



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

DIFERENCIAS EN ROLES DE GÉNERO Y
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
EN HOMBRES Y MUJERES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A
ANDREA RAQUEL MORENO GÁLVEZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
COMITÉ: LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ
DRA. BLANCA INÉS VARGAS NÚÑEZ
MTRA. ALEJANDRA LUNA GARCÍA
MTRA. GABRIELA CAROLINA VALENCIA CHÁVEZ



MÉXICO, D.F.

ABRIL 2014



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 mi Dios...

Por permitirme lograr mis metas junto a los seres que más amo, rodeados de salud, amor y felicidad.

A mi Mamita...

Por educarme con su inmenso amor, apoyarme en todos mis sueños e impulsarme siempre a creer y luchar por ellos.

A mi Papí...

Gracias por amarme tanto, estar conmigo en cada momento y regalarme los mejores consejos cuando más te necesito.

A mi hermanita Diann...

Por ser mi mejor amiga, confidente y compañera de vida, te amo Kitty.

A mis abuelos Félix Gálvez y Hortensia Zamora...

Por ser mis ángeles y enseñarme desde pequeña que todas las metas se logran con amor y perseverancia.

A mis Abuelos Zacarías Garrido y Elizabeth Terán...

Por endulzar mis días con su cariño y experiencia.

A mi Danny...

Gracias mi amor por llenar mi vida con tu alegría, por caminar conmigo al mismo paso, por ser mi colega, confidente y sobre todo la personita que me impulsa a ser mejor día con día. Te amo.

A mis suegros Judith y Raúl...

Por permitirme ser parte de su hermosa familia, por su amor, su apoyo y respeto.

Agradecimientos

A mi Universidad Nacional Autónoma de México...

Que me ha ofrecido la oportunidad de crecer, vivir y conocer seres maravillosos que enriquecen mi vida personal, académica y profesional.

Doctora Mirna...

Gracias por creer en mí, por compartir conmigo su experiencia y brindarme su apoyo incondicional. Admiro su profesionalismo y constancia, pero sobre todo, la maravillosa persona que es.

Maestro Eduardo Contreras...

Agradezco su confianza, enseñanza, cariño y apoyo a lo largo de mi formación académica.

Maestra Gabriela Valencia...

Gracias por guiarme en mi camino y formación como psicóloga y transmitirme el amor por el estudio a la psicología.

Maestra Alejandra Luna...

Agradezco el apoyo y el tiempo dedicado que me ha brindado para la culminación de este proyecto.

Dra. Blanca Inés Vargas...

Gracias por compartir conmigo su experiencia profesional e impulsarme a concluir mi meta.

ÍNDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1 ROLES DE GÉNERO.....	3
La teoría del desarrollo cognitivo.....	7
La teoría del aprendizaje social.....	9
La teoría socio-cognitiva.....	10
La teoría de los esquemas.....	11
La construcción de los roles de género.....	13
Investigaciones previas.....	16
CAPÍTULO 2 DEPRESIÓN.....	19
Breve dimensión histórica.....	20
Definición de depresión.....	23
Clasificación del DSM-IV y del CIE-10.....	24
Modelo cognitivo de la depresión.....	30
Tratamiento de la depresión.....	34
Roles de género y depresión.....	37
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	42
MÉTODO.....	43
Objetivo general.....	43
Objetivos específicos.....	43
Hipótesis.....	43
Variables.....	44
Tipo de estudio.....	45
Diseño.....	45
Participantes.....	45
Instrumentos.....	46
Procedimiento.....	49
RESULTADOS.....	50
DISCUSIÓN.....	56
CONCLUSIÓN.....	61
REFERENCIAS.....	63

RESUMEN

El género es definido como un proceso de socialización permanente sujeto a una serie de normas, reglas, expectativas y cosmovisiones que giran en torno al sexo del individuo (Rocha & Díaz-Loving, 2005). La depresión, por su parte, constituye un trastorno del estado del ánimo más común y grave a nivel mundial (OMS, 2012). En la actualidad la perspectiva de género representa una variable de análisis útil que permite detectar los mecanismos biológicos adversos, sociales y psicológicos asociados a la prevalencia de dicha enfermedad (Lista, 2008). El objetivo de la investigación fue describir las diferencias entre los roles de género, la sintomatología depresiva y la ocupación en hombres y mujeres. Se aplicaron dos instrumentos: Escala de roles de género (Rocha & Díaz-Loving, 2012) y el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 2006). Resultado de la prueba *t* de Student para muestras independientes, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el rol expresivo-maternal ($t = 10.193, p < .001$), rol expresivo-educativo ($t=4.262, p < .001$), rol doméstico ($t= 12.779, p < .001$) y rol instrumental-dominante ($t= 2.399, p < .05$). Del ANOVA y la prueba Post Hoc de Tukey, se obtuvieron diferencias en la sintomatología depresiva mínima, y el rol expresivo pareja ($M = 3.87$) el cual tiende a disminuir con sintomatología depresiva leve ($M = 3.74$) y severa ($M = 2.87$). Para las diferencias en ocupación, se realizó un ANOVA, encontrándose diferencias en el rol expresivo-maternal $F(4,212) = 13.928, p < .001$; rol instrumental-dominante $F(4,199) = 2.591, p < .05$ y rol doméstico $F(4,209) = 13.828, p < .001$. La principal aportación de la investigación consiste en evidenciar que los roles tradicionales siguen vigentes en ambos géneros y cómo los hombres y mujeres actúan bajo expectativas de deseabilidad social impuestas por la cultura.

Palabras clave: Género, Roles, Depresión, Pareja.

INTRODUCCIÓN

Ser hombre o mujer es resultado de un proceso psicológico, social y cultural a través del cual cada género asume una serie de roles en función a lo que cada cultura establece (Rocha & Díaz-Loving, 2005). Los términos *sexo* y *género* han sido conceptos que tienden a confundirse y han originado a lo largo de la historia una serie de debates que conllevan a darles validez y significado autónomo. La palabra *sexo* se refiere de acuerdo a Colebrook (2004) a las variaciones biológicas entre hombres y mujeres que se atribuyen a las diferencias genitales relativas a las funciones de procreación. Por su parte, Chávez (2004) resalta que el término *género* se construye a partir de un conjunto de ideas y creencias sociales que se atribuyen de forma diferencial a los individuos de acuerdo a su sexo.

Los roles de género son un amplio repertorio comportamental y de valores, que se ejecutan a partir de la deseabilidad social para cada cultura y momento histórico, delimitando la masculinidad y feminidad (Martínez & Bonilla, 2000).

La asignación de conductas específicas para los individuos marca una desigualdad entre las personas, basadas en conceptos sociales respecto al significado de ser hombre o ser mujer. Durante décadas se ha luchado contra esta desigualdad que desfavorece tanto al género femenino-limitando su participación al ámbito privado -como al género masculino -bajo expectativas de éxito económico, fortaleza e independencia- (Rocha, 2000; Scott, 1997).

Los productos de diversas investigaciones, reflejan por una parte, la ejecución de roles que tradicionalmente se han asignado a hombres y mujeres dentro de la población mexicana, pero también se hace evidente la presencia de comportamientos que no necesariamente corresponden al prototipo tradicional de lo masculino y femenino. Retomando la teoría de los esquemas de Bem (1974) el significado actual de ser hombre y mujer ha sido permitido gracias a los cambios sociales y culturales vigentes. En

la actualidad las mujeres parecen tener mayor claridad de los cambios que experimentan respecto a la posibilidad de trabajar y desarrollarse a nivel profesional. Los hombres, a su vez, pese a que siguen manteniendo una visión bastante estereotipada, han permitido que las mujeres se integren en diversas actividades en las que anteriormente nunca antes se hubieran visto.

Por su parte la *depresión*, constituye uno de los trastornos del estado de ánimo más común y grave a nivel mundial, donde la perspectiva de género representa una variable de análisis útil en la distribución diferenciada por género de la psicopatología, que permite detectar mecanismos adversos biológicos, sociales y psicológicos asociados a la prevalencia de dicha enfermedad (Lista, 2008; Montero, 1999; OMS, 2012; Segal, Williams & Teasdale, 2006; Sen, George & Óstlin, 2005). Cuando el individuo comienza a percibir constantemente un bajo estado de ánimo, pérdida del interés, gozo y desagrado por la vida, la falta de energía vital para realizar tareas y actividades cotidianas, sentimientos de pérdida del locus de control, falta de sueño y ausencia de apetito, muy probablemente se encuentra experimentando síntomas depresivos (Alberdi, Taboada, Castro & Vázquez, 2006).

De acuerdo con Dio (1991) se debe evaluar a los estereotipos como el principal factor que afecta la expresividad y atención de la sintomatología depresiva. La literatura sostiene que la mujer tiende a deprimirse más que el hombre, desarrollando ambos géneros síntomas típicos, sin embargo la forma en que viven y expresan su enfermedad difiere gracias a las restricciones sociales.

Por consiguiente el objetivo de la presente investigación fue describir las diferencias entre los roles de género, la sintomatología depresiva y la ocupación en hombres y mujeres.

CAPÍTULO 1

ROLES DE GÉNERO

A lo largo de la historia dentro de las culturas, afirman Díaz-Loving, Rocha y Rivera (2007), se ha hecho énfasis en las características que diferencian a los hombres y a las mujeres, tanto en cuestiones fisiológicas – relacionadas con el propio cuerpo–, como en las psicológicas –orientadas hacia los valores, las normas, los rasgos de personalidad y las formas de comportamiento–.

Desde sus comienzos como disciplina científica a finales del siglo XIX, los psicólogos se interesaron por el estudio de las diferencias entre hombres y mujeres, sin embargo, propusieron explicaciones relativamente simples sobre el sexo y el género, en la actualidad existen múltiples trabajos que demuestran que hombres y mujeres son más complicados y diversos que lo propuesto inicialmente (Matud, Rodríguez, Marreo, & Carballeira, 2002). Las palabras *sexo* y *género*, han sido objeto de debate dentro de la literatura, principalmente por el uso erróneo de ambos conceptos. Por ello, se iniciará haciendo una distinción entre ambos términos.

Fernández (2000) afirma que mediante la revolución sexual y los movimientos feministas, se propuso el cambio del término sexo por el de género, ya que éste último ponía en manifiesto que los significados varían de acuerdo a la cultura, la comunidad, la familia, las relaciones interpersonales, grupales, normativas, con cada generación y en el curso del tiempo. Lo anterior resalta, que la definición de género, no niega las diferencias biológicas que existen entre los sexos, sino que éstas son menos útiles para explicar el contexto histórico y cultural del significado que se le ha dado al concepto de masculino y femenino.

De acuerdo con Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado (2007) el término sexo es empleado para referirse a las características biológicas asociadas a cada una de las dos categorías sexuales. Colebrook (2004) menciona que

la palabra sexo hace referencia a las variaciones biológicas entre hombres y mujeres que se atribuyen a las diferencias genitales relativas a las funciones de procreación.

Por el contrario, el término género se define a través de un proceso de socialización permanente sujeto a una serie de normas, reglas, expectativas y cosmovisiones que giran en torno al sexo del individuo (Rocha & Díaz-Loving, 2005). Es una cuestión de cultura correspondiente a la clasificación social en términos de masculino y femenino (Colebrook, 2004).

La asignación de género se realiza desde el momento del nacimiento por medio de la observación de los órganos sexuales y las expectativas normativas, respecto al cuerpo sexuado con el que el individuo nace. En ese momento se inicia un proceso de constructo social, en el cual la sociedad le enseñará al nuevo individuo los patrones de comportamiento para el género al que fue asignado, acompañándolo a lo largo de todo su ciclo vital (Rocha, 2000).

Desde el punto de vista metodológico es importante señalar que el género es una variable que permite estudiar las creencias procedentes del pasado, que inciden en la producción de estereotipos y espacios sociales que repercuten en el comportamiento de los individuos que conforman la sociedad actual (Lamas, 1986).

El individuo adquiere los comportamientos que la sociedad manifiesta como propios para cada género, contruidos por creencias atávicas. Lamas (1986) señala que el género articula tres instancias básicas:

- ❖ *La asignación, atribución o rotulación de género:* esta se realiza en el momento en el que nace el bebé a partir de la experiencia externa de los genitales. Hay veces en la que dicha apariencia está en contradicción con la carga cromosomática, y si no se detecta esta condición, o se prevé su resolución o tratamiento, puede producir graves trastornos.

- ❖ *La identidad de género:* la adquiere el infante alrededor de los dos o tres años de edad, en donde el niño estructura su experiencia vital y se reconoce como parte del género masculino o femenino. Este se manifiesta por parte del niño o niña a través de actitudes, comportamientos, sentimientos, juegos, etc., que corresponden a cada género. El sentimiento de pertenencia que lleva a los individuos a decir soy “niña” o “niño”, se entiende como la conciencia o autopercepción de su identidad genérica y la forma en la que el pequeño individuo comprende cómo debe comportarse o expresar su masculinidad o feminidad marcada por la sociedad.
- ❖ *El rol de género:* se forma por el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento masculino o femenino, incluyendo también las expectativas que se tienen respecto a aquellos comportamientos que son adecuados para cada persona que posee un sexo específico. Esta serie de conductas, son prescritas por la estructura social ya que esta señala las funciones de hombres y mujeres dentro de la misma.

Los estudios de género utilizan una perspectiva de análisis diferencial en general, los cuales manifiestan una visión binaria en relación a la diferencia sexual. Mediante esta lógica la conceptualización de femenino y masculino ocupa posiciones jerárquicas del *uno sobre el otro*, donde el uno ocupa un nivel de jerarquización más alto y se convierte en un sujeto y *el otro* pasa a ser un objeto desvalorizado (Almazan & Sánchez, 2010).

Asimismo manifiestan que estas jerarquías son construidas mediante un largo proceso histórico-social, por lo cual para hacer un análisis de la categoría de género de acuerdo con Burín y Meler (1998) es indispensable tomar en cuenta tres rasgos:

- ❖ *Los estudios de género* siempre son racionales y no surgen de forma aislada, sino que marcan una conexión entre el género masculino y el femenino que involucran las relaciones de poder, de poder racional y económico, establecidas principalmente en el contexto familiar, donde comienza la construcción de la subjetividad masculina y femenina.
- ❖ *La categoría de género* presenta una construcción histórico-social producida a lo largo del tiempo de distintas formas, los discursos históricos presentan relaciones que vinculan el significado del género que otorgan un peso muy importante a las instituciones tales como la religión, los criterios médicos, científicos y jurídicos.
- ❖ *El término género*, la mayoría de las veces, se emplea como un concepto totalizador, lo cual provoca dificultades debido a que los individuos se constituyen como sujetos a través de diversos factores tales como raza, religión, clase social, etcétera. Todos estos factores, se entrecruzan con otros y constituyen una subjetividad humana, por lo que género nunca aparece de forma pura, sino relacionado con diversos aspectos que determinan formas de pensar, opinar o actuar, basados en las experiencias de cada persona.

La masculinidad y la feminidad en un principio operaban como dos polos opuestos derivados de la biología. A partir de 1970, sin embargo, dejaron de concebirse como productos derivados de la misma, para pasar a definirse como dos dimensiones socioculturales independientes, convirtiendo al estudio del concepto de género en una de las opciones epistemológicas más relevantes en las ciencias sociales para el estudio de las relaciones entre los sexos (García-Mina, 2003).

Las investigaciones recientes en torno al género más que aproximarse al estudio global, se han centrado en revisar por separado, los aspectos

que lo componen. Para estudiar y entender a los hombres y mujeres debe abordarse una postura multidimensional e incorporar mínimamente aspectos biológicos, sociales y personales, que a su vez contemplan que estos interactúan entre sí y están relacionados. De acuerdo con Díaz-Loving, Rivera y Sánchez (2010) con la finalidad de incorporar los diversos estudios que mostraran las diferencias y similitudes respecto al tema de género, surgieron toda una serie de modelos y teorías que remplazaron a los postulados tradicionales. Pese a las diferentes formulaciones, las teorías del género se posicionan en un debate teórico, en el cual no solo se restringe a denotar las relaciones sociales entre hombres y mujeres, por el contrario, se ha concebido la idea de ir más allá de lo empírico y lo descriptivo.

La teoría del desarrollo cognitivo

Dentro de los modelos que han abordado el estudio de género se encuentra la teoría del desarrollo cognitivo propuesta por Kohlberg (1966) en la que se plantea que la adquisición de la identidad de género y la tipificación sexual dependen del estado de desarrollo y evolución de la inteligencia del niño, subrayando el papel coactivo de su pensamiento, factores que intervienen en el infante para que ejecute conductas consistentes sexualmente tipificadas (Beltrán & Bueno, 1995; Matud, et al., 2002).

De acuerdo con diversos autores el modelo de desarrollo cognitivo se basó en las investigaciones de Piaget, quien estudió la construcción de los juicios morales y llegó a la conclusión de que las respuestas generadas por las niñas seguían una evolución diferente a la de los niños, haciendo difícil poder interpretar los resultados, por lo cual, eliminó de la muestra a las mujeres y trabajó sólo con varones, sustentando en ellos su modelo evolutivo. Kohlberg, años más tarde, validó nuevos instrumentos y seleccionó una muestra exclusivamente de hombres; tiempo después extendió su estudio a la población femenina y los resultados al no coincidir con la población masculina los considero anómalos, pese a esto, siguió con su teoría

aunque esta no encajara con la mitad de la población (Barberá & Martínez, 2004; García-Leiva, 2005; Martínez & Bonilla, 2000).

Kohlberg estableció tres etapas desarrolladas en la infancia para la adquisición del género: *la identidad de género, la estabilidad y la consistencia*. La primera etapa consiste en la categorización del propio infante y de los demás en dos grupos diferentes: hombres y mujeres. Posteriormente el niño comprende que esa categoría a la que pertenece se mantiene a lo largo del tiempo, por lo cual desarrolla una moralidad concreta vinculada a un sistema de normas que interioriza y posibilita un análisis considerando al sistema social. Por último la consistencia indica que el género es invariante a pesar de los cambios en apariencia o en actividad (García-Leiva, 2005; Matud et al., 2002).

Gilligan (1982) planteó que el problema principal de los estudios de Kohlberg fue limitarse a seleccionar una muestra exclusiva de sujetos masculinos, esto introdujo una desviación de los resultados motivado por la distinta educación vital y moral que reciben los hombres y las mujeres en la sociedad.

Dicha investigadora señala que la teoría del desarrollo moral sólo es válida para analizar el desarrollo de la orientación moral de la justicia, que se encuentra de forma preferente en los hombres, mientras que la ética del cuidado, la responsabilidad y la lógica de la elección -aspectos más desarrollados en las mujeres- quedan fuera de los dilemas utilizados por Kohlberg en su investigación. Gilligan realizó diversos estudios en los cuales pone en evidencia y critica a Kohlberg, quien al igual que la mayoría de los hombres que se dedicaban a la investigación, enfocaban su problemática de estudio basada en una visión unilateral, parcial y reduccionista, ignorando deliberadamente aquellos resultados que no encajaban con sus ideas preconcebidas (Barberá & Martínez, 2004; Hyde, 1995; Martínez & Bonilla, 2000; Velásquez, 2006).

La teoría del aprendizaje social

Matud et al., (2002) refiere que en la década de los sesenta, Mischel empleó el modelo del aprendizaje social para explicar la adquisición de la conducta diferencial según el género, a partir de los procesos que intervienen en el desarrollo humano, tales como la observación de conductas, el modelado o el reforzamiento, y el desarrollo de la identidad de género. La presente teoría describe aquellas circunstancias que facilitan el aprendizaje basado en la imitación y la observación. En primer lugar establece una relación entre observador (niño o niña) y modelo (adulto). En segundo lugar, un aspecto que influye de forma significativa, es que el modelo a observar sea un adulto dotado de un alto poder y con cierto control de los recursos, el cual, indica a su vez la importancia del grado de atención que presta el niño o la niña que observa. También un aspecto prioritario es la posesión de experiencias previas positivas con factores similares y por último es importante que el modelo tenga cierta predisposición a recompensar de forma positiva las conductas apropiadas.

Por consiguiente para revelar cómo se estructura la conducta infantil, el modelo de aprendizaje social se sustenta en la idea del reforzamiento directo, donde el infante recibe premios y castigos de forma diferenciada de acuerdo a las conductas típicas de su género, arrojando como consecuencia que el niño realice más a menudo las respuestas recompensadas. Gracias a esto se genera lo que se ha denominado *conductas sexualmente tipificadas*, en las cuales el individuo afirma que los resultados son variantes de acuerdo a su sexo, logrando arraigarlos gracias a los principios de aprendizaje y análisis como cualquier otro aspecto de la conducta humana (Beltrán & Bueno, 1995; Hyde, 1995; Mischel & Grusec, 1966).

La Teoría del Aprendizaje Social ha sido criticada porque sigue entendiendo al niño y la niña como seres pasivos sometidos a las leyes del aprendizaje, cuando en muchas ocasiones son ellos quienes eligen qué

conductas quieren o no imitar, en función del modelo y la situación. Además, en el ambiente natural, no siempre se dan las leyes del aprendizaje que permiten la repetición por medio de ensayos y reforzamientos, sin embargo los niños aprenden rápidamente las conductas típicas de su sexo, por lo cual deben de existir otros mecanismos que expliquen tal adquisición (Matud et al., 2002).

La teoría socio-cognitiva

La Teoría Socio-Cognitiva propuesta por Albert Bandura (1990) integra los determinantes psicológicos y sociales mediante los cuales explica el desarrollo del género. Desde el presente enfoque se comprende que el infante adquiere su identidad de género a partir del contacto directo que mantiene entre la atmosfera familiar y social, aprendizaje y comportamiento que perduran a lo largo de su vida como producto del reforzamiento positivo. Martínez y Bonilla (2000) afirman que tanto Mischel (1966) como Bandura (1990), argumentaron que la tipificación sexual, es un proceso producto del medio social, porque los sujetos adquieren conductas tipificadas del género, formas de pensar, sentir y actuar, social y culturalmente definidas y diferenciadas, en razón de los factores biológicos, favoreciendo hacia las definiciones sociales sexuales válidas en cada grupo cultural.

Esta postura teórica señala que los individuos aprenden a ser masculinos o femeninos a través de la comunicación y la observación. Bandura (1999) resalta la importancia del proceso de moldeamiento conductual como el medio más rápido de aprendizaje, debido a que el niño por medio de la experiencia y la enseñanza directa que le ofrece su medio, logra extraer una serie de normas de comportamiento afines a su género socialmente aceptadas. Es por esto, que la influencia de los adultos sobre los infantes resultan ser significativa y se hace más fuertes cuando existe un reconocimiento social elevado respecto a las conductas del niño o la niña, quie-

nes al mismo tiempo aprenden a diferenciar la identidad y roles de género de quienes los rodean.

La teoría de los esquemas

En el año de 1974 Sandra Bem reintrodujo y redescubrió el término de androginia, para hacer referencia a la fusión de la masculinidad y la feminidad. El término proviene del vocablo griego *andros* que significa hombre y *gyne* que significa mujer, la noción de androginia era ya utilizada en la antigüedad por los griegos, aparecía en la mitología e incluso en la filosofía, pero no era considerada científicamente como una opción para establecer vínculo alguno con los estudios respecto al género, ya que se contemplaba a hombres y mujeres como opuestos (Pearson, 1991).

Pearson (1991) resalta que Bem estaba totalmente convencida de que el mundo no sólo estaba constituido por mujeres femeninas y hombres masculinos, por lo cual conceptualizó la masculinidad y la feminidad como dos dimensiones dependientes una de otra, en lugar de concebirlas como los polos opuestos de un continuum. Quería demostrar que había personas que eran capaces de liberarse de las expectativas tradicionales y desarrollar comportamientos masculinos o femeninos, instrumentales o expresivos, asertivos o complacientes, etc., dependiendo de las situaciones antepuestas.

Sandra Bem aplicó la teoría de los esquemas a la comprensión del proceso de tipificación del género en la “teoría del esquema de género”, donde su propuesta consiste en que cada individuo tiene integrado una estructura organizada de conocimiento que hacen referencia a los rasgos que se suponen compartidos por los grupos y subgrupos de hombres y mujeres. El esquema de género procesa la información nueva que llega al individuo filtrándola e interpretándola y proporciona una respuesta correspondiente al individuo femenino o masculino y a un determinado rol (Barberá & Martínez, 2004; Hyde, 1995).

Barberá y Martínez (2004) concuerdan con Jayme y Sau (2004) en que Bem toma en cuenta el proceso evolutivo de la adquisición de los papeles adecuados al género de los niños, como el resultado del aprendizaje gradual del infante respecto al contenido del esquema de género que la sociedad marca. Poco a poco tanto a los niños como a las niñas se les van asociando determinados caracteres físicos, rasgos de personalidad particulares o roles sociales y habilidades cognitivas, motivacionales y emocionales, diferenciándose rasgos masculinos y femeninos, en todas estas características hay algunas muy concretas (por ejemplo, las mujeres usan vestido y los hombres no), pero otras asociaciones son más abstractas (por ejemplo, lo redondo es femenino y las formas angulosas se asocian a lo masculino) estableciéndose por tanto una estructura organizadora.

Así se vincula sexo (pertenecía al grupo dicotómico: hombre o mujer) con redes organizadoras de información relacionadas a uno u otro grupo (contenidos estereotipados de masculino y femenino) que constantemente se ven dominadas por una tradición histórica y cultural que cada sociedad marca, es cuando se da origen a un proceso de aprendizaje repetitivo en donde los infantes aprenden a identificar y relacionar determinados rasgos prototípicamente femeninos o masculinos. Este aprendizaje discriminativo conlleva tiempo y esfuerzo, sin embargo una vez formado el esquema, la simple mención de la cualidad (ya sea masculina o femenina) favorecerá que casi de forma automática e inmediata aparezca la representación mental del sexo del individuo que está ejecutando la acción (Barberá & Martínez, 2004; Jayme & Sau 2004).

De igual forma se establece un vínculo importante con el autoconcepto y la autoestima, donde el niño o la niña, comienza a depender en mayor o menor medida de la adaptación al esquema que le corresponde y que se ha ido formando. De acuerdo con Bem (1974) los autoconceptos tipifican y provocan una distinción entre los sexos, a partir de este momento los infantes aprenden a adecuarse al esquema de género que se le

ha formado, lo cual implica que toda su actividad humana (incluidas actitudes, preferencias, motivaciones, etc.) será acorde consigo mismo. El contenido del esquema de cada persona es distinto y variable, quizá a consecuencia del tipo de información que el individuo haya recibido de la propia familia durante la infancia (Hyde, 1995).

Los esquemas permiten al individuo crear expectativas sobre cómo van a actuar las personas, sobre sus gustos, preferencias, características e incluso capacidades, por lo que funcionan como profecías autocumplidas, de aquí que en muchas ocasiones, hombres y mujeres se comporten de acuerdo al estereotipo, que en muchas de las ocasiones resulta difícil modificar. Para que los estereotipos cambien a nivel social, varios miembros de la sociedad tendrían que comportarse de forma no estereotipada y los demás tendrían que atribuir tal conducta a factores internos o de disposición, esto explica por qué muchos de los estereotipos se mantienen en la actualidad a pesar de que ciertos grupos de la sociedad han tratado de modificarlos (Matud et al., 2002).

La construcción de los roles de género

Los roles de género son un amplio repertorio de comportamientos, valores y creencias que enfatizan los deseos de la sociedad para cada cultura y momento histórico, lo cual permite delimitar el contenido de la masculinidad y de la feminidad, siendo adquiridos a través de los mecanismos de control que ponen en juego los procesos de socialización.

Eagly (1987) enfatiza que los roles de género se mantienen y son adecuados para cada individuo respecto a la estructura social a la que pertenece, gracias a esto la persona puede desempeñar funciones y asumir posiciones socialmente diferenciadas. En este sentido parece ser que los roles de género son creados gracias a la interacción dinámica entre los ejecutores y el resto de la comunidad. Estos papeles sociales junto con las

expectativas de los individuos llegan a formar valores culturales que influyen en el comportamiento de los sujetos, lo cual permite mantener la ideología de los sistemas y perpetuar los roles.

Mientras tanto para Parsons los roles de género permiten confirmar expectativas que facilitan la adaptación del sujeto a su medio ambiente, lo cual conlleva al individuo a responder de acuerdo a las expectativas sociales (Martínez & Bonilla, 2000). Sydnie (1987) enfatiza que la teoría sobre socialización y familia propuesta por Parson y Bales en 1955 influyó para delimitar principalmente conductas que se vinculan al comportamiento instrumental masculino y los comportamientos expresivos femeninos.

De acuerdo con Rocha y Díaz-Loving (2012) a partir de estas expectativas comienza a darse una distribución diferencial respecto a los roles de género masculino y femenino, principalmente los correspondientes a roles familiares y sociales. Asimismo estos factores brindaron la pauta a investigaciones como la Teoría de los Esquemas de Sandra Bem, que resalta la tendencia a comportarse de manera congruente con los roles asignados.

La asignación de conductas específicas para los individuos marca una desigualdad entre los géneros basadas en concepto sociales respecto a los hombres y a las mujeres. Durante décadas se ha luchado contra esta desigualdad que desfavorece principalmente al género femenino, producto de esto, comenzaron a darse los llamados movimiento feministas que permitieron abrir camino a luchar en contra de la inequidad de género (Rocha, 2000; Scott, 1997).

La lucha feminista pretende romper los esquemas, defender la integridad física-sexual, económica, mental, espiritual, social, política y psicológica de la mujer, con el fin de transformar la sociedad y romper con las limitaciones que existen respecto al género femenino, para un desarrollo humano más óptimo (Vallejo & Navarro, 2004).

Los resultados de los múltiples estudios sobre la desigualdad de género sostienen que la opresión hacia las mujeres comienza desde la época primitiva de la humanidad, bajo el supuesto de que los primeros grupos se encontraban controlados y dirigidos por el género masculino. Al comenzar a formarse la sociedad, y a partir de la conciencia de los individuos sobre las diferencias sexuales, comenzó el fenómeno de la división de actividades que debían realizar hombres y mujeres, creando mundos diferentes para cada género.

La división sexual del trabajo constituye uno de los determinantes esenciales de la organización social. De acuerdo con Encarna (2002) los argumentos más frecuentes para justificar la división sexual del trabajo pueden encontrarse probablemente desde la prehistoria. Con la elaboración de armas y el control del fuego se crearon nuevas condiciones de vida en donde la caza se convirtió en un aspecto fundamental, emergiendo la división sexual y pragmática del trabajo, así como el establecimiento de nuevas normas sociales, todo esto en conjunto disminuyó los índices de mortalidad, por lo que las mujeres tendieron a ser menos cazadoras y a realizar otras actividades enfocadas principalmente al cuidado de los hijos.

Puede ser que esta sea la respuesta al hecho de que la mujer se haya visto inmersa por siglos en una especie de círculo vicioso sujeto al universo privado, limitando su desarrollo y capacidad al ámbito doméstico y del cuidado de su descendencia.

Las condiciones de desigualdad respecto al trabajo remunerado y no remunerado en el que participan las mujeres, son tan notorias que se han convertido en el objetivo principal de varios análisis sociológicos y psicológicos. Marx consideraba que la explotación femenina se encontraba íntimamente relacionada con la asociación de las mujeres a la esfera reproductiva (familia-ámbito doméstico) y con la infravaloración de la misma, precisamente por estar socialmente concebida como un ámbito no productivo (Martín, 2006).

Actualmente existe una presencia creciente de mujeres casadas en el mercado laboral, sin dejar de lado las labores del hogar y el cuidado de los hijos, jugando un papel sumamente importante en la manutención familiar a través de la inserción en el ámbito público y privado.

Por su parte García y Oliveira (2007) mencionan que existen diversos debates sobre las repercusiones del trabajo extradoméstico y doméstico en relación a su condición, posición o situación de las mujeres en el ámbito social. Investigaciones cualitativas han permitido sostener que la participación laboral de las mujeres no arrojan cambios fundamentales en la condición de subordinación femenina, por lo que la participación económica no es suficiente para obtener un sentido de autonomía. Sin embargo aún existe la intención de identificar, mediante diversas investigaciones, factores asociados al género femenino que puedan establecer diferencias respecto al rol del mismo.

Investigaciones previas

Una investigación realizada por Díaz-Guerrero (1974) reporta que en la década de los años setenta, en contraste con finales de los años cincuenta, en México se produjeron una serie de cambios significativos en las premisas histórico socioculturales de los habitantes, correspondientes a las áreas de estudio del papel de la mujer dentro de la sociedad mexicana, su relación con el género masculino y la relación familiar. Las modificaciones obtenidas de la investigación realizada en 1970 mediante la aplicación del cuestionario *Trent-Díaz-Guerrero* a más de 467 sujetos, reportan que las mujeres se sentían menos supeditadas a la autoridad o a la superioridad del hombre, su papel de ser dócil, de querer ser como su madre y la exclusividad a tareas del hogar. Estas premisas mostraron cambios significativos debido a que la mujer expresaba su deseo de independizarse en mayor medida, tener oportunidades de trabajo externas y desarrollo profesional, a fin de ser menos dócil ante el varón.

En la década de los ochenta, de acuerdo con Fernández (1998), las investigaciones dieron un giro hacia el estudio ya no sólo en mujeres, sino de la relación entre los géneros tras la reflexión y reconceptualización previa. Las temáticas que influyeron estos análisis fueron principalmente, el trabajo doméstico, la división del trabajo, la reproducción, sexualidad y la participación política. Los elementos anteriores permitieron ampliar las fuentes, técnicas y metodologías de investigación, con el propósito de destacar nuevas teorías e hipótesis.

Con la creación del Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) en 1992, se implementó en la Universidad Nacional Autónoma de México, una mayor coordinación y promoción de estudios desarrollados a partir de la perspectiva de género, con una visión multidisciplinaria, a fin de trazar directrices en el diseño de políticas y programas públicos que promovieran la equidad entre hombres y mujeres (PUEG, 2013)

Rocha y Díaz-Loving (2012) abordan la importancia del papel de la cultura en cuanto a la definición de lo que significa ser hombre o mujer para los mexicanos en conjunto con sus obligaciones, prohibiciones, comportamientos y características que se encuentran ancladas a las dimensiones psicológicas de masculinidad y feminidad.

Los productos de las investigaciones reflejan por una parte la presencia de los roles que tradicionalmente se han asignado a hombres y mujeres pero también se hace evidente la presencia de comportamientos que no necesariamente corresponden al prototipo tradicional de lo masculino y femenino. Retomando la teoría de los esquemas de Bem, el significado actual de ser hombre y mujer ha sido permitido gracias a los cambios sociales y culturales vigentes.

En la actualidad las mujeres parecen tener mayor claridad de los cambios que experimentan respecto a la posibilidad de trabajar y desarrollarse a nivel profesional. Los hombres, a su vez, pese a que siguen manteniendo una visión bastante estereotipada de acuerdo con Rocha y Díaz-

Loving (2012), han permitido que las mujeres se integren en diversas actividades en las que anteriormente nunca se hubieran visto.

Rocha y Díaz-Loving (2012) mencionan que, pese a que se han observado grandes cambios respecto a las ideas estereotipadas tanto de hombres como de mujeres, algunas de las normas y creencias que predominan están estrechamente relacionadas con las premisas histórico-socioculturales. La investigadora, además, acepta que la población mexicana ha hecho una ligera transición a una personalidad más andrógina.

Las anteriores investigaciones demuestran cómo población mexicana, respecto al paso del tiempo, ha entrado en un proceso de cultura y contracultura que le permite encontrar un cierto equilibrio en cuanto a la percepción y expectativas de los roles y la identidad de género (Díaz-Loving, Rivera & Sánchez, 2010). Por tal motivo estudiar los cambios culturales relacionados a los análisis de género, resulta de gran importancia, pues permite entender cómo la sociedad se enfrenta a esquemas que delimitan el papel de hombres y mujeres marcados por las diferencias biológicas, físicas y sociales, cuyos factores repercuten en la forma en que ambos géneros se desarrollan para alcanzar los retos que se anteponen en la vida cotidiana.

CAPÍTULO 2

DEPRESIÓN

El estado de ánimo incluye un conjunto de sentimientos y afectos que se traducen en un estado personal generalizado y persistente que afecta de forma totalitaria las actividades cotidianas del individuo, principalmente la forma en la que percibe el mundo y la interacción que mantiene con éste. La vida, al estar rodeada de múltiples circunstancias, provoca sentimientos y estados de ánimo diversos que pueden oscilar desde un estado de exaltación o júbilo hasta una depresión grave.

Los desordenes del estado de ánimo constituyen uno de los problemas más frecuentes de la especie humana; su rasgo esencial, es un desequilibrio en la reacción emocional unido a un gran componente de ansiedad (Ortiz de Zárate, Alonso, Ubis & Ruíz de Azua, 2011). En dichos desórdenes, el individuo pierde la sensación de control sobre su estado de ánimo y experimenta malestar general (Baena, Sandoval, Urbina, Juárez & Villaseñor, 2005).

Todos los seres humanos experimentan sentimientos de tristeza, desesperanza, desilusión, decepción, dolor, entre otros, alguna vez en la vida. En la actualidad las múltiples preocupaciones y demandas del contexto social y ambiental, así como diversas situaciones adversas, provocan que los individuos se encuentren expuestos a afrontar altibajos en su estado de ánimo. Estos sentimientos de tristeza, sin embargo, desaparecen en un tiempo razonable.

No obstante, cuando el individuo comienza a percibir constantemente un bajo estado de ánimo, pérdida del interés, gozo y desagrado por la vida, la falta de energía vital para realizar tareas y actividades cotidianas, sentimientos de pérdida del locus de control, falta de sueño y ausencia de apetito, muy probablemente se encuentra experimentando síntomas depresivos (Alberdi, Taboada, Castro & Vázquez, 2006).

Breve dimensión histórica

Los trastornos depresivos eran ya identificados en la antigüedad y tratados por los sacerdotes hace más de 3,000 años en Egipto; sin embargo, no fue hasta el siglo VI a. C cuando las alteraciones mentales, particularmente la depresión, pasaron al dominio de los curanderos. Durante la Edad Antigua, se desarrollaron algunas teorías sobre la génesis de la depresión, denominada melancolía, concepto proveniente de los términos griegos *melaina* y *chole* que significa *bilis negra* (Conti, 2007; Vara, 2006).

Hipócrates, considerado el padre de la medicina, fue el primero que empezó a definir el rumbo de los estudios sobre la depresión, a la cual nombró melancolía, haciendo referencia a un temor que se prolongaba durante largo tiempo, supuestamente debido a la alteración del cerebro provocado por la bilis negra, uno de los humores determinantes del temperamento y de la salud, el melancólico era reconocido por su profunda tristeza y su irracional sentimiento de culpa (Pérgola, 2001). También, consideraba que en la melancolía se mezclaban factores internos y ambientales que causaban un ajetreo del alma (Ahedo, 2010).

Hipócrates propuso, además, la existencia de cuatro humores presentes en el cuerpo humano –sangre, flema, bilis negra y bilis amarillas-, cuyo equilibrio era indicio de salud, y su desequilibrio, de enfermedad. La influencia de estos humores era dependiente de la época del año; Hipócrates elaboró una correlación entre los distintos humores, sus cualidades, el perfil del individuo asociado y la estación del año en la que predominaba a cada uno (Cerro & Birlanga, 2010).

Por su parte Areteo de Capadocia fue el primer médico que describió la coincidencia de la melancolía y la manía como dos extremos de la misma enfermedad, considerando a ambas como una misma entidad nosológica. También, observó que la enfermedad reaparecía clínicamente pese a las aparentes remisiones, señalando que la referencia posterior a un episodio melancólico no garantizaba en su totalidad la cura, resaltando el factor

interpersonal como un componente importante ante la evolución de la misma (Ávila, 1990; Chinchilla, 2008).

Tiempo después Aristóteles, en su libro *Problemata*, sugirió que la melancolía se caracterizaba por ser de naturaleza fría, y que podía ser encontrada en todos los individuos sin que se manifestara de una determinada forma. Sus alteraciones, señaló, podían estar asociadas a dos causas: a un problema digestivo o por cambios bruscos de temperatura. Cuando el frío se producía de forma excesiva en el cuerpo, podía desencadenarse apoplejía, desaliento, parálisis, miedo y ansiedad; mientras que cuando la temperatura subía, se producía demasiada energía, alegría, frenesí y éxtasis, que provocaban en la persona desinhibición. Para Aristóteles, las variaciones en la cantidad y calidad de la bilis negra son las responsables de la incidencia en los rasgos que predisponen al temperamento melancólico (Chinchilla, 2008; Peretó, 2010; Vara, 2006).

Las teorías presentadas anteriormente, de acuerdo con Vara (2006), fueron analizadas y desarrolladas por diversos médicos greco-romanos que permitieron seguir ampliando el campo de estudio sobre la melancolía y propiciando la pauta para el estudio de la depresión.

En la Edad Media, la etiología de la depresión fue atribuida a teorías sobrenaturales o mágicas -como posesiones demoniacas, castigos divinos, a la influencia de los astros o brujería-. Los sujetos que presentaban evidentemente signos de depresión, deambulaban por los campos y ciudades, eran objeto de agresiones y de burlas, y se les consideraba personas demones y poseídas. Con el fin de eliminar los demonios que los habitaban eran sometidos a azotes, suministración de drásticos purgantes, ayunos y a conjuros exorcista (Pérgola 2001; Vara, 2006).

El Renacimiento, de acuerdo con Chinchilla (2008), se caracterizó por tener una actitud ambivalente frente al fenómeno de la locura, influida principalmente por una abundante interpretación mágico-animista expresada en una cruel persecución social de los llamados *locos* acusados de

practicantes de brujería. Otro elemento necesario de mencionar, es el relacionado con la creciente corriente propuesta sobre la concepción racional de los trastornos psíquicos en relación a la actitud humana y médica de quienes presentaban. Durante ésta época, la invalidación de la teoría de los humores, originalmente propuesta por Hipócrates, facilitó la nueva perspectiva de los trastornos afectivos.

El siglo XVII, de acuerdo con Conti (2007) promovió los cambios que habrían de producirse en el siglo posterior, en materia de conocimiento de las enfermedades mentales, a través de un sinfín de propuestas nosográficas realizadas, mayoritariamente, por autores alemanes y franceses, que se centraron en nuevas formas de clasificar a la melancolía. Grisinger, uno de los principales exponentes del siglo XVIII, según Chinchilla (2008), estableció que los estados melancólicos se asociaban, en definitiva, a cuadros afectivos; sus estudios, además, permitieron consolidar el término *depresión* como sustituto de *melancolía*.

En 1892, refiere Hillman (1992), Möebius propone a la psiquiatría la distinción entre enfermedades mentales endógenas y exógenas. Las primeras, explica, hacen referencia a una predisposición psicológica, biológica y genética, que antepone al individuo a sufrir una enfermedad mental, en concordancia con el marco social en el que se desarrolla el individuo. Las enfermedades mentales exógenas, por su parte, eran adjudicadas a factores ambientales, físicos y químicos bien definidos, y no a factores hereditarios o predisposicionales, como ocurría en el caso de las enfermedades mentales endógenas.

Kraepelin, años más tarde, estableció nuevas bases para clasificar las patologías psiquiátricas, resaltando la importancia de profundizar en los estadios anatómico-cerebrales, la recolección de datos comparativos entre diferentes poblaciones y regiones; a lo anterior, le llamó psiquiatría comparativa. Respecto a la depresión, Kraepelin hizo una valiosa aportación que ayudó a diferenciar la depresión endógena de la reactiva, en base a los si-

güentes criterios: calidad de la depresión, variaciones diurnas de intensidad, tipo de trastorno del sueño, reactividad al entorno y presencia o ausencia de anorexia, pérdida de peso y disminución de la libido (Calderón, 1990; Chinchilla, 2008; Vieta & Gastó, 1997).

En 1915, Freud también manifestó inquietud por escribir acerca de la melancolía, sin embargo, advirtió que el reducido grupo de pacientes en el que basó sus hallazgos, no bastaba para concluir en generaciones válidas. Freud identificó tres factores condicionantes para la melancolía: 1) la pérdida del objeto, 2) un alto grado de ambivalencia y 3) una regresión libidinal del yo. Aunque los tres factores eran cruciales para la melancolía, tan sólo el último, de acuerdo con Freud, era específico de dicho trastorno (Arieti & Bemporad, 1993).

El paso del tiempo y el aumento de enfermos depresivos con sintomatología no incluida en los cuadros psicóticos o neuróticos, fueron motivos suficientes para que, a finales de los años setenta y principios de los ochenta, se comenzaran a establecer sistemas de diagnóstico operativo, tales como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Las anteriores, tienen como objetivo, comunicar información precisa, comparativa, biológica y laica, con la finalidad de permitir a los especialistas de la salud pronosticar y tratar los trastornos mentales de una forma organizada y clasificada (Calderón, 1990; Korman & Sarudiansky, 2011).

Definición de depresión

La depresión, en su sentido más amplio, constituye un trastorno del estado ánimo. Las personas deprimidas experimentan con frecuencia algún tipo de cambio que afecta totalmente su vida, presentando síntomas somáticos (trastornos del sueño o apetito, fatiga, dolores difusos, pérdida de energía, etc.) y psicológicos (inseguridad, inutilidad, pensamientos generalizados de vergüenza, culpa, pesimismo, falta de ganas de vivir, ideas

suicidas, disminución del interés por actividades placenteras y pérdida del deseo sexual), que evolucionan con el paso de los meses y se convierten en motivo de consulta (Lista, 2008; Segal, Williams & Teasdale, 2006).

De acuerdo con Elkin, Brizendine, Feder y Vile (2000) los trastornos depresivos tienen sus raíces en factores biológicos, psicológicos y/o sociales:

- ❖ *Biológicos*, correspondientes a la disminución de neurotransmisores como la serotonina y noradrenalina, desequilibrio endocrino, anormalidades neurofisiológicas, privación del sueño o alteración de los ritmos circadianos y estaciones del año.
- ❖ *Psicológicos*, causados por eventos emocionales o psicológicos referentes a experimentar enfermedades físicas, acontecimientos adversos o eventos traumáticos.
- ❖ *Sociales*, provocados por tensiones del entorno como falta de apoyo social, laboral, económico o familiar.

En la mayoría de los casos, el propio enfermo no logra relacionar su condición física y mental con un trastorno del estado de ánimo. Por ello, resulta indispensable el reconocimiento de la expresión de la enfermedad, a fin de realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Clasificación del DSM-IV y del CIE-10

De acuerdo a la gravedad de la depresión, tanto el CIE-10 (2004) como el DSM-IV (2002), consideran que dicho trastorno del ánimo puede clasificarse en *leve, moderada o grave*. La distinción anterior, se elabora con base al número total de síntomas que presenta el paciente. Una implicación fundamental en el momento del diagnóstico, de acuerdo a González-Pinto, López, y Zorrilla (2009), es el grado de capacidad funcional presente.

Cárdenas, López y Saldivia (2004) refieren que, de acuerdo a su severidad, la depresión puede ser clasificada en:

- ❖ *Depresión leve.* Es aquella en la cual el paciente se encuentra afligido por los principales síntomas depresivos, sin embargo se declara capaz de tolerarlos. El paciente, además, mantiene sus actividades laborales, pero le resulta difícil sobrellevarlos, pues presenta problemas para dormir, cansancio, desconcentración, falta de apetito y disminución de deseo sexual.
- ❖ *Depresión moderada.* Debido a que los síntomas son más intensos y perturbadores en comparación con la depresión leve, el paciente presenta mayores problemas para realizar actividades sociales y/o laborales. En este tipo de depresión, es posible observar una mayor sensación de tristeza cotidiana y el desinterés o incapacidad de disfrutar la vida.
- ❖ *Depresión grave o severa.* En éste tipo de depresión, es posible observar un alto nivel de angustia, así como la limitación del funcionamiento personal, social y laboral. También, es posible reportar un cambio evidente en la conducta y condición física del paciente, reportada por los familiares. Puede, además, acompañarse de psicosis, manía, dependencia al alcohol y drogas.

De acuerdo con Lista (2008) los criterios diagnósticos del CIE- 10 (2004) y el DSM- IV (2002) pueden englobarse en siete rubros: primero proporcionan elementos que permiten definir e identificar el estado a diagnosticar. Segundo, ofrecen una lista de síntomas que acompañan al humor depresivo o disfórico; de esta lista los diferentes subtipos tendrán un umbral para el diagnóstico de acuerdo al número de síntomas relacionados. Tercero, definen un umbral temporal, es decir, un tiempo mínimo de duración en el cual los síntomas deben estar presentes. Cuarto, determinan

criterios de exclusión, es decir, en que caso el criterio no podrá establecerse aunque se cumpla con los criterios del 1 al 3. Quinto, ofrecen los criterios para subclasificar el trastorno en cuestión, determinando subtipos con valor clínico. Sexto, precisan criterios de severidad o gravedad del trastorno y finalmente establecen criterios de evolución para poder determinar en qué etapa evolutiva se encuentra el trastorno.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2002) establece que la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas manifestados en un mismo periodo de dos semanas, durante el cual, el paciente presenta cinco o más de los síntomas presentados a continuación, evidentes en un cambio notable en el funcionamiento habitual, causándole malestar o deterioro clínicamente importantes en las actividades laborales, sociales o personales:

- ❖ *Estado de ánimo.* Durante la mayor parte del día y casi cada día, el paciente informa tener un estado de ánimo deprimido o se muestra deprimido ante los demás.
- ❖ *Interés.* Referente a la pérdida notable del interés o placer en casi todas las actividades (advertida por el propio paciente o por los demás).
- ❖ *Comida y peso corporal.* Se nota en el paciente una notable pérdida de peso y apetito o bien se observa un brusco aumento de peso o apetito.
- ❖ *Sueño.* El paciente duerme en exceso o no duerme lo suficiente.
- ❖ *Actividad psicomotora observable.* Otras personas pueden advertir que la actividad del paciente se ha acelerado o enlentecido.
- ❖ *Fatiga.* El individuo manifiesta cansancio o falta de energía.
- ❖ *Autoestima.* El paciente tiene sentimientos indebidos de culpabilidad o pérdida de valía. Estos sentimientos no sólo se refieren a estar enfermo, sino que pueden partir de ideas delirantes.

- ❖ *Concentración.* Se refiere a la manera como el propio paciente o los demás advierten, de indecisión, de pensamiento o de concentración.
- ❖ *Muerte.* El paciente ha tenido pensamientos repetidos acerca de la muerte (distintos al miedo a morir), o acerca del suicidio (con o sin un plan), o ha llevado a cabo un intento de suicidio.

El trastorno depresivo es diagnosticado en el DSM-IV (2002), conforme a la siguiente organización, de acuerdo con Lista (2008) y Morrison (2008):

- ❖ *Trastorno depresivo mayor (TDM).* Éste tipo de trastorno es uno de los más frecuentes, así como el de mayor prevalencia. Su curso se caracteriza por una constante recurrencia. El paciente debe presentar cinco o más de los síntomas anteriormente descritos durante gran parte del día y casi todos los días en las últimas dos semanas, lo cual denota un cambio significativo en el funcionamiento global del paciente. Es característico que se manifiesten los síntomas de estado de ánimo y pérdida de interés o placer. Como criterios de exclusión se señala que los síntomas no son causados a trastornos fisiopatológicos de una enfermedad orgánica, ni a una situación de duelo.
- ❖ *Trastorno distímico.* La distimia es un cuadro depresivo crónico de severidad leve a moderada. Por su frecuencia, cronicidad, incapacidad y por las complicaciones que se le asocian a su diagnóstico -principalmente el alto riesgo de suicidio-, debe considerarse una forma de enfermedad depresiva con gran importancia clínica y recibir el tratamiento oportuno. El comienzo del trastorno puede ocurrir en la niñez y suele ser más frecuente en la adolescencia. Los criterios diagnósticos para la distimia son estado de ánimo depresivo, disminución o pérdida de la autoestima, incapacidad de concentración y toma de de-

cisiones, fatiga, anorexia o hiperorexia e insomnio o hipersomnia.

- ❖ *Trastorno depresivo no especificado*. En ésta categoría se conceptualizan aquellos cuadros depresivos que no llenan los criterios diagnósticos para los trastornos definidos y aceptados. Algunos de los estados depresivos bajo esta denominación, tienen gran importancia clínica y se incluyen como nuevos subtipos de cuadros depresivos. En el tipo de trastorno, se presenta sintomatología que aún se encuentra en investigación.

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (2004), clasifica a la depresión de acuerdo a su intensidad en *leve y moderada* con sintomatología *somática*, y en episodios depresivos *graves con o sin síntomas psicóticos*.

De acuerdo con el CIE-10 (2004) los síntomas coinciden con los más clásicos de la melancolía tales como: estado de ánimo depresivo, disminución o pérdida de interés por actividades placenteras, disminución o aumento de peso, enlentecimiento o agitación psicomotriz, insomnio o hipersomnia, sensación de fatiga o falta de energía vital, sentimientos de culpa y vergüenza excesivos, dificultad para concentrarse o pensar y pensamientos recurrentes de muerte.

La presencia de la sintomatología puede ser distinta en cada clasificación y en cada individuo. Para el diagnóstico de cualquier episodio depresivo dentro de los tres niveles de clasificación habitualmente se requiere la presencia de los síntomas durante al menos dos semanas y la presencia de estos puede estar directamente relacionada con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes. La diferenciación entre los episodios depresivos se basa en el juicio clínico, la cantidad, tipo y severidad de los síntomas.

- *F32.0 Episodio depresivo leve*

Para su diagnóstico deben estar presentes por lo menos dos de los tres síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés por actividades placenteras y disminución de la energía o sensación de fatiga, es importante que ninguno de los anteriores aspectos se manifieste con un grado de intensidad grave. La declaración de la sintomatología por lo general afecta las actividades sociales, familiares y laborales en las que se involucra el individuo.

- *F32.1 Episodio depresivo moderado*

Normalmente se encuentran presentes al menos dos de los tres síntomas típicos que se manifiestan en el episodio de depresión leve y tres síntomas adicionales que complementan el criterio de evaluación, un paciente diagnosticado con depresión moderada suele mantener grandes dificultades para poder ejercer sus actividades cotidianas.

- *F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*

Episodio depresivo en el cual la mayoría de los síntomas descritos anteriormente afectan al paciente, siendo común la pérdida de autoestima y sentimientos de autodesprecio o culpa, asimismo, son comunes las ideas o actos suicidas. Es probable que el paciente se encuentre bajo un estado alterado grave que puede impedir que describa con detalle muchos síntomas, en este caso se justifica una evaluación global de la gravedad del episodio. Si los síntomas son particularmente graves, de manifestación y evolución prematura al diagnóstico común, puede elaborarse un diagnóstico justificado por estos motivos. Durante un episodio de depresión grave los pacientes ejercen actividades sociales, laborales y familiares de una forma muy limitada.

- *F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos*

Es un episodio de depresión grave que cumple con los criterios señalados en el apartado F32.2 y en el cual se presentan ideas delirantes, alucinaciones, enlentecimiento psicomotriz o estupor suficientemente graves que imposibilitan las actividades sociales ordinarias. La vida del individuo puede encontrarse en peligro debido a la alta vulnerabilidad de ideas o actos suicidas, catastróficos, acompañados de deshidratación o inanición. Asimismo las ideas de alucinación o delirantes, pueden o no coincidir con el estado de ánimo, en este episodio es evidente que la funcionalidad del individuo se encuentra totalmente inhabilitada.

Con el paso de los años, cada vez ha tomado mayor importancia el establecimiento de índices que permiten predecir la manifestación de síntomas depresivos mediante un modelo cognitivo, el cual interviene proporcionando cuadros sintomatológicos para el diagnóstico oportuno de la depresión.

Modelo cognitivo de la depresión

La teoría cognitiva de Aaron Beck ha causado una profunda influencia en la práctica de la psicología clínica. Después de alejarse de la terapia psicoanalítica, Beck desarrolló un fuerte interés en la importancia de las cogniciones y pensamientos que afectan la conducta o estado de ánimo de los individuos, lo cual permitió que el psiquiatra desarrollara intervenciones terapéuticas con el propósito de mejorar el funcionamiento emocional y conductual del paciente deprimido (Compas & Gotlib, 2002).

El modelo cognitivo de la depresión surge por medio de observaciones clínicas e investigaciones experimentales realizadas por Aaron Beck, a partir de las cuales postuló que las personas deprimidas mantienen una visión negativa de sí mismas y del mundo que los conlleva a desencadenar esquemas cognitivos negativos conduciéndolos a percibir e interpretar sus experiencias de vida de forma adversa. Para explicar el sustrato psicológico

de la depresión el modelo postula tres conceptos específicos: *la triada cognitiva, los esquemas y los errores en el proceso de la información* (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2008) A continuación se describen estos elementos con mayor detalle:

- Triada cognitiva

De acuerdo con Chapa (2003) es un concepto que condensa los patrones cognitivos centrales que se presentan en el cuadro depresivo compuesto por los siguientes tres factores:

- ❖ *Visión de sí mismo.* El individuo se percibe como inútil, desgraciado, torpe, enfermo y con poca valía, atribuyendo sus experiencias desagradables a defectos psíquicos, morales o físicos. El sentimiento de incompetencia que desarrolla, lo conlleva a crear sentimientos de dependencia hacia otras personas, visualizando las vicisitudes de la vida cotidiana como circunstancias difíciles de resolver y revistiendo sentimientos de fracaso a sus expectativas personales, con una tendencia a ser exageradamente autocrítico basándose en sus defectos y pensando recurrentemente que no merece la felicidad.
- ❖ *Visión del mundo y del entorno.* La persona deprimida se centra en la tendencia a interpretar sus experiencias cotidianas de una manera negativa. Visualiza los logros como metas rodeadas de obstáculos insuperables y no percibe satisfacciones por las actividades realizadas. Debido a que piensa de manera errónea en que será rechazada tiende a aislarse de la sociedad reforzando sentimientos de desesperanza e incluso pensamientos suicidas.
- ❖ *Visión del futuro.* El sujeto mantiene la creencia constante de que los problemas persistirán o empeorarán con el paso del tiempo, si se encuentra en algún proyecto anticipa dificultades.

des, penas, sufrimientos, privaciones y frustraciones de una forma indefinida. Cuando logra plantearse una meta a futuro suele mantener expectativas dirigidas al fracaso.

Asimismo, el modelo cognitivo también explica los síntomas físicos de la depresión, la apatía y la poca energía pueden ser el resultado de la creencia del paciente de que se encuentra predestinado al fracaso en todo cuanto se proponga, de igual forma la percepción negativa del futuro puede producir inhibición motriz (Beck, et al., 2008).

- Organización estructural del pensamiento depresivo

Este concepto es utilizado para explicar por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes pese a la existencia de factores positivos en su vida (Beck, et al., 2008).

El individuo forma estructuras estables que dirigen el proceso por medio del cual organiza, estructura y responde ante la información del ambiente, a estos patrones cognitivos se les denomina *esquemas*, los cuales son estructuras estables que han sido adquiridas en el curso de la experiencia previa, permanecen latentes y son activadas gracias a sucesos que reproducen las condiciones iniciales del aprendizaje cognitivo (Caballo, 1998; Chinchilla, 2008).

En los estados depresivos, los pacientes conceptualizan determinadas situaciones de forma distorsionada de tal modo que logran ajustarse a esquemas inadecuados prepotentes, a medida de que estos esquemas se van haciendo más activos son evocados por un número mayor de estímulos que mantienen una escasa relación lógica, seleccionando entonces estímulos del ambiente en función de una hipótesis sustentada en distorsiones cognitivas, lo cual conduce a la persona a perder gran parte del control del proceso de pensamiento y lo hace incapaz de acudir a esquemas más adecuados y funcionales de respuesta.

Cuando los patrones cognitivos llegan a ser excesivamente distorsionados de la realidad, el pensamiento se ve cada vez más limitado para considerar la opción de que las interpretaciones negativas son erróneas, por lo cual la organización cognitiva del paciente deprimido puede llegar a ser independiente de la estimulación externa (Beck, et al., 2008; Chinchilla, 2008).

▪ Errores en el procesamiento de la información

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales reciben el nombre de distorsión cognitiva. Beck, et al., (2008) identifica los siguientes:

1. *Inferencia arbitraria relativa a la respuesta.* Proceso que se refiere a la anticipación de una determinada conclusión sin evidencia que la sustente.
2. *Abstracción selectiva relativa al estímulo.* Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características relevantes de la situación y conceptualizando la experiencia con base a ese fragmento.
3. *Generalización excesiva relativa a la respuesta.* Hace referencia al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarlos a todo tipo de situaciones.
4. *Maximización y minimización relativas a la respuesta.* Distorsiones cognitivas reflejadas en los errores cometidos al evaluar el significado o magnitud de un evento; los errores son tan impactantes que llegan a constituir distorsiones en el análisis de la información.
5. *Personalización relativa a la respuesta.* Se refiere a la tendencia del individuo para atribuirse a sí mismo fenómenos externos sin evidencia firme que relacione a la persona con el evento sucedido.

6. *Pensamiento absolutista, dicotómico relativo a la respuesta.* Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias en términos absolutistas de un todo o nada, en donde el paciente selecciona generalmente las opciones más negativas basadas en una personalidad perfeccionista.

De acuerdo al modelo cognitivo de la depresión, las personas que manifiestan los síntomas tienden a estructurar sus experiencias de un modo al que se le denomina *primitivo*, debido a que emite juicios globales respecto a los eventos que rodean su vida. Asimismo los contenidos de sus pensamientos tienen una gran probabilidad de ser catastróficos y absolutistas, por lo tanto la respuesta que emite a los estímulos del ambiente llega a ser rotundamente negativa, reduciendo en pocas categorías la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y conductas humanas. Según la representación esquemática, se observa que el paciente deprimido tiende a interpretar sus experiencias en término de privaciones o derrotas, con carácter irreversible y destinado al fracaso (Beck, et al., 2008).

Tratamiento de la depresión

Una de las características de la depresión es su factor recurrente, incluso ante las recuperaciones completas, por lo cual, el tratamiento debe estar enfocado principalmente en función de la capacidad preventiva de las recaídas y no sólo centrarse en el mejoramiento de la sintomatología inicial (Fernández-Teruel, 2008).

Antes de administrar cualquier tratamiento es necesario que el profesional de la salud se formule una serie de normas básicas al momento del diagnóstico. Con el paso del tiempo, tanto psiquiatras como psicólogos, han trabajado coactivamente en la administración del tratamiento farmacológico y terapéutico para combatir la depresión.

De acuerdo con Chinchilla (2008), en todo tipo de depresiones el empleo de fármacos antidepresivos derivan resultados benéficos en dosis reguladas estrictamente por psiquiatras, quienes consideran la edad, sexo, estado psicológico, condición física y enfermedades previas para el suministro del medicamento adecuado. En el tratamiento psicológico, en específico la terapia cognitiva, es indispensable ya que ayuda a prevenir futuros episodios depresivos posteriores al tratamiento médico.

La terapia cognitiva fue diseñada por Aaron T. Beck en los años sesenta y setenta, como un abordaje estructurado y limitado en tiempo para el tratamiento ante la depresión, basándose en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias previas. El pensamiento negativo había sido asumido hasta entonces como un simple rasgo superficial del trastorno de estado de ánimo, sin embargo Beck lo retomó como principal causa de los cuadros depresivos, centrando su terapia en la identificación y modificación de cogniciones distorsionadas (Beck, et al., 2008; Segal, et al., 2006).

Compas y Gotlib (2002) resaltan la importancia de identificar los pensamientos específicos negativos en las fases iniciales de la terapia cognitiva, ya que se encuentran más cercanos a la superficie emocional. Posteriormente, cuando el cliente ha tenido cierta experiencia con el proceso de la terapia se examinan las creencias más profundas, globales y en colaboración con el cliente se cuestionan, con la finalidad de enseñar al individuo a identificar, evaluar y reemplazar los pensamientos negativos automáticos con cogniciones más positivas y congruentes a la evidencia lógica disponible. En las sesiones finales, el terapeuta tiene dos metas importantes, primero trabaja con el cliente para consolidar las ganancias que ha logrado, de tal modo el terapeuta intenta ampliar el rango de cogniciones más positivas empleadas con el fin de mejorar su funcionamiento. El segundo objetivo se concentra en tratar de prevenir la recurrencia de los epi-

sodios depresivos, asegurándose de que la persona haya identificado, de manera adecuada, las actitudes y creencias disfuncionales subyacentes que dieron lugar a las cogniciones negativas, dotando al paciente de estrategias conductuales de afrontamiento, como la capacitación en habilidades de solución de problemas, asertividad y atribución del control situacional, ayudándolo a emplear pensamientos más positivos a su vida cotidiana.

La terapia de Beck refleja un éxito notable debido a que emplea tanto la evidencia clínica como experimental para fundamentar su teoría, de la misma forma insiste en una cuidadosa valoración diferencial de la sintomatología del paciente depresivo, con la finalidad de que el terapeuta no rechace sin una base sólida los fármacos antidepresivos, resaltando la importancia de que el clínico a cargo del caso, se informe de cómo y cuándo combinar la prescripción médica con la terapia cognitiva (Beck, et al., 2008; Segal, et al., 2006).

Los datos más recientes en torno a la salud mental en México muestran el hecho de que solo una pequeña parte de la población diagnosticada recibe el tratamiento oportuno, por lo cual este trastorno del estado de ánimo provoca una mayor discapacidad en las personas, que muchas otras enfermedades crónicas (Heinze & Camacho, 2010). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2012) la depresión es una enfermedad que afecta a unos 350 millones de personas mundialmente. El 20% corresponde a depresiones biológicas o endógenas que afectan por igual a hombres y mujeres, mientras que el 80% restante se consideran depresiones exógenas o situacionales que se encuentran divididas desproporcionalmente entre ambos géneros, ya que el 30% de la población con depresión es representada por el género masculino, mientras que el 50% restante corresponde al género femenino. Múltiples estudios han reiterado que las mujeres sufren de episodios depresivos dos veces más que los hombres, por tal motivo en la actualidad existe una mayor necesidad de buscar causas específicas que conlleven a la búsqueda de alternativas con la finalidad

de ofrecer una atención más integral para este sector de la población (Muruaga, 2008; Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón & Rubí, 2003).

Roles de género y depresión

La manera en la que hombres y mujeres afrontan los retos de la vida cotidiana es diferente, siendo marcada su respuesta por diversos factores biológicos, sociales, culturales e históricos. Las múltiples transiciones del mundo contemporáneo que van acompañadas por avances tecnológicos, educativos, económicos y laborales, repercuten en la incidencia de fenómenos complejos que promueven viejos y nuevos constructos del significado de ser hombre o mujer.

Actualmente la perspectiva de género representa una variable de análisis útil en la distribución diferenciada por sexo de las psicopatologías, presentando una atención fundamental a la morbilidad de enfermedades mentales asociadas a cada género que permite detectar mecanismos y adversidades biológicas y sociales específicas que las promueven. Las diferencias de género sobresalen particularmente en las estadísticas de trastornos mentales comunes siendo las más relevantes la depresión y la ansiedad, marcando una notable prevalencia en el género femenino. Diversos análisis de salud pública en México señalan que la mujer solicita más ayuda médica por sintomatología depresiva que el hombre, no obstante investigaciones recientes adjudican que estas diferencias se deben en gran medida a influencias sociales, que reflejan el temor por la pérdida de las expectativas del rol masculino (OMS, 2012; Montero, 1999; Sen, George & Óstlin, 2005).

Existen dos hipótesis principales en las que se basan la mayoría de los estudios sobre las diferencias de género y la depresión, la primera de ellas se fundamenta en las desigualdades biológicas y la segunda hace referencia al efecto que provocan los factores sociales y culturales en el

estado emocional de hombres y mujeres (Chinchilla, 2008; Dio, 1991; Montero, 1999).

Sin embargo diversas investigaciones conllevan a rechazar la idea de buscar el patrón del trastorno depresivo en los factores biológicos, pues los resultados señalan que las depresiones endógenas relacionadas a un fuerte componente genético y biológico, afectan por igual a hombres y mujeres; asociándose la prevalencia de depresión exógena al género femenino gracias a las actividades, condiciones y estresores de la vida cotidiana (Dio, 1991; Chinchilla, 2008; Lara, 1999; López & Legé, 2009; Montero, 1999).

De acuerdo con Dio (1991) el factor psicosocial que conduce a evaluar las diferencias significativas de la depresión entre hombres y mujeres es el espíritu mismo de los estereotipos. Los innumerables estudios sobre los roles tipifican la masculinidad y feminidad en dos grandes categorías: a) masculinidad: rasgos instrumentales y b) feminidad: rasgos emocionales. Al hombre le ha asignado una identidad individualista caracterizada por mantener distancia afectiva centrada en la producción, el poder económico y racionalidad. Mientras tanto, la identidad femenina tradicional ha sido cobijada con estereotipos idóneos para las labores de maternidad y convivencia en el ámbito privado o familiar, conceptualizando a la mujer como amorosa, sensible, altruista, dedicada y desprendida; aprendiendo desde pequeñas a priorizar las relaciones con el otro, especializándose en el cuidado y satisfacción del prójimo (Dio, 1991; Rocha & Díaz-Loving, 2012; Lara, 1999).

Investigaciones realizadas en México por Lara (1999); Lazarevich y Mora-Carrasco (2008) y López y Legé (2009) concluyen que existen ciertos factores de riesgo que se relacionan con la prevalencia del trastorno depresivo en la mujer. El primer factor tiene que ver con el ambiente familiar, ya que por lo general la mayoría de las familias mexicanas viven dentro de una atmosfera intranquila rodeada de violencia verbal, económica, física y emocional ejercida comúnmente por el género masculino, en donde la mu-

jer parece mantener bien arraigado la responsabilidad de organizar las tareas domésticas, el cuidado de los hijos y de la pareja, por lo cual cuando sufren alguna dificultad en estas relaciones, no solo existe cierta decepción porque las cosas no marchan de forma positiva, sino que esta situación afecta su confirmación, autoestima y valía como mujer, pues social y culturalmente el fracaso de un vínculo familiar o amoroso significa el fracaso total de su persona.

De igual manera la situación ocupacional también ha mostrado ser un elemento de vulnerabilidad, aunque la depresión se asocia tanto en mujeres con trabajo remunerado como no remunerado las diferencias que se observan en ambos grupos corresponden a determinados elementos característicos. Entre las mujeres que trabajan doble jornada un factor importante que se asocia al trastorno es el conflicto entre los papeles de trabajadora y madre, pues compaginar el trabajo fuera de casa, el cuidado de los hijos y el trabajo doméstico resulta una tarea difícil a la que se le añade una fuerte dosis de presión ocupacional y estrés. Mientras que al sector de mujeres con trabajo no remunerado el principal conflicto que se les asocia es la restricción al ámbito privado que involucra escasos recursos económicos, redes sociales limitadas y mayor violencia doméstica que repercuten en su satisfacción y valía personal.

Diversos autores mencionan que la depresión tanto en hombres como en mujeres aparece como respuesta a la pérdida, mientras que las mujeres se deprimen más frecuentemente a causa de la pérdida de relaciones interpersonales, los hombres lo hacen generalmente por la pérdida de objetivos (Amador, 2001; Dio, 1991; Lara, 1999; Lara, et al., 2003, Lazarevich & Mora-Carrasco, 2008; Montero, 1999).

Desde la infancia hasta las desilusiones que conllevan el camino hacia su rol sociocultural, los hombres experimentan un gran desafío por lograr sus metas y éxitos, en donde la cultura y la familia juegan un papel

muy importante al inculcar comportamientos que los protegen de ser percibidos como afeminados (Franchi, 2001).

El género masculino, por lo tanto, tiende a sufrir una depresión a la cual se le denomina *escondida*, pues el dolor emocional al no ser socialmente aceptado, induce al individuo a enmascarar su condición como sinónimo de vergüenza, haciendo que el reconocimiento del trastorno sea más complicado y asociando su sintomatología a la carga de trabajo o problemas económicos (Amador, 2001; Estalovski, 2004; Franchi, 2001).

Los síntomas más comunes que se logran identificar en este segmento de la población de acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud Mental (2009) son los relacionados a la irritabilidad, pérdida del interés en actividades anteriormente placenteras y sueño alterado, sin embargo un dato que llama fuertemente la atención de los profesionales de la salud es que los hombres presentan índices más altos de resistencia que las mujeres para recibir tratamiento psicofarmacológico, temor atribuido a las premisas socioculturales, por lo cual presentan mayor probabilidad de recurrir al alcohol y las drogas con la finalidad de regular su estado físico y condición emocional (Amador, 2001; Lazaverich & Mora-Carrasco, 2008; Sen, George & Óstlin, 2005).

Parece ser entonces que el perfil de mayor riesgo para la predisposición del trastorno depresivo tanto en hombres como en mujeres se relaciona fuertemente con *los roles tradicionales*, pues los resultados de diversos estudios realizados en México por Amador (2001); Lara (1999); Lara, et al. (2003); Lazarevich y Mora-Carrasco (2008); Lazaverich, Delgadillo-Gutiérrez, Mora-Carrasco y Martínez-González (2013); López y Legé (2009) concluyen que cuanto más estereotipada sea la masculinidad o feminidad del individuo, se manifiesta un mayor riesgo de experimentar el trastorno depresivo y aumentan los conflictos para la búsqueda de tratamientos oportunos, resultado de la influencia social y cultural.

La angustia resultante de la desigualdad de los roles pueden engendrar insatisfacciones y perturbaciones emocionales en ambos géneros, lo cual señala que debe rechazarse el determinismo absoluto de que el trastorno depresivo sea una enfermedad catalogada como únicamente biológica y considerar cuidadosamente el contexto social de los síntomas, debido a que la mayoría de estos se encuentran íntimamente relacionados al ambiente en el que se desenvuelve el individuo. La finalidad de relacionar las variables roles de género y depresión resulta sumamente importante para seguir avanzando en el conocimiento de los factores diferenciales de riesgo asociados al trastorno entre los géneros y enriquecer las pautas de diagnóstico y tratamiento (Dio, 1991; Chinchilla, 2008; Lara, 1999; López & Legé, 2009; Montero, 1999).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vida se organiza por medio de acuerdos que estructuran y delimitan las actividades y funciones de los individuos que la conforman, siendo la cultura, el principal factor que mantiene una visión claramente diferenciada de los sexos biológicos a los cuales les asignan -desde el momento de su nacimiento y a lo largo de todo su ciclo vital- expectativas sustentadas en valores, reglas, obligaciones, comportamientos y prohibiciones, que conllevan a hombres y mujeres a reconocer su significado y posición dentro de la sociedad. De acuerdo con Rocha y Díaz-Loving (2012) a partir de estas expectativas comienza a darse una distribución diferencial respecto a la ejecución y expresión de los roles comportamentales correspondientes a cada género, los cuales conducen a marcar una notable desigualdad entre los individuos basadas en constructos culturales.

Por su parte la depresión, en su sentido más amplio, constituye uno de los trastornos del estado de ánimo más común y grave a nivel mundial, donde la perspectiva de género representa una variable de análisis útil en la distribución diferenciada por género de la psicopatología, que permite detectar mecanismos adversos biológicos, sociales y psicológicos asociados a la prevalencia de dicha enfermedad. Las personas deprimidas experimentan con frecuencia algún tipo de cambio que afecta totalmente su vida, presentando síntomas somáticos y psicológicos que evolucionan con el paso de los meses y se convierten en motivo de consulta (Lista, 2008; Montero, 1999; OMS, 2012; Segal, Williams & Teasdale, 2006; Sen, George & Óstlin, 2005).

De acuerdo con Dio (1991) el factor psicosocial que conduce a evaluar las diferencias significativas de la depresión entre hombres y mujeres es el espíritu mismo de los estereotipos. Donde las presiones sociales y culturales que influyen en hombres y mujeres elevan la posibilidad de que los in-

dividuos desarrollen perturbaciones emocionales que afectan su estado físico, emocional, social y psicológico.

Pregunta de investigación

¿Existen diferencias entre los roles de género, la sintomatología depresiva y la ocupación en hombres y mujeres?

MÉTODO

Objetivo general

Describir las diferencias entre los roles de género, la sintomatología depresiva y la ocupación en hombres y mujeres.

Objetivos específicos

- ✧ Identificar las diferencias en hombres y mujeres en los roles de género.
- ✧ Identificar las diferencias entre la sintomatología depresiva y los roles de género.
- ✧ Identificar las diferencias por ocupación en los factores de los roles de género.

Hipótesis

- ✧ Ha1. Existen diferencias estadísticamente significativas en los roles de género en hombres y mujeres.
- ✧ Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en los roles de género en hombres y mujeres.
- ✧ Ha2. Existen diferencias estadísticamente significativas entre la sintomatología depresiva y los roles de género.
- ✧ Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la sintomatología depresiva y los roles de género.

- ∞ Ha3. Existen diferencias entre la ocupación y los roles de género.
- ∞ Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la ocupación y los roles de género.

Variables

Independientes

Sexo

Definición conceptual

El término sexo hace referencia a las características biológicas innatas derivadas del morfismo sexual que permiten diferenciar a hombres y mujeres, involucrando aspectos vinculados con la procreación y la sexualidad que conllevan al sujeto a un desarrollo psicosocial a lo largo de su ciclo vital (Barberá & Martínez, 2004).

Definición operacional

Los hombres y mujeres que participan en la investigación.

Ocupación

Definición conceptual

La ocupación se define como la actividad o trabajo en el que los individuos comprometen su tiempo y experiencia vital (Crepeau, Cohn & Schell, 2008).

Definición operacional

La ocupación de hombres y mujeres que participan en la investigación.

Depresión

Definición conceptual

La depresión es definida como un síndrome que se caracteriza por la alteración del estado de ánimo con un grado variable de la pérdida de interés o

dificultad para experimentar placer en las actividades habituales en los cuales se involucran diversos síntomas psíquicos y físicos así como una serie de esquemas cognitivos negativos que repercuten en la capacidad funcional del individuo (Beck, 1976; Retamal, 1998).

Definición operacional

Respuestas de la aplicación de los ítems del inventario BDI- II.

Dependiente

Roles de género

Definición conceptual

Los roles de género pueden ser definidos como un conjunto de expectativas y comportamientos normativos atribuidas diferencialmente a los hombres y mujeres, marcadas por un conglomerado de demandas sociales asociadas a una posición específica en el sistema social (Rocha & Díaz-Loving, 2012).

Definición operacional

Respuestas de la aplicación de los ítems de la escala Roles de género.

Tipo de estudio

Transversal.

Diseño

De dos muestras independientes (Kerlinger, 1988).

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. Participaron 221 personas, 104 hombres y 117 mujeres. En la Tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos de la muestra.

Tabla 1
Características de la muestra

Datos Sociodemográficos	
Edad	22-55 ($M= 37.03$; $DE= 6.628$)
Escolaridad	Primaria= 18 Secundaria= 59 Técnico= 41 Preparatoria= 62 Licenciatura= 41
Ocupación	Ama de casa= 68 Empleado= 68 Comerciante= 46 Profesionista= 39
Estado Civil	147 casados y 74 en unión libre
Años de relación	2-34 ($M= 13.80$; $DE= 5.874$)
Número de Hijos	1-10 ($M= 2$)

Instrumentos

Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 2006). Tiene como objetivo identificar y medir la gravedad de los síntomas típicos de la depresión. Contiene 21 reactivos con un alfa de Cronbach global de 0.92; en cada reactivo, el examinado es evaluado en una escala de cuatro puntos con un rango de 0 al 3, que puntúan desde el nivel de depresión menor hasta el de mayor intensidad. En la Tabla 2 se presentan los rangos en los que se distribuye la gravedad de la sintomatología depresiva.

Tabla 2

Rangos en los que se distribuye la gravedad de la sintomatología depresiva

Rangos y Niveles de depresión

- ∞ Depresión mínima: 0-13
- ∞ Depresión leve: 14-19
- ∞ Depresión moderada: 20-28
- ∞ Depresión mayor: 29-63

Escala de roles de género (Rocha & Díaz-Loving, 2012). La escala tiene la intención de evaluar actividades y comportamientos reportados con mayor frecuencia por hombres y mujeres en diferentes contextos (familia, hogar, social y laboral) de acuerdo a los estereotipos de género más comunes en la cultura mexicana. La escala se encuentra compuesta por 86 afirmaciones relacionadas con comportamientos y actividades diferenciales: 12 reactivos reflejan los comportamientos relacionados al contexto de las relaciones amistosas, 10 vinculados con la relación de pareja, 22 reactivos que representan los roles que hombres y mujeres desempeñan en la familia y el hogar y 22 relacionados a los roles que desempeñan en el contexto laboral. Los coeficientes de confiabilidad Alfa de Cronbach varían de .68 a .91. La Tabla 3 expone los factores, definiciones y reactivos de la escala.

Tabla 3

Factores de la escala Roles de género

Factor	Definición	Alpha
Rol social expresivo con las amistades	Actividades vinculadas a la expresión de afecto y simpatía en la relación con las amistades.	0.75

Continuación de la Tabla 3

Factor	Definición	Alpha
Rol social instrumental con las amistades	Actividades vinculadas a un manejo instrumental de las relaciones más asertivo y menos expresivo en la relación con otro.	0.68
Rol expresivo en la pareja	Actividades asociadas con la expresión de afectos y cuidados hacia la pareja.	0.81
Rol instrumental en la pareja	Actividades asociadas con una conducta más asertiva en la relación de pareja, vinculadas con una mayor toma de decisiones y cierto grado de control sobre la pareja.	0.79
Rol expresivo-maternal	Actividades que hacen alusión al rol de la madre cariñosa y al cuidado de los hijos.	0.91
Rol instrumental-dominante	Actividades que se relacionan con un ejercicio de mayor poder dentro de la familia y el hogar.	0.89
Rol expresivo-educativo	Actividades vinculadas con la tarea de cuidar el bienestar y la unidad de la familia.	0.87
Rol doméstico	Actividades que se relacionan con el quehacer doméstico y el papel tradicional de la mujer.	0.85

Continuación de la Tabla 3

Factor	Definición	Alpha
Rol instrumental-laboral	Se refiere a las actividades dentro del contexto laboral que reflejan el ejercicio del poder y el comportamiento de liderazgo sobre el resto.	0.82
Rol social-afiliativo laboral	Actividades vinculadas con el comportamiento social y de vinculación con lo demás en el ámbito laboral.	0.73

Procedimiento

Se acudió a centros de trabajo y a domicilios de los participantes, y se les explicó el objetivo de la investigación (haciendo énfasis en que la información obtenida sería de carácter anónimo y confidencial). A quienes decidieron participar, se les entregó el instrumento y, previo a responderlo, se les pidió que firmaran el consentimiento informado. La aplicación se hizo de manera grupal e individual, aclarándose las dudas al momento de aplicación.

RESULTADOS

Con el fin de comprobar la hipótesis que propone diferencias en los roles de género en hombres y mujeres, se realizó una prueba *t* de Student para muestras independientes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor rol expresivo-maternal ($t = 10.193$, $p < .001$), rol expresivo-educativo ($t = 4.262$, $p < .001$), rol doméstico ($t = 12.779$, $p < .001$) y rol instrumental-dominante ($t = 2.399$, $p < .05$).

A través de las medias, se observa que en el factor rol expresivo-maternal, las mujeres puntúan más alto ($M = 4.214$) que los hombres ($M = 3.401$). De manera similar en el factor rol expresivo-educativo las mujeres muestran puntuaciones más elevadas ($M = 4.429$) que los hombres ($M = 4.045$). Asimismo en el factor rol doméstico nuevamente son las mujeres quienes presentan mayores puntuaciones ($M = 4.267$) que los hombres ($M = 3.071$). Por su parte en el factor rol instrumental-dominante se encontró que los hombres ($M = 3.694$) son los que ejecutan en mayor proporción el rol vinculado con el dominio de otros en comparación con las mujeres ($M = 3.473$) (Ver Figura 1).

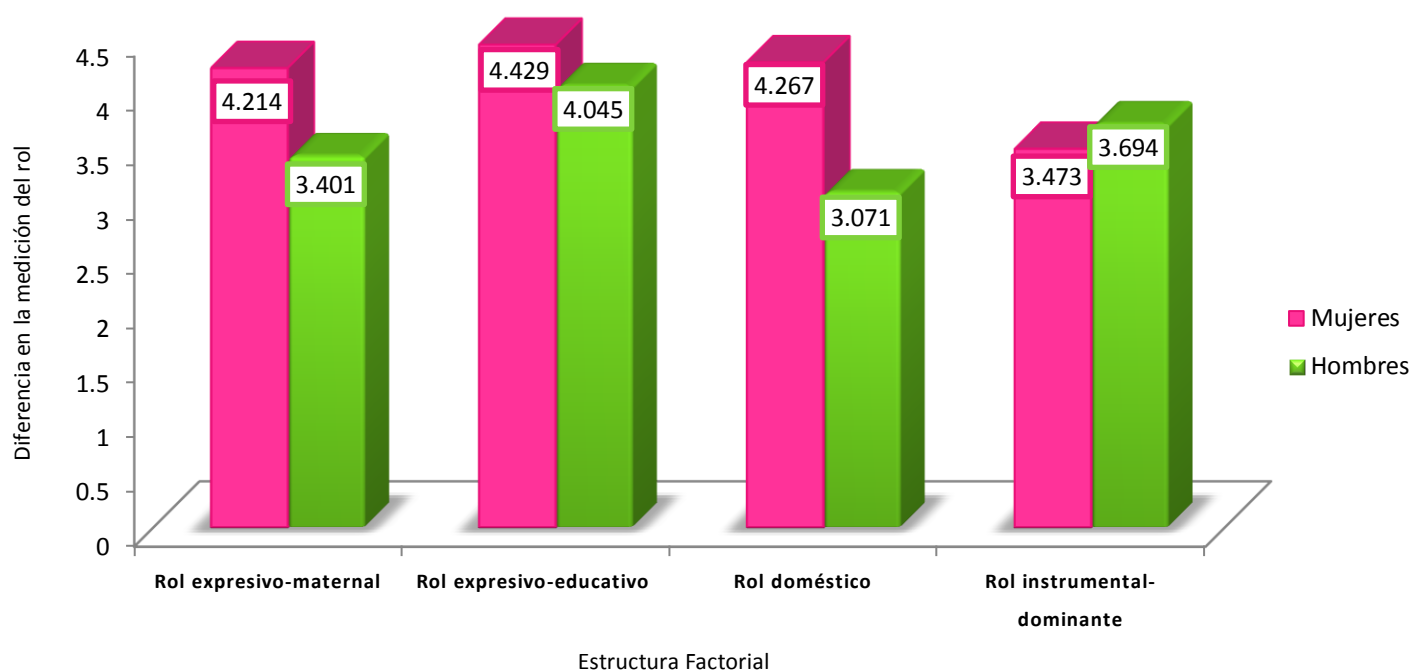


Figura 1. Diferencias en hombres y mujeres en los roles de género

Con el objetivo de comprobar la segunda hipótesis que plantea diferencias entre la sintomatología depresiva y los roles de género, se realizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA). Respecto a los resultados se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el factor rol expresivo en la pareja $F(3,201) = 4.433$, $p < .01$. Resultado de la prueba Post Hoc de Tukey, se obtuvo que cuando el nivel de depresión es mínimo la media del rol expresivo es de 3.87, y tiende a disminuir con depresión leve ($M = 3.74$) y severa ($M = 2.87$). Estas diferencias se muestran en la Figura 2.

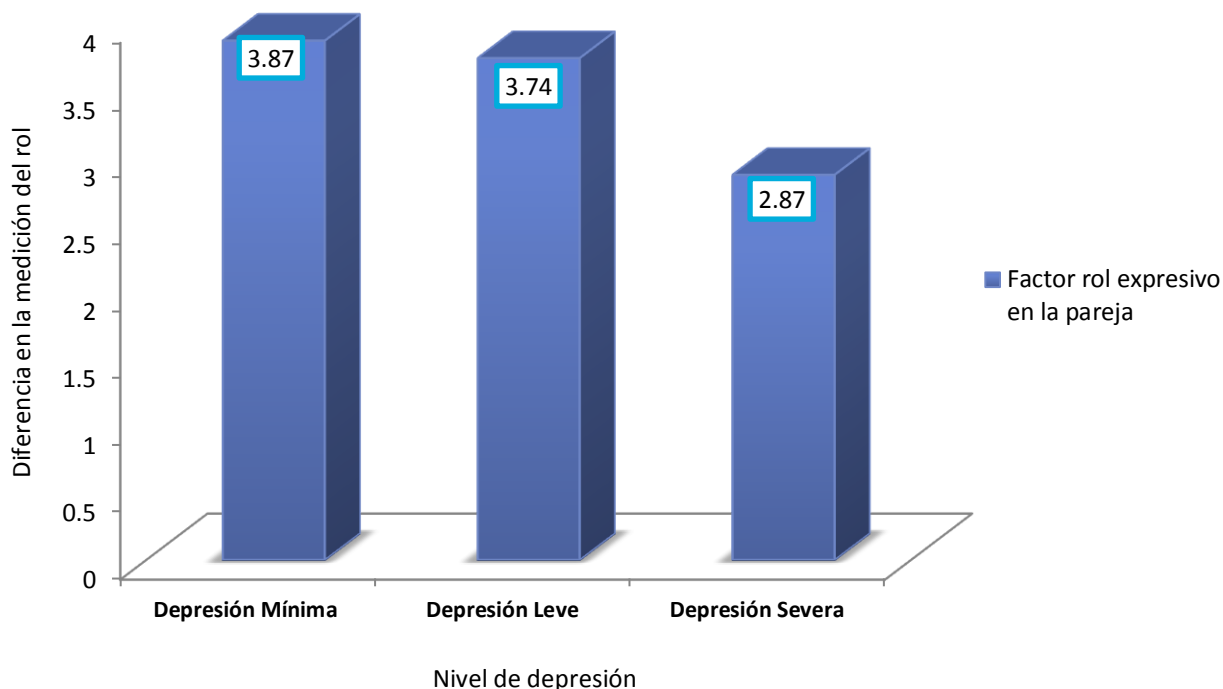


Figura 2. Diferencia entre la depresión y rol expresivo en la pareja

Con el propósito de comprobar la tercera hipótesis que propone diferencias por ocupación en los factores de los roles de género, se realizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA). Encontrándose diferencias en los factores rol expresivo-maternal $F(4,212) = 13.928, p < .001$; factor instrumental-dominante $F(4,199)=2.591, p < .05$ y factor rol doméstico $F(4,209)=13.828, p < .001$.

Resultado de la prueba Post Hoc de Tukey, se obtuvo de acuerdo con las medias que en el factor expresivo-maternal, las amas de casa ($M= 4.312$) puntúan mayor que los empleados ($M= 3.808$), los profesionistas ($M= 3.641$) y los comerciantes ($M= 3.359$). Estas diferencias se presentan en la Figura 3.

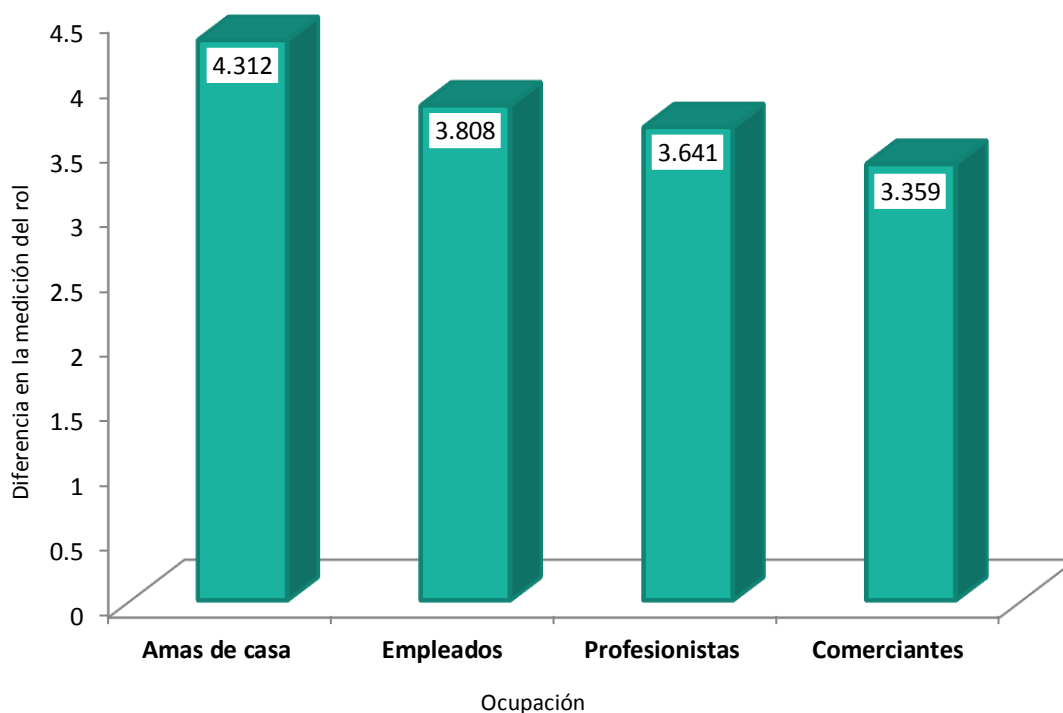


Figura 3. Diferencias entre ocupación y factor rol expresivo-maternal

Resultado de la prueba Post Hoc de Tukey, se obtuvo de acuerdo con las medias que en el factor instrumental-dominante que los empleados ($M= 3.744$) realizan en mayor medida actividades que se relacionan con un ejercicio del poder más alto dentro de la familia y el hogar en comparación con las amas de casa ($M= 3.399$) (Ver Figura 4).

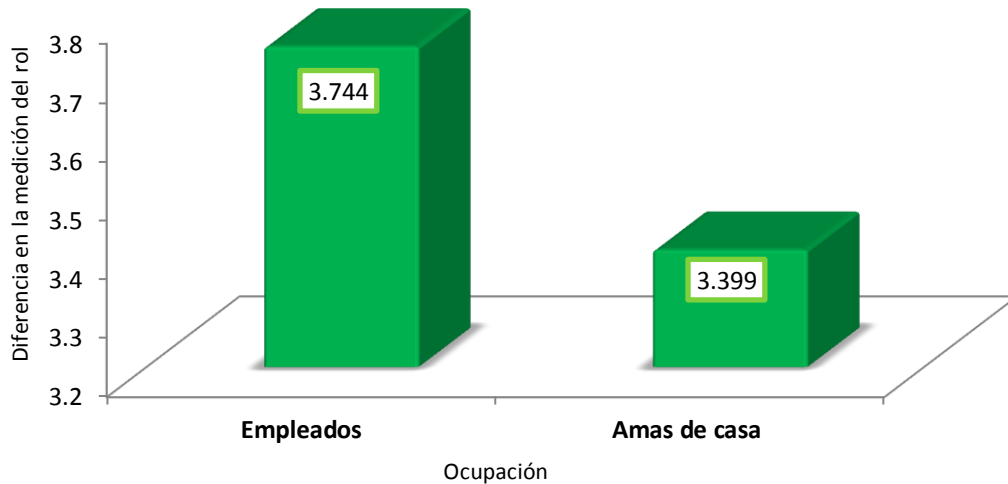


Figura 4. Diferencia entre ocupación y factor rol instrumental-dominante

Finalmente, por medio de las medias, resultado de la prueba Post Hoc de Tukey, se obtuvo que, en el factor rol doméstico las amas de casa ($M= 4.330$) ejecutan en mayor medida el rol vinculado con actividades que se relacionan con el quehacer doméstico y el papel tradicional de la mujer en el hogar, en comparación con los empleados ($M= 3.674$), los profesionistas ($M= 3.478$) y los comerciantes ($M= 3.166$). Estas diferencias se presentan en la Figura 5.

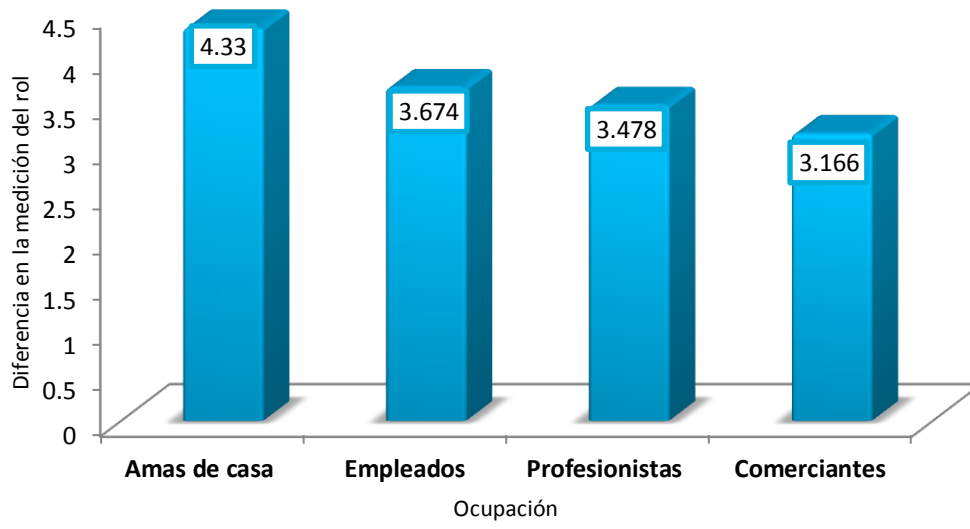


Figura 5. Diferencia entre ocupación y factor rol doméstico

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en los roles de género expresivo-maternal, roles expresivos-educativos, roles domésticos y roles instrumentales-dominantes. Conforme a lo reportado por los participantes, se observa que los roles de género tradicionales se mantienen, es decir, que los esquemas rígidos y normativos han sufrido transformaciones relativamente escasas. Estudios elaborados por Díaz-Guerrero (1974), Lara (1999), Rocha (2008), Rocha y Díaz-Loving (2012) hacen evidente el impacto de la cultura y la socialización, como los principales factores que permiten la vigencia y aceptación de roles bajo criterios de deseabilidad social.

Es evidente en la actualidad que las mujeres ejecutan en mayor medida el rol maternal, expresivo-educativo y doméstico, lo cual lleva a considerar que el estereotipo de la madre cariñosa y encargada esencialmente del cuidado de los hijos continúa marcado y reconocido dentro de la sociedad mexicana. Con el paso de los años se han producido una serie de cambios en cuanto a la perspectiva y participación del rol femenino en el país, sin embargo cabe resaltar que pese a la reorganización de la vida pública y privada de los géneros, el papel de la mujer en la familia y el hogar ha sufrido escasas modificaciones (García & Oliveira, 2007; Quintero & Fonseca, 2006; Rocha & Díaz-Loving, 2012).

Respecto a la participación diferencial reportada en el presente estudio entre hombres y mujeres en actividades que hacen alusión al cuidado y educación de los hijos, así como la colaboración en quehaceres domésticos, se determina que los varones prefieren involucrarse mayoritariamente en tareas alusivas al fomento de valores que contribuyen con la estabilidad y unión de la familia, en comparación con las labores relacionadas al cuidado de los niños y principalmente con las ocupaciones domésticas.

De acuerdo a las investigaciones realizadas por García y Oliveira (2007) concluyen que los hombres generalmente perciben ser más participativos en tareas que requieren menos horas de trabajo diario y que son identificadas como masculinas en el contexto del hogar y la familia. Por ejemplo, en el ámbito doméstico destacan colaborar principalmente en actividades que se relacionan con la reparación de la vivienda; mientras que en factor educativo, resaltan realizar acciones ligadas a regular el bienestar de su linaje sustentado en la economía.

En relación a los resultados obtenidos del factor rol instrumental-dominante se encontró que el género masculino es quien ejerce en mayor medida acciones vinculadas con el dominio de otros en comparación con el género femenino. De acuerdo con Rocha y Díaz-Loving (2005) el prototipo instrumental ha sido tradicionalmente asociado a los hombres, encaminando su papel a la manutención y provisión, atribuyéndole características de autonomía, fortaleza y éxito. De igual manera los autores sostienen por medio de sus estudios, que en los varones prevalece la idea de considerarse como los encargados de establecer reglas, regañar a los hijos, proporcionar el sostén del hogar y brindar protección familiar.

Por otro lado, al realizar la evaluación de las diferencias entre la sintomatología depresiva y los roles de género, se concluye que a medida que los niveles de depresión aumentan, el factor expresivo en la pareja tiende a disminuir. Chinchilla (2009) afirma que cuando uno de los miembros del matrimonio sufre un cuadro depresivo las manifestaciones de aislamiento, tristeza, pérdida de interés y falta de comunicación, conllevan al conflicto marital. Ciertamente la literatura sostiene que la mujer tiende a deprimirse más que el hombre, aunque ambos suelen desarrollar síntomas típicos, sin embargo la forma en que viven y expresan su enfermedad difiere gracias a los estereotipos y restricciones sociales.

Un factor importante que contribuye a la evolución satisfactoria o negativa del trastorno, es el tipo de postura que adopta la pareja tras el diagnóstico depresivo del cónyuge, ya que suele variar entre ambos géneros. Es decir, el hombre asume un papel más dependiente hacia su esposa sana, la cual responde manifestando conductas maternas y de protección ante su situación; por su parte, las mujeres depresivas-incluso tras su recuperación- generalmente acogen una actitud pasiva, regresiva y agresiva hacia su marido, pero lamentablemente el varón resulta ser menos comprensivo y reacciona con respuestas evasivas, de huida y desatención (Chinchilla, 2009; Dio, 1991).

Estos hallazgos sugieren que las vicisitudes en la relación de pareja originadas mediante la aparición del trastorno depresivo en uno de los cónyuges, ponen en eventual riesgo la desintegración del matrimonio, como resultado del constante enfrentamiento, la falta de comunicación y compromiso de ambos miembros (Chinchilla, 2009; Dio, 1991; López & Legé, 2009).

Finalmente los estudios de género han denunciado inquietudes económicas, sociales y legales basadas en la dicotomía cultural. Estos elementos conllevan a realizar estudios mediante los cuales se pretende evaluar el efecto de la división del trabajo en relación con los papeles que juegan hombres y mujeres en el contexto familiar y social (Quintero & Fonseca, 2006). Al analizar las diferencias entre la variable correspondiente a la ocupación de los individuos que participaron en el estudio y los roles de género, se detectó que existe un efecto diferencial significativo entre la ocupación y el rol expresivo-maternal, rol instrumental-dominante y rol doméstico.

En cuanto al factor rol expresivo-maternal y rol doméstico, las amas de casa destacaron puntuaciones mayores en comparación con los empleados, los profesionistas y los comerciantes. Del Valle (2002) resalta que

no solo la asignación de tareas socialmente atribuidas a los géneros son un punto mediante el cual se establecen estereotipos tradicionales, también la conceptualización de lo que se entiende por división de trabajo y la forma en la que se organiza, se percibe como un componente de exclusión cultural. Es innegable que el ámbito hogareño es un espacio crucial en donde se determinan tareas que hombres y mujeres deben cumplir y en el cual se concentran muchas de las creencias que fundamentan la estructura ideológica del mexicano (Díaz- Guerrero, 2003).

A partir de los datos obtenidos se puede inferir que la maternidad es la exigencia social que da sentido a la vida de la mujer funcionando como el principio que constituye su identidad femenina, manteniendo así, la perspectiva de ser la responsable del cuidado de su descendencia y su pareja orientada a brindar por su condición afecto, apoyo y sacrificio (Aguilar, Valdez, González-Arratia, López-Fuentes & González, 2013).

En la actualidad el trabajo doméstico se considera como una actividad poco reconocida y no remunerada económicamente, investigaciones recientes enfatizan que el trabajo de la ama de casa es la ocupación más demandante física y mentalmente. De igual manera el desamparo político, social y de salud a la que se enfrenta este sector de la población, lo expone evidentemente a sufrir niveles más elevados de violencia doméstica, explotación, marginación, pobreza, enfermedades físicas y emocionales (Aguilar, et al., 2013; García & Oliveira, 2007; Quintero & Fonseca, 2006; Rodríguez & Cooper, 2005).

Respecto a la relación entre el factor rol instrumental-dominante y la ocupación, se deduce que los empleados son quienes realizan en mayor medida el ejercicio del poder más alto dentro de la familia y el hogar en comparación con las amas de casa. Diversas investigaciones afirman que las dimensiones de competitividad, razonamiento y objetividad se adjudican en mayor medida al género masculino, sin embargo mediante las ci-

fras analizadas en el estudio se obtiene que la variable ocupación actúa como un elemento importante y determinante, pues en la medida que aumenta el nivel de participación laboral remunerada -tanto en varones como en mujeres- ambos género son capaces de percibirse, de acuerdo a Rocha y Díaz-Loving (2012), como más inteligentes, competitivos, razonables y con mayor autoestima, bajo criterios de dominio y autoritarismo sobre el comportamiento de otros, principalmente en el contexto familiar.

Por consiguiente esto coincide con lo reportado por Quintero y Fonseca (2006), García y Oliveira (2007), Rocha y Díaz-Loving (2012) quienes infieren que conforme las mujeres adquieren un mayor desarrollo profesional y personal, modifican sus roles y la capacidad de reconstruir su identidad femenina apegada al prototipo de sumisión.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con los datos obtenidos por medio de la investigación se infiere que los roles de género tradicionales permanecen vigentes en la población mexicana gracias a las premisas histórico-socio-culturales. Asimismo se puede observar que la identidad femenina gira en torno al papel de madre, esposa y sobre todo en el hogar, sigue siendo ella quien se encarga de las principales tareas domésticas, aún si desempeña actividades fuera de casa.

En cuanto al papel del hombre dentro de la sociedad actual, se reconoce que el género masculino ha reestructurado su propio significado y evidentemente el rol que juega la mujer dentro del ámbito público y privado. Sin embargo también su comportamiento se encuentra regulado bajo el estigma cultural atribuyéndole mayor responsabilidad económica sobre su familia, fortaleza, autonomía y principalmente menor posibilidad de expresar sentimientos o ejecutar acciones alejadas del campo laboral que pongan en duda su virilidad.

De igual manera se observa que los altos niveles de depresión contribuyen a que la pareja disminuya factores relacionados a la expresividad, es decir, actividades asociadas a la manifestación de afectos y cuidado del cónyuge. Este hallazgo resulta importante dentro del estudio, debido a que la aparición de la sintomatología depresiva en un miembro de la pareja origina -en la mayoría de los casos- un eventual riesgo de la desintegración de la relación.

La principal aportación de esta investigación consiste en evidenciar cómo los roles tradicionales siguen permanentes en ambos géneros y cómo tanto hombres y mujeres se encuentran frente al dilema de actuar bajo expectativas de deseabilidad social o verdaderamente ejecutar actividades bajo el régimen de perspectiva y anhelo personal.

Por lo anterior es pertinente que en estudios posteriores se tome como criterios de inclusión factores socioeconómicos, años de relación con la pareja, escolaridad y edad, esto con la finalidad de evaluar si la perspectiva de los roles tradicionales y su expresividad varían de acuerdo a estos factores.

REFERENCIAS

- Aguilar, M., Valdez, M., González-Arratia, López – Fuentes, N. & González, E. (2013). Los roles de género de los hombres en el México contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 207-224.
- Ahedo, R. (2010). Melancolía, asco y lenguaje corporal en la anorexia. *Ciencia Ergo Sum*, 17(1), 8-18.
- Alberdi, S., Taboada, O., Castro, D. & Vázquez, V. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1-6.
- Almazan, B. & Sánchez, O. (2010). *Construcción de los roles de género a partir de los estilos de crianza*. Tesis de licenciatura en Psicología no publicada. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Amador, F. (2001). Género y Depresión. *Revista Géneros*, 9(25), 51-55.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1993). *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
- Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*, 6(1), 37-58.
- Baena, Z., Sandoval, V., Urbina, T., Juárez, H. & Villaseñor, B. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-14.
- Bandura, A. (1990). Some reflections on reflections. *Psychology Inquiry*, 1, 101-105.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21-41.
- Barberá, E. & Martínez, I. (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Beck, A.T., Steer, R. A. & Brown, G.K. (2006). BDI-II. *Inventario de depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclee de Brower.
- Beltrán, LL. & Bueno, A. (1995). *Psicología de la educación*. España: Editorial Boixareu Universitaria.
- Bem, S. (1974). The Measurement of Psychological Androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155-162.
- Burín, M. & Meler, I. (1998). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Argentina: Paidós.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos vol.2: Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Madrid: Siglo XXI.
- Calderón, N. (1990). *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Cárdenas, R., López, J. & Saldivia, A. (2004). Depresión causada por conflictos de pareja: ¿es posible prevenirlas? Diplomado en salud pública y salud familiar. Recuperado el 20 de Enero del 2014 en <http://www.medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/a.pdf>

- CIE-10. (2004). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. México: Médica Panamericana.
- Cerro, S. & Birlanga, J. (2010). Marc Chagall en la grafología y en el arte. *Revista Anuario Grafoanálisis*, 044, 27-36.
- Colebrook, C. (2004). *Gender*. Nueva York: Pelgrave Macmillan.
- Compas, B. & Gotlib, I. (2002) *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc. Graw-Hill Interamericana.
- Conti, N. (2007). *Historia de la depresión: la melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX*. Buenos Aires: Polemos.
- Crepeau, B., Cohn, B. & Schell, B. (2008). *Terapia ocupacional*. Argentina: Médica Panamericana.
- Chapa, H. (2003). *Distimia y otras depresiones crónicas: tratamiento psicofarmacológico y cognitivo social*. Argentina: Médica Panamericana.
- Chávez, C. (2004). *Perspectiva de género: género y trabajo social*. México: Plaza y Valdés Editores, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras*. Argentina: Médica Panamericana.
- Díaz-Guerrero, R. (1974). La mujer y las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana. *Revista latinoamericana de psicología*, 6(1), 7-16.
- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura*. México: Trillas.
- Díaz-Loving, R., Rivera, S. & Sánchez, A. (2010). Una aproximación tradicional al género. En R. Díaz-Loving & S. Rivera. (Eds.). *Antropología psicosocial de la pareja: clásicos y contemporáneos* (pp.217-241). México: Miguel Ángel Porrúa Editores y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Díaz-Loving, R., Rocha, T. & Rivera, S. (2007). *La instrumentalidad y la expresividad desde una perspectiva psico-socio-cultural*. México: Miguel Ángel Porrúa Editores y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Dio, C. (1991). *La depresión en la mujer*. España: Ediciones Temas de Hoy.
- DSM-IV-TR. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Eagly, A. H.(1987). *Sex differences in social behavior: a social role interpretation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Elkin, D., Brizendine, L., Feder, A. & Vile, S. (2000). Trastornos del estado de ánimo. En D. Elkin. (Comp.). *Psiquiatría clínica*. (pp.64-85). México: Mc. Graw Hill Interamericana.
- Encarna, S. (2002). *Cuerpos sexuados, objetos y prehistoria*. Madrid: Cátedra.
- Estalovski, B. (2004). *Cómo vencer la depresión*. Buenos Aires: Ziel.
- Fernández-Teruel, A. (2008). *Farmacología de la conducta: de los psicofármacos a las terapias psicológicas*. España: Publicaciones de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Fernández, J. (2000). ¿Es posible hablar científicamente de género sin presuponer una generología?. *Revista Papeles del Psicólogo*, 075,3-12.

- Fernández, P. (1998). Estudio sobre las mujeres, el género y el feminismo. *Revista Nueva Antropología*, 16(54), 79-95.
- Franchi, S. (2001). La depresión en el hombre. *Interdisciplinaria*, 18(2), 135-154.
- García, B. & De Oliveira, O. (2007). Trabajo extradoméstico y relaciones de género: una nueva mirada. En M. Gutiérrez (Comp.). *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades*. (pp.49-87). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: modelos explicativos. *Escritos de Psicología*, 7, 71-81.
- García-Mina, F. (2003). *Desarrollo del género en la feminidad y masculinidad*. Madrid: Editorial Narcea.
- Gilligan, C. (1982). *In a difference voice: psychological theory and women's development*. Estados Unidos de America: Harvard University Press.
- González-Pinto, A., López, P. & Zorrilla, M. (2009). Depresión unipolar y otras depresiones. En T. Palomo & M. Jiménez- Arriero. (Eds.). *Manual de psiquiatría*. (pp.325-343). Madrid: Gráficas Marte.
- Heinze, G. & Camacho, S. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Hillman, J. (1992). *The myth of Analysis*. España: Biblioteca de ensayos ciruelas.
- Hyde, J. S. (1995). *Psicología de la mujer la otra mitad de la experiencia humana*. España: Ediciones Morata.
- Jaime, M. & Sau, V. (2004). *Psicología diferencial del sexo y el género: fundamentos*. España: Icaria Editorial.
- Kerlinger, F. (1998). *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. México: Editorial Interamericana.
- Kohlberg, L. (1966). Análisis de los conceptos y actitudes infantiles relativos al papel sexual desde el punto de vista del desarrollo cognitivo. En E. Maccoby (Eds.). *Desarrollo de las diferencias sexuales* (pp.161-147). Madrid: Morata.
- Korman, G, & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría de género. *Revista Nueva Antropología*, 8(30), 173-198.
- Lara, M. (1999). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. *Salud Mental*, número especial, 121-127.
- Lara, M., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L. & Rubí, N. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa en servicios de salud para la población abierta. *Salud Mental*, 26(3), 27-36.
- Lazaverich, I., Delgadillo-Gutiérrez, H., Mora-Carrasco, F. & Martínez-González, A. (2013). Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. *Alternativas en psicología*, 17(29), 44-57.

- Lazarevich, I. & Mora-Carrasco, F. (2008). Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo. *Revista Salud Problema*, 2(4), 9-18.
- Lista, V. (2008). *Ciencia de la depresión*. Montevideo: Psicolibros Ltda.
- López, P. & Legé, L. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en relación al reconocimiento en sí mismos de sintomatología depresiva. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(1), 32-46.
- Martín, C. (2006). *Antropología del género: cultura, mitos, y estereotipos sexuales*. Madrid. Cátedra.
- Martínez, I. & Bonilla, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Publicaciones de la Universidad de Valencia.
- Matud, M., Rodríguez, C. M., Marrero, R. & Carballeira, M. (2002). *Psicología del género: Implicaciones en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mischel, W. (1966). Diferencias sexuales en la conducta desde el punto de vista del aprendizaje social. En E. Maccoby (Eds.). *Desarrollo de las diferencias sexuales* (pp. 37-60). Madrid: Morata.
- Mischel, W. & Grusec, J. (1966). Determinants of rehearsal and transmission of neutral and aversive behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 197-205.
- Montero, P. (1999). Factores de riesgo de depresión en las mujeres. En C. Leal. (Eds.). *Trastornos depresivos en la mujer*. (pp. 37-48). Barcelona: Masson.
- Morales, D., Moya, M., Gaviria, S. & Cuadrado, G. (2007). *Psicología social*. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana.
- Morrison, J. (2008). *DSM-IV: guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- Muruaga, S. (2008). La depresión de género, sus causas y su tratamiento en el espacio de salud entre nosotras. Trabajo presentado en el Congreso XXV años del Estudio de Género Mujeres Sabias: Entre la Teoría y la Práctica. Castellón, España. Ponencia recuperada de http://www.elpuertodesantamaria.es/pub/igualdad/ago12/depresion_de_genero.pdf
- NIMH (2009). *Depresión*. Estados Unidos: Instituto Nacional de Salud Mental.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *La depresión*. México: Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz de Zárate, A., Alonso, I., Ubis, A. & Ruiz de Azua, M. (2011). *Trastornos del estado de ánimo*. España: Masson.
- Pearson, J. (1991). *Comunicación y género*. Barcelona: Paidós.
- Peretó, R. (2010). Aristóteles y la melancolía: entorno a Problemata XXX. Trabajo presentado en las Conferencias leídas durante la jornada Aristotélica, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo. Cuyo, Argentina. Ponencias recuperadas de <http://medievalis.files.wordpress.com/2010/03/acedia-2.pdf>
- Pérgola, F. (2001). Breve historia de la depresión. *Médicos y medicina en la historia*, 1 (1), 16-30.

- Programa Universitario de Estudios de Género (2013). *“Quiénes somos, de dónde venimos y a dónde vamos en el PUEG”*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Quintero, M. & Fonseca, C. (2006). *El género y sus ámbitos de expresión en lo cultural, económico y ambiental*. México: Miguel Ángel Porrúa y Editores.
- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Chile: Editorial Universitaria.
- Rodríguez, D. & Cooper, J. (2005). *El debate sobre el trabajo doméstico: Antología*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social.
- Rocha, T. (2000). *Roles de género en los adolescentes mexicanos y rasgos de masculinidad y feminidad*. Tesis de doctorado en psicología no publicada. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rocha, T. (2008). Cultura de género y sexismo: de Díaz-Guerrero a la Posmodernidad. En R., Díaz-Loving & S. Rivera-Aragón (Comp.). *Etnopsicología mexicana: siguiendo la huella teórica y empírica de Díaz-Guerrero*. (pp.77-95). México: Trillas.
- Rocha, T. & Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de psicología*. 21(1), 42-49.
- Rocha, T. & Díaz-Loving, R. (2012). *Identidades de género: más allá de cuerpos y mitos*. México: Trillas.
- Scott, J. (1997). El género una categoría útil para el análisis histórico. En M., Lamas (Comp.). *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp.265-302). México: Porrúa, Programa Universitario de los Estudios de Género.
- Segal, Z., Williams, J. y Teasdale, J. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Sen, G., George, A. & Óstlin (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad de salud: Un análisis de la investigación y las políticas. *Revista Panamericana de la Salud*, 014, 1-40.
- Syde, R. (1987). *Natural women, cultured men: a feminist perspective on sociological theory*. Canadá: Mathuen.
- Vallejo, D. & Navarro, L. (2004). El feminismo como movimiento social. En J., Chávez (Comp.). *Perspectiva de género*. (pp.23-56). México: Plaza y Valdés Editores, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vara, H. (2006). *Aspectos generales de la depresión: una revisión empírica*. Perú: Asociación por la defensa de las minorías, Biblioteca Nacional de Perú.
- Velázquez, M. (2006). *Ética en los negocios: conceptos y casos*. México: Pearson Prentice Hall.
- Vieta, E. & Gastó, C. (1997). *Trastornos bipolares*. Barcelona: Springer-Verlag.