero también se debe indagar acerca de toda su dinámica familiar, su entorno social y las estrategias de afrontamiento con las que cuente, para que realmente no se presente una recaída. Además se tiene que promover la formulación y puesta en funcionamiento de medidas de salud que atiendan las necesidades y preocupaciones de las mujeres desde la infancia hasta la vejez.

La depresión, ansiedad y otros trastornos, sus altas tasas de comorbilidad están significativamente asociadas con los factores de riesgo que están interrelacionados y aparecen unidos, como las funciones asignadas por razón de sexo, los factores de perturbación y las experiencias y acontecimientos negativos. Dentro de nuestra sociedad, cada vez es mayor el número de personas expuestas a la violencia al ser víctimas de asaltos, robos, secuestros e inseguridad; lo que

incrementa su vulnerabilidad a padecer trastornos mentales como el trastorno de estrés post-traumático, la depresión, algún tipo de adicción o incrementa el riesgo de intentos de suicidio.

En las mujeres, los factores de riesgo, son la violencia a la que se ven expuestas por parte de sus padres, parejas y la sociedad. El alto grado de violencia sexual al que las mujeres están expuestas y la correspondiente elevada tasa de estrés post-traumático que aparece tras sufrir esta violencia convierte a las mujeres en el mayor grupo de personas afectadas por este trastorno.

La violencia física es mayor en familias de bajos ingresos y en este sentido, la pobreza constituye un factor de riesgo para la aparición en el hogar. La violencia es una consecuencia de la pobreza puesto que ella frena el desarrollo económico; ya que la atención de las consecuencias de la violencia social y la violencia doméstica conllevan gastos en los sistemas policiales, judiciales y la provisión de servicios sociales, lo que en conjunto compromete recursos que podrían ser destinados a propósitos más productivos y en el caso específico de las mujeres que sufren violencia doméstica, ellas son menos productivas en sus lugares de trabajo, lo cual es una pérdida directa para la producción nacional.

Se ven relacionadas la violencia intrafamiliar y la pobreza, puesto que son un importante factor de estrés y no permiten que la mujer se desarrolle en los ámbitos económico y social, debido al control de su pareja.

La violencia doméstica que ejerce el hombre en contra de la mujer, controla su vida, así como sus contactos con el mundo fuera del hogar, esto reduce su calidad de vida y su habilidad para participar en actividades fuera de la casa porque también de esta manera las personas satisfacen sus necesidades por medio de recursos no monetarios, por ejemplo, redes comunitarias, redes de apoyo familiar, entre otros; además de incluir la posibilidad de tener un ingreso y ser parte de las actividades comunitarias y sociales en general. Ya que contar con un trabajo

remunerado puede constituir para las mujeres un factor protector frente a la violencia.

Aunque en el mercado laboral la jefa de hogar percibe un sueldo más bajo que el que reciben los jefes del hogar, sufren mayor discriminación para obtener un trabajo remunerado y otro tipo de recursos debido a las limitaciones de tiempo y movilidad.

Otro problema, es la compatibilidad del trabajo remunerado, el trabajo doméstico y el desempeño del papel de madre, además de que cuando es la jefa de familia y no cuenta con el apoyo de una pareja. Si tienen un trabajo remunerado, pueden destinar parte de sus ingresos a la compra de estos servicios o tal vez aumenten su jornada de trabajo, o los demás miembros de la familia deban desempeñar las labores mismas del hogar.

Si una mujer cuenta con un pensamiento positivo y estrategias de afrontamiento adecuadas, saldrá adelante a pesar de los eventos negativos y de todas sus responsabilidades. Al contrario, si continúa reviviendo y repasando sus experiencias negativas de una manera pasiva, lo más probable es que presente un cuadro depresivo. Por desgracia, se ha demostrado que las mujeres son más propensas a la rumiación.

Por lo cual es importante encontrar estrategias preventivas como programas psicoeducativos, que pueda tener acceso la población vulnerable, en este caso, las mujeres; en los aspectos, social, cultural, biológico o psicológico. Basados en que el ser humano está influido por su entorno y que él influye en su entorno, que se desarrolla en varias esferas y que si existe alguna falla en éstas, surgirán problemas que se pueden ir complicando. La depresión en la mujer tiene un impacto potencial mayor, puesto que existe el riesgo de transmisión intergeneracional. Aunque se han presentado varios cambios en el rol social femenino, la mujer continúa siendo la principal proveedora de cuidados a los

hijos y ellas mismas pueden contribuir con el ciclo en el que sus vástagos puedan desarrollar depresión o trastornos psicológicos y presentar un impacto negativo mayor.

Es por eso, que como profesionales de la salud, debemos cambiar nuestra visión y conocer todas las esferas en las que se desarrolla la paciente y poder apoyarla.

4.1. PROPUESTAS

De acuerdo a la información recabada y debido al pronóstico del gran aumento de personas deprimidas en los próximos años. Se propone que se realicen programas educativos a nivel nacional, con la colaboración de las diferentes instancias gubernamentales como la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública, la Procuraduría de Justicia, los gobiernos estatales y municipales. Se difunda información acerca de los factores predisponentes de la depresión y de esta manera tratar de prevenir que más gente padezca de este trastorno.

En el factor biológico es un tanto difícil poder establecer alguna técnica de prevención, ya que la genética se encuentra establecida; tal vez en un futuro con los nuevos conocimientos acerca del genoma humano, se podrá prevenir o hasta evitar que se presente este trastorno y muchos otros desde una etapa muy temprana.

El factor hormonal y la repercusión que acarrea a los neurotransmisores y por supuesto a la conducta. Hasta el momento van mejorando de manera continua los tratamientos farmacológicos.

En este ámbito, se plantea que la Secretaría de Salud:

1. Proporcione información básica en Centros de Salud, Hospitales, Clínicas y en medios masivos de comunicación acerca de los cambios hormonales que presentan las mujeres a lo largo de su vida y que debido a alguna perturbación en este rubro, le puede ocasionar ciertos trastornos afectivos y conductuales que repercuten en su vida cotidiana. Se pueden crear trípticos, folletos, que se distribuyan en los centros de salud, clínicas y hospitales; los videos pueden ser proyectados en las salas de espera, en las áreas dónde se encuentre población femenina además de que se impartan programas educativos en los que puedan aclarar sus dudas.
2. Crear campañas de **Información para la Salud de la Mujer**, que abarquen tanto los aspectos biológicos y de salud mental, para que puedan recibir el conocimiento y el tratamiento adecuado a sus padecimientos. Y que se difundan por los medios masivos de comunicación para que tengan un mayor impacto en la población.
3. Emplear la infraestructura de los Hospitales, Centros de Salud y Clínicas para crear **grupos de apoyo** para las mujeres en diferentes procesos vitales y emocionales. Por ejemplo:

Sería de mucha ayuda crear un grupo de apoyo, en donde aparte de recibir información relevante que vaya de acuerdo a su padecimiento, también comparta su experiencia con mujeres que compartan una situación parecida. En este espacio encontrarán personal calificado que las apoye y dirija el grupo, además de crear una red de apoyo y desarrollar el sentimiento de pertenencia. Es importante señalar que este grupo debe estar respaldado por profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y terapeutas.

Se pueden crear grupos de apoyo para:

 - Mujeres embarazadas
 - Mujeres con embarazo de alto riesgo
 - Mujeres infértiles

- Mujeres que han padecido alguna violación
- Mujeres que se han realizado algún aborto
- Mujeres con depresión
- Grupo de preparación para la menopausia
- Mujeres de la tercera edad.

Esta es una manera en la que se pueden abarcar las esferas biológica, emocional y social, en las que reciban apoyo, información y tratamiento.

4. Realizar campañas en las que se haga conciencia que la salud mental es muy importante para el bienestar del individuo, impulsar y motivar a las personas para que acudan a los servicios de psiquiatría y psicología.

Puntualizando en el aspecto de la depresión en la mujer, es importante que reciba la información (como ya se mencionó antes, por trípticos, videos, comerciales, etc) para que conozca la sintomatología y pueda recibir el tratamiento adecuado como la psicoterapia o la terapia farmacológica. Es fundamental mencionar que la terapia con menor nivel de recaída es la cognitivo-conductual, pero si se proporciona un tratamiento integral con tratamiento farmacológico se obtiene un mayor nivel de éxito terapéutico. Ya que se abarcan los aspectos de personalidad en el que se corrigen las ideas distorsionadas, errores cognitivos y se proporcionan estrategias de afrontamiento combinada con el tratamiento farmacológico se rectifican los desequilibrios a nivel biológico.

Dentro del factor psicosocial, es necesario que se trabaje en la prevención por medio de programas psicoeducativos creados por especialistas que traten temas acerca de:

- Cómo pueden mejorar su autoestima
- Métodos para establecer relaciones igualitarias
- Estrategias para disminuir el estrés

- Herramientas para la solución de problemas
- Desarrollo de habilidades sociales
- Comunicación en la pareja y en la familia
- Asertividad, entre muchos temas más.

Estas pláticas o conferencias pueden ofrecerse de manera periódica en casas de cultura, escuelas, iglesias, centros comunitarios y parques. Al desarrollar este tipo de programas permite que las mujeres cuenten con un mayor nivel de conocimiento acerca de los temas que le permitan desarrollarse como personas y por lo tanto tener una mejor relación con su entorno, con su familia y desempeñar un papel más sano en la sociedad.

La cultura de la prevención debe ser en la que más nos enfoquemos, debido a que si preparamos en aspectos emocionales y de personalidad a las mujeres y la sociedad en general al proporcionar herramientas para que puedan solucionar sus problemas de una mejor manera y evitar a cierto nivel que un cuadro depresivo se presente.

En el campo de la prevención, un lugar estratégico y de mayor accesibilidad que puede contribuir a la salud emocional y al progreso educativo de toda la familia, es la escuela. Por tal motivo es necesario que la secretaría de Educación Pública establezca en cada recinto educativo un servicio de psicología para que los estudiantes puedan contar con una persona especializada que les proporcione un espacio en el que puedan manifestar sus problemas e inquietudes para poder prevenir algún trastorno, promover una mejor comunicación con sus padres y evitar la deserción escolar. Que les permita tener una mejor salud emocional y gracias a la preparación tener mayores alternativas de empleo. Se pueden realizar cursos psicoeducativos a los adolescentes y a los padres de familia en las escuelas para:

- Proporcionarles estrategias para solución de problemas

- Desarrollo de habilidades sociales
- Cambios biológicos y psicológicos que se presentan en la adolescencia
- Educación sexual
- Asertividad
- Fortalecimiento del autoestima
- Comunicación entre padres e hijos
- Prevención de embarazo

Además de que se puedan monitorear casos complicados, como anorexia, drogadicción, violencia doméstica, ideación suicida y se puedan canalizar de manera adecuada a un centro de atención especializado.

A los padres de familia, se les pueden ofrecer pláticas de temas de interés, para mejorar su autoestima, sus relaciones familiares, estrategias de comunicación, etc; además de facilitar alternativas de tratamiento psicológico más accesible.

Se retoma la propuesta de campaña del Presidente Lic. Felipe Calderón Hinojosa de que se aumente el horario escolar, para que las mujeres tengan mayor libertad de realizar cualquier actividad que le permita sentirse útil y motivada, como estudiar o integrarse al ámbito laboral para mejorar su autoestima y su situación económica. Además de que al saber que sus hijos se encuentran en un ambiente protegido como es la escuela, disminuye la culpa por dejarlos solos. Mientras los niños en la escuela, aparte de recibir la educación básica, se les pueden integrar en el programa actividades que contribuyan a su desarrollo físico y emocional, como por ejemplo:

- Talleres de Danza
- Talleres de Teatro
- Talleres de Artes Plásticas

- Talleres de Computación
- Talleres de Música

El desarrollo de estas habilidades permitirán que los niños cuenten con una preparación más completa e integral. Esta situación los va a alejar de las calles, de la televisión y se van a mantener ocupados; lo cual promoverá una mejor salud emocional, tanto a los niños, a su familia y a la sociedad en general.

Otro aspecto en el que se puede ofrecer un tratamiento integral, tanto para prevenir una complicación o para apoyar en alguna situación difícil, como una violación , maltrato, abuso, abandono o divorcio; es necesario que las instancias encargadas de procurar justicia (ministerios públicos, juzgados) se ofrezca un servicio de psicología para proporcionar apoyo para sobrellevar la situación penal y después sea remitido al centro de apoyo más cercano a su hogar; ya que estas situaciones son tan estresantes y que afectan de manera profunda, se requiere de un tratamiento más prolongado para prevenir un trastorno depresivo o trabajar con la sintomatología para mejorar la calidad de vida de la víctima.

Debido al aumento de los índices de divorcio y las consecuencias tan dañinas que se presentan en los integrantes de la familia, es de vital importancia que se proporcione asesoría psicológica puesto que al momento de que existe un divorcio la situación se convierte en una guerra encarnizada entre los aún cónyuges, resultando muy lastimados emocionalmente ellos y los hijos; que en un futuro, este hecho podría repercutir de manera negativa en su personalidad y relaciones interpersonales. Es por esta razón que cuando se presenten al juzgado a solicitar la disolución del matrimonio, sean remitidos a un servicio de psicoterapia, para que con la ayuda de profesionales puedan llegar a acuerdos, estableciendo los derechos y obligaciones de cada uno de los implicados y terminar la relación de una mejor manera para el bienestar de todos. Este tipo de divorcio sería una experiencia menos traumática que evitarían problemas emocionales en un futuro. Porque la pareja se disolvería, pero se podría aclarar

que el rol de padres va a continuar y se puede fomentar y establecer estrategias para una buena convivencia con los hijos y la ex pareja.

Existen otros aspectos que no se pueden evitar, como la violación, la pérdida de una figura importante o algún suceso estresante que permita que se generen síntomas depresivos. En este caso, deben existir servicios psicológicos accesibles tanto de ubicación como de economía para que pueda haber una continuidad al tratamiento y realmente sea provechoso. Se propone que en cada delegación y municipio exista un lugar específico en el que se proporcione tanto respaldo legal, bolsa de trabajo, apoyo psicológico en donde así mismo se impartan talleres psico-educativos, así como también se proporcione preparación para realizar algún trabajo. Este tipo de lugar puede ser un gran apoyo a la sociedad y que puede sostenerse por las mismas mujeres que reciben ayuda en ese lugar y también ayudar a otras mujeres “ayudándose al ayudar”. De igual manera, en los centros de salud, clínicas y hospitales podría desarrollarse un pequeño servicio de apoyo psicológico que proporcione ayuda de manera rápida y expedita en casos de desastre, trauma, violación o alguna situación de crisis y que pueda canalizarla posteriormente a algún centro especializado cercano a su domicilio.

El papel que desempeñamos como sociedad es de vital importancia, si queremos tomar parte en la prevención de este trastorno que aqueja en mayor parte a las mujeres debemos tener conciencia social donde comencemos por educar en casa a edades tempranas a nuestros hijos e hijas, estableciendo igualdad de géneros, igualdad de derechos y obligaciones; y que en los recintos educativos se continúe con este tipo de educación proporcionando a toda la familia la educación y el apoyo, podremos mejorar como sociedad y debilitar o prevenir el desarrollo de la depresión en el género femenino; para que podamos cambiar paulatinamente el papel de sumisión, blanco de acoso y discriminación que la mujer ha desempeñado o le han proporcionado en los últimos tiempos, es necesario que tomemos conciencia social y utilizar a la educación como medio para obtener una sociedad más fuerte.

La prevención y la promoción del bienestar en la mujer pueden contribuir significativamente a la prevención del trastorno y la promoción de la salud en las generaciones de hombres y mujeres del futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angold, A.; Costello, E. J.; Erkanli, A.; Worthman, C. M. (1999) Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine*. 29(5), 1043-1053.
2. American Psychological Association. APA. 2002. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV-TR*. Ed. Masson.
3. As-Sanie, S., Gantt, A. & Rosenthal, M. (2004) Pregnancy prevention in adolescents. *American Family Physician*. Vol. 70(8): 1517-1524.
4. Austenfeld, J. & Stanton, A. (2004) Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping and health-related outcomes. *Journal of Personality*, 72, 1335-1363.
5. Avila, A., (1990) Psicodinámica de la depresión. *Anales de Psicología*, 6 (1): 37-58.
6. Beck, A. T. (1976) Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión. Merck Sharp & Dohme International. Raway, N. J., E. U.
7. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
8. Beck, J. S. Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Editorial Gedisa, (2000). Barcelona, España.
9. Berghuis, J. & Stanton, A. (2002) Adjustment to a Dyadic Stressor: A longitudinal Study of Coping and Depressive Symptoms in Infertile Couples Over an Insemination Attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 70(2): 433-438.
10. Birbaum, H. G., Leong, S. A. & Greenberg, P. E. (2003). The economics of women and depression: an employer's perspective. *Journal of affective disorders*, 74, 15-22.
11. Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D. & Klein, E., (2005) Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of affective disorders*. Vol. 88(1): 9-18.

12. Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nizman, L., Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Journal of Psychiatry*, 157, 924-930.
13. Brier, Norman (2004) Anxiety After Miscarriage: A review of the Empirical Literature and Implications for Clinical Practice. *Birth Issues in perinatal care*. Vol 31(2): 138-142.
14. Bowlby, John. (1993) La pérdida afectiva tristeza y depresión. Capítulo 14 Tristeza, depresión y trastornos depresivos. Editorial Paidós.
15. Bunney, W. E. & Davis, J.M. (1965) Norepinephrine in depressive reactions. A review. *Arch Gen Psychiatry* 13,483-494.
16. Cabral, M. M. C., Lima, A. L., Caldas, M. T., Barreto, A. F. Universidad católica de Permanbuco, Brasil. Identificación femenina y depresión: una relación posible? *Interpsiquis*, 2004.
17. Caraveo, A. J., Colmenares, B. E., Saldívar, H. G. (1999) Morbilidad Psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad durante la vida. *Salud Mental*, 22 (Número especial), 62-67.
18. Cerel, J., Fristad, M., Verducci J., Weller, R. & Weller, E. (2006) Childhood Bereavment: Psychopathology in the 2 Years Postparental Death. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6):681-690.
19. Claparols, M. S., Nadal, N. R., Rojas Blanc, M., Liste Salvador, V., Ferriz Villanueva, G. & Fernández Martínez, F., (2007) Análisis de las incapacidades laborales por depresión en mujeres *Psiquiatría Biológica*, Vol.14, N° 5, 171-175.
20. Colla, J., Buka, S., Harrington, D. & Murphy, J. M. (2006) Depression & modernization: A cross-cultural study of women. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. Vol 41 (4), 271-279.
21. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2003). Reunión de expertos sobre pobreza y género. *Entender la pobreza desde la perspectiva de género*.

22. Coppen, A., Prange, A., Hill, C., Whybrow, P. & Noguera, R. (1972) Abnormalities of indolamines in affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 26, 474-478.
23. Cramer, Duncan. (2004) Satisfaction with a romantic relationship, depression, support and conflict. *Psychology and Psychotherapy: theory and Practice*, 77, 449-461. *The British Psychological Society*.
24. Cunningham, A. & Knoester, C. (2007) Marital Status, Gender, and Parents' Psychological Well-Being. *Sociological Inquiry*, Vol. 77 (2): 264-287.
25. Cheasty, M., Clare, A. W., Clare, A. W. & Collins, C. (2002) Child sexual abuse- a predictor of persistent depression in adult rape and sexual assault victims. *Journal of Mental Health*, 11, 79-84.
26. Chelsea, R. Willness, Piers Steel & Kibeom Lee. (2007) A Meta-Analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. *Personnel Psychology*, Vol. 60(1), 127-162.
27. Davidson, R., Jackson, D. & Kalin, N. (2000) Emotion, plasticity, context and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126, 890-906.
28. Dennerstein, L. & Soares, C. (2008). The unique challenges of managing depression in mid-life women. *World Psychiatry*. 7:137-142.
29. Díaz Llanes, Guillermo. (2007) La mujer de edad mediana y su satisfacción con la vida en poblaciones cubanas. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 243(1).
30. Donaldson, C. & Mathews, A. (2004) Rumination, mood and social problem-solving in major depression. *Psychological Medicine*, 34, 1309-1318.
31. Dowdney, Linda. (2005) Children bereaved by parent or sibling death. *Psychiatry* 4:9, 118-122.
32. Dunn, E., Macdougall, M., coote, M., &Steiner, M. (2001) Biochemical correlates of symptoms associated premenstrual dysphoric disorder. *Archive of Womens Mental Health*, 3 (2), 1.
33. Durbin, C. E., Klein, D. N., & Schwartz, J. E. (2000) Predicting the 2 ½ year outcome of dysthymic disorder. The roles of childhood adversity and family

- history of psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (1), 57-63.
34. Faisal-Cury, A., Menezes, P., Tedesco, J., Kahalle, S. & Zugaib, M. (2008). Maternity "Blues": Prevalence and Risk Factors. *The Spanish Journal of Psychology*, Vol. 11 (2): 593-599.
 35. Figueroa, G. (2002) La Terapia Cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatría*. V. 40 supl. 1; 46-62.
 36. Flett, G., Madorsky, D., Hewitt, P. & Heisel M. (2002) Perfectionism cognitions, rumination and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 20, 33-47.
 37. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) *Violencia en el hogar y las agresiones sexuales ¿Qué hago? ¿A quién llamo?* Folleto. www.unifem.org.mx
 38. Franko, d. L., Keel, P. K., Dorer, D. J., Blais, M. A., Delinsky, K., Eddy, K. T., Charat, V., Renn, R. & Herzog, D. B. (2004) What predicts suicide attempts in women with eating disorders?. *Psychological Medicine*; 34, 843-853.
 39. Galea, S., Ahern, J., Nandi, M., Tracy, M., Beard, D., & Vihov, D. (2007) Urban Neighborhood Poverty and the Incidence of Depression in a Population-Based Cohort Study, *Annals of Epidemiology*, Vol. 17 (3), 1717-179.
 40. Garrido Genovés, V. Amores que matan: acoso y violencia. Valencia, Algar, 2001.
 41. Gilman, S. E., Kawachi I., Fitzmaurice, G. M. & Buka, S. L. (2003) Family Disruption in childhood and risk of adult depression. *American Journal of Psychiatry*, 160, 939-946.
 42. Gilmer W. S., Trivedi M. H., Rush J.A., Wisniewski S. R., Luther J., Howland R. H., Yohanna D., Khan A. & Alpert J. (2005) Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatrica Scand.*112(6) 425-433.

43. Gómez G.; Brugos M.; & Martín A. (2003) *Acoso psicológico en el trabajo: características de la víctima, consecuencias psicológicas e implicaciones para la terapia*. *Interpsiquis*, N° 93
44. Gómez, E., Catalán, R., Navinés, R. & Gastó C. (2003) Alteraciones de los receptores serotoninérgicos en la depresión: evidencias y limitaciones. *Acta Esp Psiquiatría*, 29(3), 186-194.
45. Gómez, G., Martínez de Osaba, M. & Gastón Ferrer, (1996) Pruebas neuroendocrinas de función serotoninérgica y estudios en depresión. *Psiquiatría Biológica*, 3:142-151.
46. Goodman, S. H. en Cap. 10. Depression and early adverse experiences. *Handbook of depression*. Gotlib & Hammen. The Guilford press. New York, London. 2002.
47. Hammen, C., & Brennan, P. A. (2002). Interpersonal dysfunction in depressed women impairs independent of depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 72, 145-156.
48. Heerlein, Andrés. (2002) Psicoterapia Interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría* Vol. 40 supl. 1, 63-76.
49. Helgeson, V. Tamres, L. & Janicki D. (2002) Sex differences in coping behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping *Personality and Social Psychology Review*, Vol. 6, No. 1, 2-30.
50. Hidalgo Solís, R. A., (1998) Tesis: La depresión desde diferentes perspectivas teoricas. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
51. House, Amy. Stress reduction program for infertility. MCG Women's Behavioral Health Program.
<http://www.mcg.edu/SOM/psychiatry/InfertilityStressandDepression.pdf>
52. Johnson, M. P., & Ferraro, K. J. (2000) Research on domestic violence in the 1990's: Making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 948-963.

53. Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2001). Genetic risk, Number of Previous Depressive Episodes, and Stressful Life Events in Predicting Onset of Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 582-586.
54. Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., Pedersen, N. L., (2006) A Swedish national twin study of lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 109-114.
55. Kendler, K. S. Sheth, K., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2002) Childhood parental loss and risk for first-onset of major depression and alcohol dependence: the time-decay of risk and sex differences. *Psychological Medicine*, vol. 32(7), 1187-1194.
56. Kendler, K., Gardner, C. & Prescott, C. (2005) Toward a Comprehensive The Developmental Model for Major Depression in Women. *Focus*, Vol. III, N° 1, 83-98. <http://focus.psychiatryonline.org/cgi/reprint/3/1/83>
57. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Nelson, C. B., Hughes, M. Swartz, M. & Blazer, D. G. (1994). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. *Journal of Affective Disorders*, 30, 15-26.
58. Kilpatrick, D., Ruggieri, K., Acierno, R., Saunders, B. & Best, C. (2003) Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71:692-700.
59. Kraaij, V., Garnefski, N. & Vlietstra, A. (2008). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Vol. 29(1): 9-16.
60. Krantz, G. & Ostergren, P. (2001) The combined impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms an employed Swedish women. *European Journal of Public Health*, Vol. 11: 413-419.
61. Kuscu, M., Akman, I., Karabekiroglu, A., Yurdakul, Z., Orhan, L., Ozdemir, M., Akman, M. & Ozek, E., (2008) Early adverse emotional response to childbirth in Turkey: The impact of maternal attachment styles and family support. *Journal of Psychosom Obstet Gynecol* 29(1): 33-38.

62. Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E. & Cook W. (2006) Rumination in adolescents at risk for depression *Journal of Affective Disorders*, 96, 39-47.
63. Lamas, C., Chambry, J., Nicolas, I., Frydman, R., Jeammet, P. & Corcos, M, (2006) Alexithymia in infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology* 27(1): 23-30.
64. Lancaster, G., Rollison, L. & Hill, J. (2007) The measurement of a major childhood risk for depression: Comparison of the Parental Bonding Instrument (PBI) Parental Care and the Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) Parental Neglect. *Journal of Affective Disorders* 101, 263-267.
65. Lara Cantú, María Asunción. (2002) *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre la depresión*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Ed. Pax México.
66. Lara C. M., Acevedo, M., & Berenzon, S. (2004) La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro*, 20(3), 818-828.
67. Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F. & Juárez, F. (2006) Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México. *Salud Mental*, Vol. 29, N° 4, 55-62.
68. Leal, C. C. (2000) Trastornos depresivos en la mujer. Ed. Masson.
69. Levinson, D., Mackinnon, D., Potash, J., Miller, E., Steele, J., Gladis, M., Boutele, S., Marta, D., Murphy-Eberenz, K., Zubenko, W., Knowles, J., DePaulo, R., Crowe, R., Scheftner, W., Zubenko, G., Weissman, M., Holmans, P. (2007) Genetics of Recurrent Early-Onset Major Depression (Gen RED): Final Genome Scan Report. *American Journal of Psychiatry*, 164: 248-258.
70. Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D. & Gotlib, I., (2003) Psychosocial Functioning of Young Adults Who Have Experienced and Recovered From Major Depressive Disorder During Adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 112, N° 3, 353-363.

71. Lim, H. J., cho, H. J., & Lee, M. S. (2006) Pilot study of hormone replacement therapy and menopausal symptoms, depression, and quality of life in Korean climacteric women. *Psychological Report*. April 98(2): 374-378.
72. Little, S. A. & Garber, J. (2005) The role of social stressors and interpersonal orientation in explaining the longitudinal relation between externalizing and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3): 432-443.
73. Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliége D., Mackenbach, J. & Anseau. (2007) Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *British Journal of Psychiatry*, 190, 293-298.
74. Luppá M., Heinrich S., Angermeyer, M., König H & Riedel-Heller S. (2007) Cost-of-illness studies of depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 98: 29-43.
75. Lyubomirsky, S., Kasri, F. Chang, O. & Chung, I. (2006). Ruminative response styles and delay of seeking diagnosis for breast cancer symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 276-304.
76. Maier, S., Peterson, C. & Schwartz B. (2000) From helplessness to hope: The seminal career of Martin Seligman
<http://www.swarthmore.edu/SocSci/bschwar1/helplessness.pdf>
77. Markowitz, J. & Weissman, M. (2004) Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry*, 3:3, 136-139.
78. Mazure, C. M., Bruce, M.L., Maciejewski, P. K. & Jacobs, S. C. (2000). Adverse life events and cognition in personality characteristics in the prediction of mayor depression and antidepressant response. *American Journal of Psychiatry*, 158, 582-586.
79. Mazure, C. M. & Maciejewski, P. K. (2003) A model of risk for major depression: Effects of life stress and cognitive style vary by age. *Depression and Anxiety*, 17:26-33.
80. McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R., & Russo, N. F. (1990). Women and depression. Risk factors and treatment issues. Final report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression.

81. McHolm, A. E., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2003). The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: Results from a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 160, 933-938.
82. Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleinz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicio: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol. 26, N° 4; 1-16.
83. Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara C. & Berlund P. (2007) Trastornos psiquiátricos en México: prevalencia durante la vida en una muestra nacional representativa. *British Journal of Psychiatry*, 190 (6), 210-220.
84. Melhem, N., Wlaker, M., Moritz, G & Brent, D., (2008) Antecedents and Sequelae of Sudden Parental Death in Offspring and Surviving Caregivers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, Vol. 162 (5), 403-410.
85. Moreno, J., Campos, M., Lara, C. & Torner, C. (2006) El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. Vol.29, 44-45.
86. Muñoz, R. & Mendelson, T. (2005) Toward evidence-interventions for diverse populations: The San Francisco General Hospital prevention and treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (5), 790-799.
87. Nazar, B. A. & Zapata, M. E. (2005) Género pobreza y salud mental. *Ecofronteras*.
www.ecosur.mx/difusión/ecofronteras/ecofrontera/ecofront15/pdf/genero-pobreza-pdf
88. Nishith, P., Nixon, R. & Resick, P. (2005) Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: A result of cognitive processing therapy targeting comorbid depression? *Journal of Affective Disorders*, 86:259-265.

89. Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100,569-582.
90. Nolen-Hoeksema, S. (2002). Cap. 21, 492-509. Gender differences in depression. Handbook of depression. Editado por Gotlib, I. H & Hammen, C. L. The Guilford Press. Nueva York, Londres. 2002.
91. Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
92. Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression in adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
93. Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender differences in depression. *Journal of personality and social psychology*, 77, 1061-1072.
94. Nolen-Hoeksema, S. & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 37-47.
95. Norifumi Tsuno, Alain Besset, Karen Ritchie. (2005). Sleep and depression. *J clin psychiatry*. 2005 oct;66 (10):1254-1269.
96. Notimex/Redacción EL UNIVERSAL.com.mx Jueves 15 de mayo de 2008. Alberga México 17% de personas con depresión en el mundo.
97. Oei, T. P. S., & Dingle, G. (2008) A review of group cognitive behavior therapy for the treatment of unipolar depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 107, 5-21.
98. Organización Mundial de la Salud. 55ª. Asamblea Mundial de la Salud. (2002) *Salud Mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción*.
99. Organización Panamericana de la Salud. 9 de Septiembre de 2005. *Más personas mueren en el mundo por suicidio que por conflictos bélicos*.
100. Ørstavik, Rangnhild E., Kendler. Kenneth S., Czajkowski, N., Tambs, K. & Reichbrn-Kjennerud, T. (2007) The Relationship Between Depressive

- Personality Disorder and Major Depressive Disorder: A Population-Based-Twin Study. *American Journal of Psychiatry*, 164(2): 1866-1872.
101. Øystein Berle, J. (2004) The challenges of motherhood and mental health. *World Psychiatry*, 3:2, 101-102.
102. Palomar, J., Lanzagorta, N., Hernández, J. (2004) Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo. *Serie Documentos de Investigación Vol.3, 1° edición. Instituto de Investigaciones sobre Desarrollo Sustentable y Equidad Social (IIDSES)*. México, DF.: Universidad Iberoamericana. Publicación electrónica.
103. Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, Vol. 27, No. 3, 261-273.
104. Path-Horenczyk, R., Deled, M., Villa, Brom, D. & Chemtob. (2007) Risk-taking behaviors among israelí adolescents exposed to recurrent terrorism. *American Journal of Psychiatry*. 164(1), 66-72.
105. Paykel, E. S. (1991) Depression in women. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 158 (suppl. 10) 22-29.
106. Pearson, K. & Nonacs, R. (2008) *Massachusetts General Hospital Center for Women's Mental Health*.
<http://www.womensmentalhealth.org/posts/impact-of-infertility-treatment-on-risk-for-depression-and-anxiety>
107. Per Svenningsson, Karina Chergui, Ilan Rachleff, Marc flajolet, Xiaoqun Zhang, Molika El Yacoubi, Jean-Marie Vaogeois, George G. Nomikos & Paul Greengard. Alterations in 5-HT_{1B} Receptor Function by p11 in depression-like states. *Science*, 6 January 2006. Vol. 311 N° 5757, 77-80.
108. Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 177, 486-492.
109. Pim C., Straten V., Smit F., Mihalopoulos C & Beekman A. (2008) Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165: 1272-1280.

110. Rahman, A. & Creed, F. (2007) Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: Prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *Journal of Affective Disorders* Vol.100, 115-121.
111. Ramezanzadeh, F., Mansour M., Nasrin, A., Zayeri F., Khanafshar, N., Shariat, M. & Jafarabadi, M. (2004) A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *Bio Med Central Women's Health*. Vol. 4(9): 1-7. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-4-9.pdf>
112. Randolf, L. S. (1975). Sex differences in depression. The effects of occupational and marital status. *Sex roles*, 1, 249-265.
113. Rayburn, N. R., Wenzel, S. L., Elliot, M. N., Hambarsoomians, K., Marshall, G. N. & Tucker, J. S. (2005) Trauma, Depression, Coping, and Mental Health Service Seeking Among Impoverished Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 73, N° 4, 667-677.
114. Records, Kathie; & Rice, Michael J. (2005) A comparative study of postpartum depression in abused and non abused women. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol 19.
115. Richman, J. & Rospenda, K. (2005) Sexual Harassment and Alcohol Use. *Psychiatric Times*, Vol. XXII (2).
116. Riso, L.P., Miyatake, R.K. & Thase, M. E. (2002). The search of determinants of chronic depression: a review of six factors. *Journal of affective disorders*, 70, 103-115.
117. Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D. (2004) Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, Vol. 26 (4), 289-295.
118. Rodríguez, M. S. (2002). La depresión en la menopausia. *Información Clínica*, Vol. 13 # 2.
119. Roy, J. & Janal, M. (2005). Family history of suicide, female sex, and childhood trauma: separate or interacting risk factors for attempts at suicide? *Acta Psychiatr Scand* Vol 112; 367-371.

120. Sánchez Moreno, Esteban. (2002) Individuo, Sociedad y Depresión. Ed. Aljibe.
121. Schildkraut JJ. (1965) The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review for supporting evidence. *Am J Psychiat*; 122: 509-522.
122. Schroevers, M., Ranchor, A. & Sanderman, R. (2003) The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science and Medicine*, 57, 375-385.
123. Schramm, E., Schneider, D., Zobel, I., Calkers D., Dykieriek P., Kech S., Härter M & Berger, M. (2008). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy in chronically depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 109 (1-2) 65-73.
124. Seligman, M. (2006) Positive Psychotherapy. *American Psychologist*. Vol. 61(8), 774-788.
125. Siever LJ, Davis L. (1985) Overview: toward a dysregulation hypothesis of depression. *Am J Psychiat* ; 142: 1.017-1.031
126. Sihvola, E., Keski-Rahkonen, A., Dick, D., Pulkkinen, L., Rose, R., Marttunen, M. & Kaprio J. (2007) Minor depression in adolescence: Phenomenology and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 97, 211-218.
127. Silberg, J., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, J., Simonof, E., Maes, H., Carbonneau, R., Mureller, L., foley, D. & Eaves, L. (1999) The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56; 225-232.
128. Simmons, L., Braun, B., Charnigo, R., Havens, J. & Wright D. (2008) Depression and Poverty Among Rural Women: A relationship of Social Causation or Social Selection? *Journal of Rural Health*, Vol. 24 (3): 292-298.
129. Siverio, E. & García Hdez. M., (2007) Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *Anales de Psicología*, Vol. 23, N° 1, 41-48.

130. Smith, Louis. (1994) B. F. Skinner (1904-1990) *Perspectivas (UNESCO: Oficina Internacional de Educación)* Vol. XXIV, N° 3-4, 529-542.
131. Smith, D., Kyle, S., Forty, L., Cooper C., Walters, J., Russell E., Caesar, Farmer, A., McGuffin P., Jones, I., Jones L & Craddock N. (2007) Differences in depressive symptom profile between males and females. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 108, (3), 279-284.
132. Spasojevic, J. & Alloy, L. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk to depression. *Emotion*, 1, 25-37.
133. Steiner, M. (2009) Female-specific mood disorders. *Psychiatry* Vol. 8(2), 61-66.
134. Steiner, M., Dunn, E., & Born, L. (2003). Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *Journal of Affective Disorders*, 74, 67-83.
135. Sugiura-Ogasawara, M., Furukawa, T., Nakano, Y., Hori, S., Aoki, K. & Kitamura, T. (2002) Depression as potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. *Human Reproduction*. Vol. 17(10): 2580-2584.
136. Sullivan, P., Neale, M., & Kendler, K. (2000) General epidemiology of major depression: Review and meta-analysis *American Journal of Psychiatry*. 157, 1552-1562.
137. Swan, Suzanne C., Gambone, Laura J., Fields, Alice M., Sullivan, Tami P., Snow, David L. (2005) Women who use violence in intimate relationships: The role of anger, victimization, and symptoms of posttraumatic stress and depression. *Violence and Victims*. Vol 20 (3) , 267-285.
138. The New York Times. Monday, May 12, 2008. <http://health.nytimes.com/health/guides/symptoms/depression/causes.html>
139. Usall I Rodié. Sexo y cerebro: diferencias morfológicas y funcionales entre mujeres y hombres. *Acta Psiq Española*, 30(3): 189-194.
140. Valdez-Santiago, R., Juárez-Ramírez, C., Salgado de Snyder, N., Agoff, C., Avila-Burgos, L. & Hajar, M. (2006) Violencia de género y otros factores

- asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. *Salud Pública Méx.* Vol. 48, supl. 2: 5250-5258.
141. Vallejo Ruiloba, J. & Gastó Ferrer C. (2000) Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Elsevier, España.
142. Van Der Berg B., Stellato R. K., Yzermans C. J. & Lebet E. (2005) Symptoms and related functioning in a traumatized community. *Arch. Intern. Med.* Nov 2005. 14;145 (20) 2402-7.
143. Van Lang, N., Ferdinand, R. & Verhulst, F., (2007). Predictors of future depression in early and late adolescence. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 97: 137-144.
144. Velasco Alva, Félix & Ledesma Fonseca, Rosalinda. Psicoterapia del Vínculo Depresivo. *Psicoterapia y Familia*, Vol. 15, N° 2, 15-23.
145. Wichers, M., Myin-Germeys, I., Jacobs, N., Peeters, F., Kenis, G., Derom, C., Vlietinck, R., Delespaul, P. & Van Os, J. (2007) Genetic risk of depression and stress-induced negative affect in daily life. *British Journal of Psychiatry*, 191, 218-223.
146. Wisniewski, Amy B; Todd, T; John, Majnu; Cofrancesco, Joseph Jr.; Golub, Elizabeth T; Wand, Gary; Dobs, Adrian S. (2006) Cortisol levels and depression in men and women using heroin and cocaine. *Psychoneuroendocrinology*. Vol 31(2), 250-255.
147. Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdeli, H. (2006) Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 163(6).
148. Weissman, M. M. & Markowitz, J. C. (2003) The future of psychotherapies for mood disorders. *Worldpsychiatry* 2:1; 9-13.
149. Wesely, J. K., (2006). Considering the context of women's violence: Gender, lived experiences, and cumulative victimization. *Feminist criminology* Vol 1 (4), 303-328.
150. Willness, C., Steel, P. & Lee, K. (2007) A meta-analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. *Personnel Psychology*, Vol. 60 (1): 127-162.

151. Zaers, S., Waschke, M. & Ehlert, U. (2008) Depressive symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, Vol. 29 (1), 61-71.