



UNAM IZTACALA

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“Depresión Femenina: Un problema biopsicosocial  
con graves consecuencias”**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
**María Martha Mercado Díaz**

Directora: Dra. **Laura Evelia Torres Velázquez**

Dictaminadores: Lic. **Patricia Ortega Silva**

Lic. **Adriana Guadalupe Reyes Luna**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2011



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.

## ***AGRADECIMIENTOS***

*A Dios, por haberme permitido concluir este sueño y por darme la oportunidad de compartirlo con mis seres queridos.*

*A mi madre, por darme la vida, el apoyo, la oportunidad de superarme y sobre todo por la paciencia que ha tenido a lo largo de mi vida para corregir mis errores, festejar mis triunfos y convertir cada uno de ellos en aprendizajes que me han ayudado a ser mejor persona. Además de ser la mejor amiga y la mejor madre que pudo haber puesto Dios en mi camino.*

*A mi padre por darme la vida, por ser un ejemplo de superación, responsabilidad y por ser mi más grande apoyo a lo largo de toda mi vida y en el cumplimiento de este sueño. Y porque es el hombre que más quiero, admiro y por ser el mejor padre del mundo.*

*A mi hermana, por ser mi cómplice, amiga y mi compañera en los momentos felices y por darme su cariño y su comprensión en las situaciones difíciles. Y a mis hermanos, porque consciente o inconscientemente han sido siempre un ejemplo para seguir adelante.*

*A mi tutora, directora de tesis y mi gran apoyo durante toda la carrera que siempre demostró disposición, paciencia, generosidad y gran humanismo al colaborar siempre conmigo para lograr este sueño. ¡Gracias Doctora Laura Evelia Torres Velázquez!*

*A Carlos por su paciencia, amor, apoyo y solidaridad a lo largo de estos años, porque su presencia en mi vida me ha enseñado que el amor incondicional es el motor que hace de los sueños una realidad.*

*A Talina por ser como mi segunda madre y porque siempre me ha demostrado su gran cariño y a Don Héctor por su interminable apoyo.*

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>1. ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?</b>	<b>11</b>
1.1. Antecedentes	11
1.2. Definición	13
1.3. Etiología de la depresión	14
1.3.1 Depresión Endógena	14
1.3.2 Depresión Exógena	18
1.4. Fases de la Depresión	19
1.5. Tipología de la Depresión	22
<b>2. FACTORES QUE PREDISPONEN LA DEPRESIÓN FEMENINA EN MÉXICO</b>	<b>25</b>
2.1. Teoría Biológica	25
2.2. Teoría Psicológica y Social	27
2.3. Pubertad	32
2.3.1 Sintomatología de la depresión en la pubertad y la adolescencia	34
2.3.2 Factores biológicos que desencadenan la depresión en esta etapa	35
2.3.3 Factores psicosociales que desencadenan la depresión femenina	36
2.4. Puerperio	44
2.4.1 Sintomatología de depresión durante el puerperio	45
2.4.2 Perspectiva biológica	45
2.4.3 Perspectiva psicológica y social	46
2.5. Etapa adulta de la mujer mexicana	49
2.6. Climaterio y Menopausia	59
2.6.1 Cambios fisiológicos consecuentes a la menopausia	60
2.6.2 Depresión Femenina y su relación con la menopausia ¿Mito o realidad?	62
2.6.3 Significado Psicológico y Social de la menopausia para la mujer	64

2.6.4 Problemática que enfrenta la mujer mexicana durante la menopausia y la vejez	64
<b>3. CONSECUENCIAS FISICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE LA DEPRESIÓN</b>	<b>71</b>
3.1. Consecuencias físicas	71
3.2. Psicopatología de la depresión y su relación con las enfermedades físicas	73
3.3. Psicopatología de la mujer mexicana	75
3.3.1. Sistema Ginecológico	76
3.3.2. Sistema Metabólico	83
3.3.3 Sistema Inmunológico	84
3.3.4 Cáncer de Mama	85
3.3.5 Trastornos Respiratorios	87
3.4 Consecuencias Psicológicas de la Depresión	87
3.4.1 Baja Estima	87
3.4.2. Bulimia y Anorexia	88
3.4.3. Autodestrucción	90
3.4.4. Codependencia Emocional	90
3.4.5. Suicidio	91
3.4.6 Incapacidad Emocional	91
3.4.7 Incapacidad de Respuesta Sexual	92
3.5 Consecuencias Sociales y Económicas	93
3.5.1 Consecuencias Laborales	95
3.5.2 Consecuencias Económicas	95
<b>4. CONCLUSIONES</b>	<b>97</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>101</b>

## RESUMEN

La depresión femenina se ha convertido en los últimos años en un tema de interés no sólo para los profesionales de salud sino también para la sociedad en general, sin embargo su abordaje resulta ser muy ambiguo al descontextualizar todo lo que sobreviene con la depresión, ya que ésta es causal no sólo de problemas psicológicos sino también físicos y sociales entrelazados en un círculo vicioso que genera consecuencias graves a corto, mediano y largo plazo para la vida de la mujer mexicana.

La mujer mexicana desde su historia y hasta la actualidad ha sido el blanco de presiones sociales, familiares, conyugales y ahora también laborales que la obligan a anteponer a todos antes que a ella misma, esta situación la ha llevado a desencadenar estrés, angustia, vacío y soledad que recaen en una depresión inminente unas veces reflejada en su fisionomía y otras más en su comportamiento. A su vez este panorama de prevalencia de depresión en la mujer mexicana, se observa como el insufrible destino de la biología femenina marcada por desajustes hormonales a lo largo de su vida; como son la pubertad, puerperio y la menopausia, dejando de lado la forma de vida a la que se enfrentan en la sociedad machista mexicana.

El presente trabajo se enfoca en exponer y explicar cada una de las etapas tanto biológica, psicológica y social por la que atraviesa cada mujer a lo largo de su vida con la finalidad de comprobar y desmitificar las posibles causas que generan la depresión femenina y que explican las consecuencias biopsicosociales que ésta genera.

# INTRODUCCIÓN

El deceso de mexicanas a consecuencias de enfermedades crónico degenerativas va en aumento en los últimos años, ya que según en el Instituto Nacional de Estadística y Geográfica se tiene evidencia que desde el año 2007 hasta la actualidad la diabetes mellitus, los tumores malignos y las enfermedades isquémicas son las principales causas de defunción tanto en hombres como en mujeres, sin embargo existe cierto grado de ocurrencia mayor en la mortalidad femenina, ya que del total de las defunciones por estas tres causas, el 66.2% son defunciones femeninas mientras que el 33.8% son defunciones masculinas (INEGI, 2007).

La problemática de la existencia de estas enfermedades en la gran mayoría de los casos se debe a que van acompañadas de trastornos psicológicos que en algunos de ellos son causa y en otros las agravan. Específicamente, la depresión ha sido en México una de las constantes que van de la mano con estas enfermedades en la mujer, motivo por el cual se ha convertido en tema de investigación para comprobar la relación que ésta tiene con tales enfermedades y con el género. Por consiguiente surge la interrogante sobre si este padecimiento influye en el surgimiento de éstas de manera directa o como se ha mencionado a lo largo de estos años solo es un componente de los múltiples factores que la provocan.

En el año 2000 la depresión se ubicó en el cuarto lugar en la tabla de enfermedades causantes de discapacidad, después de las infecciones respiratorias bajas, las condiciones perinatales y el VIH/sida. Por lo tanto la OMS calcula que en 2020 ocupará el segundo sitio, sólo detrás de las enfermedades isquémicas cardíacas (López, 2008).

En México desde hace 9 años se menciona que la depresión femenina se ha convertido en un padecimiento muy común que sufren 10 millones de personas, según la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica levantada en el año 2000 bajo los auspicios del Instituto de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y la Organización Panamericana de la Salud.

La prevalencia de la depresión en la mujer mexicana y todos los factores que la clasifican como un problema grave de consecuencias fatales llevan a la sociedad a exigir a los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, etc.) una respuesta concreta para resolver este padecimiento. Sin embargo, existen pocos estudios realizados a la biología, psicología y antropología cultural y social de la depresión en las mujeres mexicanas de manera integral que den margen a una resolución efectiva. Puesto que contradictoriamente cada disciplina responde a la problemática de manera diferente e individual, lo cual ha imposibilitado el desarrollo de una explicación multifactorial que responda a la lógica no sólo del padecimiento físico sino también del padecimiento psicológico y social que viven las mujeres y que contribuiría a resolver esta situación y evitar las consecuencias multifactoriales tan graves que conlleva.

Esta visión integral para la intervención de la depresión manifiesta que la salud individual y colectiva es un proceso dinámico que resulta de la compleja e intrincada relación entre una base biológica y factores socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales, que influyen sobre ella y la modifican, siendo ésta una red multicausal que determina la salud-enfermedad y muerte en cada una de las etapas del ciclo vital, aunque el peso de los factores no se distribuye uniformemente en todos los individuos y a lo largo de la existencia. Así mismo, la salud de la mujer es una síntesis de la biología propia de su sexo y del lugar que la sociedad le asigna en un determinado contexto histórico y cultural. Ambos determinantes se integran en el concepto de género, que no solo se refiere al sexo biológico sino a la amplia gama de conductas, expectativas y roles atribuidos a hombres y mujeres por las estructuras sociales. Los condicionantes biológicos corresponden a la anatomía y a la fisiología de la mujer, en otras palabras la presencia de órganos únicos y diferentes a los del sexo masculino y a las funciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Por su parte, los condicionantes culturales se relacionan con las oportunidades de la mujer de acceder a la educación, la alimentación y los servicios de salud, a la aportación monetaria de la mujer al ingreso familiar, a su carga de trabajo y al poder de decisión en la familia y en la sociedad (Figueroa, 1998).

Específicamente, desde la perspectiva contextual histórica se observan factores que aprisionan y hacen más vulnerable a la mujer mexicana. Desde la antigüedad la “fémica” ha sido marcada por una serie de prejuicios y tradiciones, puesto que



ideológicamente para la sociedad debía ser “un baúl de cualidades”, las cuales eran si excepción la belleza, la decencia, la sumisión, la abnegación y la obediencia. Además debía ser criada y educada para el completo servicio del hombre durante el matrimonio, por lo tanto las únicas actividades permitidas eran las concernientes a la cocina, al bordado, al aseo del hogar y a la crianza de los hijos. Este tipo de ideología anulaba a la mujer como sujeto independiente y la convertía solo en una parte de la hombría del hombre.

Valtiere (2004), menciona que “Los nudos de la historia de la mujer la aprisionan del mismo modo que la araña inmoviliza a la mosca. Durante su infancia, numerosas mujeres reinaron en el pequeño mundo recogido en el aislamiento de la casa familiar”. Y desde esta realidad la mujer se convirtió en un adorno social y una imagen inmaculada de abnegación y castidad sin derecho a otra elección, viviendo en el umbral del vacío, la conformidad o en una profunda depresión incubierta por no tener derecho ni siquiera a sufrir ésta. Estos fragmentos son los que acompañan y justifican los escritos históricos tradicionales que marcan a los hombres como héroes, generadores de conocimientos y guerreros de patria dejando de lado la figura femenina. Sin embargo, en nuestros días apenas se comienza a destapar una realidad diferente, la cual si hubiese sido descubierta hace unos años sería una aberración por la ideología cerrada de esos tiempos. Esta realidad es la que expone a otro tipo de mujeres emprendedoras y fieles a la lucha contra la opresión y de las que poco se sabe a diferencia de las figuras masculinas, ejemplos de ello son: Leona Vicario, Sor Juana Inés de la Cruz, Frida Kahlo, Matilde Zúñiga Valdez, Laura Méndez de Cuenca, Remedios Albertina Ezeta y Matilde P. Montoya y muchas más de las que no se tiene rastro por la estigmatización social a la que fueron presas. Estas mujeres dieron lucha no solo para ser generadoras de cambio social, de conocimiento, de arte y de historia sino que también se enfrentaron a los prejuicios sociales que las marcaron en ese momento como: herejes, impúdicas e indecentes y les quitaron la oportunidad de ser reconocidas. Estos nombres son solo algunos de las mujeres que desde ese tiempo tuvieron la fortaleza de no cumplir con su destino social y más bien de elegir por ellas mismas la vida que querían para ellas y para las demás abriendo un panorama que hiciera surgir mujeres con derecho a decidir por ellas mismas.

Aunque tristemente gran parte de las mujeres actuales tampoco escapan del karma social aunque ya tengan mayores oportunidades para sobresalir y realizarse individualmente, ya que aun cuando tienen acceso al campo laboral e intelectual siguen teniendo la consigna de las responsabilidades del hogar y de la familia como una obligación absoluta para ellas, esto les ha implicado no solo luchar por sobresalir en el campo laboral impregnado aun de prejuicios de género sino que también tienen que llevar a costas la doble e incluso la triple jornada que le generan las actividades domésticas, laborales y de crianza. Teniendo a costas todas estas responsabilidades la mujer de hoy sigue siendo presa fácil de la depresión al no poder destinar un tiempo para ellas mismas y sentirse incapaces de cumplir todas las expectativas.

En contra parte actualmente, existen nuevos tipos de mujeres a las cuales les sigue doliendo el cambio pero que siguen siendo pilares de una revolución y cambio social; entre ellas y las más comunes están la mujer autónoma y profesional que opta por rechazar la maternidad e incluso el matrimonio, la cual se supera laboralmente pero que muchas veces no termina de ser feliz porque siguen sobre ella los prejuicios sociales al no cumplir con el patrón social establecido de contraer matrimonio para posteriormente procrear hijos y crear perpetuidad familiar, y es así que estas mujeres llevan a costas una carga social que las puede llevar a la depresión, al estrés y a la angustia. Por otro lado, está la mujer homosexual la cual decide romper con la ideología tradicionalista de heterogeneidad, y mostrarse al mundo con una propuesta de vida diferente pero la cual sigue sin ser ajena a la estigmatización, la segregación y el repudio social. Otro patrón es la mujer divorciada o madre soltera, a la cual pocas veces le es reconocido el múltiple esfuerzo que realiza por salir adelante por sus propios medios y a la cual se le visualiza como una mujer “fracasada” y sin moral por no aguantar la carga del matrimonio y dejar a sus hijos sin padre, además este último tipo representa una presa “fácil” de la jauría machista que busca saciar sus más bajos instintos en ella por ser una mujer de poco respeto al no estar al lado de un hombre.

Finalmente, y aunque no es un nuevo tipo de mujer es digna de mención porque sigue presente en nuestros días y es la mujer que opta por rechazar el acceso al mundo laboral e intelectual y decide una vida tradicional donde solo hay matrimonio, hijos y hogar, sin embargo Navarro (1990) menciona que es probable que el papel de ama de casa aun en la actualidad sea depresogénico por naturaleza, ya que tiene mucho de

rutinario, aburrido, frustrante y poco estructurado. Sobretudo si se toma en cuenta que en estos tiempos muchas de estas mujeres viven en la incógnita de saber que habría sido de ella si su decisión hubiese sido diferente, ya que en su contexto “el nuevo prototipo de mujer” es la que se supera laboralmente, crea autonomía económica, se casa con un profesionalista igual de preparado que ella y forman un matrimonio sólido, estable y sin problemas económicos, aunque esto resulte una falacia propia de las telenovelas que ve.

Es de esta forma que surge en todas las mujeres del 2010 sin importar su estatus social y económico, su edad, raza o educación, una crisis de identidad al estar al margen por un lado de la mujer tradicional que aún esta representada en madres y abuelas que siguen dando pauta a muchos de los prejuicios de la antigüedad y por el otro, el contexto social y comercial que muestra a la mujer independiente, preparada y con derechos a decidir sobre su vida y su cuerpo. Sin embargo, esta crisis de identidad y de transición no es a lo único que se enfrentan las mujeres, ya que existen otros muchos factores que las hacen más vulnerables a sufrir padecimientos depresivos que desencadenan graves consecuencias, entre los cuales están; el estrés, la pobreza, la edad, las condiciones de trabajo, la desigualdad de distribución de las cargas familiares, la falta de acceso a la cultura, la etnicidad, la violencia, la exclusión social y las relaciones de poder.

Por consecuente, y al ser más frecuente la depresión en la mujer, ésta no esta exenta de prejuicios sociales, ya que se considera que “es un padecimiento puramente femenino”, puesto que esta permeado de estados de desanimo, tristeza, melancolía, irritabilidad y enojo “exclusivos de las mujeres, supuestamente”, ya que se les considera sensibles, aprensivas y emocionales por naturaleza. Estos adjetivos por lo general se asocian con mayor frecuencia a cambios hormonales propios de la mujer en cada periodo menstrual o cuando la menopausia esta presente, sin embargo es necesario fundamentar que efectivamente ciertos períodos biológicos hacen a la mujer vulnerable física y anímicamente pero no son los únicos causales sino que en cada etapa de la vida de una mujer existen diversos factores que la provocan, agravan o consecuantan por lo tanto deben ser tratados de una manera integral.

Esta visión poco clara sobre si las enfermedades físicas, los trastornos psicológicos o la influencia y presión social son las causantes o las consecuencias de la depresión femenina colocan los estudios psicológicos, antropológicos y médicos en el dilema de ¿Qué generó qué?, llegando a la conclusión de que todos ellos tienen las mismas posibilidades de ocurrencia en un lugar que en otro y que lo que realmente es importante es conocer a fondo todas las posibles alternativas para lograr como profesionales de la salud un diagnóstico integral para evitar que la depresión se convierta en un problema sin respuesta y que sus consecuencias sigan afectando la salud, la economía y la convivencia social de las mujeres.

Inexorablemente, todos estos factores conjugados con la depresión gestan consecuencias graves para la salud psicológica y social llevando a las mujeres incluso a la muerte. Barberá (2004), por su parte menciona que “las mujeres presentan una mayor morbilidad entendida como una peor salud generalizadora al tener más enfermedades crónicas y discapacitantes. Además de que enferman por causas diferentes a los hombres y muchas de las cuales no se relacionan con la biología sino con los estilos de vida que tiene su origen en la socialización del género”.

Las consecuencias que conlleva la depresión femenina también son diversas y muy graves; López, (2002) menciona que biológicamente se manifiestan a través de enfermedades, las cuales según diversos estudios en el contexto epidemiológico actual de la depresión, el miedo y la angustia son la colitis, gastritis, tensión muscular crónica, insuficiencia renal, hemorroides, amenorrea, cáncer de mama, obesidad, cefalea constante, alergias y enfermedades respiratorias severas que se pueden ir agravando. Mismas, que al paso de la depresión se pueden ir agravando y convertirse en enfermedades crónicas degenerativas causando secuelas graves o incluso la muerte. Esta relación de las enfermedades físicas con los trastornos psicológicos es atribuida a la somatizaciones.

La OMS plantea mayor vulnerabilidad de las mujeres a la somatización, pues, cada día, se acepta que la salud de las mujeres guarda íntima relación con las condiciones de la vida familiar. Como es sabido, los síntomas somáticos funcionales no definen ningún cuadro patológico concreto, aunque están presentes en muchos trastornos orgánicos, es decir, como se afirma en el DSM- IV, los factores psicológicos

afectan a la condición física y son relevantes tanto en la génesis como en el curso del trastorno. De ahí es como se reconoce la lógica que sostiene la relación entre la somatización y género (Barberá, 2004).

Evidentemente son muchos los factores que incrementan la posibilidad de que la mujer mexicana se vuelva presa de la depresión, por este motivo es que es tan importante alertar e informar a la población en general para atacar este problema y las estadísticas no sigan en aumento, ya que las consecuencias de tal padecimiento son muy graves, puesto que la falta de atención especializada puede provocar complicaciones graves entre las que oscilan, la enfermedad crónica, el suicidio y por ende la muerte por complicaciones de salud graves (psicosomáticas). La tasa de mortalidad de mujeres jóvenes es provocada por estas causas principalmente. Por lo tanto, el objetivo del siguiente trabajo es describir y analizar sobre que es la depresión, desde una perspectiva multicausal mostrando sus principales causas y enfatizando las graves consecuencias que conlleva a lo largo de la vida de la mujer mexicana. Todo esto desde una visión psicológica, biológica y sociocultural, puesto que es importante comprender que un paciente con depresión no solo es un cúmulo de órganos cerebrales deficientes, o de problemas psicológicos aislados sino más bien es una persona producto de una historia física, social y cultural de la cual se ha ido construyendo psicológicamente y a partir de la que se construirá su futuro a nivel físico, social y cultural. Para ello, se aborda en el capítulo uno qué es la depresión, presentado su etiología, fases, tipos, etc. En el capítulo dos se exponen los principales factores biopsicosociales apoyados en cada una de las teorías correspondientes que son causales de la depresión en la mujer y finalmente en el capítulo tres se expone la relación de la depresión femenina con los padecimientos físicos, psicológicos y sociales y sus consecuencias en donde finalmente se comprueba las relaciones entre éstos y la depresión aportando una visión multicausal y multifactorial de la depresión en México.

# CAPÍTULO 1

## *¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?*

### **1.1 Antecedentes**

La depresión tiene sus orígenes con los precursores de la escuela hipocrática (siglo IV a C.), los cuales consideraban que los trastornos mentales estaban determinados por causas naturales, como un desequilibrio de los humores corporales, así mismo estos humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) se encontraban localizados en órganos específicos (el corazón, el cerebro, el hígado y el bazo respectivamente), reflejando los cuatro elementos básicos del cosmos; fuego, agua, aire y tierra. Se pensaba que la bilis negra, producida por el bazo, era la causante de la melancolía (Jackson, 1986).

Hipócrates, se centraba en la idea de que la bilis negra y flema producían un tipo de disfunción cerebral que causaba la melancolía, es decir, entristecimiento del espíritu hoy conocida como la depresión (Caballo & Carrobes, 1995).

En la edad media las explicaciones que se le daban a los trastornos melancólicos eran atribuidas a la brujería o a las posesiones demoníacas. Situación que mejoro con el renacimiento, ya que aun cuando se tenía la misma percepción de la enfermedad mental, se desarrollaron tratamientos más humanos que dieron fin a las torturas aberrantes a las que eran sometidos los pacientes con estos padecimientos.

Fue hasta el año de 1725 que el británico Sir Richard Blackmore cambia el término de melancolía por el de depresión y surgió un cambio de perspectiva basada en la observación. La palabra depresión proviene del latín “deprimere” y significa hundimiento o abatimiento. Afirmándose así que lo que se hunde en la depresión es el plano vital del ser humano. De esta aseveración se deriva el núcleo común observado en todos los enfermos depresivos en su desgano y tristeza, por ello se afirmó que todos ellos eran enfermos de la vitalidad. Esta visión fue fundamentada en los pensamientos de los antiguos griegos para los cuales el hombre se componía de tres partes o estratos:

el nous o inteligencia, el pneumation o aliento vital y el soma en cuanto a carne o cuerpo. En el siglo pasado el gran médico C.G. Carus, en su famosa obra *Psiquis*, consideraba los procesos vitales como fenómenos psicofísicos. Manifestando que la vitalidad es como una especie de encrucijada entre lo psíquico y lo corporal. Así mismo, la depresión acredita su primordial filiación vital al no ser un trastorno psíquico puro, sino psicofísico, puesto que engloba rasgos psicopatológicos y alteraciones somáticas. Además de las depresiones psicofísicas hay cuadros depresivos integrados sólo por sintomatología psíquica (depresión psicótropa) y en menor proporción otros dominados por los síntomas somáticos (depresión somatotropa)”.

Bajo esta perspectiva a inicios del siglo XX, se pensaba que muchas enfermedades eran ocasionadas por trastornos sanguíneos, de modo que un procedimiento de intervención común consistía en introducir o sacar sangre aplicando sanguijuelas o haciendo incisiones en las venas. El médico apellidado Denis sacó diez onzas de sangre a un paciente melancólico y las reemplazó con seis onzas de sangre de becerro, el cual informó que la mente del paciente se aclaró y se recuperó de su melancolía (Hothersall, 2004).

Las posiciones modernas descriptivas de la psicopatología herederas de estas perspectivas antiguas se remontan a las cuidadosas observaciones de Kraepelin (1921) que dividió las formas funcionales de la enfermedad mental en dos subgrupos: enfermedad maníaco depresiva y demencia precoz (es decir esquizofrenia). Se entendió a la enfermedad maniaco depresiva como perturbación afectiva donde los síntomas altos y bajos eran polos opuestos de una perturbación biológica hipotética subyacente. Esta visión trascendental de la investigación etiológica logró que actualmente los diagnósticos depresivos estén clasificados y basados en causas específicas de origen biológico y psicosocial.

Pero, lo que es indiscutible es que el estudio de la depresión aporta muchos datos positivos para los conocimientos del ser humano. La visión del ser humano a través de la depresión nos permite captar cualidades humanas profundas e indescifrables; difícilmente cognoscibles por otras vías (Fernández, 2005).

## **1.2 Definición:**

La depresión es una enfermedad médica y psicológica, caracterizada fundamentalmente por humor depresivo y pérdida de la capacidad de interesarse, divertirse y disfrutar de cosas que antes eran gratificantes (anhedonia), esta falta empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren.

Esta enfermedad es caracterizada por un desequilibrio bioquímico del cerebro en el que participan neurotransmisores como: la serotonina, dopamina y noradrenalina, las cuales provocan otra serie de problemas a nivel del hipotálamo que repercuten en aspectos de orden alimenticio y sexual. Las dificultades psicológicas se derivan de la falta de irrigación de energía y baja la presión sanguínea, que desemboca a su vez en actitudes de apatía, cansancio, desgano que provoca que la persona no pueda relacionarse con los demás de manera adecuada, provocando así culpa, autocompasión, aislamiento, tristeza y enojo (Navarro, 1990).

Por consecuente, la antropología de la depresión se sitúa en la imagen de la muerte y la realidad del sufrimiento. El sufrimiento humano generalizado puede alcanzar sus más altas cumbres en la depresión, puesto que se sufre en todas las partes del ser, simplemente por vivir, además se acompaña por un denso cortejo de frustraciones y temores. El sufrimiento del depresivo es símbolo de irreversibilidad. En casi todos los casos los depresivos creen que su sufrimiento no tiene remedio, ya que un 25% de enfermos depresivos aciertan a atribuir a la depresión los sufrimientos. El 75% restante distribuye su opinión del modo siguiente: El 25% mantiene que su enfermedad es un trastorno corporal orgánico o funcional. El 10% está convencido de padecer un trastorno psíquico puro, de tipo neurótico o ansioso. El 40% lejos de considerarse enfermo, atribuye sus síntomas a las incidencias de la vida, tales como preocupaciones, cansancio, remordimientos o humillaciones, o los ve como el reflejo de su propio modo de ser, según los estudios realizados por (Fernández, 2005).



### **1.3 Etiología de la depresión:**

La depresión puede ser derivada de dos causas fundamentales que a su vez se subdividen y crean especificidades, sin embargo hay que recordar que la depresión es una intrincada realidad humana que no tiene una etiología única y excluyente, sino que se trata de un cúmulo de posibilidades físicas, psicológicas y sociales que se pueden gestar o producir de forma cíclica, incluyente o excluyente y que en cualquier fase se pueden entrelazar.

La etiología de la depresión se divide en depresión endógena y en depresión exógena:

#### *1.3.1. Depresión Endógena*

En la dimensión endógena predominan factores físicos o genéticos que producen cambios hormonales o desequilibrio en ciertas sustancias de neurotransmisores que intervienen en el cambio psicoconductual (Calderón, 1990).

En lo que respecta a factores genéticos se sabe que existe cierta predisposición hereditaria, ya que el parentesco consanguíneo entre hermanos o hijos de un paciente deprimido probabiliza en un 15 a un 20% de sus familiares también la padezcan, aunque no hay que descartar que familiares como tíos, sobrinos, etc. También tienen cierto riesgo aunque este es menor.

En lo que respecta a factores físicos la depresión presenta una serie de acontecimientos bioquímicos y fisiológicos, puesto que la bioquímica de la depresión esta manifestada por cambios o alteraciones en las funciones endocrinológicas, ya que en primera instancia se habla de una disfunción del hipotálamo, la cual puede producir problemas en las respuestas afectivas, reguladoras del apetito, de las actividades sexuales, menstruales y agresivas. En segunda instancia se habla de disfunciones en los neuroreguladores, específicamente la serotonina, la cual interviene en una gran cantidad de situaciones no solo en la depresión sino también en la ansiedad, migraña y alteraciones en la alimentación. Esta aseveración surge a partir de estudios realizados a cerebros de enfermos con depresión que se llegan a suicidar, se han encontrado muy

bajos los niveles de serotonina, lo mismo que en pacientes en los que se toman muestras en el líquido cefalorraquídeo (lo que señala la presencia de un defecto en la regulación de la serotonina, pues la neurona no corrige esa baja). La serotonina es un transmisor del sistema nervioso, es decir, una sustancia química con la cual se comunican las neuronas, por lo que recibe el nombre de neurotransmisor, se genera a partir del triptófano, un amino ácido esencial aportado mediante la dieta (en alimentos como el maíz, el plátano y las leguminosas), porque no lo fabrica el cuerpo. Una vez producida, la serotonina cerebral tiene un importante desempeño en varios campos; como la función de modular el funcionamiento de otras neuronas y regula el apetito mediante un freno llamado saciedad y en el cual la serotonina tiene un papel fundamental. Pero no es sólo el nivel de serotonina lo que se ve afectado. Otras funciones en las que de manera directa o indirecta se ve involucrada la serotonina son: regulación del deseo sexual, mantenimiento de la vigilia, modulación de la ansiedad y de la agresividad, además de contribuir a coordinar la producción de hormonas, una de ellas es la melatonina. Sin embargo, no es el único neurotransmisor afectado puesto que hay otros sistemas de neurotransmisión que presentan una mala regulación en los estados de depresión, como norepinefrina, dopamina, acetilcolina y la hormona liberadora de la corticotropina, entre otros. Así mismo, se sabe, en la actualidad, que las personas con depresión crónica presentan alteraciones finas en ciertas zonas del cerebro (que se detectan sólo con técnicas de imágenes cerebrales como la resonancia magnética funcional); se trata de zonas como la corteza prefrontal y el hipocampo. La primera se encarga de funciones como ejecución motora, toma de decisiones, juicio; e inclusive influye sobre aspectos morales y éticos; la segunda sería algo equivalente al disco duro del cerebro. La llamada pseudo demencia del deprimido se explica por el daño que sufre la zona del hipocampo; la depresión es algo grave, no sólo por el alto riesgo de suicidios que este estado provoca, sino porque a la larga ocurre un deterioro gradual de las llamadas funciones mentales. La buena noticia, es que el tratamiento de la depresión puede restituir estas funciones, ya que las investigaciones en torno a la serotonina pueden constituir la punta del iceberg de una serie de funciones y enfermedades del sistema nervioso, pero también pueden ser el preámbulo para entrar al laberinto de la bioquímica de las emociones, los sueños y el amor (Salín,1999).

Otra sustancia que se relaciona con la depresión es el cortisol, el cual entre otras funciones es el causante de incrementar la respuesta fisiológica ante el estrés. El cual eleva

los niveles de cortisol, llevando a una cadena de eventos que en última instancia proveen de inmediata energía al organismo, y mantienen al individuo alerta a través de la estimulación del sistema adrenérgico (la típica reacción de huida o “respuesta de pelea”). Sin embargo, cuando el cortisol es hipersecretado en forma crónica, pueden producirse secuelas fisiológicas mortíferas, tales como incremento de la presión arterial, diabetes, aterosclerosis, supresión inmunológica, resorción ósea (osteoporosis), y atrofia muscular. El cortisol elevado por mucho tiempo sin aumento de adrenalina, actúa a nivel del hipocampo, estructura relacionada con el sistema límbico, es decir el encargado de la motivación por ende las personas deprimidas demuestran gran apatía. En alrededor del 50 % de los pacientes depresivos, se observa un aumento de los niveles de cortisol, y estos valores muestran su mayor elevación en las últimas horas de la tarde o noche, y las primeras horas de la madrugada, y no durante la primera parte del día (8 a 10 Hs.), esto parece deberse a una desinhibición del ritmo de cortisol, que no resulta compatible con el ciclo circadiano normal (Rozados, 2008).

- *Sintomatología de la Depresión Endógena:*

A nivel endógeno se sabe que los síntomas más típicos que se producen son la dificultad de irrigación de energía hacia fuera que genera incapacidad para lograr una apertura social. Esto es ocasionado por la alteración cerebral antes mencionada que provoca cambios afectivos o emocionales. En donde existen correlatos físicos periféricos, es decir, la emoción modifica variables tan diversas como la tensión arterial, el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio, la secreción clorhidropeptica en el estómago, la motilidad gastrointestinal, la función secretora renal, las funciones sexuales, etc. Y cualquier alteración del orden central, en este caso específico del cerebro que aparece sin presencia de agentes externos justificables puede originar la aparición de estos correlatos físicos propios de la emoción, sin embargo son pocos los conocimientos que se tienen dentro de este tema del tal forma que para toda la gente son manifestaciones que padecen pero no comprenden a consecuencia de que son. Simultáneamente, se puede dar una baja o aumento notable de peso. La temperatura del cuerpo suele descender hasta dos décimas, también baja la presión arterial y aparecen fallas en la circulación periférica. Provoca sensación de sequedad en la boca, acompañando de un mal olor muy característico. Por otro lado, la respiración es lenta y poco profunda, y la caja torácica suele tratarse en posición o colapso. La piel en algunas personas muestra

una tonalidad pardisca que se relaciona con la falta de irrigación sanguínea periférica, con la lenificación de los procesos intestinales y con los trastornos de insomnio. Se produce un mayor estado de alerta, que genera fatiga, cansancio y un estado de excitación que probabiliza en mayor medida el riesgo de padecer trastornos físicos – emocionales. Estas complicaciones se presentan dependiendo la intensidad de la depresión, por lo tanto surgió la necesidad de clasificar a la depresión en etapas para identificar con mayor precisión el padecimiento. (Navarro, 1990)

- *Subtipos de Depresión Endógena:*

Existen dos subtipos de depresión endógena donde las causas fundamentales se derivan del funcionamiento orgánico principalmente, aunque pueden correlacionarse con agentes exógenos:

*La depresión posparto:*

Esta generalmente es atribuida a desajustes hormonales propios de embarazo y el período de reajuste posterior al parto, caracterizado por cambios alimenticios y en las horas de sueño, autoestima sentimientos de culpa y sentirse poco capaz de salir adelante ante su nuevo estilo de vida (López, 2006).

*La depresión inducida por sustancias:*

La característica esencial de este trastorno inducido es una marcada y persistente alteración en el humor debido a los efectos fisiológicos inducidos por una sustancia.

Márquez (2001) clasifica estas sustancias en:

- ✓ Toxicas: Las cuales pueden ser el plomo, mercurio, monóxido de carbono (crónicamente), alucinógenos. Sin embargo, no son los únicos, también existen los depresores tóxicos que actúan directamente sobre el sistema nervioso central como un sedativo que disminuye la intensa ansiedad, puesto que el etanol modifica la neurotransmisión gabaérgica. A altas concentración, el etanol estimula directamente el flujo del cloro inducido por los agonistas de los receptores GABA.
- ✓ Neurolépticos: pueden provocar depresión secundaria.

- ✓ Corticoides: en el corto plazo pueden producir excitación y euforia pero al largo provocan depresión.

Anticonceptivos orales: El efecto depresivo es colateral habitual, sobre todo en mujeres con antecedentes o predisuestas. Parece estar relacionado con el alto contenido de progesterona, la cual a la inversa de los estrógenos, posee efecto depresógeno. (Márquez, 2001)

### 1.3.2. Depresión Exógena:

En esta dimensión predominan conflictos del exterior o de la personalidad, donde influyen factores ambientales, sociales, familiares y personales. Además esta caracterizada por un estado anímico que consiste en abandonarse a la desesperanza, generando apatía, abatimiento, enojo, rencor y baja estima. Lo cual a su vez provoca que el individuo que padece depresión se considere incapaz de incidir en el medio que le rodea a través de sus acciones para poder cambiar la situación que lo aqueja y encuentra como única alternativa sufrir y resignarse, es por eso que Seligman, manifiesta que la depresión humana es una incapacidad aprendida (Bar Din, 1989).

- Factor Personal: Dentro de este factor existen dos subtipos diferentes, la depresión neurótica y la depresión situativa.
  - ✓ *Depresión Neurótica*: En este subtipo prevalece la ansiedad neurótica y/o la inseguridad de sí mismo. Este se refiere a conflictos emocionales, sentimentales y vivenciales que no pueden ser superados a lo largo del tiempo y que imposibilitan que la persona se pueda desarrollar en todos los ámbitos de su vida. Creando una actitud apática, baja estima y una gran incapacidad para crear, disfrutar y vivir.
  - ✓ *Depresión Situativa*: Esta se ocasiona por una situación o acontecimiento a lo largo de la vida que produzca tristeza, duelo y dolor. Este subtipo es difícil de diagnosticar, ya que existen reacciones que podrían considerarse normales ante una pérdida. Sin embargo, ésto debe ser superada en un lapso de tiempo no muy prolongado y debe pasar por el siguiente proceso: la reacción de duelo pasa por tres etapas fundamentales que son el de impacto, el depresivo y el de adaptación. El periodo de impacto es el estado consecuente al desequilibrio provocado

por la pérdida y puede causar sentimientos de estupor, vacío y futilidad. Depresivo (Inhibición y desinterés) en este momento evolutivo, el sujeto se percata de a quien perdió, así como lo que él perdió. Finalmente y progresivamente el individuo comienza a orientarse hacia la realidad de la pérdida conocida como “adaptación”. El duelo puede durar meses tiene un factor desencadenante claro, la pérdida, que también marca el comienzo de los síntomas y los sentimientos e ideas son acordes a la vivencia (Márquez, 2001).

Según Nieves y Zepeda (2001) estos dos subtipos de depresión se deben a una forma difusa de adaptación del individuo y a su propia neurosis, es decir, constituiría una reacción neurótica ante el estrés. Donde prevalecen una serie de manifestaciones fenomenológicas que contaminarían el síndrome depresivo, tales como ansiedad, tensión, angustia, etc.

- Factor Social y Familiar: Este se refiere a las relaciones parentales o sentimentales que se convierten en relaciones de poder, de violencia, de conflicto o de apego extremo que generan una incapacidad de convivencia sana y gratificante para todos los implicados. Estos factores sin excepción conllevan a conflictos, enojos, sentimientos de impotencia, distanciamientos sociales y familiares que irreversiblemente recaen en una depresión.
- Factor Ambiental: Este se refiere específicamente a la situación espacial, social y cultural que genera conflicto en las personas, es decir, la falta de equidad, la inseguridad, la crisis económica, la contaminación, los conflictos bélicos, la presión social ante estándares económicos y estéticos, la falta de educación y de oportunidades laborales pueden considerarse causas de depresión. Ya que cada una de las anteriores implica estrés, desanimo, conflicto y tristeza.

#### **1.4 Fases de la depresión:**

Caballo (2004) expone las siguientes fases de la depresión:

**A) Etapa de alarma (depresión leve)** presenta cinco o seis conflictos del exterior o de la personalidad que incluyen problemas sociales o sucesos traumáticos,

entre los síntomas más importantes se encuentra: la ansiedad, la autocompasión, dificultad para dormir y un riesgo de suicidio. Este tipo de depresión rara vez dura más de seis meses y tiene escaso impacto en la capacidad de la persona para funcionar con normalidad. Sintomáticamente en esta etapa existe una actitud anticipatoria ante la situación molesta o adversa. Mediante la activación del sistema nervioso el organismo se prepara para el ataque o la huida, las glándulas suprarrenales producen adrenalina y corticoides, las cuales inducen euforia y disminuyen la sensación de cansancio. Aumenta la tensión nerviosa, y el individuo está acelerado y excitado. Entre los cambios durante la reacción de alarma hay una disminución de peso y se reduce el volumen de sangre. Desde la perspectiva psicológica se le denomina “leve”, ya que en ella no existe un daño profundo y sus principales características son: el desinterés, la fatiga, la lentitud y la indiferencia ante la vida. No siente placer por la compañía de pareja, familiares y amigos, sin embargo depende de ellos en todo momento y se siente desprotegido cuando está solo. Finalmente, el depresivo leve espera que todo le salga mal; su principal característica es el pesimismo, aunque teme equivocarse y se le dificulta el tomar decisiones, además se preocupa por todo tipo de problemas. Se exige demasiado y le cuesta entender que puede cometer errores. Pierde su autoestima, descuida su arreglo personal y pierde el goce acostumbrado por la comida, además de que disminuye su deseo sexual. Comienza a sufrir trastornos de sueño, ya sea que duerma más o menos de lo acostumbrado (Caballo, 2004).

**B) Etapa de resistencia (depresión moderada)** incluye síntomas más intensos y alteraciones en el trabajo, escuela, familia, y relaciones. Dentro de ésta la actitud de defensa incluye reacciones de agresividad destinadas a disminuir o eliminar al agente dañino, así como maniobras de evitación y protecciones con el fin de preservar la salud del organismo. Fisiológicamente en esta etapa también existen consecuencias importantes como: úlceras gástricas y duodenales, trastornos cardiovasculares, presión arterial elevada, malestares renales, alergias y alteraciones emocionales. La corteza suprarrenal se hipertrofia y se origina una producción excesiva de dos tipos de hormonas corticoides, las que provocan inflamaciones. Psicológicamente, en esta etapa la persona pierde interés por casi todo y necesita ser presionado para activarse. Comienza a buscar formas de evitación como salirse para olvidarse de su sufrimiento, sin embargo dentro de este escape sufre riesgos graves de complicar su situación, puesto que en muchas ocasiones su forma de evasión es por medio de las drogas y los excesos,

ya sea cigarro, alcohol, drogas e incluso la comida o el sexo. Además se autodevalúan cada vez con mayor intensidad, se crean contradicciones sobre su necesidad de estar sentirse amados y apoyados pero al mismo tiempo no soportan estar con nadie. Este tipo de depresivo continuamente esta aburrido nada le parece divertido o importante y esto origina problemas tanto de pareja como familiares. Suele distraerse por momentos aunque siempre termina aburrido y molesto. Se devalúa cada vez más, ya que no solo se autorreprocha por no hacer bien las cosas, sino que además comienza a llegar a un punto donde ya se comienza a creer sus frases devaluatorias. Comienzan los problemas de alimentación, ya sea por desnutrición o por exceso, dejan de lado el arreglo físico e incluso el higiénico y comienzan a tener problemas más crónicos con el sueño.

**C) Etapa de agotamiento (depresión severa)** implica un gran número de síntomas depresivos que provocan un fuerte impacto manifestado incluso como incapacidad para trabajar o cuidar de los niños, además de una reducción de las actividades sociales habituales y del mantenimiento de las relaciones con los demás. Además provoca la ruptura de los patrones defensivos e incluye graves enfermedades, además de la pérdida de fuerzas, ambición e incluso es la etapa donde se produce la muerte.

La persona siente la ausencia total de cualquier tipo de deseos, ya sean físicos, emocionales, sociales, económicos, sexuales, etc. Pueden llegar a un estado de apatía y abatimiento en donde pierden hasta las facultades motrices para vestirse o comer. Comienzan a pensar en la muerte como la única salida y cortejan formas de suicidio, aunque a veces su apatía es tal que ni eso quieren hacer y se puede llegar a un mutismo absoluto y permanecer días o semanas sin cambiarse de ropa, ignoran a la familia y solo manifiestan odio hacia si mismos y hacia los demás.

Las personas que sufren depresión severa manifiestan dolores crónicos y acuden al médico en busca de analgésicos y tranquilizantes, e incluso se someten a operaciones innecesarias, no comprenden que el dolor es más psicológico que a nivel muscular o visceral. En esta etapa el organismo se siente herido, desgarrado y dolido después de haberse aislado, de sentirse solo y después de haber experimentado tantos cambios físicos y psicológicos dañinos. Contra el dolor utilizan otras defensas que se consideran más voluntarias: fumar mucho, comer en exceso o refugiarse en un mundo de fantasías



gratas y surgen las defensas involuntarias como son: los suspiros, los estornudos y las pesadillas.

En este punto el daño físico es crónico y es aquí donde se desarrollan con mayor rapidez y facilidad enfermedades como la diabetes, úlceras, insuficiencias crónicas en varios órganos, dermatitis, cáncer, etc. Además de que hay con mayor intensidad tensión muscular con complicaciones como artritis, reumatismo, osteoporosis, etc., se debe considerar también que este tipo de patologías no son generalizadas aunque si muy comunes.

### **1.5 Tipología de la depresión:**

Márquez, (2001) considera que clasificar las depresiones supone la agrupación en algunos cuadros de la universalidad de las manifestaciones del estado de ánimo y considera que esta tarea, ya de entrada coloca en una situación paradójica y probablemente pudiera tratarse de una tarea irrealizable. Sin embargo, el DSM- IV refiere las características principales de la depresión, y crea, (o por lo menos lo intenta) un código diagnóstico para clasificar los trastornos mentales de los pacientes y establecer un lenguaje común entre profesionales. El cual agrupa dentro de los trastornos del estado de ánimo a los trastornos depresivos y a los trastornos bipolares. Dentro de los trastornos depresivos diferencia el trastorno depresivo mayor, sus variedades única y recurrente, el trastorno distímico, especificando su comienzo temprano o tardío y si posee componentes atípicos y, por último, el trastorno depresivo no especificado.

*296.2X. Depresión mayor*, mayor episodio único (síndrome depresivo completo, de días o meses de duración).

*296.3 x Depresión Mayor* recurrente varios episodios de depresión mayor.

*300.40x Distimia* alteración crónica 2 años o más del estado de animo con síndrome incompleto depresivo. La característica esencial de la distimia es la presencia crónica de un humor depresivo durante la mayor parte del día y por lo menos durante dos años. Durante los periodos depresivos se agregan algunos síntomas: disminución o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, disminución de la energía o fatiga, baja autoestima, concentración pobre o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

- a. Se trata de una perturbación crónica del humor, que involucra el humor depresivo, por lo menos en los dos últimos años y puede ir acompañado de algunos síntomas asociados.
- b. Presencia de por lo menos dos de los siguientes síntomas:
  - poco apetito o hiperfagia
  - insomnio o hipersomnia
  - poca energía o fatiga
  - baja autoestima
  - pobre concentración o dificultad para tomar decisiones
  - sentimientos de desesperanza
- c) Durante un periodo de dos años de la perturbación nunca han estado sin síntomas (Guarch & Jorquera,2006).

*311.00 Trastorno depresivo sin otra especificación grupo residual para cuadros depresivos atípicos.*

Así mismo, se establecen subtipos según los componentes: psicóticos, catatónico, melancólicos y atípicos.

*Subtipo Melancólico:* En el trastorno depresivo mayor prevalecen rasgos esenciales que ayudan a su diagnóstico, ya que predominan la pérdida de interés o placer en las actividades o falta de respuesta a los estímulos placenteros, padecen trastornos de sueño, en ocasiones refieren insomnio, el descanso no es como reparador. La falta de apetito los lleva a una marcada pérdida de peso. Refieren autorreproche, ideas de culpa y/o ruina.

*Subtipo Psicótico o Depresión Psicótica:* Esta es una forma severa de la depresión con alucinaciones o ideas delirantes. Desde esta perspectiva los síntomas psicóticos representan solo un índice mayor gravedad; la presencia de ideas delirantes es más común que las de alucinaciones. Los síntomas psicóticos pueden ser congruentes con el estado de ánimo y están relacionados con la transgresión, la ruina y la enfermedad y las ideas de culpa son particularmente intensas.

*Subtipo catatónico:* Este es caracterizado por una marcada perturbación psicomotora, negativismo extremo, ecolalia, ecopraxia y movimientos involuntarios peculiares.

*Subtipo bipolar:* Incluye emociones en ambos polos, depresión y euforia, la manía es un estado de ánimo anormal y constantemente eufórico, la persona con manía suele aventurarse, por ejemplo, a tomar decisiones poco inteligibles (López, 2006).

La depresión es una enfermedad, padecimiento o trastorno que está prematuramente estudiado en México, puesto que existe poca información clara y precisa de lo que es, cuáles son sus causas, su diagnóstico y su forma de intervención. Sin embargo, lo que es un hecho es que aunque es un padecimiento universal que surge tanto en hombres como en mujeres, la prevalencia en este país es con frecuencia en las mujeres. Este fenómeno es explicado de manera general manifestando que se debe a la biología femenina que la hace más susceptible al sufrimiento y a la tristeza, además de que a lo largo de su vida está en constante lucha con las hormonas que la predisponen.

## CAPÍTULO 2

### *FACTORES QUE PREDISPONEN A LA DEPRESIÓN FEMENINA EN MÉXICO*

La mujer mexicana actualmente se sigue enfrentando a una serie de problemáticas sociales, culturales y epidemiológicas que la colocan en un sitio de vulnerabilidad en contra postura con los hombres, ya que aun cuando existe un mayor énfasis social respecto a la igualdad de género en todos los ámbitos, éste ha sido un imaginario que no se ha podido concretar en su totalidad. Por ende la mujer sigue siendo sometida a diversas presiones y situaciones que la llevan a desarrollar padecimientos psicológicos como la depresión.

La depresión femenina afecta a un considerable porcentaje de la población mexicana por consecuencia se considera un problema de salud grave que puede costar la vida y la estabilidad de muchas mexicanas. Esto ha originado que alrededor de la mujer y la depresión hayan surgido innumerables teorías que pretendan explicar la relación que existe entre ambas.

Las teorías más comunes son la biológica, la psicológica y la social, las cuales se sustentan desde la antigüedad bajo las siguientes premisas:

#### **2.1 Teoría Biológica**

La teoría biológica se sustenta en diversos estudios epidemiológicos, los cuales han demostrado que la depresión es por lo menos dos veces más común en la mujer que en el hombre debido a su constitución física, puesto que aparece en mujeres a edad más temprana (entre los 13-15 años), además tiene una prevalencia máxima durante los años fértiles con picos en la menarca, el puerperio y la menopausia los cuales además son los periodos de mayor vulnerabilidad social y psicológica. Esto a su vez provoca que el cuadro en la mujer sea más prolongado que en el hombre y su tasa de remisión espontánea es menor, lo cual, puede contribuir a su cronicidad y a sus graves consecuencias (Rojtenberg, 2001).

Los antecedentes que acompañan esta teoría datan según López (2009) de tiempos remotos donde se intentó justificar la inferioridad femenina y su condición permanentemente enferma a causa de su biología, debido a que Galeno definió al cuerpo femenino como un cuerpo invertido masculino, en el que el útero es un pene invertido y los ovarios dos testículos internos. Puesto que en ese momento no se reconocía la anatomía femenina, únicamente existía un modelo unisexual del varón blanco con el que las mujeres eran comparadas. Por su parte Hipócrates, creía que el útero era como un animal interno que viajaba por el cuerpo de la mujer y que cada 28 días emanaba ciertas sustancias que llegaban al cerebro, la hacía enloquecer y era capaz de cualquier cosa, por ende se pensaba que la mujer era controlada por su útero como un animal o una “vorágine” que se agita en su cuerpo y fue considerado como un órgano que definía la vida moral, física y emocional de la mujer. Y al conocerse la función íntima con los ovarios, posteriormente se consideró que “la mujer es lo que es por su útero y los ovarios”.

Por otro lado, Baudet, De la Rica, Gauquelin y Pean (1979) exponen en sus teorías biológicas que los periodos menstruales de la mujer tienen una gran repercusión sobre su carácter en el momento de la regla y esta guarda una relación directa con la depresión, porque en estos períodos biológicos de la mujer existe un aumento de secreciones de foliculina, lo cual a su vez provoca tendencia a la melancolía, ya que “la foliculina tiene una acción depresiva”, a ésta se le atribuyen las nostalgias, tristezas y estados depresivos. Incluso puede ocurrir, aunque excepcionalmente, que la pequeña depresión, sentida en el momento de los periodos menstruales, se agrave en angustia o depresión crónica al ir acompañada de otros factores. El rasgo dominante del que se desprende esta relación entre mujer - depresión es sin duda, la gran irritabilidad, el mal humor, que se manifiesta por todo y sin causa aparente. Finalmente, lo que estas teorías concluyen es que cada mujer es plenamente consciente de estas modificaciones psicológicas, en el momento de sus reglas pero generalmente no sabe que la respuesta se encuentra en el terreno de las hormonas, cuya secreción varía considerablemente en todas las etapas de su vida, por ejemplo; los efectos que produce la progesterona en el embarazo y su decremento en la menopausia, el desequilibrio hormonal en el posparto, los efectos secundarios de las píldoras anticonceptivas y los reemplazos hormonales en la menopausia, estos desajustes afectan el sistema endocrino, emocional y comportamental de la mujer.

Es de este modo como se explica la predisposición biológica de la mujer y como es que esta presente a lo largo de toda su vida, ya sea en la etapa de la pubertad, en la etapa fértil o finalmente en la menopausia.

## **2.2 Teoría Psicológica y Social**

Las teorías psicológicas, sociales y antropológicas mexicanas difieren en que los procesos biológicos sean los únicos y mayormente determinantes para que la mujer sufra depresión y más bien exponen la historia y el presente que pone en desventaja a la mujer y la hacen padecer situaciones estresantes, injustas y frustrantes que causan estragos en su salud física y psicológica.

El contexto social en el que la mujer mexicana se ha desarrollado tiene sus orígenes en tradiciones mitológicas antiguas que la han orillado a desarrollar un perfil psicológico cuyas características se derivan de un rol sumiso, abnegado y servicial producto de una historia cuya protagonista es la encarnación de la maldad que debe ser sometida por un hombre para poder considerarla buena y digna.

Esta visión se debe en gran parte a la mitología de diversas tradiciones que refieren el inicio del mal en el mundo humano por medio de la mujer, la cual tiene una misión protagónica y la imaginación cotidiana la simboliza como “culpable” de la maldad inicial representada por varias mujeres a lo largo de la historia. Ejemplo de esto es la tradición católica que narra la historia de Eva, la cual fue el regalo de Jehová para Adán, y luego se convirtió en la causa de la ruina de la humanidad al ser la causante del pecado original del hombre, puesto que fue Eva la primera mujer sobre la faz de la tierra influenciada por el demonio representado en una víbora quién provocó que Adán desobedeciera y cometiera el pecado original por el que tiempo más tarde tendría que ser castigado Jesucristo para la salvación de los hombres al ser estos pecadores. Otra mujer relacionada con el origen de mal es Pandora creada por la mitología, la cual fue el regalo de los dioses paganos para vengarse de los hombres. Según cuenta la leyenda ella fue la primera mujer en la tierra y fue la encargada de castigar a Prometeo por robar el fuego de los dioses. Hesíodo describió a Pandora como la poseedora de todas las gracias feministas pero llena de falsedad, pensamientos malos, traiciones y naturaleza ladrona”. Es bajo esta idea como se creó la “ley de los contrarios”, donde se dice que “el bien

requiere del mal” así como “el hombre de la mujer”, éste último para satisfacer sus deseos y para perpetuar su estirpe. Por ello, solo se le confiere a la mujer un lugar en el orden social, en tanto acepte el orden establecido por los hombres y no intente rebelarse, solo así podrá recobrar su valor perdido. Será la virgen, la casta y la obediente esposa. Esta tradición que postula que el cuerpo femenino valida con razones concretas comprobadas, empíricas y físicas la unión de la mujer con el mal, basada en los avatares de su biología: los misterios de la menstruación y la procreación. Y el estado morboso que obedece a la condición de eternamente “enfermas mensuales” que desembocan en el “alivio” del parto y terminan en el limbo inefable de la menopausia. Es por esto que históricamente se ha creído que las mujeres si no son más unidas al mal por lo menos son más susceptibles que sus compañeros, a éste. Esto se originó básicamente bajo la lógica sobre el deseo que el cuerpo femenino levanta en los hombres: al considerar ellos su propio deseo como malo, lo localizan en lo deseado: ellas. El mal se filtra por su cuerpo y se refleja en el inconciente femenino que es la entrada del demonio” (Hierro, 1995).

Finalmente, bajo una visión más actual se considera que la única forma que tienen y tuvieron los hombres para aliviarse de las culpas colectivas y su responsabilidad en el sexismo es creando explicaciones míticas, religiosas, filosóficas y científicas que pretendan justificar la opresión femenina, relacionando a la mujer y el mal. Por medio, de esto se explica la postura femenina como merecedora de la opresión por su perversidad anímica, por ser portadoras de culpa, por ser incitadoras del deseo masculino, las castradoras del Edipo y por ser el varón fallido. Esto refleja los intentos para justificar la necesidad que tiene el hombre de vivir con el mal es decir con la mujer en una relación estrecha.

Es así como históricamente el papel femenino ha tenido que cargar con la consigna de ser las causantes de los malestares de los hombres, esto trajo como consecuencia la idea de que la mujer debía estar siempre bajo la orden del hombre, en su casa y a cargo de todo lo concerniente al hogar, sin derechos, sin educación y sin una vida propia, es de esta manera que se creó el mal de la sociedad llamado “machismo”.

La psicología del machismo en el contexto real marcó que la mujer debía crecer bajo la consigna de atender en primera instancia a su padre y hermanos para

posteriormente atender dignamente al que sería su esposo, esto lo lograba a través de aprender las labores del hogar y la crianza de los hijos que la convertirían en una esposa digna pero que la colocaban siempre bajo la sombra de su marido.

La imagen de lo femenino debía tener por cualidades primordialmente la belleza, la castidad, la obediencia, la sumisión, la resignación, el miedo o el temor y el pudor. Considerando que a través de estas la mujer podría desligarse de su malvada herencia y lograr a través de éstas honrar a sus padres y hermanos con sus virtuosidades, mientras que el contra polo representado por los hombres se establecía como la imagen de poder, de inteligencia y de omnipotencia aún cuando cayera en las bajas pasiones provocadas por las malvadas mujeres al otorgarse el papel de víctima de la naturaleza y de la tentación.

La creación de las cualidades femeninas siempre ha puesto en desventaja a las mujeres, Dolton, (1996) menciona los siguientes ejemplos;

- **La virginidad** como enunciado predicativo está presente dentro del discurso de lo femenino, porque mediante ella se aprecia el valor de una mujer. La mujer vale para el hombre en cuanto que puede ser exclusivamente la madre de sus hijos y se mantiene hasta que la joven es entregada a su futuro marido. Ésta es y será la prueba de propiedad absoluta de los productos que de aquel vientre salgan, por lo tanto la castidad femenina representa el honor del hombre y las familias.
- **La obediencia y la sumisión** significan acciones ante una orden precisa, y es un estado de la mujer de un ser sometido totalmente a la autoridad. La sumisión, como la obediencia, forma parte de la estrategia que negando a la mujer, afirma al hombre. El objetivo es la supremacía de lo masculino sobre lo femenino. Para la mujer no hay opciones a pesar de sus propios deseos debe aceptar la voluntad del padre, del esposo, del hijo. Por su parte el varón aprende desde su tierna juventud que la mujer está para servirle.
- **El pudor o la vergüenza** es una conducta prescrita para todo aquello relacionado con el cuerpo, especialmente para las reacciones o actitudes que no se conformen a las normas de la femineidad. También se relaciona con el miedo y la debilidad, detrás de la idea de pudor subyace



que el cuerpo no es digno, que puede ocasionar los trastornos y provocar apetitos a los demás. La mujer sin recato hacia su cuerpo, su actitud o su lengua, la que no se somete a la norma, puede ser llamada impúdica.

Estas “cualidades” como las ha entendido la sociedad machista mexicana ponen en descubierto que la imagen de la mujer siempre debe ser respaldada por los prejuicios sociales pero irónicamente y sin darse cuenta muchas mujeres han contribuido a que esta ideología siga propagándose aun al ir en contra de ellas mismas.

Sin embargo, a lo largo de la historia también han existido otro tipo de mujeres que se han revelado a las posturas machistas creando movimientos como son el “feminismo”.

Ravelo (1996) menciona que desde el siglo XVII pensadores de la ilustración, como Locke, Rossaun y Condorceet, así como las primeras ideas del feminismo clásico representadas en Marie de Sourbay, Olympe de Goues y Mary Wollstonecraft aportaron las bases del campo de conocimiento sobre las mujeres. Llegaron a cuestionar la condición de la mujer, a plantear la emancipación de las mujeres, su derecho a formar parte del gobierno de la nación, a reivindicar la libertad y el placer sexual contra los conceptos religiosos y estrictamente misóginos. Específicamente en México, el mayor auge del feminismo fue a mediados de los setentas. Este movimiento se fundamentaba en los conceptos de opresión y de subordinación, los cuales fueron pieza clave en los estudios de género basados en la idea de que las mujeres estaban ubicadas en una estructura patriarcal. Lo que implicaba una jerarquía sexual y por ende una subordinación como parte de esa condición pero fue abordado sin reflexionar a fondo sus implicaciones, pues de hecho el ubicarla como parte de la condición de mujer suponía una esencia femenina. La subordinación sería el concepto más abarcador y refiere al proceso social por medio del cual las diferencias biológicas entre varones y hembras de la especie humana, se transforman en factores de discriminación, dando paso a la desvalorización.

Los esfuerzos realizados para la reivindicación de la imagen femenina a través de éstos movimientos en la sociedad y en la cultura mexicana han rendido frutos y han logrado reconsiderar y otorgar derechos que antes no se tenían, sin embargo el

camino para lograrlo ha sido y seguirá siendo difícil hasta que no se logre una igualdad de género, ya que esta situación desventajosa ha provocado que la mujer antigua y la mujer actual sufra, se debilite ante la injusticia y desarrolle cuadros depresivos ante la impotencia de estar restringida, limitada y señalada por el látigo social, laboral y familiar.

Para la mujer antigua y actual, el área de mayor dificultad es la que respecta a satisfacer los tremendos requisitos que las premisas culturales demandan. Su inhabilidad de vivir y sus tendencias a la depresión. Sin embargo, en lo que respecta a las mujeres en México la evidencia de padecer depresión es escasa, puesto que rara vez ven al psiquiatra (Díaz, 1975).

La depresión femenina es un mal muy relacionado con la familia y la sociedad, ya que según Helen Michel Wolfrom prueba que las mujeres que padecen de trastornos psicosomáticos se da un riesgo común: la falta de madurez. Estas mujeres parecen no haber podido desprenderse completamente de su infancia, y esto por razones muy diversas, que pueden ir desde la herencia cromosomática hasta los inconvenientes de una educación mal adaptada. Los errores de una educación demasiado rígida o también “los traumatismos precoces mal amortiguados pueden ser responsables de este estado de hecho. Otra causa posible puede ser las condiciones sociales desfavorables que hayan impedido la llegada de un potencial intelectual. (op. Cit. Baudet, 1979).

En efecto, reveló que aquellas mujeres que señalan el mayor número de síntomas, tales como la hinchazón de senos, aumento de peso, calambres, dolores dorsales, problemas dermatológicos eran: las que habían sido más mimadas durante su infancia y en particular en el momento de las enfermedades infantiles o por el contrario las que habían estado durante mucho tiempo privadas de afecto. Las primeras había tomado la costumbre de depender siempre de alguien. Las segundas continúan deseando ser protegidas y queridas. Finalmente, a través de las teorías biológicas y psicosociales se observa como es que ambas contribuyen y/o son causa de que exista cierta prevalencia de depresión en la mujer mexicana, sin embargo es necesario explicar con claridad como ambas se entrelazan y orillan a la mujer a sufrir depresión aún cuando se considera que los tiempos del “machismo y de la represión femenina” han quedado atrás.

La transición social por la que atraviesa México ha permitido que muchos de los legítimos derechos de las mujeres se ejerzan, entre ellos esta el derecho a la educación, a la libertad de expresión, a la inserción al campo laboral, el derecho a votar, etc. Sin embargo, siguen existiendo en la sociedad ciertos matices retrogradados que siguen causando estragos en la mujer principalmente al ser la mujer actual, la “mujer del limbo”.

La mujer del limbo, es la mujer que sigue siendo hija y nieta de padres y abuelos que continúan teniendo ideas tradicionales y antiguas con estigmas sociales e incluso algunos con ideas machistas que en algún momento de sus vidas les transmitieron. Pero por otro lado es una mujer que nació, creció o esta viviendo según sea la edad actual en un contexto diferente donde se permite estudiar trabajar y luchar por si sola por sus metas, donde la obediencia queda descalificada al igual que la virginidad y la visión del matrimonio no es la única forma de realización personal. Este panorama ambivalente para la mujer actual la puede llevar a una crisis de identidad, puesto que por un lado la sociedad y la familia le transmiten ideales pasados y por otro su contexto y su presente le ofrecen un futuro diferente. Este tipo de mujer no es el único, puesto en esta etapa de transición también viven las mujeres adultas que se criaron en un contexto y que hoy sufren la adaptación a un mundo diferente.

Estas mujeres que viven en la actualidad como son la mujer antigua adulta, la mujer limbo o la niña puberta que es oriunda de este contexto actual, se enfrentan a situaciones que las perjudican y las enferman psicológica, física y socialmente. Esta situación es digna de ser estudiada para explicar y comprender a lo que se enfrentan las mujeres mexicanas en cada etapa de su vida y como es que cada una de ellas las predisponen a cuadros depresivos.

### **2.3 Pubertad**

La pubertad es una etapa de la vida de los seres humanos entre los doce y dieciocho años caracterizada por el inicio y desarrollo de la madurez reproductiva manifestada por cambios fisiológicos, psicológicos y sociales conocidos también como adolescencia.

Esta etapa se inicia con cambios a nivel fisiológico, los cuales surgen bajo el control de un sistema complejo conocido como el *eje* hipotálamo-pituitario-gonadal (HPG). En donde el hipotálamo, secreta una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Esta hormona estimula a la glándula pituitaria para que arroje dos gonadotropinas: La hormona luteinizante o luteínica (LH) y la hormona estimulante del folículo (FSH). Estas gonadotropinas luego estimulan a las gónadas para que produzcan esteroides sexuales - estrógeno en las mujeres y testosterona en los hombres - los cuales producen los cambios físicos que ocurren en la pubertad (Eugster & Palmert, 2006).

Los principales cambios fisiológicos observables en las mujeres son: el desarrollo mamario, aparición de vello pubico y axilar, ensanchamiento a causa de acumulación de grasa en las caderas y los muslos y en algunos casos el surgimiento de acné ocasionado por el desarrollo de las glándulas sebáceas, además de la aparición de la primera menstruación la cual marca el inicio de la vida fértil en la mujer.

Con esta serie de cambios fisiológicos se da paso a los cambios a nivel psicológico y social, los cuales son más comúnmente denominados como la etapa de la “adolescencia”, la cual constituye un período en el que las mujeres comienzan a consolidar con mayor lucidez su identidad de género, apoyada en los grandes cambios físicos, los cuales la obligan a cumplir con una nueva serie de comportamientos y reglas sociales que se traducen en una gran confusión que caracteriza a todas las adolescentes en esta etapa.

Esta confusión radica generalmente en como la adolescente confronta múltiples perturbaciones de su realidad que incluyen el abandonar la niñez, la presencia de cambios físicos notorios, la aparición de exigencias sociales abrumadoras, el manejo de nuevas habilidades cognoscitivas y de la autoestima y la formación de una nueva identidad. Además estos cambios causan efectos perturbadores en los sentimientos de autocongruencia de las adolescentes, y éstas necesitarán algún tiempo para integrar dichos cambios de una manera positiva, ya que incluso muchas mujeres tienen una reacción negativa a la aparición de la menstruación por prejuicios sociales.

Las estadísticas que presentan Eugster y Palmert (2006) muestran que en México la población adolescente se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años.

En 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representa 21.3 por ciento. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. Sin embargo, aunque la presente generación adolescente tiene acceso a más y mejores oportunidades de desarrollo que las generaciones previas, el perfil social es más urbano y ha aumentado el nivel promedio de escolaridad lo que significa mayor capacidad para acceder a la información y a la tecnología moderna, una mayor socialización entre los géneros y un cambio en los patrones de relación entre hombres y mujeres, la realidad es que el nivel educativo sigue siendo bajo en comparación con las exigencias de calificación en el mercado de trabajo principalmente en mujeres.

La falta de iniciativa de la población femenina adolescente puede deberse a la presencia de “depresión”, la cual surge a consecuencia no sólo del cambio de vida que trae consigo la transformación de la niñez a la vida adulta sino que también se debe en gran medida al contexto actual al que se enfrentan estas mujeres del siglo XXI .

### *2.3.1 Sintomatología de la depresión en la pubertad y adolescencia*

Los principales síntomas de la depresión durante la pubertad o adolescencia son la irritabilidad, la desesperanza, la anhedonia, alteraciones del sueño y el apetito, un bajo rendimiento escolar, bajo nivel de energía, disminución de las alteraciones sociales, síntomas físicos y pensamientos suicidas. La irritabilidad es característica y suele describirse como un cortocircuito de manera que incidentes sin ningún tipo de importancia desencadenan reacciones muy exageradas. La sensación de aburrimiento intenso puede ser un indicador de una disfunción subyacente del sistema dopaminérgico que regula el placer y frecuentemente se producen cefaleas y el dolor de estómago que son reacciones biológicas al enojo y estrés.

Estos síntomas socialmente y de manera errónea son denominados como reacciones naturales de los adolescentes que dejarán atrás con los años y con la llegada de la madurez psicológica y no se les presta la atención debida para descartar que se puede tratar de un cuadro depresivo grave.

Existen factores biológicos, psicológicos y sociales que dan origen a la depresión femenina en esta etapa de la adolescencia, entre ellos se encuentran los siguientes:

### *2.3.2 Factores biológicos que desencadenan la depresión femenina en etapa de la pubertad o adolescencia ¿Mito o realidad?*

Los principales factores biológicos que se ven implicados en esta etapa son los que corresponden a la herencia genética de familiares cercanos con cuadros depresivos crónicos o a la influencia de ciertas hormonas relacionadas con los estados de ánimo.

Greden, (2003) menciona que la relación depresión - pubertad se debe a que tanto el inicio de la menstruación como en el estadio II o superior de Tanner están asociados a una incidencia elevada de depresión en las mujeres durante esta etapa. Debido a las hormonas gonadales principalmente, las cuales contribuyen en la aparición e incremento de estrógenos, en donde intervienen numerosos sistemas de neurotransmisores implicados en la regulación afectiva, tales como la serotonina, la noradrenalina y la hormona liberadora de la corticotropina y están muy vinculados a los procesos metabólicos de la serotonina y los glucocorticoides que intervienen en situaciones de estrés. Estos datos corroboran la idea de que las hormonas gonadales desempeñan un papel etiológico en la depresión iniciada en la adolescencia.

Por otro lado, teorías enfocadas en los periodos menstruales relacionados con la depresión en la adolescencia mencionan que en estos primeros periodos existe mayor repercusión sobre el carácter que en etapas posteriores de la vida de la mujer. Esto se origina con la producción y aumento de foliculina, la cual es la encargada de estimular el proceso folicular de los ovarios pero además tiene una acción depresiva, por consiguiente se le atribuyen las nostalgias, desánimos y tristezas. Además de que en este proceso de cambio fisiológico en las adolescentes implica cambios fuertes que requieren un gran sentido de adaptación al tener que enfrentarse a situaciones nuevas como los cólicos, el dolor, la inflamación e incomodidad que aunque es parte de la maduración anatómica no deja de ser una situación difícil de sobre llevar en sus inicios. ( Baudet, 1979). Finalmente, teorías contrarias sugieren que aunque la progesterona puede empeorar el estado de ánimo, no se ha podido concretar en su totalidad que cause

depresión o agrave los síntomas afectivos durante la pubertad y adolescencia y consideran que son otros factores como la llegada de la madurez física, la insatisfacción con el peso y la mayor presión evolutiva relacionada con la sexualidad las variables que influyen directamente en el inicio de la depresión en esta etapa de desarrollo.

### *2.3.3 Factores psicológicos y sociales que desencadenan la depresión femenina en etapa de la pubertad o adolescencia*

La adolescencia es una de las etapas más difíciles para la mujer mexicana, ya que representa socialmente la transición de la niñez a la madurez en todos los sentidos. Por un lado bajo la tradición antigua se creía que era el momento en el que la mujer comenzaba su camino hacia el matrimonio y la maternidad como única forma de realización personal y en la actualidad la significación de la pubertad y la adolescencia sigue siendo más que un acontecimiento fisiológico natural un acontecimiento familiar y social. Hoy en día se explica a las mujeres qué significa la llegada de la menstruación y las implicaciones fisiológicas y reproductivas que conlleva y se les insita a “cuidarse” de no incurrir en relaciones sexuales porque estas les pueden ocasionar embarazos no deseados, además la llegada de esta etapa representa para la familia una preocupación porque la hija o la hermana socialmente es lo que vulgarmente se dice “una cancha reglamentaria para los hombres”, sin embargo el encasillamiento de este tema impide que gran número de familias centren la atención en otros temas o situaciones por las que pueden estar pasando su adolescente y que le pueden estar ocasionando sufrimiento o exponiéndolo a situaciones riesgosas.

Los principales factores que influyen para que surja la depresión en las adolescentes son:

- ***Autopercepción y Autoestima:***

Los primeros años de la adolescencia femenina traen consigo nuevas preocupaciones sobre la auto-imagen y la apariencia física. Adolescentes de ambos géneros que anteriormente no se preocupaban por su apariencia ahora invierten horas frente al espejo, preocupándose o quejándose-ya sea por ser demasiado altos, bajitos, gordos o flacos, o por sus luchas contra el acné. Esto generalmente, representa la identificación que esta creando la adolescente de ella misma, donde

observa como se ve y como se quiere ver, este proceso era un ciclo natural de reconocimiento por el que debía pasar cualquier ser humano. Sin embargo actualmente la sociedad y principalmente los medios de comunicación se ha encargado de generar prototipos de la mujer perfecta, cuyas características son superfluas e inalcanzables en la mujer mexicana de manera natural.

### Belleza física:

La mujer mexicana desde la antigüedad cuidó su aspecto físico y se consideraba bella con su fisionomía natural a diferencia de la mujer actual que influenciada por los medios masivos de comunicación y por la presión social idealizan cuerpos perfectos. Es decir, para la mujer del día de hoy un cuerpo perfecto es aquel que es extremadamente delgado, sin estrías, sin celulitis, aquel que tiene una piel y un cabello perfecto y que además tiene tallas exuberantes de cadera y busto. Estos cuerpos son el imaginario incongruente de muchas adolescentes y mujeres adultas pero también representa la terrible frustración al no poder llegar a éstos de manera natural y recurrir a la cirugía plástica, a dietas agresivas para la salud o a una depresión que la orille a trastornos más crónicos y graves.

En contra polo existe la mujer o adolescente real, la cual bajo su herencia fisiológica, sus estilos de vida y de alimentación reflejan una mujer diferente a los estándares de la mujer perfecta socialmente, la cual vive presionada y segregada al no poseer “belleza física”, ésta mujeres comienzan a sufrir frustraciones y resentimientos que no las dejan desarrollar las cualidades que poseen y las convierten en mujeres con faltas o excesos reflejados en la alimentación, en la interacción social, en el desempeño escolar, etc. Que se ve devaluada en la estima que debe tener hacia sí misma y es blanco de la discriminación y crítica social. Recordando que los grupos sociales de esa edad son muy excluyentes, superficiales y agresivos para relacionarse con las personas que consideran no son afines con ellos.

- ***Relaciones Familiares y Sociales***

La etapa de la pubertad y adolescencia es donde existe mayor tensión entre las relaciones filiales y fraternales, puesto que la misma confusión en la que vive la



adolescente la puede orillar a desarrollar conductas diferentes a las que tenía, éstas por lo general están matizadas con la rebeldía que provoca el sentir que comienzan a tener autonomía e independencia. Esta situación de rebeldía también representa una situación nueva para los papas que no saben como responder antes estas situaciones y optan por recurrir a los chantajes, a los golpes o a los castigos, los cuales lejos de solucionar la situación la convierten en una guerra llena de disputas, regaños, reclamos, faltas de respeto e incomprensiones que afectan a ambos involucrados pero que generalmente crean en la adolescente el síndrome del “incomprendido y el patito feo de la casa”. Así mismo generalmente en esta etapa los padres realizan demandas excesivas sin tomar en consideración la opinión de los hijos, cuyas reglas sin importar si son irracionales se deben cumplir al pie de la letra y sin cuestionamientos y esta forma de disciplina dura, en que los padres pierden la paciencia y mantienen este estilo educativo, las consecuencias en los niños y adolescentes son la manifestación de ansiedad, introversión e infelicidad, comportamiento antisocial, a través de procesos de aprendizajes sociales desadaptativos como el consumo de alcohol o de otras sustancias tóxicas. Las relaciones conflictivas entre los padres contribuyen de forma directa a la aparición de problemas de conducta en los hijos, induciendo y manteniendo la presencia de depresión parental y filial, de la misma forma si entre la relación conyugal existen agresiones físicas o verbales, los hijos tenderán a presentar dichos problemas conductuales, aunado a ello es común en estos casos la alteración o supresión de las normas o reglas de disciplina lo que influirá decisivamente en la adaptabilidad de sus hijos, también se han presentado casos en que los hijos desarrollan una serie de síntomas, como mecanismo para distraer a los padres de sus conflictos o para obtener algún tipo de atención (Buendía, Ruiz & Riquelme, 1999).

Por otro lado, actualmente las familias con adolescentes se enfrentan a otro problema que tiene que ver con la tecnología, puesto que con la llegada del Internet, del ipod, los video juegos y los celulares, las relaciones sociales se han visto mediatizadas por estos artefactos que impiden la cercanía, la comunicación directa y la confianza entre los miembros de las familias. Antiguamente la hora de la comida o de la cena eran momentos en los que las familias utilizaban este tiempo no solo para alimentarse sino también para comunicar sus planes, ideas o problemas a los demás miembros en contraparte con la situación actual donde todos los adolescentes a todas horas están haciendo uso de estos aparatos y esto ha imposibilitando percatarse de los problemas de

los demás miembros de la familia. Esta enajenación es el gran problema del futuro porque aunque su uso moderado ha contribuido benéficamente a la modernización, por otro lado el descontrol de los mismos esta acabando con las relaciones familiares y sociales ya que los usuarios por lo general son personas retraídas, excluidas y con pocas habilidades sociales reales que aunque desarrollan conocimientos intelectuales están perdiendo el sentido humano propio de su naturaleza que es relacionarse con otros seres humanos y ser generadores de ideas nuevas o de su propio destino.

#### Divorcio o separación familiar:

En esta etapa las separaciones familiares y sobre todo las relacionadas con los padres determinan de muchas formas el rumbo de vida de los hijos, ya que según la tradición social de las familias mexicanas los padres deben estar juntos para que se pueda hablar de una familia funcional, sin embargo cuando surge la separación comienza el miedo en niños y adolescentes sobre como van a sobrellevar una situación desconocida para ellos y estigmatizada por la sociedad y esto comienza a generar problemas psicológicos en ellos. Por su lado, diversas investigaciones demuestran y otras más niegan que exista un daño colateral en el desarrollo del niño y el adolescente a causa del divorcio, sin embargo lo que es una realidad es que en esta etapa de vulnerabilidad los cambios que puede llegar a generar un divorcio aunado a los cambios que conlleva el reloj biológico de el y la adolescente pueden llevarlos a desencadenar depresión por variables tan complejas como la mínima o nula calidad en las relaciones de padres-hijos, los conflictos conyugales: el nivel de culpa, rencor, lástima, dolor, miedo, ira, odio, tristeza, etc.; las condiciones económicas, cambios importantes en el estilo de vida de los hijos como el vivir en otro vecindario, perder contacto con amigos, abuelos, etc. más que por el divorcio como tal. (Buendía, Ruiz & Riquelme, 1999).

#### Noviazgo:

El noviazgo como experiencia emocional ocurre por primera vez prácticamente en todos los casos antes de los 20 años de edad, principalmente entre los 15 y los 19 años. Con referencia a los condicionantes para iniciar una relación de pareja, la mayoría busca en la experiencia de noviazgo alguien a quien amar y con quien compartir sentimientos, y solo un pequeño porcentaje piensa en casarse o en formar una familia.

El lugar tan importante que ocupan los sentimientos románticos se expresa en los temas de conversación entre las parejas de novios, ya que prefieren platicar sobre su relación y sentimientos, o de la familia, más que de los estudios, el trabajo, el sexo, la política o la religión. La gran mayoría de los jóvenes consienten que en las relaciones de pareja es permitido tener un acercamiento físico, compartiendo cualquier tipo de caricias (Díaz, 2003).

En esta etapa además del deseo biológico surge el deseo social de comenzar con las relaciones sentimentales, las cuales se viven de diferente manera entre la mujer y el hombre mexicano, puesto que para el hombre es parte de la demostración de la virilidad mientras que para la mujer es la expresión máxima de la ilusión, el sentimentalismo y el deseo de amar. La adolescente idealiza las relaciones y las vivencia como los cuentos de hadas o telenovelas que ha visto a lo largo de su vida. Esta comparación entre la ficción y la vida real resulta peligrosa, ya que cuando se enfrenta a alguna decepción propia de la inmadurez de la pareja o de ella misma, experimenta sensaciones catastróficas y traumantes que las llevan a caer en depresión.

#### *Inicio de la vida sexual:*

La construcción social de la sexualidad y los significados atribuidos a las prácticas sexuales no son ajenos a las transformaciones sociales. Los valores sexuales son elementos relevantes para las formas en que la subjetividad se construye en los distintos periodos culturales e históricos. De acuerdo con este proceso de hibridación que estamos viviendo, la sexualidad como construcción cultural ha estado sujeta a un proceso de secularización. Durante los últimos años de la historia mexicana, las políticas de planificación familiar se han convertido en discursos dominantes en relación con la sexualidad y particularmente con la reproducción, junto con los valores morales católicos que han cambiado entre los adolescentes.

La definición de la sexualidad no es más el pecado; la psicología, la sexología y la medicina han elaborado nuevos parámetros con los cuales se mide la adecuación de las personas y se busca el control sobre ellas de la manera más eficaz. La necesidad de control de la sexualidad femenina en diferentes sociedades y culturas a través de la historia ha sido considerada por diversas autoras feministas como una de las

expresiones más importantes de la desigualdad de género. Una tendencia de este análisis consiste en aquellas explicaciones que subrayan la reproducción biológica y que en consecuencia ha sido objeto de todo un conjunto de normas, regulaciones y acciones para administrarla y con ellos proteger ciertos sistemas de organización social. (Seasz & Lerner, 1998)

Encontrar las formas para controlar la capacidad reproductiva de las mujeres desde la adolescencia ha sido un desafío constante a través de las culturas y periodos históricos, y para lograrlo se ha hecho necesario controlar también la sexualidad de las mujeres por lo cual la anatomía sexual femenina ha sido clasificada como peligrosa y amenazante. Una de las metáforas más comunes de la sexualidad femenina es la construcción del dualismo que implica una contradicción. Esta vez entre la mujer “asexuada”, que no sabe nada acerca del deseo y las prácticas sexuales y que es iniciada en ellos solamente a través del deseo y la actividad masculina, y otra imagen, que es la de una mujer “sexuada”, maestra de la seducción y el engaño. Sobra decir que ambas imágenes frecuentemente resultan inadecuadas y limitantes para expresar la experiencia sexual de las mujeres, pero parecen responder a ansiedades y necesidades masculinas en su lucha por el control de su relación con las mujeres (Seasz & Lerner, 1998). Esta idea refleja la ambivalencia sexual en la que se mueve la adolescente actual, por un lado existen estos prejuicios pero por el otro lado surgen las ideas modernas de vivir la sexualidad con plenitud, sin tabúes y sin restricciones o normas sociales y religiosas.

La adolescente se enfrenta a una realidad incierta donde no ubica que estatutos debe seguir y entra en confusión que la hacen incurrir en relaciones sexuales riesgosas, es decir su indecisión le impide prever métodos de anticoncepción y de protección, lo cual le puede generar graves consecuencias y cambiar su vida para siempre.

Por otro lado, existen los criterios incongruentes de los adolescentes masculinos cuya conducta sexual es abierta durante esta etapa y aceptan e incluso son incitadores para el inicio de las relaciones sexuales, sin embargo su idealización de matrimonio sigue bajo los criterios antiguos sobre la virginidad de la futura esposa, puesto que aceptan tener intimidad fuera del matrimonio pero para ellos sigue resultando importante saber que ellos fueron los primeros en la vida sexual de la mujer o por lo menos uno de muy pocos que han estado con ella para poder merecer ser su esposa en

contra polo a su situación, ya que para ellos mientras más experiencia sexual tenga es mucho mejor.

#### Abandono de la escuela:

En esta etapa un problema frecuente en la población adolescente es el abandono de las actividades escolares ha consecuencia de problemas económicos, los cuales no solo frustran sus deseos de superación personal y profesional sino que también los arrojan a un campo laboral lleno de desventajas para ellos. Por un lado, el hecho de ser jóvenes e incluso menores de edad los orilla a recurrir a trabajos informales y peligrosos o incluso a ser contratados bajo criterios fuera la ley que dan pauta a explotaciones laborales y sexuales que los llevan a deprimirse.

Otra variable que es una de las más fuertes en la deserción escolar sobre todo en mujeres es a consecuencia de un embarazo que es su mayoría no es deseado, y es que aunque la visión de la sexualidad ha cambiado y ha permitido informar más a los adolescentes sobre temas de prevención no se ha podido erradicar esta problemática entre ellos y ellas. Este abandono de aspiraciones y sueños de los adolescentes ha consecuencia de un embarazo afecta de manera directa a la mujer, puesto que es ésta la que carga a costas no solo el paquete biológico de los cambios que genera el embarazo sino que aun en estos días el látigo social ante un embarazo en la adolescencia puede ser un detonante fuerte que lleve a sufrir cuadro graves de depresión.

#### Consumo de Sustancias Tóxicas:

El consumo de sustancias tóxicas en adolescentes mujeres ha incrementado considerablemente en los últimos años, ya que en el entendido de crear igualdad entre hombres y mujeres, estas últimas han adoptado conductas tan diversas como el de ingerir bebidas alcohólicas o ingerir sustancias tóxicas. Esta conducta es una más de las que ponen en desventaja la postura femenina no solo en el aspecto social sino también fisiológico, puesto que el cuerpo femenina es menos resistente antes estas sustancias en comparación a la del hombre, ya que al poseer mayor cantidad de agua en el cuerpo que la mujer tiene mayor resistencias a reacciones fisiológicas adversas, mientras que la mujer al poseer mayor cantidad de grasa corporal en el cuerpo es más susceptible. Pero

este no es el único riesgo ya que en este tipo de situaciones donde la adolescente pierde el control de sus actos existen riesgos que radican entre sufrir problemas graves de salud y adicciones hasta propiciar situaciones desventajosas entre los compañeros de borrachera que culminen en violaciones, las cuales evidentemente son situaciones que generan tristeza y dolor. Además cabe recordar que el alcohol es un estimulante biológico que detona estados depresivos por ende este puede generar incluso suicidios cuando es combinado.

### Violaciones:

Las mujeres sobre todo son más vulnerables a sufrir una violación ya sea por algún familiar, vecino o maestro. Puesto que es en esta etapa que los cambios biológicos son un agente estimulante para sujetos perversos que sacian sus más bajos instintos en mujeres jóvenes que sin malicia no saben como actuar y los dejan en la impunidad. Buendía (1999), expone que los efectos tanto del maltrato físico como el del abuso sexual son a corto y a largo plazo; el primer caso abarca la ansiedad, culpa, miedos, depresión, pesadillas, conducta suicida y/o auto lasciva, trastornos de estrés post-traumático, agresividad, conducta antisocial, hiperactividad, problemas escolares por su bajo rendimiento e inasistencias y abuso de sustancias. Entre los efectos de largo plazo se encuentran una variedad de trastornos emocionales, interpersonales, conductuales, cognitivos, físicos y sexuales, sentimientos de inferioridad y de inutilidad, característicos de una baja autoestima, además rabia e ira difusos (Buendía, Ruiz & Riquelme, 1999).

### Homosexualidad:

Lesbianas es el término socialmente establecido ante las relaciones de pareja que surgen entre dos mujeres, el cual hoy en día aunque es un tema abierto y conocido sigue siendo un tema de repudio social y religioso al cual se enfrentan las adolescentes que descubren que sus preferencias sexuales son diferentes a lo establecido socialmente. El principal problema se gesta con la familia por lo general, ya que para la gran mayoría de las familias mexicanas consideran un problema y sobre todo un castigo que una hija tenga preferencias sexuales diferentes, esta situación genera tensión entre la adolescente

y las familias e inexorablemente provoca conflictos, tristezas y desánimos en estas adolescentes.

#### Medios de comunicación:

Los medios de comunicación han cobrado mucha relevancia en los últimos tiempos y se han convertido en parte de la vida de muchas mexicanas sobre todo en la etapa de la adolescencia. El materialismo que promueven los medios a través de mensajes subliminales que exponen productos y servicios que ofrecen más de lo que realmente proporcionan al comprador ha forjado formas de vida superfluas en las adolescentes, las cuales dejan de perseguir objetivos reales como terminar una profesión para superarse como seres humanos y como profesionistas que aman su profesión y optan más bien por elegir carreras que generen los recursos suficientes para acceder a los productos y servicios que tanto desean; esto por un lado pero por otro estas formas de enajenación pueden llevar a las jovencitas incluso a robar o a prostituirse con la finalidad lograr conseguir lo que la sociedad y los medios la hacen creer que es necesario para acceder a cierto círculo o a crear un estatus social y el no poder lograrlo causa frustraciones, apatías, resentimientos y enojos fuertes que se complican con otros factores e irremediablemente se convierten en depresión.

Evidentemente, son muchos los factores que contribuyen para que las adolescentes mexicanas sufran cuadros depresivos, sin embargo estos factores no son los únicos que generan este tipo de padecimientos psicológicos en la vida de la mujer mexicana puesto que ésta en cada una de las etapas de su vida se ha enfrentado y se seguirá enfrentando a situaciones de riesgo.

#### **2.4 Puerperio**

Biológica y socialmente la vida de la mujer y su relación con la depresión es marcada por etapas clave como son la pubertad, el puerperio y la menopausia dejando de lado la connotación social, psicológica y antropológica por la que atraviesan las mujeres en cada una de estas etapas.

La etapa del puerperio es conocida social y médicamente como la etapa de predisposición biológica inexorablemente relacionada con la depresión que comprende la etapa intermedia entre la pubertad y la menopausia, aunque hay que recordar que existen casos en los que el embarazo y parto pueden darse tanto en la pubertad como en la menopausia por lo tanto el puerperio puede estar presente en estas etapas.

#### *2.4.1 Sintomatología de la depresión durante el puerperio*

El puerperio por definición es el período que se extiende desde el alumbramiento hasta la recuperación de los cambios fisiológicos y anatómicos inducidos por el embarazo, donde se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado habitual. Debemos destacar que solo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo. Este período se extiende convencionalmente desde la finalización del período de post alumbramiento hasta 45-60 días del pos parto. (Cassella, Gómez, Maidana, & Domingo, 2000).

#### *2.4.2 Perspectiva biológica*

Tanto el embarazo como el puerperio son momentos de especial vulnerabilidad para la depresión. Tal como ocurre en la adolescencia las alteraciones hormonales desempeñan un papel en el inicio de los episodios depresivos debido a la rápida disminución de los niveles de progesterona y estrógenos, junto a la sensibilidad que provocan la prolactina y oxitocina elevadas, parecen estar relacionados con un aumento importante de la depresión tras el parto. Es posible que la disfunción tiroidea también influya, ya que se ha estimado que el 9% de las mujeres presentan hipotiroidismo durante el periodo posparto.

Otro efecto del puerperio que se asocia directamente con la depresión es lo que comúnmente es conocido como depresión posparto, la cual según los estudios sobre su prevalencia aparece en un 10 % de cada 155 de los partos, por lo que se considera una de las complicaciones más frecuentes del embarazo. El embarazo y los meses que siguen al parto son especialmente proclives a las recaídas en mujeres con antecedentes



de trastornos afectivos. Los criterios DSM IV TR para el trastorno depresivo mayor se solapan con muchos de los síntomas característicos del propio embarazo. Son frecuentes las alteraciones del apetito y el sueño, la fatiga y la disminución de energía (Greden, 2003).

Una de las causas de depresión grave en el período del puerperio se asocia con la incertidumbre y el miedo de la madre de perder al bebé cuando éste nace con bajo peso, cuando hay mayor riesgo de tener un parto prematuro y cuando hay preclampsia en la madre. Otras cuestiones mencionan la relación con los niveles elevados de cortisol y el efecto negativo que produce en los trastornos psiquiátricos no tratados puesto que los agrava.

Evidentemente el embarazo representa para la mujer otro periodo de gran trastorno hormonal los rasgos de carácter. Todo esto puede explicarse al menos parcialmente a la luz de nuestros conocimientos sobre las secreciones glandulares. Hay que entender bien, en efecto, que a lo largo del embarazo no solamente todas las glándulas están activadas movilizadas y acrecentadas a su funcionamiento habitual, sino también que una nueva hormona hace un su aparición: la progesterona.

Así a los embarazos difíciles, dolorosos, sistemáticamente acompañados de trastornos somáticos diversos, incluso los que se interrumpen antes de su termino natural, corresponden muy a menudo, procesos psicósomáticos, en efecto estos trastornos se declinan generalmente en las mujeres nerviosas, tensas, cuya ansiedad es un rasgo de carácter dominante

#### *2.4.2 Perspectiva Psicológica y Social:*

Los cambios que genera el parto en el funcionamiento físico de la madre provocan reacciones adversas a las esperadas respecto a la relación filial. Las madres con depresión posparto sin tratar son menos afectuosas y menos sensibles a las señales del bebé. Por ende su prevalencia no solo promueve sufrimiento en la paciente sino que también afecta la relación materna filial con probables implicaciones en el desarrollo de la salud mental de sus descendientes. Una mamá deprimida no sólo padece la depresión,

sino que no puede ser mamá. Esto implica que, por su perturbación, no sólo le falta iniciativa, voluntad y contacto (Rojtenberg, 2001).

Las perturbaciones que provoca la depresión durante el proceso de embarazo y parto generan en la madre una presión adicional provocada por el círculo familiar y social que la señala por no responder a las expectativas de una “buena madre”, este señalamiento indudablemente conlleva consecuencias que agravan el cuadro depresivo.

El principal conflicto al que se enfrenta la madre cuando nace un hijo es al cambio de vida al cual tiene que adaptarse tanto ella como las personas que la rodean. Esto se puede dar por variables tan diversas como el no dormir bien por el cuidado nocturno que implica un recién nacido, hasta el no aceptar los cambios que el embarazo y parto dejaron en su cuerpo, estas situaciones causan problemas psicológicos en la madre e impiden que tenga una buena convivencia con las personas que la rodean.

#### Belleza física:

El embarazo y parto conlleva una serie de cambios físicos que en muchas ocasiones las madres experimentan como un problema que les causa estrés, enojo o tristeza. Y es que estas mujeres no aceptan el proceso natural al que se enfrentan al dar vida a un nuevo ser humano y se enajenan en el ideal de la mujer perfecta fisiológicamente.

Los principales cambios que conlleva el embarazo y parto son el subir varios kilogramos de peso, la aparición de estrías, el cansancio y agotamiento, la pérdida de calcio reflejada en el cabello y uñas opacas, la retención de líquidos en pies y manos que cambian radicalmente la apariencia, etc. Estos cambios van en contra de la fisonomía que los estándares de belleza sociales exigen a las mujeres sin importar si son o no son madres, por lo tanto éstas se sienten “feas” al no comprender objetivamente el proceso que están pasando. El principal enemigo es el miedo que provoca el perder a la pareja, perder el trabajo o incluso el pensar no poder recurrir a la figura previa al embarazo.

Estas inseguridades provocan principalmente conflictos en las relaciones de pareja al no permitir que la madre continúe con la vida marital por vergüenza ante la reacción de

la pareja a los cambios y esto genera un alejamiento que repercute en el estado de ánimo de la madre y en la relación en pareja.

#### *Adaptación de la Pareja:*

Social y psicológicamente a la generación que actualmente esta siendo madre todavía se le educó en gran medida para serlo, puesto que desde pequeña se les enseñó a jugar la vida que debía tener cuando fueran mujeres adultas y madres, esto se refleja en los juegos tradicionales que son los juegos de muñecas, de la comidita, los accesorios de cocina y limpieza del hogar, etc. En contraparte a los niños nunca se les educó o se les ha educado para ser padres, por ende cuando se enfrentan a esta situación sobretodo cuando son primerizos entran en conflicto al no saber como actuar ante la llegada de su primogénito, esta situación aunada a los cambios generados en la madre contribuyen para que en este proceso de adaptación este matizado por conflictos, problemas de comunicación y un distanciamiento de pareja, aunado a la idea que prevalece en que la mayormente responsable de los hijos es la esposa.

#### *Embarazo no deseado:*

El embarazo no deseado es un detonante de la depresión posparto, ya que generalmente el nuevo ser no encaja en los planes de la futura madre, la cual se enfrenta no solo al precario instinto maternal que vive en ese momento sino que se ve en la necesidad de reajustar sus planes e incorporar a su futuro hijo.

Otro factor que esta presente en un gran número de estos casos es porque el embarazo se da fuera del matrimonio, esta situación ha aumentado en los últimos años ha consecuencia de que un gran número de mujeres actuales ha dejado de lado la postura tradicional de llegar virgen al matrimonio. Sin embargo, paradójicamente el matrimonio continua siendo socialmente la única institución adecuada para procrear y educar a los hijos, es por ello que esto provoca una gran inestabilidad en la mujer cuando además de no estar dentro de esta institución la pareja decide no apoyarla con el embarazo, esto provoca tensión y estrés en la futura madre que se tendrá que enfrentar a un contexto lleno de contrastes donde existen ideas modernistas e ideas tradicionales que la condenaran a ser señalada por la sociedad al ser una madre soltera, esta situación es una de las más frecuentes que se relacionan con la depresión posparto.

La violación es otro de los factores recurrentes para que exista la depresión posparto originada por un embarazo no deseado, hoy en día muchas mujeres siguen siendo forzadas a tener relaciones sexuales sin su consentimiento, las cuales pueden tener consecuencias como el embarazo. Por lo tanto, para ellas el parto y el bebé son la representación viva del trauma que vivió cuando fue forzada sexualmente, esto la contrapone en cuanto a la reacción que tiene ante su propio hijo y el trauma que provoca el recuerdo de que ese hijo es producto de una situación violentada que por sí misma es frustrante, traumante y un fuerte agente depresivo.

Finalmente, otro agente depresor relacionado con el embarazo no deseado es el temor a perder el empleo, y es que aunque las leyes protegen a la mujer embarazada sigue existiendo la discriminación y el rechazo de las empresas ante situaciones como estas por temor de que las obligaciones de madre entorpezcan las actividades laborales además del tiempo que implica por ley prescindir de los servicios de la empleada durante el tiempo de incapacidad. Muchas mujeres en esta situación se sienten protegidas mientras dura el embarazo pero el término de éste representa la incertidumbre y el miedo generado por perder el empleo por cualquier motivo.

## **2.5 La etapa adulta de la mujer mexicana:**

El período intermedio que comprende la terminación de la pubertad y el inicio de la menopausia generalmente resulta importante por la relación que conlleva con la etapa reproductiva y el puerperio que socialmente se creía que era la etapa de mayor importancia de la mujer por la capacidad de procreación. Sin embargo durante este período existen otros factores importantes que determinan la vida de la mujer y que no necesariamente se relacionan con la maternidad.

Los nuevos factores a los que se enfrentan las mujeres maduras actuales no son radicalmente opuestos a los que se cargaron en la etapa de la adolescencia sin embargo en esta etapa se incorporan nuevas variables que van complicando más la existencia de la mujer. Estas variables van de la mano con el reloj biológico que es tan mencionado en la vida de la mujer, esta vez no solo para referirse a la fertilidad sino para considerar que es la etapa para hacer y desarrollar las expectativas de vida que persiguen antes de que llegue la tan temida vejez.

En esta etapa la mujer es mayormente presionada porque se considera que se lleva a cabo el clímax de su vida donde se debe y se puede hacer lo que ella desee teniendo siempre presente que es la única etapa en la que podrá hacer lo que ella quiera y sobre todo que será lo único que tendrá valor para enfrentar su futuro.

Por otra parte, sobre todo en los últimos años, los medios de difusión masiva (cine y televisión fundamentalmente) han proyectado, y consolidado por tanto, una imagen de la mujer que prácticamente rompe con los estereotipos de la mujer tradicional de los años cincuentas. Se acepta ahora que la mujer tenga un proyecto de vida más allá del matrimonio y la reproducción de la sociedad. Ya no se trata de la mujer que lucha por ser reconocida como sujeto independiente que decide sobre elementos sociales que integran su proyecto de vida. Este fenómeno es otro aspecto que provoca la crisis en la identidad masculina, pues, al tener los hombres introyectado imágenes que los colocan en el centro de las decisiones de la pareja, no pueden comprender, muchas veces, que las mujeres tengan proyectos más allá de su trabajo rutinario y el espacio privado (Montesinos, 1995). Es así como los hombres y la sociedad en general ha comenzado a crear exigencias para las mujeres actuales y que de alguna manera las mantenga en el sometimiento y a ellos como las figuras de poder, como:

#### *Belleza física:*

Hoy en día la obesidad es un problema de salud grave en México, por este motivo es por lo que se han lanzado campañas informativas que sirvan para motivar a los mexicanos a erradicar este mal por sus graves consecuencias. Sin embargo, los medios de información y la sociedad en general han mal entendido esta información y se habla de ella únicamente como un estándar de belleza o de fealdad, en donde las principales afectadas son las mujeres.

El prototipo de mujer madura exitosa que todas las mujeres y la sociedad en general desean es aquel que además de haber logrado una realización personal, laboral y familiar este matizada por una imagen física perfecta. Es decir, aquella que no permita el sobre peso, que cuide los de talles de su peinado, del maquillaje, de la ropa, del calzado y de la postura al caminar, puesto que esto le abrirá las puertas al ámbito laboral y no será presa del rechazo social. Sin embargo, para lograr este cometido las mujeres

se sacrifican en demasía, puesto que la carga social las compromete a ser madres, esposas, hijas, trabajadoras domesticas, empresarias y además modelos de belleza. Esta realidad las confronta con una presión adicional, ya que ésta lejos de pensar en su bienestar físico se somete a dietas mal estructuradas que no se ajustan a su ritmo de vida y este desgaste energético aunado a las cargas sociales las llevan no solo a sufrir descompensaciones físicas sino que también la van desgastando psicológicamente, volviéndose cada vez más irascible y propensa a deprimirse.

Por otro lado, existe la mujer obesa que esta muy lejos de ser el modelo que la sociedad exige, este tipo de mujeres son señaladas y discriminadas por su condición en el ámbito laboral, social e incluso en el familiar. Por ende ellas son más propensas a sufrir depresión, puesto que esta condición socialmente las encasilla como mujeres flojas, descuidadas y glotonas. Estos adjetivos negativos promueven la baja estima y aunado a esta problemática las enfrentan a un contexto incongruente, puesto que actualmente en México existen muchas marcas y tiendas de ropa con amplia mercadotecnia que incitan a la gente a comprar pero que manejan únicamente las famosas tallas “petite”, las cuales son tallas pequeñas que contradicen el problema de obesidad que actualmente vive México. Este fenómeno social de la delgadez extrema y del materialismo social ponen en una encrucijada a este tipo de mujeres, ya que con la enajenación social que existe por la moda en automático las saca de ella y las vuelve en subgrupo de mujeres resentidas, feas, tristes y deprimidas según estos criterios sociales sin posibilidad de encontrar pareja y conservarla y de conseguir un buen empleo.

#### *Relación de Pareja:*

Un aspecto que es relevante es el que compete a la relación de pareja, la cual debe ser manejada con respeto y equidad, sin embargo hoy en día tanto en los matrimonios como en los noviazgos existen situaciones recurrentes relacionadas con violencia física, psicológica y emocional que pone en una encrucijada principalmente a las mujeres que son las mayormente agraviadas. Éstas generalmente son reprimidas para que no denuncien la situación y son presionadas por las parejas para que no abandonen la relación a través de una guerra psicológica cuya arma es la desvaluación respecto a su físico, sus habilidades psicológicas e intelectuales y su reputación como mujer. De esta manera es que muchos hombres logran que las mujeres desarrollen dependencia hacia ellos y soporten los estragos psicológicos de una relación dañina.

### Matrimonio:

El matrimonio es una institución social que se creó con la finalidad de lograr un orden social, donde dos personas unían sus vidas de forma legal y religiosa para procrear hijos y compartir derechos y obligaciones. Sin embargo, la misma sociedad fue atribuyéndole nuevos criterios que lo convirtieron en un acontecimiento cuya importancia radica en los rituales que éste conlleva como el pedir la mano de la novia, los preparativos para la boda, el significado del vestido blanco que simboliza la pureza de la novia y finalmente la fiesta que es ofrecida a la sociedad para hacerlos partícipes de la unión. Este acontecimiento es mencionado porque expone los prejuicios sociales que van en contra de las mujeres principalmente, puesto que es muy mal visto socialmente que la mujer se case a edad avanzada, que salga embarazada o que ya no sea virgen. Todas estas variables participan en la presión que siente la mujer ante estas situaciones, es por ello que el matrimonio y la boda son para muchas mujeres parte de un karma social. Además, de que este paso significa para ellas el inicio de grandes responsabilidades, puesto que en México es la mujer la que lleva la mayor carga durante el matrimonio, ya sea en cuestiones de educación y crianza, manejo de la economía familiar e incluso en la actualidad también son agentes de ingresos, mientras que a los hombres se les sigue considerando solo portadores de ingresos y padres de una fracción de tiempo. Esta carga de trabajo refleja que la mujer mexicana no es una mujer de doble o triple jornada sino que más bien es el eje principal de una familia con una multijornada que incluso le lleva a olvidarse de sí misma.

En contra parte existen las mujeres que rechazan el matrimonio y que viven en unión libre o que experimentan noviazgos muy prolongados. Este tipo de relaciones le significan a cada mujer un señalamiento social al estar vivos algunos de los preceptos sociales que consideran que las mujeres que viven así jamás van a tener un respeto social y nunca serán tomadas en serio por sus parejas. Y es que aunque estas mujeres tienen una mentalidad abierta y diferente a la tradicional sigue pensando sobre ellas la presión social y familiar. Además de que para gran parte de la sociedad la virginidad sigue siendo un precepto importante en la vida de las mujeres que queda en entredicho con este tipo de relaciones.

### Virginidad:

La naturaleza femenina desarrolló en cada mujer una membrana que cubre la vagina de agentes exteriores cuya funcionalidad desaparece cuando surge el vello púbico que llega a reemplazar esta función, por ende ésta puede desaparecer o puede perseverarse hasta que se introduzca algún objeto, con un golpe o cuando se lleva a cabo la primera relación sexual e incluso se ha llegado a comprobar que muchas mujeres nacen sin ella.

Sin embargo, a este proceso biológico y natural del cuerpo femenino se le dio una significación social errónea y diferente y es que para este sector significaba la única forma de probar la pureza y castidad de las mujeres. Pero paradójicamente y aunque en la actualidad se sabe que esta membrana puede desaparecer en cualquier momento muchos hombres siguen buscando en ella la seguridad de que la mujer no haya tenido un pasado pecaminoso que lo convierta en blanco de burlas.

Seasz y Lerner (1998) mencionan que “estas ideas surgen de la visión social que marca a la mujer como sujeto de deseo, que ejerce su seducción hacia el hombre y tiene acceso al erotismo y al placer. Dentro de la cual si se comprueba que se han sostenido experiencias sexuales y eróticas antes del matrimonio, con más de un hombre, se vuelve incierta la futura paternidad. Además desde ese ángulo se menciona a la mujer como la única causante, puesto que su belleza y la sensualidad corporal que trae consigo son las que provocan estas bajas pasiones. Por lo tanto, el erotismo es el espacio vital reservado a un grupo menor de mujeres ubicadas en el lado negativo del cosmos, en el mal, y son consideradas por su definición esencial erótica como malas mujeres” Puesto que si una mujer muestra maestría y habilidad durante el coito, ella es inmediatamente considerada como “experimentada” lo que significa que ha tenido más de un compañero sexual y que por lo tanto, su reputación sexual es dudosa. A consecuencia ella no sería, de acuerdo con esta definición, merecedora de matrimonio y de vida familiar. La virginidad femenina sería así una condición para poder conseguir un esposo y una familia. Para aprobarla, debe comportarse como si fuera ignorante de toda actividad y placer sexual; y aun el dolor sirve como evidencia de su pureza”.

Para muchas mujeres en la actualidad la virginidad es parte del pasado y deciden perderla y sostener relaciones sexuales libres, sin embargo gran parte de ellas siguen estando sujetas a sufrir señalamientos sociales que las contraponen con su forma de ver la vida. Este fenómeno generalmente ocurre en las mujeres maduras actuales que



crecieron con “principios morales” que les transmitieron sus padres y se desarrollaron en ideas modernas que rompen con esos principios, esto las lleva a sufrir confusión.

### Sexualidad:

La desvalorización de los principios morales y sociales representó la liberación tanto de las mujeres como de los propios hombres. El rompimiento con el tabú del matrimonio que esclavizó durante tanto tiempo a la mujer mexicana, explica el incremento de divorcios y uniones libres, así como matrimonios por el "civil", que de hecho refleja la confrontación de los principales valores que promovía la Iglesia católica. El hecho que la mujer apareciera como sujeto sexual representó para las generaciones jóvenes, el inicio de una búsqueda para descubrir y apropiarse del placer. Las medidas para controlar la natalidad, además de liberar a las nuevas generaciones, urbanas sobre todo, de "*aceptar los hijos que nos envíe dios*", se manifiesta en la reducción del promedio de hijos por familia (Montesinos, 1995).

Estos cambios han generado que la sociedad en general a través de los medios de comunicación bombardee a la sociedad con ideas nuevas como la búsqueda del orgasmo y el placer sexual principalmente en las mujeres, términos que la sociedad ha vetado o de los que desconoce pero que actualmente son muy comunes en los medios masivos de comunicación. Y es que la historia se ha encargado de señalar a la sexualidad no como un proceso natural sino parte de uno de los pecados capitales si no se hace con la única finalidad de la procreación.

La realidad del rechazo al placer femenino se contrapone a la ironía que la naturaleza le jugó a los prejuicios sociales, la cual le regalo a la mujer un órgano destinado únicamente a darle placer (el “clítoris”). A consecuencia de esto la sociedad ha tenido el cuidado de crear formas para que ésta no disfrute de su sexualidad y es que en varias partes del mundo como África y la India. Se han ideado formas para evitar que la mujer sienta lo que es un orgasmo, estas técnicas constaban en un ritual para llevar a cabo la mutilación de los genitales, donde la necesidad masculina de garantizar la paternidad los lleva a desarrollar actos de crueldad extrema. A diferencia de la circuncisión masculina estos rituales pretendían controlar o, en algunos casos, eliminar totalmente la piel del clítoris, en la escisión o clitorectomía se elimina todo el clítoris, y en la faraónica se cortan el clítoris y los labios mayores con la finalidad de que la mujer no experimentara ningún tipo de placer en el contacto sexual (Potts & Short, 2001).

En el caso específico de las mexicanas aunque no se han desarrollado técnicas tan aberrantes como las antes mencionadas, el peso de los prejuicios sociales no es menos lacivo, ya que para muchas mujeres este órgano destinado a su placer no cumple con su función debido a que éstas no pueden experimentar placer sexual por miedo a que su esposo la recrimine, por temor a cometer un pecado o simplemente porque no conoce su cuerpo. Así mismo, esta falta biológica y psicológica causa estragos en la vida de la mujer y la mantiene en la sombra de la duda sobre el placer sexual.

Por otro lado, también existen otro tipo de factores que evitan que la mujer disfrute su sexualidad, los cuales generalmente se asocian con la pareja, la cual no comparte el acto y no permite que su pareja busque y disfrute su deseo sexual. Esto radica en las diferencias que existen entre hombres y mujeres, ya que aun cuando ambos anatómicamente están dotados para disfrutar las relaciones sexuales, éstas son experimentadas de diferente manera, ya que el hombre responde con mayor rapidez al contacto físico, mientras que la mujer tarda más en responder a los estímulos sexuales, además de que para ella las caricias, la seducción y el erotismo son parte esencial de las relaciones sexuales mientras que para el hombre tiene mayor impacto la penetración.

La mujer actual aunque acepta la sexualidad como parte de su naturaleza también sufre problemas de índole sexual, ya que las presiones familiares y laborales impiden que logre una satisfacción sexual a causa de distracciones relacionadas con lo que debe o deja de hacer.

Finalmente, la insatisfacción sexual también es un agente que causa conflictos en las relaciones de pareja, creando nuevos agentes de frustración, enojo y tristeza en ambos pero que repercuten con mayor facilidad en las mujeres.

#### Realización Profesional:

Desde los años setenta se comenzó a registrar una alta participación de la mujer en todas las actividades de la economía, además, que su incursión en las carreras universitarias, su formación profesional, le proporcionó el *status* para acceder a puestos en que se ejerce el poder donde se toman decisiones. Ya no se trataba del hecho de participar en todas las actividades remuneradas, pues al adquirir los conocimientos

técnicos de las diferentes disciplinas queda en condiciones de incursionar a otros niveles jerárquicos de las estructuras administrativas. Las mujeres, entonces, aparecieron como jefes, gerentes y directivos, es decir, ejerciendo el poder. Evidentemente, y de manera conjunta con una nueva relación entre la sociedad civil y el Estado, la mujer apareció participando cada vez más en la política. Lo que configuró un nuevo papel de la mujer en la sociedad (Montesinos, 1995).

El ingreso de las mujeres al ámbito educativo ha ampliado sus expectativas de superación personal, económica y laboral. Pero al mismo tiempo le ha significado el aumento de presiones debido a que no se ha logrado equidad en ambos sexos. Por lo tanto, si la mujer es casada es sometida a jornadas extenuantes como madres, amas de casa y esposas, las cuales además tienen que buscar tiempo para cumplir con sus labores profesionales. Esto podría significar una forma de vida sin embargo deja de serlo cuando las presiones sobre pasan a las mujeres y que aunque hoy en día aun cuando el marido se involucra en labores del hogar o de crianza siguen creyendo que es una forma de ayudar a la mujer y no el cumplimiento de obligaciones que también le competen. Estas situaciones de trabajos extenuantes impiden que las mujeres puedan desarrollarse en plenitud y de forma contraria vivencian su vida profesional como una carga que no pueden disfrutar.

Así mismo, existen mujeres que optan en su totalidad por su realización laboral y personal pero las cuales también cargan con la consigna social de ser mujeres vacías al no tener una familia establecida e hijos que llenen su vida. Y la presión se acrecenta con el pasar de los años, ya que se comienza a hablar que se le va pasar la edad para casarse o por lo menos para procrear un hijo y es así como han surgido algunos embarazos de madres solteras adultas.

### *Inserción Laboral:*

Anteriormente existía una clara definición del papel de la mujer como ama de casa sometida y obediente, dedicada a sus hijos, que no tenía aspiraciones intelectuales ni derechos. Con frecuencia la depresión, la amargura, la frustración y la culpa permeaban muchas de sus expectativas. Actualmente, en México el panorama ha cambiado puesto que muchas familias tienen como centro a una mujer que trabaja. Ella es la jefa en 3.5 millones de hogares, es decir, casi la cuarta parte de la población. Este fenómeno de la mujer que trabaja, que es sostén económico y emocional de su casa, que

tiene o no hijos, esta cuestionando el tradicional núcleo familiar conyugal, constituido por mamá, papá e hijas (Velasco, 2004).

Según el Censo General de Población y Vivienda (CGPV) en México, son cada vez más las madres que buscan el ingreso laboral, en el año 2000 había 4 597 235 hogares con jefatura femenina, es decir en 20.6% del total de hogares. La fuerza de trabajo femenina en el mundo ha subido de 1.1 miles de millones en 1996 a 1.2 miles de millones en 2006, alcanzando una tasa de participación de 67 mujeres por cada 100 hombres (Feldman, Vivas, Lugli, Zaragoza & Gómez, 2008). Dentro de las causas de este incremento se encuentran las económicas, las sociales, donde encontrará un mayor estatus, reconocimiento y un incremento en las relaciones humanas; las causas psicológicas, ya que promete evitar rutinas y sentirse más autorrealizadas, y en las de lo moral e integral, ya que ayudan a la familia y a la sociedad sirviendo de ejemplo de superación (Torres, Salguero & Ortega, 2005).

Sin embargo, este fenómeno de inserción laboral para las mujeres en muchos ámbitos se ha vivido más que como un proceso de crecimiento cultural como un proceso beneficioso para las empresas por tratarse de mano de obra barata. Este fenómeno de desigualdad ha ocasionado que gran número de mujeres sufran malos tratos, desigualdad de derechos e incluso exclusión cuando se trata de madres o mujeres embarazadas. Para erradicar esta problemática el gobierno de México y el Distrito Federal creó leyes que protegen a las mujeres, sin embargo muchas empresas siguen creando formas para beneficiarse del trabajo de ellas a bajos costos. Este panorama ha representado el largo y tortuoso caminar de las mujeres actuales para pelear un lugar que por derecho tienen ganado pero que por los prejuicios tienen perdido.

Según Barroso, Ramírez y Rodríguez (2001) se observa que la desigualdad a la cual se enfrenta la mujer para ubicarse laboralmente, no es resultado de los rasgos inherentes a su naturaleza biológica, sino a la síntesis de atributos sociales bajo los cuales se evalúan las actividades, aptitudes y comportamientos que definan al puesto, los requerimientos para acceder a él, los criterios de promoción y las prestaciones a que las mujeres tienen derecho.

### Maternidad tardía:

El reloj biológico es tan mencionado en la vida de la mujer, ya que para ésta hay un tiempo de crecimiento, procreación y envejecimiento plenamente marcado a

diferencia del hombre, el cual aun cuando pasa por estos procesos tiene un mayor rango de tiempo no solo para desarrollarse sino también para procrear ya que es posible que hombres de edad avanzada sigan siendo fértiles mientras que en la mujer es prácticamente imposible después de cierta edad. Sin embargo, la vida de las féminas de este país ha evolucionado y los periodos de procreación han cambiado en tiempos, es decir antes los embarazos comenzaban a darse a los 18 años de edad mientras que ahora la edad promedio de las mujeres para procrear radica entre los 27 y 35 años. Mientras que otra fracción importante de la población se niega a la maternidad por cuestiones de realización personal. Esto ha implicado a todas estas mujeres cargas sociales que la presionan y que la llevan a sufrir trastornos psicológicos severos al tener que cumplir no solo con las expectativas sociales sino también con las profesionales y personales en tiempos determinados, lo cual genera en ellas estrés, tristeza, frustración que pueden convertirse en problemas mayores de salud física y emocional.

#### Disfuncionalidad Familiar:

El matrimonio y los hijos representan para las mujeres en esta edad una responsabilidad importante, ya que son ellas las que generalmente están al cuidado y la educación de los hijos y del hogar.

En esta etapa generalmente los hijos son niños o adolescentes y las madres comienzan con los problemas de crianza que no son compartidos con los padres, esto ha consecuencia de que ellas están más tiempo con los hijos y están más pendiente de lo que sucede con ellos, es por eso que esta cercanía provoca en algunos casos que en los conflictos siempre ella sea la mayormente involucrada y la mala ante los ojos de los hijos.

Por otro lado, las relaciones conflictivas entre los padres contribuyen de forma directa a la aparición de problemas de conducta en los hijos, induciendo y manteniendo la presencia de depresión parental y filial, de la misma forma si entre la relación conyugal existen agresiones físicas o verbales, los hijos tenderán a presentar dichos problemas conductuales, aunado a ello es común en estos casos la alteración o supresión de las normas o reglas de disciplina lo que influirá decisivamente en la adaptabilidad de sus hijos, también se han presentado casos en que los hijos desarrollan una serie de síntomas, como mecanismo para distraer a los padres de sus conflictos o para obtener algún tipo de atención (Buendía, Ruiz & Riquelme, 1999).

### Divorcio e Infidelidad:

La infidelidad abierta en México es otra situación que se observa entre las mujeres, puesto que antiguamente era una constante del varón y era motivo de orgullo entre amigos. Mientras que ahora también es común entre las mujeres, ya que muchos matrimonios han recurrido al divorcio o a la separación por esta causa. Y es que para la sociedad machista este actuar de la mujer sin importar los motivos sigue siendo imperdonable y motivo de señalamiento social de por vida, mientras que para el hombre se considera un desliz que debe ser perdonado por la esposa, esta situación encasilla a las mujeres con adjetivos sociales denigrantes e hirientes que le provocan baja estima y en casos graves cuadros crónicos de depresión, ya que además se deben enfrentar a pleitos legales por perder los derechos que ésta tiene con sus hijos.

### **2.6 Climaterio y Menopausia**

El climaterio y la menopausia son los procesos de transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva en la mujer. Este período inicia con cambios a nivel fisiológico que marcan la declinación de la función folicular y termina cuando las manifestaciones del hipoestrogenismo se confunden con cambios de la senectud. Puesto que en la actualidad se sabe que el estrógeno tiene acción en el metabolismo óseo, modificando la masa ósea y produciendo cambios en los lípidos, además de cambios en el tracto urinario a cualquier edad.

Etapas de la Menopausia:

Colin, Corlay, Ruiz & Yázquez (2000) mencionan las siguientes etapas como parte de la menopausia:

La premenopausia es el proceso inicial de la etapa no reproductiva en la mujer e inicia cuando se producen cambios en todos los niveles de la economía humana, tanto funcionales como orgánicos; la disminución de los niveles de estrógenos, principalmente el estradiol, se inicia de 2 a 8 años antes de la menopausia con escasos síntomas tales como bochornos, sequedad de la mucosa vaginal, disminución de la libido y trastornos menstruales a los que tanto el médico como la mujer dan poca importancia. Es frecuente que a estos cambios de hipofunción ovárica, se empiece a

sobreponer otros fenómenos de envejecimiento como el agotamiento de la función de otros órganos y sistemas.

La Organización Mundial de la Salud define otro concepto o etapa como la Perimenopausia, la cual comprende al periodo inmediatamente antes de la menopausia, cuando las características clínicas endocrinológicas y biológicas que anuncian la proximidad de la menopausia se hacen presentes, hasta el primer año después de la menopausia. Esta definición deja vaga la noción de cuando inicia realmente esta etapa, ya que existe una gran variabilidad en manifestaciones clínicas y de laboratorio. Se reporta que la perimenopausia se inicia cuando la mujer reporta al menos tres pero menos de doce meses de amenorrea o un aumento de irregularidades menstruales. Para pronósticos epidemiológicos la perimenopausia tienen un promedio de 4 años de duración, cuyas manifestaciones clínicas son la mastodinia (síndrome de tensión mamaria premenstrual) y crecimiento mamario, la retención de líquido, el sangrado menstrual irregular, los cambios en el estado de ánimo y los bochornos que experimentan aproximadamente 75 a 85% de las mujeres. En esta etapa el bochorno es perceptible como una sensación súbita de calor en la parte superior del tórax, cuello y cabeza, dura pocos segundos y con frecuencia se acompaña de diaforesis (sudoración excesiva), también puede haber situación de palpitaciones y rubicundez facial, náusea y mareo.

Por su parte, la menopausia es el proceso que precede y corresponde al último período menstrual; ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnostica en retrospectiva, una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, para la cual no exista otra causa obvia, patológica o fisiológica.

#### *2.6.1 Cambios fisiológicos consecuentes a la menopausia:*

Durante el climaterio y la menopausia se producen cambios anatómicos, citológicos, bacteriológicos y funcionales del aparato genital femenino, que son secundarios a la deprivación estrogénica y parte involutiva propia del envejecimiento.

Colin, Corlay, Ruiz & Vázquez (2000) mencionan que las mujeres que atraviesan el periodo de menopausia sufren problemas como la inmunología, el

mantenimiento del organismo sobre todo en la posmenopausia. Independientemente de los procesos crónico degenerativos que se pueden presentar debido a la disminución de los niveles circulantes de estrógeno, también pueden presentarse otra serie de problemas relacionados específicamente con el proceso de envejecimiento corporal. El cual está asociado con los cambios significativos en el sistema inmune y con una declinación en los mecanismos de defensas como son la atrofia de timo, disminución de la inmunidad celular, disminución en la respuesta de los anticuerpos y una producción aberrante de la inmunoglobulina y de anticuerpos. La primera consecuencia de estos cambios es un aumento en la susceptibilidad de la mujer a las infecciones, hay incremento en los procesos neumónicos e infecciosos en el tracto uterino, así como un aumento en la severidad de estos procesos. Además hay una susceptibilidad a las infecciones virales como el herpes zoster y la influenza.

Así mismo, esta etapa frecuentemente se acompaña de sintomatología y riesgos potenciales, que muchas mujeres consideran una verdadera carga por ejemplo, algunas enfermedades como la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares, las alteraciones en la memoria por enfermedades como Alzheimer, los cambios en la piel y composición corporal y los problemas urogenitales que pueden hacer miserables los años futuros. Enfermedades comunes en esta etapa como la osteoporosis son unas enfermedades crónicas, debilitantes e incapacitantes que se ha postulado como un factor contribuyente primario para deteriorar la calidad de vida en la mujer climática, ya que pudiera producir dolor agudo y crónico, así como una percepción de mala salud. Cuando existen fracturas vertebrales, de cadera, de antebrazo, éstas configuran una alteración importante en la capacidad del sujeto para efectuar sus actividades cotidianas, con frecuencia quien las padece no es autosuficiente y en no pocas ocasiones, es el prelude de complicaciones que pueden llegar a ser graves. Otra enfermedad que aqueja con frecuencia a las climáticas es el cáncer a consecuencia de las fallas del sistema inmune, ya que éste juega un papel vital en la destrucción de células neoplásicas. Las causas más frecuentes de muerte por cáncer son el cáncer uterino, de mama, pulmonar, colon, recto y ovario.

Pérez (2003), enlista otra serie de complicaciones durante la menopausia:

- ✓ Sistema cardiovascular: dentro del sistema existen riesgos de sufrir aterosclerosis e hipertrofia.



- ✓ Sistema pulmonar falta de elasticidad, disfunción, reserva y capacidad vital, lo que repercute en la reducción de la tolerancia a la hipoxia e hipercapnia y predispone a la bronconeumonia.
- ✓ Sistema renal deficiencia o exceso de líquidos
- ✓ Sistema inmunitario Atrofia del ritmo con disminución de la respuesta humoral y celular lo que favorece infecciones, en enfermedades autoinmunitarios degenerativas y neoplásicas.
- ✓ Sistema muscular atrofia el tejido muscular por tejido graso, lo que causa cambios en la distribución de la grasa corporal y reducción de la fuerza.
- ✓ Sistema nerviosos central disminución de neuronas y tamaño cerebral, así como reducción de neurotransmisores y neurohormonas, con el consecuente y decremento en las funciones cerebrales.
- ✓ Sistema endocrino: causa irregularidades menstruales que pueden ocasionar una falsa impresión de infertilidad que puede exponer a la mujer climatérica a un embarazo no deseado.

Este panorama de vulnerabilidad física de la mujer muestra que a pesar de que las mujeres viven más años que los hombres, presentan una mayor morbilidad entendida como una peor salud generalizadora al tener más enfermedades crónicas y discapacitantes. Además enfermen por causa diferentes a los hombres muchas de las cuales no se relacionan con la biología sino con los estilos de vida que tiene su origen en la socialización del género. Entre las causa diferenciales que están siendo consideradas como relevantes podemos destacar el estrés, la pobreza, la edad, las condiciones de trabajo, la desigualdad de distribución de las cargas familiares, la falta de acceso a la cultura, la etnicidad, la violencia, la exclusión social y las relaciones de poder (Barberá & Martínez, 2004).

### *2.6.2 La Depresión Femenina y su Relación con la Menopausia ¿Mito o Realidad?*

Diversas posturas mencionan que la creencia popular que habla del humor de las mujeres durante la menopausia, como irritable, triste o ansioso, no han sido comprobadas mediante estudios epidemiológicos rigurosamente diseñados. Por el contrario, los resultados de los estudios muestran que durante la menopausia natural, no existe riesgo mayor de depresión en las mujeres. Y postulan que de cualquier manera,

algunas mujeres experimentan síntomas depresivos durante esta etapa, particularmente aquellas con síntomas vasomotores severos, señalando que este es el grupo que está en mayor riesgo. Mientras que otros estudios señalan que las mujeres más propensas son aquellas que tienen historial familiar, que se asocia con anticonceptivos orales, trastornos disfórico premenstruales y depresiones pos parto. Sin embargo, aunque los factores biológicos no las favorezcan los factores sociales y afectivos son los que pueden desencadenar con mayor fuerza la depresión entre los que se encuentran: los relativos al estado civil como ser divorciada, viuda o separada, el nivel pobre de educación y la dispersión de la familia; es decir, cuando los hijos ya han crecido y deben irse de casa, quedando la pareja de nueva cuenta sola como al principio del matrimonio. Estos factores psíquicos y emocionales, frecuentemente mencionados, son difíciles de probar en estos días de la medicina basada en la evidencia, pero es de experiencia casuística el que las angustias, depresiones, neurosis o los medicamentos que se emplean en su tratamiento, influyen sobre la producción, recepción, reutilización, eliminación y funcionamiento de neurotransmisores, particularmente la serotonina y catecolamina (dopamina, epinefrina, norepinefrina) y muchos otros que a partir de la corteza cerebral, el sistema límbico y el hipotálamo pueden verse alterados e inferir en el funcionamiento ganadotropino. Como esta problemática es más común en la perimenopausia puede ser un factor a considerar dentro de la historia clínica del paciente (Colin, Corlay, Ruiz & Vázquez, 2000).

Baudet, De la Rica, Gauquelin y Pean (1979), consideran que la menopausia y su relación con los cambios de humor se deben a la “afectividad típica de la edad crítica”. Donde los rasgos del carácter ligados a los periodos menstruales, la hipersensibilidad, la sugestibilidad, la depresión y los cambios de humor pero sobre todo la inestabilidad emocional y la irritabilidad, intervienen como elementos importantes del cuadro psicológico de la menopausia.

Finalmente, lo que es una realidad es que con agentes biológicos, psicológicos y sociales la depresión es una de las constantes en la etapa de la menopausia de las mujeres mexicanas.

### *2.6.3 Significado Psicológico y Social de la Menopausia para la Mujer Mexicana:*

Desde el punto de vista psicológico y social en México, la vejez se define como una pérdida de autonomía ante incapacidades físicas, mentales y sociales que están correlacionadas con la edad avanzada. Así mismo, para la sociedad la vejez representa un gasto económico, un decremento de mano de obra productiva y una carga social al no generar ningún beneficio. Esta perspectiva refleja de manera muy retrograda lo que para muchos mexicanos representa la vejez y es de esta manera como se produce el miedo a llegar a ser viejos y no aceptar esta etapa de la vida como un proceso natural por el que todos los seres humanos tienen que atravesar.

Las mujeres no son ajenas a este miedo de llegar a ser viejas por ende para ellas la menopausia representa el inicio de esta triste realidad. Además de que ven comprometida su valor social que es la juventud, la fertilidad y la belleza.

Hoy en día se habla de que la percepción de la menopausia ha cambiado y que ha dejado de ser una preocupación para las mujeres y que la vivencia de este proceso varía de mujer a mujer y de cultura a cultura según se demuestra en diversas encuestas y estudios. Pero la realidad de la mujer mexicana es muy diferente, ya que de forma análoga a la menstruación, el climaterio todavía conlleva un tabú cultural y es por ello que muchas mujeres se sienten incómodas al no poder expresar sus síntomas con sus médicos, familiares o amigos de una manera abierta aunque se considera que existen avances para cambiar esta perspectiva.

### *2.6.4 Problemáticas que enfrenta la mujer mexicana durante la menopausia y la vejez:*

Barberá y Martínez (2004), citan a Susan Sontag para referir la siguiente idea “El doble estándar del envejecimiento, definido hace ya muchos años lleva a considerar que mientras los hombres maduran, las mujeres envejecen. Ello indica que para las mujeres envejecer supone un estrechamiento en los límites de sus posibilidades de estar y situarse libremente en el mundo, de ser consideradas atractivas y sexualmente, legibles, mientras que para los hombres el diseño patriarcal incluye un mayor margen de tolerancia en cuanto a la edad, la belleza y la posibilidad de encontrar una pareja afectiva sexual. No es de extrañar entonces, que hacerse mayor sea percibido por el colectivo femenino con miedos que se concretan en numerosos ámbitos: el cuerpo, las

relaciones, los vínculos, los afectos, la autoestima, el mundo laboral, la ausencia económica, la vida social, etc”.

Por consecuencia, la mujer climatérica o menopáusica también se enfrenta a situaciones de estrés, de frustración y de conflictos que la pueden llevar a desarrollar cuadros depresivos y que incluso pueden ser más complicados por la vulnerabilidad física que conllevan los años. Esta etapa representa para muchas mexicanas una de las más difíciles pero esta vez no por la presión social sino por el rechazo y los tabúes que ésta conlleva.

- La belleza:

La percepción de la belleza considerada como una construcción cultural de la feminidad varía de unas sociedades a otras especialmente a lo largo de la historia. En nuestra cultura está marcada por unos estrechos límites que niegan la pluralidad y diversidad de modelos y circunscribe a las mujeres a una tipología de la que resulta difícil salirse.

En el último siglo las mujeres han conquistado importantes derechos: el voto, el aborto, el divorcio y han progresado, también en libertades, poder, cultura y educación pero todo ello parece no haber modificado sustancialmente la relación que tiene con su cuerpo. En relación con los aspectos físicos no resulta fácil para la mujer aceptar los cambios que trae consigo el envejecimiento como la aparición de arrugas, canas, celulitis, barriga, etc (Barberá & Martínez., 2004).

La presión social de la belleza sigue presente en esta etapa, sin embargo en este momento de la vida de las mujeres son ellas las que se presionan en mayor medida para evitar envejecer sometiéndose a cirugías, vestimentas modernas y tratamientos que además de peligrosos resultan ser una forma de evasión de una realidad que cada vez será más difícil aceptar. En contra parte, existen mujeres que les gustaría pensar y comprobar que sus arrugas y su pelo blanco pueden ser vistos como signos de encanto, carácter y carisma, a las que les gustaría poder mostrar los signos de una vida significativa sin tener que avergonzarse de ellos, pudiendo sentirse orgullosas de su larga vida, sin embargo a estos grupos la opresión social y cultural ofrece poco apoyo para lograr sus objetivos (Barberá & Martínez., 2004).

▪ Sexualidad:

La sexualidad es un tema de importancia durante esta etapa, puesto que los cambios físicos que se generan cambian en mucho la vida de las mexicanas:

En primera instancia el hipoestrogenismo inherente al climaterio es el causante de estos cambios, los cuales pueden hacer la vida sexual de la mujer un verdadero suplicio al presentarse la falta de lubricación vaginal, con la dispareunia resultante, sangrado, la disminución importante del deseo sexual y la anorgasmía. La contraparte son las mujeres que utilizan una terapia hormonal sustitutiva, especialmente con andrógenos en quien el deseo sexual puede llegar a ser muy vivo y quien frecuentemente se topará con el obstáculo de que su esposo no es capaz de lograr una buena erección, lo cual puede ser sumamente frustrante para la pareja e incidir en su relación negativamente.

Recordando también que los varones con la edad pierden capacidades para la actividad sexual y las mujeres las aumentan, lo cierto es que estas sufren un mayor aislamiento social en lo que a la actividad sexual se refiere cuando son mayores. El doble estándar del envejecimiento sostiene más prejuicios acerca de la sexualidad de la mujer a partir de determinada edad que acerca de la sexualidad de la misma.

Generalmente, los prejuicios sociales que manifiestan que el deseo y la satisfacción sexual no son propios de la vejez consideran que los cambios físicos que surgen durante esta etapa son causa de vergüenza, por lo tanto es preferible rechazar el sexo, además de que este ya no tiene la justificación de llevarlo a cabo con fines reproductivos.

Los cambios más notorios y que provocan mayor conflicto en la autoestima y esparcimiento sexual según Colin, Corlay, Ruiz y Vázquez (2000), son:

1. El cambio en apariencia de los órganos genitales de la mujer, puesto que en esta etapa cambia la forma simétrica de la vulva y se pierde, el tejido elástico y la grasa subcutánea disminuye, lo que hace que disminuya en volumen y pierda su elasticidad; la piel vulvar se hace más delgada y flácida paralelamente al adelgazamiento de la piel del cuerpo, lo que le da una apariencia de adelgazamiento, aplanada, lisa, brillante y reseca.
2. Las glándulas sebáceas y sudoríparas se atrofian y conforme avanza el proceso de envejecimiento, pueden observarse pequeños vasos cerca de la superficie.
3. Gradualmente se pierde vello púbico y axilar el cual se vuelve gris y escaso.

4. La hendidura vulvar se amplia por los desgarros y por el prolapso de los órganos genitales lo cual provoca relaciones sexuales dolorosas.
5. El tejido graso y elástico disminuyen y aumenta la cantidad de tejido conectivo en los labios mayores, lo que provoca que disminuyan su tamaño, grosor y pierdan su turgencia y casi desaparezcan. Esta pérdida afecta la capacidad funcional de los labios mayores, ya que la elevación, la congestión, la separación y la sensación de los mismos disminuyen conforme ocurre en la fase de excitación sexual.
6. Los cambios atróficos en la mucosa vaginal son más acentuados, ya que ésta es más débil a los cambios en los niveles de estrógeno, presentándose en el 71% a partir de los 61 años de edad y prácticamente en un 100% en las mujeres mayores de 65 años.
7. Muchas mujeres en esta etapa presentan dispareunia debido a la delicadeza de la vagina y con las relaciones sexuales, se excoria y sangra fácilmente, lo que se ve agravado por la vascularización y elasticidad de la tunica conjuntivo muscular, así como la tendencia de enfermedades de transmisión sexual por la pérdida de mecanismo de defensa del estrógeno, glucogeno y el ácido láctico.
8. La vaginitis atrófica senil, es una entidad frecuente que causa hemorragia menopáusica y disfunción sexual, la cual se caracteriza por los cambios atróficos pronunciados, que dan un aspecto de puntilleo rojizo en la vagina y ocasiona clínicamente leurrea, prurito, ardor. Todos estos cambios, contribuyen a que las contracciones expulsivas y la elevación involuntaria del útero durante la fase del orgasmo disminuyan.

Todos estos cambios fisiológicos imposibilitan que la mujer disfrute su sexualidad, lo cual genera en ellas enojo, frustración y tristeza debido a que no pueden cumplir con una necesidad básica de todo ser humano.

- Autoestima:

La enajenación social por la producción y reproducción de bienes y estilos de vida ambiciosos somete a estas mujeres en un proceso de duelo por la pérdida de la juventud y la productividad, cuyo sentido de vida se ve disminuido por la connotación de objeto inservible e improductivo. Estos adjetivos hirientes y los rechazos a los que son sometidas en muchas ocasiones son el detonante para que estas mujeres desarrollen

sentimientos de inseguridad, miedo, frustración y tristeza debido a que se perciben como una carga familiar y social, cuyo futuro solo representa la muerte. Y es que aunque en México existen rituales que veneran la culminación de la vida sigue siendo un proceso desconocido al que mucha gente le teme.

En contraparte existen las mujeres que trabajan y que buscan mostrar sus capacidades y su valor personal, laboral y social pero las cuales comúnmente son blanco de burlas injustificadas, rechazo y discriminación.

### Discriminación

La vejez es un factor de exclusión fuerte en todos los ámbitos debido a que la cultura mexicana, tiene una idolatría hacia el físico y por ende existe mucha dificultad para el reconocimiento y expresión de síntomas de envejecimiento, esto ocasiona una barrera para la comunicación entre la sociedad y este grupo.

Estos problemas de origen sociocultural impiden que las mujeres expresen ideas, problemas, aspiraciones e incluso síntomas físicos importantes y los oculten a sus médicos y familiares. Por ejemplo, los más comunes durante esta etapa son los que tiene que ver con los problemas urogenitales, ya que la cultura mexicana juzga a la mujer por su apariencia física y la incontinencia urinaria es un problema que acarrea con frecuencia un olor desagradable, lo que hace que la autoimagen se deteriore. Puesto que la incontinencia urinaria o fecal, puede llegar a ser severa, lo cual conlleva un retraimiento social y familiar en ocasiones importante, ocasionando una menor funcionalidad, una autoimagen negativa y una segregación que impide el esparcimiento social.

Otro aspecto importante, es el relacionado con el ámbito laboral el cual no está preparado para aprovechar las capacidades de la gente de experiencia y más bien opta por segregarlos bajo la perspectiva de que se trata de trabajadoras poco productivas que implicarían gastos médicos, productivos y económicos a cambio de pocos beneficios para ellos. Esta situación es un problema al que se enfrentan mujeres que tienen amplias necesidades económicas ya no solo de subsistencia sino de también de manutención física y estas situaciones contribuyen a que la salud física y psicológica de estas mujeres declive.

- Síndrome del nido vacío:

Este síndrome se refiere al término psicológico que describe el momento preciso en que los hijos abandonan el hogar y los padres se reencuentran como pareja. Esta situación generalmente causa conflicto debido a la distancia que las labores de ambos y los hijos interpusieron entre ellos, la cual los coloca en la posición de desconocidos que tienen la labor de reconocerse no solo como seres humanos sino también como pareja. Sin embargo, durante este proceso pueden ocurrir situaciones que afecten de manera negativa la relación, las cuales oscilan en descubrir que la distancia entre ellos conlleva infidelidades, que la partida de los hijos no puede ser superada por alguna de las dos partes o por simplemente porque el interés como pareja en el otro desaparece. Estas situaciones generalmente afectan en mayor medida a las mujeres, debido a que éstas aun crecieron con principios sociales y morales muy arraigados que satanizan el fracaso matrimonial. Así mismo, la mujer resiente en mayor medida la ausencia de los hijos, ya que gran parte de las mujeres que actualmente se encuentran en esta etapa son mujeres que crecieron bajo la única consigna de ser madres, lo cual las deja vacías en el momento de la partida de los hijos. Este proceso generalmente, va acompañado de sentimientos de tristeza y desánimo que de no lograr asimilarse pueden convertirse en agentes depresivos.

- Viudez:

La pérdida del esposo o de la pareja puede ocurrir en cualquier momento de la vida de la mujer, sin embargo es en esta etapa donde ocurre con mayor frecuencia y donde su asimilación es más difícil, debido a que se unen variables que complican el proceso de duelo. Entre ellas está el rechazo familiar, la falta de recursos económicos y de oportunidades para acceder a un trabajo, la falta de salud y la soledad. De tal forma, que este proceso de duelo que generalmente produce cuadros depresivos propios del mismo se vuelven crónicos y se agudizan debido a estos factores.

- Incapacidad Física, Psicológica y Social:

El declive fisiológico y la prevalencia de enfermedades que caracterizan esta etapa provoca que tanto fisiológica como cognitivamente existan niveles de incapacidad



para desarrollar cierto tipo de actividades conforme la edad aumenta. Sin embargo, estas cuestiones biológicas no son las principales causantes de incapacidad, sino que los prejuicios y límites sociales que se le adjudican a esta etapa son los que generalmente encasillan a estas mujeres y las convierten en personas poco activas que no buscan la manera de desarrollar diversas actividades conforme sus posibilidades físicas, de tal manera que la apatía producto de la etiqueta social impide que estas mujeres sigan teniendo aspiraciones y actividades que las motiven a vivir una vida digna y feliz a cambio de una vida aburrida, depresora y frustrante.

## CAPÍTULO 3

### CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIAL DE LA DEPRESIÓN EN LA MUJER MEXICANA

Es así como se muestra que todas las mujeres mexicanas experimentan situaciones que las llevan a desarrollar problemas de depresión sin importar su edad, su estatus económico y social, su escolaridad, etc. Es por ello que resulta trascendental no solo conocer las causas sino también las consecuencias que ésta conlleva retomando los aspectos biopsicosociales de mayor importancia.

#### **3.1 Consecuencias Físicas**

Estas se refieren a los costos biológicos, funcionales y anatómicos que se relacionan con la depresión, los cuales ocurren de manera cíclica es decir, tanto la enfermedad conlleva a la depresión como la depresión misma puede desencadenar la génesis de una enfermedad física.

Echarri y García (1999) mencionan que al igual que la depresión femenina las enfermedades agudas e incapacitantes por períodos más largos afectan más a mujeres que a los hombres. Estas diferencias se han atribuidos a los perfiles y morbilidad de cada sexo, a ventajas biológicas de la mujer y al entrenamiento que la mujer recibe a lo largo de su vida para detectar signos y síntomas y buscar ayuda, en su papel de cuidadora de su propia salud y la de su familia. Los hombres que son hospitalizados en mayor medida, sufren de discapacidades más graves y tienen una mayor mortalidad en todos los grupos de edad.

La correlación que existe entre las enfermedades agudas e incapacitantes con la depresión femenina ha sido estudiada desde dos ángulos; uno que tiene que ver con las enfermedades físicas y el proceso depresivo natural que las acompaña y otro que analiza las enfermedades como un proceso psicosomático.

### Enfermedad y Depresión:

El diagnóstico médico desfavorable trae como característica propia el sufrir un declive en el estado anímico del enfermo y es de esta forma como surge la depresión. La cual varía en gravedad dependiendo del grado de afección, de los recursos disponibles para atenderla ya sea médicos y económicos y principalmente por el miedo que provocan las consecuencias mismas de la enfermedad, ya sean incapacitantes, dolorosas e incluso que comprometan la vida misma.

Estudios realizados a esta relación han comprobado los efectos negativos que trae consigo la depresión en los procesos de enfermedad e investigaciones realizadas por Borja, Bustamante y Rascón (1994), mencionan que la mayoría de los estudios hospitalarios indican un aumento en la mortalidad, en el caso de los individuos deprimidos, los mejores estudios ofrecen resultados controversiales debido a las deficiencias en los métodos de estudio. Y otras explicaciones sugieren que la depresión conduce a conductas que promueven potencialmente la enfermedad, tales como el tabaquismo, la mala alimentación, el consumo de alcohol, los malos hábitos de sueño, lo cual puede conducir al mal desempeño en el trabajo, a la incapacidad laboral, social, etc. Así mismo, se ha sugerido que se presenta una subsecuente activación de los procesos biológicos de regulación neuronal, lo cual altera la capacidad del organismo para combatir procesos patológicos permitiendo que la enfermedad progrese. Por ende, la depresión también puede manifestarse con alteraciones de salud somáticas en úlceras, colitis, presión arterial alta, y otras enfermedades en las que se reconoce un componente psicológico relativamente alto especialmente en el caso de las mujeres debido a que gran parte de las enfermedades crónico degenerativas comprometen en mucho la vida de las mexicanas, puesto que tienen que cambiar sus hábitos de alimentación, sus actividades diarias e incluso se ven comprometidas las relaciones familiares y sociales.

Los trastornos médicos generales más depresógenos son el fracaso renal avanzado, el posinfarto de miocardio, el cáncer, el sida y las afecciones endocrinas. Los datos cuantitativos son muy variables según las muestras de población tomadas, pero con un valor siempre por lo alto: los enfermos de las cuatro primeras clases mencionadas son afectados por la depresión en una proporción entre el 20 y el 50 por ciento. Los trastornos endocrinos que guardan una mayor relación causal con la depresión son los de la hipófisis, la tiroides y las cápsulas suprarrenales. La mayor parte de los trastornos orgánicos cerebrales se acompañan de depresión con alta frecuencia.

Así ocurre con la enfermedad de Parkinson, los traumatismos craneoencefálicos y un largo etcétera (Fernández,).

### **3.2 Psicomaticidad de la depresión y su relación con enfermedades físicas:**

En el DSM-IV-RT se define un epígrafe de Factores Psicológicos que Afectan al Estado Físico. Este término sustituye al más tradicional denominado “psicosomático” y en él se incluyen aquellos trastornos en los que se observa que los factores psicológicos influyen negativamente o son causantes de la enfermedad médica. Así mismo, se observa una íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o exacerbación de la enfermedad médica y el retraso en su recuperación a consecuencia de los factores psíquicos, los cuales son de muy diversa índole: los trastornos mentales entre los que por supuesto se encuentra la depresión, la personalidad, las conductas desadaptativas, y otros factores no estrictamente psicológicos como los sociales o personales (Weissman, 2002).

La conceptualización de la psicomaticidad menciona tanto la importancia del orden psicológico (psique) como lo orgánico (soma) dentro del ser humano, siendo esta una de sus características primordiales centrándose en el hombre-enfermo y no en la enfermedad permitiendo así objetivar lo subjetivo, tomar en cuenta tanto los procesos psíquicos como somáticos y ver su interacción entre sí, lo cual permite una mejor comprensión de lo patológico en sus diversas realidades, biológica, psíquica y social en sus diferentes producciones reales imaginarias y simbólicas (De la fuente, 1959).

Según Insua (1995) la medicina psicomatica tiene como objeto de estudio las relaciones etiopatogénicas entre la vida psíquica y los trastornos somáticos funcionales, orgánicos y lesionales, y nos da tres diferentes acepciones de este término:

1.- Es la actitud médica que tiende a tomar en consideración los factores psicológicos como un elemento de la totalidad de datos que se requieren para comprender una situación acaecida en la unidad del organismo.

2.- Refiere a todo síntoma en el cual la manifestación somática es la expresión directa de las emociones.

3.-Refiere a una manera peculiar y prevalente con la que ciertos sujetos reaccionan a sus condiciones de vida.

Riven (2003), aporta otra definición refiriendo que la enfermedad psicosomática se define como una reacción física ante un estado conflictivo en el cual se observan cambios en el cuerpo y se desarrolla una enfermedad orgánica, ya que dichos padecimientos no tienen una sola causa, en ellos influyen factores tanto biológicos como biopsicosociales. Debido a que gran parte de nuestra vida transcurre o se encuentra inmersa en constantes estados de estrés, ira, depresión, ansiedad, estos son factores que nos hacen susceptibles a enfermar y desarrollar un proceso psicosomático.

La lente de la perspectiva psicosomática visualiza a la depresión como una causa- efecto, es decir que no existe un patrón generalizado para que exista la depresión, ya que ésta se puede dar por una deficiencia del funcionamiento cerebral y tener implicaciones en el comportamiento y en la salud orgánica como en una situación sociales que se manifieste como complicación del cuadro depresivo.

La importancia de la psicosomaticidad radica no solo en las conceptualizaciones que se pueden tener de ella sino en los importantes aportes científicos que ha significado grandes avances para la vida moderna. Este largo caminar en años, investigaciones y esfuerzos han servido para confirmar tanto biológica, como psicológica y socialmente que el ser humano es complementario y su estudio debe ser multidisciplinario.

Los antecedentes históricos de la psicosomaticidad surgen en Europa en torno a la concepción psicogénica de la enfermedad, entendiendo por psicógena la determinación de la enfermedad humana por factores psicológicos, dentro de estos factores se destaca el papel de las emociones y los procesos psiconeuronales que también tienen un largo caminar. En los casi 70 años transcurridos desde la afirmación profética de Freud, se han producido notables avances tanto en el conocimiento de la fisiología como en la capacidad para tratar muchos de los grandes trastornos médicos que han acosado a la humanidad en el siglo XX, incluyendo los trastornos afectivos y la esquizofrenia. En casi un tópico afirmar que se ha adquirido el 90% de conocimiento del sistema nervioso central. Las proyecciones serotoninérgicas desde el núcleo del rafe hacia el tallo cerebral se han descrito con bastante detalle como parte de un sistema de

proyección topográficamente amplio que encaja con su supuesta función en la fisiología de la depresión. Dado que la depresión como síndrome incluye síntomas en varias áreas psicológicas y conductuales (alteración del sueño, del apetito, del impulso sexual, del estado de ánimo, del funcionamiento del sistema nervioso vegetativo y de la función inmunitaria). Así como la alteración del estado de ánimo y endocrinas, cada sistema neurotransmisor único propuesto como integrante del proceso de la enfermedad debe inervar varias de las regiones cerebrales que participan en el funcionamiento fisiológicas alteradas en la depresión. El descubrimiento más destacable de la psiquiatría biológica es el incremento de la actividad del eje hipotálamo- hipo físico- suprarrenal en los pacientes deprimidos que no reciben medicación. Existe un consenso considerablemente en gran parte, por el exceso de secreción de la hormona hipofiotrópica hipotalámica que estimula la secreción de las hormonas de adrenocoticotrópica en la glándula pituitaria anterior. El CRF también se encuentra en áreas extrahipotalámicas, especialmente en las áreas que supuestamente intervienen en la regulación del afecto, como la amígdala, el córtex cerebral, el locus, el rafe y otras regiones del sistema límbico. Cuando produce numerosos afectos similares a los signos y síntomas observados en los pacientes deprimidos. Estos signos y síntomas incluyen la disminución del apetito y la pérdida de peso, la disminución del comportamiento sexual, un mayor temor a las situaciones nuevas y las alteraciones psicomotoras (Weissman, 2002).

### **3.3 La psicopatología en la mujer mexicana:**

Salgado y Maldonado (1993), mencionan que la psicopatología como síntoma depresivo en mujeres de origen mexicano ha sido ampliamente documentada y los resultados confirman que la somatización es única vía de expresión.

Esta forma de expresión refiere nuevamente el papel de inferioridad y de temor que sufre la mujer mexicana al no poder expresar sus sentimientos. Lo cual provoca que conciente e inconcientemente genere diversas formas para sobrellevar este sufrimiento entre los cuales se encuentra la psicopatología. La cual sugiere que gran parte de las afecciones físicas que sufren las mujeres están relacionadas con problemas depresivos, de los cuales muchas de ellas ni siquiera están enteradas o que tienen el temor de referir que son mujeres deprimidas y ser castigadas o señaladas.

Las emociones negativas guardadas en la mujer mexicana son la realidad diaria a la que se enfrentan pero de la cual no conocen sus consecuencias y es que según menciona López (2006) las emociones guardan mucha relación con los órganos, los cuales además tienen memoria. De tal modo, que las pequeñas preocupaciones, dolores físicos desde el inicio de la vida y que frecuentemente se olvidan, dejan siempre una huella, esto forma la memoria en los órganos, que queda latente y siempre pueden temerse rebotes posteriores. Una emoción pasada y guardada en algún órgano puede posibilitar que se desarrolle un padecimiento, los síntomas pueden ser menos agudos y menos espectaculares, pero pueden ser también más serios como una crisis de asma, úlcera de estómago, eccema, psoriasis, colitis y cistitis.

Un ejemplo de ello, es el miedo que es un agente depresor fuerte en la psicología de las mujeres mexicanas. El cual tiene correlación con la psicomaticidad debido a que no solo es un proceso psicológico sino también fisiológico que se presenta en toda situación de peligro porque gestiona el instinto de supervivencia y recibe la información emocional y suscita respuestas inmediatas y no controladas como el aliento entrecortado, el sudor frío, el pánico, la huida, el combate, etc. Este además conlleva suscritos psicológicos destinados a personas, situaciones u objetos que de manera subjetiva la mujer unifica y percibe como agentes incitadores de miedo.

Así como el miedo existen investigaciones que comprueban que la depresión se ha convertido en un problema psicósomático para la población femenina y que es un fenómeno que siguen muy en aumento. Esta correlación de aspectos físicos con sucesos depresivos menciona los siguientes padecimientos como consecuencia:

### ***3.3.1 Sistema Ginecológico:***

Evidentemente, el sistema más relacionado y comprometido en la vida de las mujeres que se relaciona con la depresión es el sistema gineco - reproductivo, puesto que de este depende no solo la facultad reproductiva de la misma sino que también se relaciona con gran parte de los prejuicios sociales, familiares y personales que la pueden llevar a desarrollar problemas psicósomáticos relacionados con la depresión.

### Infertilidad o Esterilidad:

Hoy en día existen muchos casos de infertilidad que son atribuidas a causas orgánicas, como: las disfunciones en la ovulación, endometriosis, obstrucción de trompas en el caso de la mujer. O a la oligospermia, astenospermia e impotencia severa en el caso del hombre o a situaciones que son médicamente inexplicables y que por esto mismo se les agrupa con una sigla común ESCA (Esterilidad Sin Causa Aparente). Esta incapacidad reproductiva médicamente se diagnostica cuando la pareja es analizada física y anatómicamente y resulta capaz para procrear y que aún con eso no surge un embarazo. (Cincunegui & Kleiner, 2004)

Las ESCA tienen diversas causalidades, entre las cuales se encuentra la relación con agentes psicológicos y de manera muy especial con la depresión.

Insler y Lunenfeld (1986) mencionan que aun cuando existe muy poca información sobre el papel de factores psicológicos en la infertilidad es un tema recurrente en cuanto atribución de causas. Una amplia variedad de disciplinas han discutido sobre todo la relación entre el estrés asociada con una larga de vida marital sin hijos o con inestabilidad en pareja diferente a lo que se observó en parejas recién casadas con mayor fertilidad por la falta de estrés. Claramente el estrés psíquico no es el único componente psicológico que podría promover la menor fertilidad pero si es uno de los más importantes.

La vivencia de esterilidad se manifiesta en forma coincidente con muchas circunstancias vitales, especialmente aquellas relacionadas con momentos de depresión y sobre todo con el duelo. Además se acompaña con la sensación de que nada tiene, tuvo o tendrá sentido. En consecuencia de la percepción de la inevitabilidad de la propia muerte, de los seres más queridos y se encuentra directamente vinculada con la impotencia. Es por ello que se considera que este momento debe estar permeado de certificación externa de valor, protección y amor, la que sería confirmada por la presencia del hijo; como ejemplo de capacidad y como demostración de ser impredecibles para algo o para alguien (Meladoff, 2005).



El tratamiento para la infertilidad recurrentemente va acompañado de recomendaciones en cuanto a la relación sexual que debe tener la pareja, es decir este contacto deberá cumplir con ciertos requerimientos para lograr el tan anhelado embarazo. Los cuales van desde tener un registro de los días más apropiados para tener relaciones sexuales, la necesidad de abstinencia temporal, la toma y registro de la temperatura basal, etc. Esto convierte sin intencionalidad al médico en un juez calificador que incluso se sugiere que controla hasta las emociones de los implicados, y esto genera angustia, malestar e incomodidad profunda, haciendo que la pareja se sienta observada y calificada en su vida sexual. Así mismo, se provoca que el sexo programado se torne mecánico e insípido; ya que se realiza cuando es conveniente y no cuando se desea, se pierde la espontaneidad y el deseo natural. El tener que salir del trabajo para asistir a una cita médica indudablemente genera situaciones emocionales, la toma repetida de muestras biológicas que permitan estudiar la calidad del esperma y del moco vaginal, así como la pruebas poscoitales, orillan a las parejas hacia situaciones en las que se viola la intimidad y se exponen datos y situaciones íntimas de ellos (Moscona, 1990). Estas situaciones generan estrés entre la pareja y sobre todo en la mujer que no solo tiene que cargar con la moral de no poder tener hijo sino que también tiene que enfrentarse a los conflictos de pareja que ocasiona la lejanía que promueven los tratamientos ginecológicos de infertilidad y esto como círculo vicioso repercute directamente no solo en sus estado de ánimo, sino también en su funcionamiento orgánico que vuelve cada vez más lejana la posibilidad de procrear.

Otro agente depresor y que tiene que ver con la causalidad de la infertilidad es la sociedad y la familia, los cuales esperan que todas las parejas tengan hijos durante los primeros años de matrimonio y los temas de conversación, principalmente femeninos, giran en torno a la maternidad, la sociedad no prepara psicológicamente a sus miembros para sobrellevar la dolorosa experiencia de la esterilidad; generalmente se presenta un periodo de tremendo desajuste, ansiedad y desorganización. El considerar que la situación es transitoria ayuda momentáneamente a la pareja, la cual se aferra a la esperanza de un pronto embarazo. Por lo general el tiempo modifica el choque psicológico inicial y la dificultad para aceptar la realidad se convierte en un estado de agresión contra la misma pareja y sus familiares, contra el médico y en general contra la sociedad. La pareja se siente segregada y recelosa por lo que otras personas logran sin dificultad. La frustración y la agresión aumentan gradualmente, al igual que la

desesperación y las impotencias, pues nada ni nadie parece poder ayudarle. Se incurre en conductas autodestructivas como un castigo por lo que su cuerpo no es capaz de generar, e incluso uno de los cónyuges puede volcar su agresión en el otro haciéndolo sentir inútil, puesto que predomina el sentimiento depresivo, el sufrimiento se presenta un deseo de aislamiento y soledad en un intento para huir de las reuniones sociales para evitar las preguntas incómodas (Moscona, 1990).

La presión que surge al no poder concebir se psicosomatiza y hace que sean principalmente las mujeres las que se sientan culpables de no poder concebir y recurrentemente sean ellas las que acuden en primera instancia con el médico. De tal forma que la consulta médica por este motivo representa para la mujer una sensación de impotencia fecundativa y llega con el convencimiento de ser la causante del problema de pareja, es aquí cuando la atención médica debe referir la ayuda psicológica complementaria ante la angustia que acarrea una menstruación que se produce cuando se espera lo contrario. Por consecuente, esta angustia va condicionando un cuadro que es preciso revertir con la explicación sistemática de la necesidad de la tranquilidad, puesto que por medio de varios estudios se ha comprobado que un a vez que una pareja se decide a adoptar, el estrés y la angustia bajan y es en este momento donde se produce el embarazo (López, 1986). Así como este agente social que causa depresión y que conlleva a la infertilidad, existe otro que es el miedo inconsciente que sienten muchas mujeres ante el embarazo y el parto, ya que aún cuando sienten la necesidad biológica y social de procrear su inconsciente manifiesta miedo que paraliza el funcionamiento biológico de la ovulación y evita el embarazo.

La aceptación de la infertilidad por un lado ofrece alivio psicosomático debido a que representa el final de un sufrimiento y un duelo, sin embargo también puede representar el inicio de un cuadro crónico mayor debido a que llega siempre acompañado de un sentimiento de profunda depresión ya que implica abandonar la lucha, aceptar aquello que parecía inaceptable, cambiar la perspectiva del futuro para así resignarse. Esta etapa implica una reestructuración de la vida emocional de la pareja para aceptarse nuevamente y establecer la propia estigma y valía aun sin poder procrear. La sexualidad adquiere un nuevo sentimiento de no ligarse a la procreación y la formulación de nuevos proyectos (Moscona, 1990).

### Consecuencias Psicosomáticas del Embarazo

Baudet, De la Rica, Gauquelin, y Pean (1979) mencionan como metáfora que si la úlcera es una enfermedad que podría llamar típicamente masculina, los trastornos genitales de origen psicosomático, por el contrario los encontramos, sobre todo en las mujeres esto se comprende fácilmente dada la importancia de llamarlo sexo débil del metabolismo de la fecundación y la reproducción. Puesto que según sus investigaciones una gran cantidad de mujeres experimentan embarazos nerviosos en los cuales un número de signos del embarazo real son simulados, tales como la hinchazón de senos, aumento de peso, calambres, dolores dorsales y problemas dermatológicos eran consecuencia directa de haber sido mujeres más mimadas durante su infancia y en particular en el momento de las enfermedades infantiles o por el contrario las que habían estado durante mucho tiempo privadas de afecto. Las primeras habían tomado la costumbre de depender siempre de alguien. Las segundas continúan deseando ser protegidas y queridas. El clima de ansiedad en el que algunas mujeres esperan su hijo, pueden explicarse por los temores específicos que refuerzan este momento capital de su vida genital. Así a los embarazos difíciles, dolorosos, sistemáticamente acompañados de trastornos somáticos diversos, incluso los que se interrumpen antes de su término natural, corresponden muy a menudo, procesos psicosomáticos, estos trastornos se declinan generalmente en las mujeres nerviosas, tensas, cuya ansiedad es un rasgo de carácter dominante. Hay pues una unión directa entre la angustia relativa de la sexualidad y ciertas respuestas fisiológicas, como la contracción uterina. Así mismo, consideran que la unión de la naturaleza psicosomática es tan importante que, en ciertos casos de gran ansiedad algunas mujeres llegan a la incapacidad de poder concebir. Esto se respalda en las aportaciones de Berhman, el cual realizó estudios empíricos por medio de test psicológicos a mujeres, de las cuales cinco se mostraron pasivas y angustiadas por su sexualidad, cuatro no parecieron ni pasivas, ni ansiosas y solo una se situó en la media. A cada una de estas mujeres se les dio un balón-sonda que les fue colocado en el útero y que servía para medir las contracciones uterinas. Se presentaron sucesivamente diferentes estímulos sexuales y no sexuales. Los resultados de este experimento aportaron que el útero se contrae en todos los estados de estrés o de refuerzo emocional como; temor, miedo y excitación sexual. Por lo tanto, las contracciones uterinas corresponden a sentimientos psicológicos, lo cual confirmó que las mujeres que estaban particularmente ansiosas a propósito de su sexualidad, tenían

contracciones uterinas más frecuentes con los estímulos sexuales; que las que no estaban angustiadas y esto hasta tal punto que en el momento de la presentación de los estímulos sexuales, las mujeres angustiadas provocan la salida del balón del conducto vaginal sin darse cuenta de ello, al menos tres de cada cuatro veces. Este tipo de comportamiento en particular el reflejo de la expulsión permite comprender la dificultad que tiene algunas mujeres para poder fecundar y/o de llevar el embarazo al término. La angustia provoca contracciones uterinas de rechazo, que son incompatibles con una buena probabilidad de concepción o de gestación. Únicamente la disminución de la ansiedad permite que desaparezca la infertilidad.

Por otro lado, el fenómeno de madres maduras obedece también a los avances en medicina de la reproducción pero irremediamente también refleja que con el pasar de los años las mujeres dejan de lado la maternidad y deciden embarazarse en una edad biológica donde existen mayores complicaciones orgánicas que se unen a la problemática de la depresión como consecuencia de tener que someterse a procesos delicados y frustrantes, además de sentir que tienen el tiempo en contra.

Otra situación relacionada a las consecuencias biológicas de la depresión tienen que ver con el problema que representa el estrés y la angustia en el proceso de procreación a edad avanzada, ya que mientras no se retomen los aspectos psicosomáticos de la infertilidad como se ha venido mencionando el pasar del tiempo se vuelve irremediamente un agente que complica en mayor medida el cuadro no solo depresivo sino también orgánico y funcional que pone en riesgo la vida de la paciente.

Las tasa de fertilidad en mujeres mayores de 30 años incluso en aquellas cercanas al climaterio, son en la actualidad aceptables. Problemas funcionales como falla ovárica prematura e infertilidad tienen en este nuevo arsenal terapéutico. Sin embargo, las complicaciones en estos embarazos han sido motivo de amplia controversia. Debido a que la fertilidad y la fecundidad decrecen inevitablemente con la edad materna; dicha fertilidad disminuye modestamente a partir de los 30 años para ser más notoria posterior a los 35 años. La baja calidad de la producción de los oocitos parece ser la primera causa. Un punto importante cuando se habla de edad materna avanzada y embarazo lo constituye sin lugar a dudas las anomalías cromosómicas. El riesgo de aberraciones cromosómicas, aumentan de manera considerable a los 35

años, con un incremento mayor a partir de los 40 y un pico máximo a los 45 años. El síndrome de Down que es la anomalía genética más frecuentemente en la mujer de edad avanzada aumenta su incidencia importantemente a los 40 años. El riesgo de aborto en mujeres de avanzada edad también se ve incrementando hasta en un 20 y 40%, siendo en muchos de los casos secundario a alteraciones cromosómicas. El común denominador que durante mucho tiempo ha prevalecido en las llamadas madres añosas es el de una alta morbimortalidad materna y perinatal. Dicha morbimortalidad se explica en función de las complicaciones inherentes a la edad, tales como hipertensión arterial sistémica crónica, diabetes mellitas, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, amenaza de parto prematuro entre otras que traen como consecuencia un alto índice de secuelas perinatales. Ante estos resultados la mujer que desea posponer la maternidad, debe evaluar de manera objetiva dichos riesgos, aunque no necesariamente deben temer a la maternidad demorada. El Instituto Nacional de Perinatología reportó que a partir de 1995 los embarazos de mujeres de mayor edad aumentó. Así mismo, se mencionó que agentes como el tabaquismo y el alcoholismo que también son situaciones que van en aumento en la vida de la mujer mexicana, contribuyen para acortar en aproximadamente la vigencia reproductiva del ovario, ya que estos también involucran estados de desnutrición por la mala alimentación o intoxicación directa (Vázquez, 2000).

#### Preclampsia:

Otro factor relacionado con los problemas psicosomáticos son los que se relacionan con las complicaciones durante el embarazo como la preclampsia.

Según Bustamante, Cano, Sánchez, Tobón y Vinaccia (2005) los principales agentes psicosomáticos aunque no son claros mencionan como hipótesis que durante el afrontamiento de un evento estresante hay secreción de hormonas vasoactivas y otros transmisores neuro-endocrinos, los cuales podrían aumentar el riesgo de hipertensión en las mujeres embarazadas. Por otro lado, las mujeres embarazadas con preclampsia, además de compartir algunos malestares con todas las mujeres embarazadas (por ejemplo náuseas, dolor de cabeza y temor a la pérdida del bebé), sufren de malestares propios de su complicación, debido a las hospitalizaciones prolongadas, la medicación y las continuas evaluaciones médicas. Es por ello, que la misma enfermedad puede alterar el funcionamiento psicológico y afectar la autopercepción del embarazo, induciendo

actitudes desfavorables ante éste y generar más quejas somáticas, en comparación con aquellas mujeres cuyo embarazo es normal.

#### *Pseudociesis:*

Comúnmente, conocido como embarazo psicológico, es aquel donde una mujer puede presentar los signos y síntomas del embarazo, tales como distensión abdominal, el crecimiento de los senos, pigmentación, interrupción de la menstruación y vómitos (Urbina & Villaseñor, 2005).

Este tipo de embarazos se debe a agentes psicosomáticos, es decir el anhelo y el deseo e incluso las distorsiones de cuadros depresivos graves son tan fuertes que permiten activar los agentes fisiológicos para que el mismo organismo funcione y desarrolle los cambios que genera un embarazo aunque éste no exista.

#### *3.3.2 Sistema Metabólico:*

El síndrome metabólico (SM) es una entidad clínica caracterizada por la asociación de varias enfermedades vinculadas fisiopatológicamente a través de la resistencia a la insulina e hiperinsulinemia cuya expresión clínica puede cambiar con el tiempo, según la magnitud de las mismas, presentando un alto riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular aterosclerótica; y aunque sus componentes y asociaciones han sido descritos desde 1920, es en los últimos años en que se ha realizado su importancia.

El SM se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI, su presencia se ha asociado a un incremento de 5 veces la prevalencia de DM2 y hasta 3 veces de enfermedad cardiovascular. La morbilidad y mortalidad prematuras debidas a estas patologías podrían desequilibrar completamente los presupuestos sanitarios de muchos países desarrollados o en vías de desarrollo. Considerando así que los principales factores de riesgo detectados para la presencia de SM fueron la obesidad, depresión, antecedente de hipertensión arterial y frecuente ingesta de grasas y carbohidratos. Todos los anteriores nos orientan a realizar el análisis acerca del estilo de vida de nuestra población, ya que está demostrado que los cambios intensivos en este estilo de vida, entre los que se incluye al ejercicio y las modificaciones dietéticas, son la piedra angular en el tratamiento de la obesidad y

trastornos metabólicos, por lo que valdría la pena intentar establecer (Chavarría, Loria & Montes de Oca, 2008).

El estrés asociado con cuadros depresivos también tienen repercusiones psicosomáticas importantes debido a que provocan reacciones a nivel conductual (estrategias de afrontamiento) y fisiológico (síntomas psicosomáticos como: dolor de estómago, espalda, brazos, piernas, cabeza, pecho, vértigos, falta de aire, estreñimiento, indigestión, entre otros). Por último, se plantean relaciones directas de algunas variables con los síntomas psicosomáticos, que han sido comprobadas por estudios empíricos (autoestima y estrés; apoyo social y estrés; depresión; ansiedad). (González y Landero, 2007). A su vez los trastornos que producen complicaciones principalmente gástricas conllevan complicaciones mayores entre las que se encuentran las hemorroides, el cáncer de estómago y colon, la gastritis y úlceras crónicas debido a la estimulación y activación de jugos gástricos durante los procesos estresantes.

### *3.3.3 Sistema Inmunológico:*

Uno de los sistemas que se han observado más comprometidos son los que corresponden a los sistemas inmunológicos, de los cuales aproximadamente un 54% de los pacientes deprimidos pueden exhibir títulos incrementados de anticuerpos antifosfolípidos (auto inmunidad). Otras anormalidades inmunológicas encontradas en pacientes deprimidos han sido una disminución en la respuesta proliferativa de los linfocitos a la estimulación de mitógenos, una disminución de la actividad de las células naturales asesinas y una disminución en la respuesta proliferativa de los linfocitos a la estimulación de mitógenos (hallazgos poco consistentes). Las alteraciones del sistema inmune en la depresión mayor no parecen ser para algunos un correlato biológico específico de estos trastornos, sino que podrían presentarse asociadas a otras variables características de los pacientes depresivos como la edad y la gravedad de los síntomas (Rozados, 2008).

Así mismo, estos problemas de inmunidad dañan en mayor medida a las mujeres, ya que estas presentan mayor cantidad de cuadros infecciosos relacionados con enfermedades venéreas a consecuencia de la baja de defensas durante los cuadros depresivos donde las complicaciones van desde ser causantes de infertilidad orgánica

hasta desarrollar cáncer cervicouterino. Un ejemplo de ello, es la oclusión ovárica que sigue siendo una de las causas principales de infertilidad. Presumiblemente, la obstrucción, sea completa o parcial, es una consecuencia de la infección, ya sea transmitida sexualmente o después de un embarazo o aborto. En todo caso, cuando las consecuencias de una infección genital en la mujer o en el hombre se presume que son las bases de la infertilidad.(Insler & Lunenfeld, 1986)

#### *3.3.4 Cáncer de Mama:*

Desde hace décadas, el cáncer de mama se ha incrementado en grado notable alrededor del mundo, sobre todo en los países occidentales y este crecimiento permanece, a pesar de que existen mejores instrumentos diagnósticos, mejores tratamientos y mayor conocimientos de factores de riesgo. En México el cáncer de mama también ha mostrado un aumento en los indicadores de salud. La incidencia calculada es de 38.4 por 100 000 mujeres y la mortalidad estandarizada se ha duplicado en los últimos veinte años. Los factores de riesgo identificados en la población incluyen edad tardía del primer embarazo, disminución de la duración de la lactancia, sedentarismo, incapacidad y elevado consumo de carbohidratos, combinado con el incremento de la obesidad. Por otro lado, el estudio de los factores relacionados con el pronóstico de la enfermedad ha enfatizado la importancia de las características celulares notificadas con más frecuencia, incluye la estirpe histológica. La distribución de la edad mostró que el grupo de mujeres de 35 a 44 años correspondió a 28.5%, el de 45 a 54 años a 24.5%, el de 55 a 64 años a 76%, el de mayores de 65 años a 22.8% y por último, el grupo de menores de 29 años registró la menor frecuencia con 6.7% (Alonso, Duarte, Flores, Lazcano Salazar & Torres ,2008).

Así mismo, se ha demostrado que el cáncer de mama tiene una correlación psicosomática con la depresión debido a que ésta puede empeorar cualquier otra condición patológicas o comórbida, un reciente estudio refiere que las mujeres con antecedentes de depresión tienen una posibilidad cuatro veces mayor de desarrollar cáncer de mama en el lapso de 13 años (Rojtenberg, 2001).

Así mismo, se considera como una consecuencia grave de la depresión debido a que ésta causa inmovilidad e incapacidad psicofisiológica y en algunos casos promueve



trastornos alimenticios, lo cual contribuye a que las mujeres se enfrentan a situaciones de riesgo como a la obesidad y diabetes que pueden ser el preámbulo de patologías tan graves como esta.

Paradójicamente, se han realizado estudios que comprueban y al mismo tiempo niegan la hipótesis anterior. Lazcano, Llenaras, López, Mainero, Romieu, Ortiz y Torres (2008) mencionan a través de los resultados de diversos estudios de observación, que la actividad física vigorosa reduce el riesgo de padecer cáncer de mama, sin embargo el papel de la actividad física moderada es aun incierto. Debido a que existen diversas hipótesis sobre los mecanismos biológicos que explican el vínculos entre actividad física moderada y el riesgo de cáncer de mama que incluyen cambios en el metabolismo de las hormonas sexuales, resistencia a la insulina y factores de riesgo. Sin embargo, este resultado difiere por el estado de la menopausia es decir, en mujeres premenopáusicas se sugiere que la obesidad disminuye el riesgo de cáncer de mama por la leptina (hormona producida por los tejidos aditivos), la cual impide la producción de estrógenos ováricos, que tienen efecto mitógenos en las células del tejido mamario. Por el contrario, en las mujeres menopausias la obesidad viene apareada a un aumento en el riesgo de padecer cáncer mama debido en parte a que el tejido adiposo es el sitio de mayor producción de estrógeno y a que existe una disminución de los valores de la hormona liberadora de hormonas sexuales. Además de observar que la actividad física moderada es un factor protector de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas; estos estudios son consistentes con estudios previos de casos y controles, de cohorte y con el informe de revisión sistemática. Sin embargo el hallazgo debe interpretarse con cautela debido al reducido número de mujeres premenopáusicas que abarcó este estudio. Debido también a que tal vez la actividad física reciente haya ocasionado la reducción de peso en estas mujeres y, por tanto, su posibilidad de desarrollar cáncer de mama. Este estudio documento una modificación del efecto de la actividad física por condición de menopausia sobre el riesgo de cáncer de mama. Este resultado es consistente con estudios publicados de manera previa en el sentido de que la actividad física ejerce mayor efecto sobre el cáncer de mama en las mujeres posmenopáusicas. Llama la atención que, según el estudio mencionado, a pesar de que la mayoría de las mujeres realiza por lo menos media hora en actividad física moderada, 42.3% son obesas. Esto quizá se deba a que la actividad física moderada que realizan no sea efectiva para reducir el peso sino para mantenerlo, o que influyan otros factores como predisposición

genética. Los datos sugieren que las mujeres del estudio pueden reducir de manera importante el riesgo de sufrir cáncer de mama mediante la realización de actividad física moderada. De igual forma se estableció que la mujer mexicana llevo acabo más actividades del hogar y del trabajo que de actividades recreativas. Es de esta forma que los estilos de vida de las mujeres de este país aunados a la depresión pueden generar o contribuir en complicaciones graves de salud.

### *3.3.5 Trastornos Respiratorios:*

Los ataques de pánico, ansiedad generalizada, el estrés y la depresión se relacionan con las respuestas fisiológicas que provocan debilidad en el sistema inmunológico y por lo general suelen presentar resfriados o complicaciones respiratorias sin causa aparente. Es por ello, que cuando se experimentan situaciones relacionadas a estas variables surgen enfermedades respiratorias que son difíciles de erradicar con medicamentos o con remedios caseros debido a que el sistema inmune se encuentra comprometido no solo por virus sino también agentes psicológicos que complican la recuperación.

## **3.4 Consecuencias Psicológicas de la Depresión:**

La depresión en sí tiene costos altos para la mujer mexicana, debido a que le impide realizar sus actividades físicas, laborales, familiares y sociales de manera adecuada, de tal forma que esta serie de incapacidades puede generar en ella el desarrollo de nuevos trastornos psicológicos que complican más el cuadro depresivo.

### *3.4.1 Baja Autoestima*

La autoestima se define como la confianza que se tiene de sí mismos en la capacidad de pensar de manera positiva o negativa y saber reconocerlo, además de tener la seguridad para actuar y lograr lo deseos y las necesidades que produzcan bienestar. Sin embargo, existe la contra parte, es decir cuando la autoestima es baja acecha el miedo a la realidad, provoca rechazo, desprecio, apatía, frustración, enojo e insatisfacción hacia sí mismo. Estos pensamientos característicos de la depresión hacen que las circunstancias generen desconfianza, aislamiento y soledad que

involuntariamente se convierten en depresión grave. Además de que provocan serios conflictos familiares y sociales a consecuencia de las conductas que le preceden a estos sentimientos que son la hipersensibilidad a la crítica, el sobreardecimiento que genera seguridad momentánea que elimina los sentimientos de inferioridad, la tendencia a culpar a los demás, temor a la competencia y la auto recriminación.

La depresión misma provoca factores importantes que contribuyen a la obesidad. Por ejemplo comer es un reforzador positivo mayor para los obesos porque supone una actividad más agradable que para las mujeres de peso normal, mientras que para otras el comer es un esfuerzo negativo de emociones perturbadoras, es decir, puede eliminar la ansiedad, la depresión y el malestar.

Por lo tanto la obesidad, es otro factor que repercute en la autoestima que viven las mujeres actuales son los que se relacionan con la apariencia física a consecuencia de los estándares de belleza que se han propagado y que no corresponden a la realidad de las mexicanas, estos han dado pauta para que surjan los trastornos alimenticios. Y que se complican con los cuadros depresivos.

#### *3.4.2 Bulimia y Anorexia*

La presión de una imagen perfecta contribuye a las dificultades de asumir el propio cuerpo, a través del tiempo, la moda, etc. Sin importar su edad o estatus social debido a que es un fenómeno que se da en todos los círculos sociales aunque en unos es más fuerte que en otros. La presión cultural de los modelos ideales sobre la belleza y el atractivo repercute en la autoimagen de varones y mujeres, causando efectos en las estrategias de acercamiento entre los sexos, pero también origina graves desajustes en la valoración de la propia imagen, en cuyo origen pueden estar impresionantes trastornos psicológicos. Los medios de comunicación también ejercen una presión similar en ambos sexos: no obstante, parece como si algunos varones estuvieran más protegidos por su mayor autoestima ante esta presión, aunque en general también sean susceptibles a las influencias del grupo. Las mujeres, sin embargo, parecen mostrar más descontento con su cuerpo y ser más vulnerables a la presión de los medios y también a los ideales de femineidad de las madres.

Las mujeres que padecen estos cuadros perciben un cuerpo fraccionado y dividido en zonas sobre las que puede ejercerse control y vigilancia, bien sea a través de las dietas y ejercicios, o mediante cirugía y cosmética. Algunas partes como pechos, caderas, cartucheras, estómago, abdomen, piernas y brazos son objetos de atención privilegiada, incluso de una focalización ansiosa. A esta imagen parcelada del cuerpo, que les dificulta una percepción integrada, se añade el sufrimiento de un cuerpo real en transformación que es vivido como fatalidad heredada, y que les lleva a disciplinar antes que disfrutarlo, frente a la expectativa de un cuerpo virtual de mujer que actúa como referente ideal de comparación, transmitido por los medios de comunicación y moda.

En nuestra cultura marcada por la tecnología y el consumo, todo lo visual, aparente virtual, alcanza a la vida cotidiana, modificación de la comprensión del mundo, las relaciones interpersonales y la vivencia personal del cuerpo. La juventud y la belleza forman parte de un ideal cosificador que se estigmatiza, especialmente en las mujeres, el paso y las marcas del tiempo, y que propone un objetivo de ser casi asexuado. A la juventud le acompaña la delgadez, o el desarrollo muscular, unos ideales que expresan la voluntad de control sobre la naturaleza del cuerpo y que se convierten en criterio de salud, bondad y éxito social.

La bulimia es el síndrome de comer desmesuradamente y después vomitar. El nombre proviene del griego *Bous limos* que significa hambre de buey. Los primeros casos que aparecieron en la literatura estaban en relación con la anorexia nerviosa. En la bulimia no están contentos con la apariencia de sus cuerpos y anhelan conseguir la figura delgada deseada por la sociedad. Sin embargo, no tienen un control sobre su conducta alimenticia.

El bulímico se siente impulsado a consumir alimentos y, debido a una preocupación por su talla después vomita. Comer desmesuradamente, generalmente, va acompañado de momentos de estrés y de ansiedad, humor deprimido y pensamientos de autorreprobación durante y después del episodio.

A diferencia, la anorexia es un trastorno donde se evita comer por el miedo a engordar, sin embargo existen evidencias de que la depresión misma produce anorexia y que generalmente no están relacionadas con la imagen sino más bien con el desánimo o

como una conducta autodestructiva propia de los trastornos depresivos que involucran con tanta fuerza la autoestima.

### *3.4.3 Autodestrucción*

Por su parte la autodestrucción se refiere a la agresión física y psicológica dirigida hacia uno mismo. Dentro de las cuales se encuentran conductas que aun cuando se conocen sus consecuencias negativas se hacen y se dirigen hacia sí mismas para castigarse o desligarse de la realidad. Los comportamientos más comunes que existen en la actualidad son el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción que aunque antes se consideraban puramente masculinos hoy en día las estadísticas mencionan que la situación se ha equilibrado en géneros.

### *3.4.4 Codependencia Emocional*

La dependencia emocional o codependencia se refiere a la necesidad afectiva fuerte que siente una persona hacia otra, que puede ser a un miembro de la familia o a la pareja. Es un problema que afecta a muchas mujeres mexicanas, las cuales sufren y vivencian conductas hostiles, violentas y dolorosas tanto física como psicológicamente.

Este problema de dependencia emocional o codependencia surge por una serie de maltratos físicos y psicológicos que devalúan a la mujer mexicana y la vuelven presa de la depresión al sentirse incapaz de vivir sin esa persona aun con la relación destructiva que sostienen. Estas problemáticas ocurren con mayor frecuencia en mujeres que en su vida han experimentado falta de amor filial y fraternal, negligencia, abuso y abandono.

La violencia física es la consecuencia que le precede a la codependencia, la cual surge acompañada de otras variables como el alcoholismo, el maltrato físico, emocional, o sexual y pérdidas afectivas que pueden provocar incluso la muerte. Las muertes de mujeres por violencia intrafamiliar se concentran principalmente en 10 entidades: Oaxaca, Quintana Roo, Puebla, Tlaxcala, Distrito Federal, Michoacán, Estado de México, Colima, Nayarit y Baja California. Las lesiones que dejan las riñas en el hogar van desde una simple gastritis, hasta embolias, derrames cerebrales por la presión arterial por el estado nervioso, lesiones en el corazón, problemas renales y cáncer de mama, ya que los senos son uno de los puntos vulnerables hacia los cuales los hombres suelen dirigir sus ataques, señaló el Instituto Nacional de las Mujeres. Los daños

provocados, física y anímicamente en las víctimas de violencia intrafamiliar, en la mayoría de los casos son irreparables; muchos de ellos derivan en la muerte de las mujeres agredidas por las lesiones crónicas, o hasta suicidios (INEGI, 2008).

#### *3.4.5 Suicidio*

Las conductas suicidas relacionadas con estados depresivos se han incrementado en el género femenino debido a que anteriormente era una conducta que se daba más en hombres. Este incremento hipotéticamente se debe a que la vida de las mujeres ha cambiado de tal forma que cada vez están más expuestas a presiones familiares, laborales, sociales que la llevan a desarrollar problemas psicológicos como la depresión que generalmente son los que causan conductas en contra de la vida misma.

Para el paciente depresivo el sufrimiento psicológico y la discapacidad subjetiva, familiar y social con la que vive provoca un padecimiento doloroso sobre la percepción del paso del tiempo y de su existencia y la idea de la muerte puede tornarse tentadora y hasta deseable (Rojtenberg, 2001).

La depresión es un desorden común con graves consecuencias sociales. La enfermedad reduce con frecuencia la capacidad del individuo para trabajar, disminuye su rendimiento e interviene con el funcionamiento social. Además del incremento en los índices de suicidio ya que se ha encontrado que la depresión disminuye a longevidad, dando lugar a un exceso en la mortalidad por causas de muerte no violenta (Borja, Bustamante, & Rascón, 1994).

#### *3.4.6 Incapacidad Emocional*

Este trastorno emocional surge cuando la persona es incapaz de experimentar tanto sentimientos negativos como positivos a consecuencia de la depresión. Estos trastornos son la causa de problemáticas más graves relacionadas con la familia que provocan divorcios, problemas de conducta de los hijos además de problemas laborales debido al desajuste anímico por el que atraviesa la mujer depresiva y no es entendido en su totalidad por familiares, amigos y pareja de tal forma que se termina en el exilio.

### 3.4.7 Incapacidad de respuesta Sexual

Esta incapacidad de respuesta sexual en las mujeres es un factor de gran importancia debido a las connotaciones psicológicas y sociales bajo las cuales las mujeres viven su sexualidad. En primera instancia una gran parte de la población femenina no conoce su cuerpo debido a que las mujeres no desarrollan mapas eróticos propios por lo cual no tienen conexiones corporales que les permitan tener aprendizajes significativos basados en su sentir lo que representa un impedimento para que puedan tener un concepto propio de su sexualidad y que lo anterior la lleve a tener una aceptación y estima de sí misma (López, 2002). Esta problemática psicofisiológica que de por sí representa un problema para la mujer se ve mayormente comprometida cuando además se encuentran presentes cuadros depresivos, los cuales en conjunto desarrollan problemáticas de disfunción sexual como:

- Anorgasmía y Frigidez

Este trastorno se define como apatía sexual indiferenciada, cuyas causas biopsicosociales son por agresión sexual, duelos, estrés, ruptura y depresión. Las causas sociales son por mitos, prejuicios, culpas una educación represiva sobre la sexualidad, finalmente, las causas biológicas se refieren a fuertes cambios hormonales ciertos medicamentos, operaciones, traumatismos y un centenar de enfermedades (desde la diabetes hasta la prolactina alta).

- Excitación Inhibida:

Este trastorno se define como la falta de respuesta biológica ante estímulos sexuales manifestada por la falta de lubricación y por consecuencia relaciones sexuales dolorosas. Ésta tiene causalidades similares a la Anorgasmía aunque su única variante es que las causas biológicas son por problemas hormonales, de metabolismo, consumo de ciertos medicamentos (antidepresivos; medicinas para controlar la hipertensión, la diabetes o bajar de peso) y una menopausia mal controlada.

- Orgasmo retardado:

Este surge cuando se esta a punto de alcanzar el orgasmo y no se logra, lo cual causa angustia de desempeño. Este trastorno tiene como causa psicológica principal la depresión manifestada en desconfianza en la pareja, autocastigo, sentimientos de culpa y de no merecer el placer.

- Dispareunia

Esta se refiere al dolor en cualquier fase de la respuesta sexual, especialmente durante la penetración. Sus principales causas son sociales por mitos, prejuicios, culpas, una educación represiva sobre la sexualidad, las causas psicológicas son por creer en el mito de que toda relación sexual duele sobre todo la primera y finalmente las biológicas que son a consecuencia de la endometriosis, problemas de lubricación, el consumo de ciertos medicamentos que resecan las mucosas (como antidepresivos y ansiolíticos) y el de medicinas que aceleran el metabolismo.

La mayoría de las disfunciones sexuales son de las mujeres, esto puede deberse a que a ella la siguen considerando aún en nuestra época como débil, voluble, frígida, que no sabe tener relaciones, no sabe excitar a su pareja, etc. A esto se le agrega el tipo de educación machista que aún lleva consigo el hombre, así como una educación sexual reprimida. Logrando que la mujer este siempre llena de prejuicios depresivos causantes de conflictos sexuales y psicológicos (Escobar, Rodríguez & Padilla, 2003).

### **3.5 Consecuencias Sociales y Económicos:**

La cuestión económica social y cultural también se observan consecuencias desfavorables. Navarro (1990) “Desde una perspectiva psicosocial opina que la depresión es una consecuencia de la deshumanización. En las ciudades muchos individuos están sujetos a confusas y limitantes demandas de índole social, económica y laboral, educativa, familiar termina por desilusionarlos y deprimirlos. Más recientemente, un documento de la Organización de las Naciones Unidas (1994) afirma que vivimos un momento atormentado de la historia del mundo en el que la violencia forma parte cada vez más de la vida cotidiana, las tensiones se multiplican y los



limitantes se difuminan. Gracias a investigaciones recientes se ha logrado identificar algunos factores de tipo social y ambiental que contribuyen a la génesis de la depresión. Las presiones sociales afectan al individuo debido a que representan la ausencia de objetos y posesiones además frustran la satisfacción de numerosas necesidades emocionales y humanas tales como la necesidad de compañía y de comunicación. Además algunos individuos son más vulnerables a las presiones sociales debido a que su estado de salud está debilitado y también porque sus carácter y sus actitudes son más derrotistas”.

Por lo tanto, Weissman (2002), menciona que el incremento de la población, la mayor esperanza de vida y la disminución relativa de enfermedades contagiosas llevará a que los trastornos depresivos se convierten en la principal causa de incapacidad y de coste global a escala mundial. La mujer no queda exenta de los problemas sociales que derivan de la depresión, aun cuando se considera que esta es parte de su naturaleza delicada y débil. Estas ideas machistas aun no se terminan de erradicar en siglo XXI debido a que grandes grupos sociales aun siguen viendo a la mujer como la compañera de los hombres que son los generadores de conocimientos, los poseedores de inteligencia y los generadores de bienes. Esta visión puntualiza que la historia social le ha otorgado importancia a la mujer únicamente por su capacidad reproductiva y por las actividades de crianza y cuidado del hombre que realiza a lo largo de su vida. Sin embargo, en los últimos años ha surgido la contra parte de estos grupos sociales que han sido los movimientos feministas, los cuales han luchado por dignificar el rol social de la mujer para lograr una equidad de género, que significa dar valía a las actividades que realizan, contar con derechos y obligaciones justas y que no las pongan en desventaja y sobre todo reconocer las diferencias que existen entre géneros y respetarlas. Pero tristemente, la lucha se ha malentendido y ha provocado que ambos géneros vivan en constante conflicto y que las mujeres quieran adoptar las mismas actitudes de los hombres, lo cual lejos de proveerles respeto y admiración han provocado críticas y burlas que las lastiman y las hieren y que las condenan a seguir siendo las mujeres tristes y deprimidas presas del sistema social.

Se ha definido a la depresión de manera social como un desorden común con graves consecuencias sociales, que reduce con frecuencia la capacidad del individuo para trabajar, disminuye su rendimiento e interviene con el funcionamiento social (Borja, Bustamante, Rascón, 1994).

La incapacidad que presentan las mujeres a consecuencia de la depresión imposibilita que exploren sus cualidades en todos los ámbitos y que se erradique la visión machista que sobreestima las capacidades de los hombres sobre las de las mujeres. De esta forma se hace más difícil el continuar con la dignificación del género femenino que tanta falta hace en México y que representa un retroceso social y cultural. Las consecuencias sociales por lo tanto se subdividen principalmente en las laborales y económicas debido a la incapacidad que genera la depresión:

### *3.5.1 Consecuencias Laborales:*

Es así como la depresión funge como un agente negativo que va en contra de la dignificación del ingreso laboral de las mujeres en México, debido a que ésta genera en ellas apatía, retraimiento que involucra el buen desempeño de las actividades laborales, aunado a los prejuicios sociales que de por sí muestran discriminación en cuanto al trabajo y los salarios para la población femenina, esta falta de equidad provoca que la mano de obra femenina sea barata aun cuando se tiene una mayor carga de trabajo que los hombres que perciben mayores ingresos. Por lo tanto, la mujer no solo necesita defender su ingreso al área laboral sino tiene que hacer valer su empoderamiento, es decir, el derecho para ejercer su capacidad de poder; y que a nivel familiar se refleje al defender sus derechos con respecto a la reproducción y crianza, en la toma de decisiones en el hogar, en la educación de los hijos e hijas, y en la organización de la vida personal, por tanto tendrá que reflexionar si quiere continuar un modelo de desigualdad de género en que los niños son preparados para ejercer poder y las niñas para obedecer.

Finalmente, este panorama de desigualdad representa para las mujeres no solo depresión, sino también estrés y enojo que las pueden llevar a desarrollar patologías físicas graves, puesto que no solo se enfrentan a los problemas y las exigencias laborales sino que tienen que trabajar doble para hacer respetar su trabajo.

### *3.5.2 Consecuencias Económicas:*

Los problemas económicos que son consecuencia de la crisis del país han provocado que un gran número de mujeres ingresen al campo laboral. Las cuales se han visto en la necesidad de compatibilizar el empleo con el cuidado de la familia, obligándola a conciliar las demandas asociadas a cada uno de sus roles y a evitar conflictos que puedan influir en su calidad de vida y en su salud física y mental, es

decir que el conflicto generado se traduce en las exigencias laborales que pueden minimizar el tiempo dedicado a los familiares, lo cual genera dificultades en casa que pueden afectar la productividad laboral. Por lo que es fácil que las madres presenten altos niveles de depresión, hipertensión y pobre salud física en general, ansiedad, humor y abusos de sustancias. Así mismo, uno de los conflictos más comunes es la búsqueda de la independencia de la mujer, por ello es que la mayoría prefieren continuar con ese patrón para evitar problemas (Feldman, Vivas, Lugli, Zaragoza & Gómez, 2008).

## CONCLUSIONES

En México, como en el resto del mundo, la depresión ha sido ampliamente documentada e identificada como uno de los problemas de salud mental más grave de estos tiempos. Ha llegado incluso a ser considerada como un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, sus consecuencias y a la imposibilidad de prevenirla y tratarla adecuadamente. Como ejemplo de ello, se ha demostrado a lo largo de esta investigación teórica que existen muy pocos estudios empíricos relacionados con como viven los mexicanos la depresión y sobre todo las mujeres que son las más vulnerables a sufrir este padecimiento debido a las situaciones a las que es sometida. Esta falta de datos muestra la falta de implementación de instrumentos psicológicos y de apertura social que contribuyan significativamente con las estrategias de intervención de la depresión que cada día es más recurrente en la mujer mexicana.

Por ende, hoy en día la depresión femenina es un tema común entre muchas mujeres, sin embargo aunque todo mundo cree saber que es la depresión e incluso se autodiagnostican como deprimidas la realidad es que muy poca gente la conoce, sabe porqué surge y la gravedad de sus consecuencias. Así mismo, tampoco conocen la relación que ésta puede tener con padecimientos físicos, psicológicos y sociales que van de la mano. Es por ello que se propone en primera instancia que todos los ámbitos de conocimiento referentes al tema deben informar, orientar y crear estrategias de intervención que sirvan para que la población detecte síntomas y acuda a recibir la atención especializada y así evite consecuencias mayores. De esta manera se contribuirá significativamente a promover una calidad de vida para las mexicanas. Aunque hay que considerar que hay un gran camino por recorrer sobre todo en el aspecto social que visualiza a los problemas psicológicos de una manera despectiva y vergonzosa, para ello es necesario cambiar esta perspectiva y considerar que tanto la depresión femenina como los problemas psicológicos no son sinónimos de la terrible locura sino que más bien son trastornos que surgen por conflictos de la vida diaria e incluso algunos otros tiene sus orígenes en el funcionamiento orgánico.

Por ello, el análisis de la depresión femenina es una invitación a reflexionar sobre que aspectos sociales, familiares y personales se están dispuestos a cambiar para hacer que esta realidad evolucione y es que aun con la modernización siguen habiendo aspectos que ponen en desventaja a la mujer mexicana y se debe aclarar que los cambios sociales no han logrado que las exigencias desaparezcan sino que más bien se han modificado, de tal forma que solo un cambio social gestado desde cada mujer es lo que puede lograr que la depresión, el estrés y la angustia ya no sean una constante en la vida femenina de este país. Puesto que varias mexicanas han demostrado que el género no es un limitante físico, psicológico e intelectual, sino social. Esto evidencia que si el panorama psicológico y social de la mujer fuera equitativo, la mujer tendría más oportunidades de explotar sus capacidades y contribuir aún más con el desarrollo del país. Así mismo, el cambio debe comenzar a través de orientar a familias, escuelas y sociedad en general para que ellos a su vez entrenen a las mujeres para manifestar lo que les sucede en todos los aspectos de su vida, ya que diversos estudios han concluido que sus resultados también son ambiguos debido a que muchas mujeres ocultan que padecen síntomas de diversos trastornos y patologías por miedo o vergüenza, y esto evidentemente trunca las investigaciones que pueden generar avances en los conocimientos médicos, psicológicos y sociales que concuerden con las características específicas de esta población, ya que en el intento por resolver diversas problemáticas psicológicas y sociales se han adoptado modelos de otros países que generan solo pérdida de tiempo y de oportunidades para desarrollar alternativas debido a que éstos no se ajustan con los requerimientos específicos de esta población.

Por otro lado, Weissman (2002), menciona que el título de tratamiento de la depresión en la nueva escena sanitaria es un tanto enigmático. Debido a que la depresión presenta un bajo índice de detección en el sector médico primario, lo cual refleja las limitaciones de conocimiento y habilidades de los médicos de atención primaria y las actitudes negativas hacia los trastornos y pacientes psiquiátricos. Es por ello que se dice que el nuevo sistema no solo ha fallado en el abordaje de estos problemas, sino que los ha agravado al limitar la duración de las visitas e incentivar a los médicos para que sean desplazados rápidamente a través del sistema, sin indagar sobre aspectos psicosociales, realizar diagnósticos secundarios y proporcionar tratamientos a los pacientes que lo solicitan a través de la canalización con profesionales de esa área. Se atribuye esta responsabilidad a los médicos tomando en cuenta que la

cultura de la salud integral en México es precaria y en mayor medida la que concierne al área psicológica, de tal suerte que en muchos de los casos se recurre primero con el médico y no con el psicólogo, motivo por el cual los médicos deben tener los conocimientos y la humildad de canalizar a los pacientes para que reciban la atención psicológica especializada. Se menciona esta problemática debido a que se ha intentado que estas disciplinas trabajen en conjunto pero se ha observado que los egos de ambas ha imposibilitado el desarrollo de una explicación multifactorial que responda a la lógica no sólo del padecimiento físico sino también del padecimiento psicológico y social que viven las mujeres que sufren esta problemática. Por ello es que se propone crear un modelo de diagnóstico y de intervención involucrando a diversas áreas como son: la sociología, la antropología, la medicina y la psicológica para responder a las problemáticas sociales, culturales, médicas, biológicas y psicológicas que han provocado deterioro en la vida de la mujer mexicana. Estas disciplinas deben comprometerse a analizar en conjunto el contexto histórico, médico, social y cultural que ha puesto siempre en desventaja a la mujer mexicana y que la ha orillado a desarrollar padecimientos psicosomáticos que terminan siendo el desenlace doloroso de una vida marcada por una segregación social y familiar llena de problemas psicológicos con un final físico trágico y doloroso.

Finalmente, es importante mencionar que esta nueva perspectiva multifactorial de la depresión femenina permitirá en un futuro próximo realizar una detección, atención y rehabilitación oportuna de cuadros depresivos graves y leves para evitar complicaciones que tengan costos importantes en la calidad de vida de la mujer mexicana, ya que se parte del supuesto de que si se crearan medidas preventivas y correctivas en los organismos de salud pública para evitaría que la depresión se convirtiera en una pandemia que representaría un gasto irreversible económico, político y social. El gobierno mexicano en el 2001 decreto como necesidad urgente, el hecho de informar y atacar los problemas depresivos, como una estrategia planeada para efectuarse, ya que se concibe como la primera de seis afecciones principales que los gobiernos mundiales deben resolver con métodos de prevención, tratamiento y rehabilitación integral, no solo para mejorar la salud comunitaria sino también para echar a andar la economía nacional, ya que la población es el recurso de producción de todos los país y si ésta se encuentra en estado depresivo, son pocas las expectativas de crecimiento que pueden existir anualmente, sin embargo aún cuando existen estas

intenciones gubernamentales la realidad es que aun no se han implementado y las existentes no muestran su efectividad creando así un panorama desolador, ya que la depresión siguen en aumento.

## BIBLIOGRAFÍA

Alonso, P; Duarte; Flores, L; Lazcano E. Salazar, E & Torres, G (2008) *Factores Pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama*. Salud Pública de México. Vol. 50 No2.

Aparicio, B; Evangelista, A; López, M; Nájera, A; Ortiz, I& Zurita, U (1998) Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: Apuntes sobre la identidad de las mujeres. *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: Colegio de México. pp. 275-303.

Barberá E. & Martínez. I., (2004) Una perspectiva de género sobre conflictos y violencia. *Psicología y género*. Madrid: Peterson Prentice Hall. Pp. 112-139.

Barberá E. Martínez. I. (2004) Diferencia sexual y salud: un análisis desde las políticas de igualdad de género. *Psicología y género*. Madrid: Peterson Prentice Hall. pp.297-321.

Barberá E. Martínez. i., (2004) Envejecimiento y Perspectiva de género. *Psicología y género*. Madrid: Peterson Prentice Hall. pp.326-347.

Bar Din, A. (1989) La madre deprimida y el niño. *Una definición tentativa de la depresión*. México: Siglo XXI. Pp. 9-25.

Bar Din, A. (1989) Una definición tentativa de la depresión. *La madre deprimida y el niño*. México: Siglo XXI. Pp. 9-17.

Barroso, R; Frías, I; Rodríguez M.& Paéz J. (2001) Doble jornada de trabajo femenina y efectos negativos de tipo psicológico. Universidad Nacional Autónoma de México.



Bautista, Y. (2004) El devenir de la familia mexicana y la parentalidad (pp. 177-182). En L. Solis- Ponton (Ed.), *La parentalidad. Desafío para el tercer milenio*. Argentina: Madrid: Manual Moderno.

Bedirhan, T. (2002) El coste mundial de la depresión en el siglo XXI. Cap. 2. En: *Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI*. Barcelona: Ars Medica. Pp33-41.

Borja, V; Bustamante,P & Rascón, R., (1994) *¿Aumenta la depresión clínica el riesgo de muerte por causas no violentas?*. Salud Pública de México. Vol. 36(1): 51-60.

Bustamante, E., Cano, E., Sánchez, M., Tobón, S., Vinnacia, E. (2006) *Conducta de Enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preclampsia*. International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol. 6, pp 45-51, recuperado el (URL) <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33760103.pdf>

Caballo,U. y Carrobes, J. (1995) Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. *Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad afectivos y psicóticos*. México-España :Siglo XXI.. Pp. 618-664.

Calderón, G. (1981) *La depresión, problema de salud pública*. Salud Pública de México. pp. 503-508.

Calderón, G. (1981) *Depresión, problema de salud pública*. Salud Pública de México. pp. 74-82.

Carrillo, A. & Zolla, C. (1998) Mujeres, saberes médicos e Institucionalización. *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: Colegio de México. pp.167-181.

Cassella, C., Gómez, V., Maidana, J. & Domingo. (2000) *Puerperio normal*. Revista de posgrado de la cátedra Vía Medicina No 100. pp 2-6.

Chichilla, A. & Calo, J. (1998) Clasificación de los trastornos del humor. *Tratamiento de las depresiones*. Massoni S. A Barcelona España. P.53-65.

Cincunegui, S. y Kleiner, Y. (2004) La infertilidad en la pareja. *Cuerpo, deseo y enigma*. Lugar Editorial S. A. Argentina. Pp. 33-45

Colin; R; Corlay, I; Ruiz, L & Vázquez, F; (2000) Trastornos Depresivos durante el climaterio. *Climaterio, diagnostico y tratamiento*. México: Intersistemas S.A. de C.V. pp 285-295.

De la fuente, J. (1959) Psicología y Medicina. *Psicología Médica*. México: Fondo de cultura Económica. D.F. pp. 11-23.

Díaz, R. (1975) Neurosis y la estructura psicológica de la familia mexicana. *Estudios de Psicología del mexicano*. Trillas. México.23-33.

Dolton, M. (1996) Mujeres, diosas y musas, tejedoras de la memoria. 1. *Las cualidades femeninas en las diosas y en las hembras*. México: Colegio de México. pp. 53-87.

Figueroa, J. (1998) Condición de la mujer y la salud. La condición de la mujer en el espacio de la salud. México: Colegio de México. pp 33-77.

Echarri, C. (1999) Salud materno infantil y condición de la mujer. *Mujer, género y población en México*. México: Sociedad Mexicana de demografía. Pp.103-147.

Flynn, h; Gharziuddin, N; Marcus, S; Mudd, S. & Young, E. (2003) Tratamiento de la depresión recidivante. Barcelona: Ars Médica. Pp 19-51.

García, J. Gómez, O. (1994) *Monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar*. Revista de Salud Pública de México.21 de mayo Vol. 36 No. 2

González, M. (1998) Etiogenía: hipótesis psicosociales de los trastornos del humor. Clasificación de los trastornos del humor. Tratamiento de las depresiones. Massoni S. A Barcelona España. Pp.49-51.

Guarch, J. y Jorquera, A. (2006) Trastorno distímico. Descripción: Características Clínicas, Prevalencia y Epidemiología, Con morbilidad. Tratado de trastornos distímico y trastornos depresivos crónicos. Madrid; Pirámide. Pp16 -28.

Insler, V. & LunenfeldB. (1986) Aspectos especiales de la infertilidad. *Aspectos epidemiológicos, sociales y psicosociales de la Infertilidad. Infertilidad en el hombre y en la mujer*. Buenos Aires: Panamericana. pp. 621-635

Jiménez, L. Morales, M. Morales, J. y Robles, R. (2009) *Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social*. Psicooncología. Vol. 6, Núm. 1, 2009, pp. 191-201 CONACYT-UNAM México.

Lavielle, P., Clark, P., Martínez, H., Mercado, E. Ryan, G. (2008) *Conducta del enfermo ante el dolor crónico*. Salud Pública de México. Vol 50. Num. 2

Lars, F. (1986) Infancia y educación. *Aspectos Psicosociales de la depresión*. Fondo de cultura Económica. México D.F. pp.148-163.

Lazcano, E; Lleneras, A; López A.; Romieu, I; Mainero, F; Ortiz, S & Torres, G (2007) *Actividad física y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas*. México: Salud Pública de México Vol.50, No.2

López, H. (1986) Aspectos Psicológicos de la esterilidad. Esterilidad e infertilidad humanas. Buenos Aires: Edición Panamericana. Pp 281-291.

López, S. (2002) Las enfermedades psicosomáticas: una interpretación. Lo corporal y lo psicosomático. México: CEAPAC. Pp. 23-34.

López, O. (2008) Género y Salud en Cifras. “*Cuando las altas se vuelven bajas: depresión en personas adultas*”. CONACIT,[Revista Electrónica] México. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/boletines/boletin%20V6-2.pdf>

Márquez, M. (2001) Depresiones y antidepresivos. *Trastornos depresivos crónicos Variedades clínicas y subclínicas*. Argentina: Panamericana. pp. 29-40.

Massana J. (1983) Ventajas del enfoque depresivo. *Medicina Psicoanalítica* parte 2. Psicoanalítica y depresión. Barcelona.95-105.

Meladoff. S., (2005) Introducción “Perspectiva Psicoanalíticas”. *Esterilidad, aspectos médicos, psicológicos y vivenciales*. AKADIA. Argentina. Pp.87-107

Mesa. P, (1999) Psicopatología de la afectividad. *Fundamentos de psicopatología General* Madrid : Ediciones Pirámide Nalvacarnero. Pp.183-203.

Milches, R. (2002) Tratamiento de la depresión en una escena sanitaria. Cap. En: Weissman, M. Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI. Barcelona: Ars Médica. Pp. 43-49.

Millon, T. Y Roger, D. (2001) Personalidad Depresiva. Trastornos de la personalidad en la vida moderna. MASSON S. A. Barcelona. España. Pp 479-489.

Miño, A. (2008) Imágenes de género y conductas sexuales y reproductivas. *Salud Pública de México*. Vol. 50 No. 1.

Moscona, E. (1990) Perfil psicológico de la pareja estéril. Manejo de la pareja estéril. México: Trillas. pp.103- 110.

Navarro, R (1990) Psicoterapia Antidepresiva. *Los orígenes psicosociales de la depresión*. México Trillas. Pp 23- 107.

Nemeroff, R; Owens R. & Weissman, M. (2002) Contribución de la Ciencia Moderna al desarrollo de nuevos tratamientos para trastornos psiquiátricos. Cp 4 Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI. Barcelona: Ars Médica. Pp57-71.

Ravelo, P. (1996) En busca de nuevos paradigmas: Algunas reflexiones en torno a la categoría de género. *Acta Sociológica. Encuentros y desencuentros la perspectiva social de género*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Coordinación de Sociología. No16.pp11-17.

Rojtenberg, S. (2001) Depresiones y antidepresivos. *Depresión, mujer y función reproductiva*. Argentina: Panamericana.

Pérez, E. (2003) Climaterio y fertilidad. *Atención Integral de la Infertilidad, endocrinología, cirugía y reproducción asistida*. México: Mc Graw Hill. pp. 335-347.

Potts, M. y Short, R. (2001) Sexo y poder. Historia de la sexualidad desde Adán y Eva. Cambridge University Press. España. Pp. 218-265.

Salgado, N. & Maldonado, M. (1993) *Características psicométricas de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales*. Salud Pública de México. Vol. 36(2): 200-209.

Seasz, I. Lerner, S. (1998) Sexualidades en México; algunas aproximaciones desde la perspectiva de ciencias sociales. *Saber o no saber sobre sexo: femenina para jóvenes mexicanos*. México: Colegio de México. pp. 107-135.

Urbina, C. & Villaseñor S., (2005) Trastornos Mentales y el Embarazo. Revista Digital Universitaria, Volumen 6, No 11, pp 1-6. Recuperado de (URL) [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art108/nov\\_art108.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art108/nov_art108.pdf)

Valtiere, A., (2004) Aislados, abandonados, desolados, pero no resignados. La soledad en pareja, isla del resentimiento amoroso. España: Paídos Ibérica S.A. Pp. 37-57.

Vázquez E. (2000) Cambios anatómicos y funcionales en el ovario y el aparato genital. *Climaterio, diagnóstico y tratamiento*. México: Intersistemas S.A. de C.V. pp.41-46

Velasco, F. (2004) La pareja Tradicional en México y sus cambios. Parejas en conflicto, conflictos de pareja; manual psicodinámico constructivista para el tratamiento. México D.F: Textos mexicanos. pp1-9

Weissman, M. (2002) Tratamiento de la depresión en una nueva escena sanitaria. En Michels, R. *Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI* . Barcelona: Ars Medica.pp. 43-49.

Weissman, M. (2002) Contribución de la Ciencia Moderna al desarrollo de nuevos tratamientos para los trastornos psiquiátricos. En Nemeroff, C y Owens R. *Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI* . Barcelona: Ars Medica. Pp. 57-71.