



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES**

**MASCULINIDAD - FEMINIDAD Y**  
**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES.**  
**UN ABORDAJE INTEGRAL.**

**TESIS**  
**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:**  
**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**  
**LIDIA TRINIDAD MEDINA OSUNA**

**TUTOR O TUTORES PRINCIPALES**  
DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.  
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR**  
DRA. TANIA ROCHA SÁNCHEZ, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.  
DRA. DENÍ STINCER GÓMEZ, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.  
DRA. MARTHA LÓPEZ REYES, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2019.



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 mis padres, Lidia y Oscar, por su constante apoyo, porque aunque estuve lejos de casa y pasamos por momentos difíciles, siempre estuvieron cerca, alentándome a seguir, a confiar en Dios, a agradecerle, y a confiar en mí misma, respetando mis decisiones y amándome.

A Bernardo, por ser mi compañero de vida y apoyo constante, exhortándome siempre a ser una mejor persona, aprendí demasiado de mí misma a través de nuestro encuentro, donde no hay palabras suficientes para expresar en unas líneas todo lo que he alcanzado gracias a ti.

A Judith Harders, por sostenerme más allá de las cuatro paredes de su consultorio, por entrar a mi mundo interno y abrazarlo junto conmigo, por confrontarme y alentarme a ser, no ser y seguir encontrándome a cada paso, en cada uno de los procesos en los que me encuentro.

A Gloria y Bernardo, porque estuvieron a mi lado en todo este proceso, sin esperar nada a cambio, dándome un lugar en su familia como a una hija, haciéndome sentir en confianza con la oportunidad de tener su apoyo en todo momento.

A la Dra. Eva Esparza, por darme la oportunidad de realizar esta investigación y confiar en mi trabajo, por haberme apoyado como tutora en toda la maestría y ser clave en mi formación.

A la Dra. Patricia Andrade, por haberme presentado la metodología con tanta pasión, de tal manera que no pude escapar, por su apoyo constante y la oportunidad de colaborar con ella.

A la Dra. Martha López, por reavivar en mí la pasión por el psicoanálisis, por su calidez y entrega, por abrirme los horizontes y ayudarme más allá de las clases.

A la Dra. Dení Stincer por su apoyo incondicional en todo el proceso para desarrollar la tesis, su amabilidad, atención y conocimientos brindados hicieron que todo fuera más llevadero.

A la Mtra. Rosa Ramírez, por adentrarme a las temáticas de género, brindarme la información pertinente para un análisis más profundo y por acompañarme en mi práctica clínica.

A la Dra. Tania Rocha, por ayudarme a tener una confrontación con mi propia deconstrucción hacia las perspectivas de género y motivarme a seguir en esa búsqueda.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por la gran oportunidad de pertenecer al programa de Posgrado en Psicología, en donde tuve la fortuna de seguir preparándome en el ámbito profesional, y al programa de becas de Conacyt por apoyarme económicamente.

A la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, la cual me brindó conocimientos vitales para mi formación y me reencontró con mi pasión por la clínica, el Psicoanálisis, mi análisis personal y la temática de la adolescencia.

*Lidia Medina*

# ÍNDICE

A) RESUMEN.....	4
B) INTRODUCCIÓN.....	5
C) MARCO TEÓRICO.....	7
1. Adolescencia.....	8
1.1. Devenir adolescente y sus duelos.....	8
1.2. ¿Crisis de Identidad?.....	11
1.3. Adolescencia y Género.....	14
2. Género.....	17
2.1. Género, Sexo y Sexualidad.....	17
2.2. Masculinidad y Feminidad.....	20
2.3. Masculinidad hegemónica, factor de riesgo.....	23
3. Depresión.....	26
3.1. Concepciones de la Depresión.....	26
3.2. Depresión, Duelo o Melancolía.....	29
3.3. Depresión en la Adolescencia.....	32
4. Masculinidad y Depresión.....	35
4.1. Los hombres se deprimen diferente.....	35
4.2. Medición de la Masculinidad y Feminidad.....	39
4.3. Masculinidad, Feminidad y Depresión.....	41
D) MÉTODO.....	44
E) RESULTADOS.....	53
F) DISCUSIÓN.....	62
G) CONCLUSIONES.....	74
H) REFERENCIAS.....	77
I) APÉNDICE.....	88

## RESUMEN

En la actualidad se ha incrementado la incidencia de depresión, siendo la principal causa de problemas de salud, destacándose diferencias por sexo. La investigación estudió la relación entre masculinidad y feminidad respecto a la sintomatología depresiva, y mediante discusión de los resultados a la luz de postulados psicoanalíticos, se buscaba encontrar si a mayores rasgos instrumentales negativos, mayor depresión. Participaron 302 adolescentes, 84 mujeres y 218 hombres, con edades entre 14 y 24 años ( $M=16.67$ ,  $DE=1.15$ ). Los datos se obtuvieron a partir del Inventario Multifactorial de Identidad de Género y el Inventario de Depresión de Beck, al último se agregaron 11 ítems que miden la forma en la que los hombres se deprimen. Resultó que la instrumentalidad negativa predice la sintomatología depresiva en los hombres, y en las mujeres también al contemplar los ítems que se añadieron al Inventario de Depresión de Beck. Se concluye que a mayor manifestación de rasgos instrumentales negativos, como ser machista, rudo, violento, etc., existe mayor probabilidad de presentar depresión, tanto en hombres como en mujeres. El psicoanálisis explica que, al varón se le ha exigido separarse temprano de la madre para adoptar un comportamiento masculino, el cual según la cultura, contiene códigos que resultan en un superyó implacable e impersonal, separado de afectos. Aunque, ya no es exclusivo de hombres, actualmente las mujeres han tenido que adentrarse a la era industrial, y las niñas también tienen que separarse rápido de sus madres, adoptando consecuentemente comportamientos masculinos para sobrevivir en estos nuevos ambientes.

*Palabras Clave:* Género, Instrumentalidad, Expresividad, Depresión, Adolescentes, Psicoanálisis.

## ABSTRACT

Currently, the incidence of depression has increased, being the main cause of health problems, highlighting differences by sex. The research studied the relationship between masculinity and femininity in regard to depressive symptomatology, and by discussing the results in the light of psychoanalytic postulates, it was sought to find if the greater the negative instrumental features there are, the greater the depression. 302 adolescents, 84 women and 218 men participated, between 14 and 24 years ( $M=16.67$ ,  $SD=1.15$ ). The data was obtained from the Multifactor Inventory of Gender Identity and the Beck Depression Inventory, and to the latter, 11 items were added that measure the way in which men become depressed. It turned out that negative instrumentality predicts depressive symptomatology in men, as well as in women when contemplating the items that were added to the Beck Depression Inventory. It is concluded that the greater the manifestation of negative instrumental features, such as being macho, tough, violent, etc., there is a greater probability of presenting depression, both in men and women. Psychoanalysis explains that the male has been required to separate early from the mother to adopt a masculine behavior, which according to the culture, contains codes that result in an implacable and impersonal superego, separated from affections. Although, it is no longer exclusive to men, women have now had to enter the industrial era, and girls also must quickly separate from their mothers, which results in the adoption of male behaviors in order to survive in these new environments.

*KeyWords:* Gender, Instrumental and Expressive features, Depression, Teenagers, Psychoanalysis.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad se ha incrementado la incidencia de depresión, siendo la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), más de 300 millones de personas sufren depresión; y en el peor de los casos puede provocar suicidio, siendo este, la segunda causa de muerte entre los 15 a 29 años de edad. En estas evidencias se destacan diferencias por sexo, los datos indican que a pesar de que los hombres son menos propensos que las mujeres a informar síntomas de depresión, casi el 13% de los hombres cumplirán los criterios para el trastorno depresivo mayor en algún momento (Primack, Addis, Syzdek, & Miller, 2010).

En México, las estadísticas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012), se ven también impactadas por el género, destacando a jóvenes. Se observa que, las tasas de mortalidad en los hombres jóvenes son de tres a cinco veces más altas que en mujeres. Por lo tanto, es notable que la salud de los hombres esté atravesada por el género, y no sólo resultan afectados ellos, sino que también juegan un rol en la salud de las mujeres, niños(as), es decir, existe una noción de la masculinidad como factor de riesgo (de Keijzer, 2001). Dentro de los factores de riesgo más importantes para la salud de los varones están algunos aspectos vinculados con estilos de vida y pretensión de cumplir fielmente el modelo social de la masculinidad tradicional hegemónica; rasgos que contemplan la búsqueda de tener el control de sí mismos y los demás, sobre los riesgos, la competitividad, movimientos guiados por la lógica de éxito-fracaso, y las restricciones afectivas (Bonino, 2001).

Lo anterior llevó a plantear la hipótesis, si los rasgos de masculinidad y feminidad que se asocian a factores de riesgo, que se atribuyen las y los adolescentes predicen la depresión, y con ello si los varones se deprimen más que las mujeres a partir de esas exigencias de género, ya que, se ha postulado que los hombres no se deprimen igual que las mujeres, predominan las depresiones enmascaradas, es decir que, los síntomas no son los típicos de la depresión, las drogadicciones pueden ser depresiones enmascaradas, muchos hombres buscan el alcohol o drogas euforizantes porque si no tendrían que enfrentarse con el vacío y la depresión. Por lo que, habría que poner en cuestión el tema, si es que efectivamente las mujeres se deprimen más que los hombres, o las formas en que se manifiesta la depresión, así como la manera en que se diagnostica en la mujer y en el hombre son diferenciales (Hornstein, 2010).

Para comprobar la hipótesis se utilizó el Inventario Multifactorial de Identidad de Género, que mide los rasgos de instrumentalidad y expresividad, tanto positivos como negativos, y el Inventario de Depresión de Beck que contiene 21 ítems que miden depresión en adolescentes, al que se agregaron 11 ítems que midieron la forma en la que los hombres se deprimen, los cuales se justifican mediante lo que se plantea acerca de las diferencias por sexo en depresión. En la discusión se realizó una interpretación de los resultados desde el psicoanálisis, ya que al plantear este abordaje se parte de una concepción histórica en la investigación psicosocial, dedicada a una reflexión sobre la sexualidad que radica en destituir de su lugar de predominio al *yo* de la conciencia, introduciendo una noción de inconsciente que permite ver al sujeto en múltiples determinaciones que escapan al conocimiento y la razón cotidiana (Santos, 2009).

El psicoanálisis puede ser definido como una teorización de la falta, el sujeto está en falta, deseante de todo aquello de lo que carece. Por lo que, cada cultura establece la forma como hombres y mujeres están inscritos en el orden de la satisfacción, generando consecuencias en la forma en que cada persona, dependiendo al sexo que pertenezca, va a representarse en relación con el entorno en el que puede lograr esa satisfacción, incluso, condiciona los deseos que llega a tener, expresar o intentar satisfacer cada uno dentro de ese ordenamiento social. El psicoanálisis se ocupará de cómo el sujeto sexuado experimenta esas necesidades y deseos, de cómo la marca sexual determina la experiencia de su propio ser y las formas como busca colmar las carencias que lo definen (Santos, 2009). La investigación retoma los postulados psicoanalíticos dado que están vigentes en las temáticas de identidad de género y depresión.

El marco teórico considera cuatro capítulos para fundamentar la hipótesis, que se dividen en la adolescencia, el género, la depresión y una conjunción entre masculinidad y depresión. La primera sección trabaja duelo, devenir y diversas crisis que manifiesta la adolescencia, y su relación con el género. Lo último, introduce la sección de género, que explica la diferencia entre sexo y género, plantea la construcción de lo femenino y masculino, y la masculinidad hegemónica como factor de riesgo. Después, la sección de depresión plantea la epidemiología para hombres y mujeres adolescentes, y hace una distinción entre lo que el psicoanálisis llama duelo y melancolía, para establecer un puente entre ambas posturas. En la última sección, se describen las manifestaciones de los hombres en la depresión, así como la medición de la masculinidad y feminidad en este estudio, por último se presentan investigaciones previas.

# MARCO TEÓRICO



# 1. ADOLESCENCIA

## 2.1. Devenir adolescente y sus duelos

La adolescencia se define de acuerdo a tres puntos de vista diferentes pero complementarios: biológico, sociológico y psicoanalítico. Desde la perspectiva biológica, el principio de la adolescencia corresponde a la pubertad, al momento en que el cuerpo de un niño de 11 años es avasallado por una carga hormonal. La pubertad designa el período en el que se desarrollan los órganos genitales, aparecen signos distintivos del cuerpo de hombre y mujer, y se produce un crecimiento de la altura así como una modificación de anatomía (Nasio, 2010). El intento de situar la corporalidad dentro de las fronteras del *yo* se ve amenazado por el retorno de lo reprimido, ya no puede sostenerse como ideal y para restaurar la pérdida de la omnipotencia necesita configurar un nuevo ideal en función de ciertos modelos que se le ofrecen. De ahí la preocupación por lo normal, carácter universal en la adolescencia (Tubert, 2000).

En cuanto a lo sociológico, el vocablo adolescencia abarca el período de transición entre la dependencia infantil y la emancipación del joven adulto. Según las culturas, este período intermedio puede ser muy corto, cuando se reduce a un rito iniciático que transforma un niño grande en adulto (Nasio, 2010). El rito condensa la significación de muerte, renacimiento y constitución del sujeto psíquico, reuniendo en uno los diferentes pasajes (Tubert, 2000). En cambio, puede ser muy largo, como en nuestra sociedad, donde las y los jóvenes conquistan su autonomía tardíamente, dada la extensión de estudios y el desempleo masivo, factores que mantienen la dependencia material y afectiva del adolescente a su familia (Nasio, 2010).

Desde el punto de vista psicoanalítico, se describirá al adolescente desde el interior, al fondo de su inconsciente, tal como se ignora a sí mismo. En ese sentido, se esboza una figura del joven o la chica de hoy a grandes rasgos, donde de repente puede estar trastornado y, alternativamente, se precipita alegre hacia adelante en la vida, luego de pronto, se detiene, agobiado, vacío de esperanza, para volver inmediatamente a la acción. Todo es contrastes y contradicciones, a veces, es muy individualista y exhibe una vanidad desmesurada o, por el contrario, no se quiere, se siente poca cosa y duda de todo. Tales cambios de humor y de actitud, serían percibidos como anormales en cualquier otra época de la vida, pero parece ser que en la adolescencia, puede ser de lo más normal (Nasio, 2010).

En la adolescencia se construyen las creencias del sujeto y estas creencias constituyen lo esencial del mismo, se trata de pasar del pedestal de los padres a la construcción de conjuntos de creencias que pueden guardar un tiempo o toda su vida. En la medida que el pedestal en el que han colocado a los padres sea elevado, la y el adolescente se rodeará de creencias muy constreñidas y puede quedar atrapado en ellas (Gutton, 1993). También, es una encrucijada, entre el *yo ideal* y el *ideal de yo*, entre el narcisismo y el Edipo (Tubert, 2000). Su sufrimiento, confusamente sentido, in formulable e inconsciente, se expresa mediante comportamientos impulsivos, que conscientemente son vividos y puestos en palabras. Justo, la y el adolescente de hoy plantea un panorama de las manifestaciones de ese sufrimiento inconsciente, dichas manifestaciones se presentan de distinto modo según el grado de intensidad (Nasio, 2010).

En las clínicas, desde hace años se ha tenido oportunidad de realizar escuchas analíticas de adolescentes que requieren, según el criterio médico, un acompañamiento en sus procesos de adolescencia. El concepto de adolescencia, no proviene del terreno psicoanalítico, pero ha sido innegable la intervención del analista con sujetos que pasan por esta etapa, momento crucial para resimbolizar huellas y marcas singulares, tiempo decisivo a reinscribir ese legado simbólico en otra escena: un despertar. De tal manera, se ha enfatizado en el carácter de duelo del *doble nacimiento*, reposicionamiento del sujeto frente a las figuras parentales idealizadas, vacilación y extrañeza ante la metamorfosis de la imagen corporal y caída de identificaciones en objetos idealizados infantiles (Barrantes, 2001).

En tanto, las opiniones sobre el duelo en la niñez permanecen divididas, algunos indican que a tan corta edad no se permite verdadero dolor, otros dicen que el duelo si se produce, señalando que tal vez no se noten las sutiles maneras en las que viven el duelo. Esto explica por qué se decía que el duelo solo puede darse después de la adolescencia (Leader, 2011). Es clásico decir que si un adolescente puede hacer un trabajo de duelo, sólo ocurre al final de la etapa, cuando tiene una posición narcisística suficiente fuerte (Gutton, 1993). Sin embargo, la adolescencia es el tiempo donde se hace duelo por los padres, y esto es como un ensayo de duelo, ya que es doloroso, una iniciación en el proceso de lidiar con la pérdida. Más adelante cuando se dé una pérdida a través de la separación o aflicción, se podrá relacionar con lo que pasó durante esa etapa; sugiere que una pérdida debe ser puesta en relación con otra pérdida anterior, es decir, solo se puede hacer duelo si ya se ha perdido algo (Leader, 2011).

El duelo es un tiempo, el tiempo que hace falta para aceptar vivir con la ausencia definitiva de aquel a quien amamos y que acabamos de perder. Adolescentes deben aprender lentamente a desligarse del niño(a) que han sido y su mundo familiar, para ligarse poco a poco al recuerdo de su infancia (Nasio, 2010). La adolescencia contempla tres duelos básicos: el duelo por el cuerpo infantil perdido, que se impone al individuo al sentir sus cambios como algo externo encontrándose como espectador impotente de lo que ocurre en su propio cuerpo; el duelo por el rol e identidad infantil, que obliga a renunciar la dependencia y a aceptar responsabilidades que muchas veces desconoce, y el duelo por los padres de la infancia, a los que trata de forma constante de retener en sí, buscando el refugio y la protección que ellos significan, situación que se complica por la propia actitud de los padres, que también tienen que aceptar su edad, envejecimiento, y el hecho de que sus hijos ya no son niños (Aberastury y Knobel, 2006).

Se concibe la tormenta psíquica del adolescente utilizando un segundo modelo conceptual, ya no el del conflicto neurótico, sino el del duelo de la infancia perdida. La adolescencia aquí no es solo una neurosis histérica ruidosa (estado angustioso, triste y rebelde), sino un proceso silencioso, doloroso y lento del desprendimiento de un mundo infantil. Por lo tanto, se crece realizando y sin saberlo, el duelo por la infancia (Nasio, 2010). Desde este punto, se podría entender, que a partir de las implicaciones psicosociales de Erikson (1980), la perturbación es normal en la adolescencia, una deducción que otorga un considerable peso al punto de vista convencional y aparentemente normal del complejo torbellino adolescente.

No obstante, es importante dejar de dar a la adolescencia connotaciones de mera etapa de crecimiento, perdiéndose el significado de dolor, vicios y pasiones irreductibles, sentido más cercano al verdadero proceso adolescencial (Carvajal, 1993). De ahí que, se traten de realizar intervenciones psicosociales con objeto de reducir algunos indicios de estrés e inestabilidad socio-afectiva, de vulnerabilidad y escasa eficacia interpersonal, a un nivel organizacional y comunitario (Moral y Sirvent, 2011). Por lo que, se entiende a la adolescencia, más que como una nueva etapa biológica, un momento en que se reviven y reelaboran experiencias pasadas. Así como la infancia está presente en la adolescencia, también la adultez, ya que es imposible recrear una imagen del pasado que no suponga proyecciones del futuro. Por ello, esta etapa estará condicionada por el modelo adulto que se tenga, desmitificando la adultez, para dar paso a toda comprensión posible del devenir adolescente (Tubert, 2000).

## 2.2. ¿Crisis de Identidad?

La adolescencia es también definida como la etapa donde se busca establecer una identidad adulta, en apoyo de las primeras relaciones objeto-parental internalizadas, verificando la realidad que el medio social ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a disposición, que tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que es posible si se hace el duelo por la identidad infantil. Se entiende que, cuando se habla de identidad se refiere a un continuum, sin representar la capacidad que tiene la y el adolescente para lograr una identidad determinada (Aberastury y Knobel, 2006). La pregunta inquietante de saber quién se es, habita en la adolescencia constantemente, aunque es una interrogante que se formula a lo largo de la vida. En efecto, nunca se alcanza una identidad completamente unificada, ya que somos seres múltiples y complejos, ni tampoco una definitiva, en la medida que se está en procesos, permanente devenir. Sin embargo, se afirma que la adolescencia es el momento privilegiado en que tal cuestionamiento se ubica en primer plano (Tubert, 2000).

Cada estadio del desarrollo supone una crisis. Sin embargo, no son una catástrofe o una fatalidad, sino un punto de giro, un periodo crucial de vulnerabilidad incrementada y de más alto potencial que se conjuga con las condiciones sociales y culturales de cada contexto. De esta manera, la etapa adolescente representa un periodo de crisis constitutiva o normativa de la identidad, que tomará tintes distintos dependiendo la sociedad y la cultura en que se viva. La crisis se explica, en tanto la y el joven se enfrenta con una revolución fisiológica dentro de sí mismos, que desestructura su imagen corporal y su identidad del *yo*. La adolescencia, es donde se acentúa el conflicto de identidad, entre la infancia y la adultez (Erikson, 1992).

En este proceso y desde lo psicológico, se destaca la crisis normativa de la adolescencia, que sintetiza las etapas anteriores y se convierte en un momento de giro y replanteamiento de la propia personalidad, representando potencialidad para cimentar el futuro (Díaz, 2006). En la pubertad se presentan tres crisis que redundan en la conquista de la madurez biológica: la de crecimiento físico; la afectiva (inconformidad con los adultos y consigo mismo); y la de la sexualidad. Se reformulan bajo la apariencia de crisis introspectivas de autoafirmación e independencia del *yo*, y de crisis de valores en el terreno cognitivo y psicosocial en la adolescencia media, resultando excepcionales la manifestación de crisis agudas relacionadas con depresiones y problemas mentales (Moral y Sirvent, 2011).

El proceso subjetivo no conduce de inmediato a buscar respuestas en el mundo, es habitual que la y el adolescente se aíse y se entreguen a una vida de fantasía. El refugio en el mundo de los libros, música, televisión u ordenadores en la actualidad, puede representar una huida de la amenazadora realidad que la y el adolescente temen; se sienten inseguros de sí mismos y dominados por deseos y pulsiones, el mundo puede parecer peligroso durante cierto tiempo (Tubert, 2000). A pesar de la aceptación común que en la adolescencia se tiene lugar a crisis de identidad acompañadas de sentimientos de estrés, ansiedad, frustración, etc., y por tanto, que el desarrollo de la identidad no siempre avanza sin tropiezos (Herbert, 1988), se ha de poner en juicio la idea de crisis de identidad generalizada y generalizable a todo adolescente (Moral y Sirvent, 2011). Los cambios en los que adolescentes pierden la identidad de niño(a), implican buscar una nueva identidad, construyéndose consciente e inconscientemente. Las y los adolescentes no quieren ser como algunos adultos, en cambio, eligen a otros como ideales, se modifican lento y ninguna premura favorece esta labor (Aberastury y Knobel, 2006).

El psicoanálisis había insistido, de manera muy poco factible, en sostener la identidad sexual como desenlace de la elección de objeto, sin considerar que la atribución identitaria es anterior a todo reconocimiento de la diferencia anatómica (Bleichmar, 2009). La diferencia sexual no puede ser reducida a lo biológico ni estar enteramente constituida a partir de las prácticas sociales, es decir, la anatomía por sí sola no determina la identidad sexual y la diferencia sexual no puede ser reducida a lo cultural, ya que la sexualidad humana siempre es una psicosexualidad, es decir, sexualidad del sujeto del inconsciente. Supuesto que avala la posición de aquellos sujetos que creen que su cuerpo no coincide con la identidad sexuada que han elegido y recurren a la cirugía para cambiar sus cuerpos (Wright, 2004).

Butler (2006) refiere que, las y los transexuales son personas comprometidas, con auto-determinación, que ejercen su autonomía, lo que es congruente con lo que dice Soley-Beltran, quien estipula que la transexualidad es una categoría auto-referencial, cuya definición y diagnóstico se sostiene de un modo circular, ya que desear intensamente un cambio de sexo es el rasgo principal para ser calificado como transexual y merecerlo (Soley-Beltran, 2014). Bleichmar (2009) plantea que, a diferencia de otros analistas que definen la transexualidad como una defensa ante la homosexualidad, esta defensa sería como toda formación del yo, cuyo carácter toma forma ortopédica una vez instalado.

En este sentido, así como los transexuales pueden estar seguros de su identidad desde una etapa precoz, los adolescentes pueden estar en conflicto con su identidad infantil, tratando de reformular lo que ya estaba constituido, pero no significa que no tengan identidad o que ésta llamada “crisis identitaria” sea porque comiencen a desarrollarla en esta etapa. Aberastury y Knobel (2006) consideran que en la configuración del superyó, desde el principio intervienen los padres, son las luchas con las figuras parentales mediante procesos de identificación con las mismas, las que van a llevar a la cristalización de la identidad adolescente, preparándolo para ser un adulto o adulta. Finalmente, sólo cuando las y los adolescentes son capaces de aceptar a su vez, aspectos de niño(a) y de adulto(a), pueden empezar a aceptar en una forma fluctuante los cambios de su cuerpo y comienza a surgir su nueva identidad. La intensidad del conflicto creada por la metamorfosis corporal y el incremento de la genitalidad explica la intensidad de esa actitud y las características más angustiosas en la adolescencia.

En tanto, la identidad será entendida como el reconocimiento por parte del propio sujeto y de los otros en su entorno, de un determinado lugar que él o ella ocupa en múltiples sistemas clasificatorios sociales, que implican necesariamente el concepto de diferencia, la alteridad. De tal manera, identidad y diferencia son términos absolutamente solidarios e inseparables, es decir que, uno implica al otro (Santos, 2009). También, es necesario tener en cuenta que, en el terreno de la sexualidad hay que distinguir entre identidad sexual e identidad de género, la primera parte de la genitalidad, la sexuación, y la atribución masculino/femenino vinculada clásicamente a la diferencia sexual anatómica. La identidad de género, se va a entender como el modo histórico-social de atribución de los rasgos culturales a esta diferencia (Bleichmar, 2004), en ese sentido, sería el sentimiento de pertenencia al género masculino o femenino, o a una determinada mezcla de los dos (Santos, 2009).

Aunque Freud no inventó terminologías particulares para diferenciar los dos dominios principales de la sexualidad, con su nueva concepción demostró que la sexualidad era una representación, una construcción mental, así como el lugar de una diferencia anatómica. Su doctrina transformó la mirada que la sociedad occidental tenía sobre la sexualidad, ahora la diferencia anatómica de los sexos, no decide necesariamente la reivindicación de la identidad sexual conforme al sexo biológico, ni da cuenta de las modalidades inconscientes según las cuales cada sujeto negocia la diferencia y su posición como ser sexuado (Ramírez, 2006).

### 2.3. Adolescencia y Género

La antigua curiosidad sexual infantil reaparece en la adolescencia relacionada al re-despertar de la sexualidad y transformaciones corporales. Se buscan respuestas a las interrogantes con respecto al sexo opuesto y al propio: ¿Qué es y qué quiere un hombre? ¿Qué es y que quiere una mujer? Esta curiosidad se extiende al terreno intelectual y nada queda fuera de su alcance (Tubert, 2000). Es normal que en la adolescencia existan períodos de predominio de aspectos femeninos en el varón y masculinos en la niña, es necesario tener el concepto de bisexualidad presente, y aceptar que la posición heterosexual adulta exige un proceso de fluctuaciones y aprendizaje en ambos roles. Se ha estimado que aproximadamente un 3% de las jóvenes y el 27% de los muchachos en edad adolescente, llegan a tener un orgasmo como resultado de contactos homosexuales, generalmente de tipo masturbatorio (Aberastury y Knobel, 2006).

Desde el punto de vista simbólico, el sujeto llega a reconocerse a través de su pasaje por la adolescencia, en dos órdenes de diferencias que se oponen de manifiesto en los rituales. Por un lado, la diferencia entre los sexos, que conduce a afirmar el propio en función del opuesto, por otro, la diferencia entre las generaciones, que permite al progenitor del mismo sexo sirva como modelo al tiempo que se renuncia al del sexo opuesto, objeto de amor según la configuración edípica normalizada. En esta etapa se anuda el reconocimiento de sexuación, tenemos un sexo y no lo hemos elegido sino que nos ha sido dado, y de la mortalidad, que limita nuestra exigencia inconsciente de omnipotencia y la lucha por subsistir (Tubert, 2000).

Anteriormente, Freud (1905) planteaba que, en la adolescencia se afirmaba la identidad masculina y femenina, que los placeres físicos se subordinaban a la primacía de lo genital, al placer masculino de penetrar y al femenino de ser penetrada, y que esperando a esto, se ejercía una influencia decisiva en la manera como vivían los seres humanos. Sin embargo, no debe olvidarse que son concepciones que corresponden a la época en que se formularon, hoy se cuenta con multitud de aportes posteriores a él, en gran parte producto de sus descubrimientos que permiten pensar de otra manera la sexualidad. En ese sentido, es importante examinar el problema de la negación de la vagina en las teorías sexuales infantiles, Freud ignoraba un aspecto fundamental en las primeras relaciones de la niña: que su genital es ignorado y temido por su propia madre (y mucho más aún por el padre) quitándole, por la vía de la represión, la posibilidad de tomar conciencia de su propia constitución anatómica (Santos, 2009).

Por lo que, cuando los caracteres sexuales secundarios de las niñas ponen en evidencia su nuevo status, la sangre de la menarquía puede connotar vitalidad y fecundidad por un lado, y enfermedad o muerte por otro, y es esta función significativa que otorga un rito de iniciación para las niñas, definiendo al mismo tiempo, el lugar de inferioridad y subordinación que toda la sociedad patriarcal asigna al sexo femenino (Tubert, 2000). Lacan (1999), también explica que la pubertad es el momento donde se define la virilidad del varón, a condición de que haya encontrado en su padre, en el Edipo, una imagen masculina con la cual identificarse. El niño de 5 años tiene todo el derecho a ser un hombre, y lo que se le podrá objetar ante la pubertad debe relacionarse con una falla en la identificación metafórica con la imagen del padre.

En esa línea, se puede explicar que la adolescencia es el momento en donde los hombres tienen que demostrar que ya no son niños y se obligan a manifestar una clara diferenciación con la antítesis por excelencia de la masculinidad tradicional: mujer y homosexual (Badinter, 1993). También, es la etapa de las pruebas, de los ritos de iniciación que permiten a un varón *ser hombre* (Fuller, 1998; Muñoz, 2001). La diversidad de formas de ser hombres se pueden recuperar a partir de las diferencias y similitudes que se encuentran en las representaciones sociales que se tiene de la construcción de la masculinidad y en el ejercicio de la sexualidad, ya que en estas se encuentran elementos sociales, ideológicos culturales y psicológicos. Las representaciones sociales son un proceso de construcción de la realidad, compuestas por una serie de creencias compartidas, valores básicos, referencias históricas y culturales que forman la memoria colectiva y la identidad de la sociedad (Contreras, de Keijzer y Ayala, 2010).

En tanto, las prácticas que permiten salir a las chicas de sujeto infantiles a adolescentes, ubicándose o siendo ubicadas de formas particulares con respecto a los discursos de infancia y adolescencia que las interpelan, se refieren a una transición social entre ambas etapas, como una transformación de la posición de niña, separada de la sexualidad, hacia la constitución como adolescente, al negociar articulaciones explícitas entre sexualidad y género. Uno de los discursos generalmente identificados es la progresión heterosexual, expectativas sobre cómo deben involucrarse en estas prácticas, comenzando con el interés por el sexo opuesto, para luego ir aumentando la proximidad física e intimidad, del tacto y los besos a las relaciones sexuales. Las chicas son forzadas a negociar formas de ser y a transformarse a través de las prácticas corporales, aunque no reconozcan esos discursos o se resistan a ellos (Hauge, 2009).



En la teoría pubertaria, hay dos sexos complementarios, pasamos de uno a dos; la teoría infantil de la unicidad sexual debe ser revisada en beneficio de la teoría de los dos sexos; la idea de complementariedad no existe en la teoría fálica, es un sexo o nada, esta especie de “fascismo”, excluye la complementariedad de todo y de nada, siendo también una lucha. La complementariedad es, por lo tanto, un funcionamiento nuevo no un concepto, y la creación de un segundo sexo se tiene que hacer. En las curas psicoanalíticas de los niños y las niñas, la regresión a una complementariedad es un movimiento antes de la organización edípica, por lo tanto, la complementariedad encontrada en la pubertad como funcionamiento psíquico, es, de hecho, un funcionamiento psíquico reencontrado (Gutton, 1993).

El problema muestra así otra cara que no se contempla, escondida hasta hoy bajo el disfraz de la adolescencia difícil, la de una sociedad difícil, incomprensiva y hostil, a veces frente a la ola de crecimiento, lúcida y activa, que le impone la evidencia de alguien que quiere actuar sobre el mundo y modificarlo bajo la acción de sus propias transformaciones. El desprecio que las y los adolescentes muestran frente al adulto es, en parte, una defensa para eludir la depresión que le impone el desprendimiento de sus partes infantiles, pero es también un juicio de valor que debe respetarse. Además, la desidealización de las figuras parentales lo sume en el más profundo desamparo. Sin embargo, ese dolor es poco percibido por los padres, que se suelen encerrar en una actitud de resentimiento y refuerzo de la autoridad, actitud que hace aún más difícil este proceso para las y los adolescentes (Aberastury y Knobel, 2006).

La adolescencia ha sido considerada una etapa crucial para analizar estas intersecciones, debido a que es precisamente en esta etapa cuando emerge la posibilidad de vincular de forma explícita el género y la sexualidad, lo cual trae consigo importantes cambios en las demandas sociales y en las opciones para la actuación de los cuerpos (Gutiérrez, 2015). Adolescentes buscan la solución teórica a todos los problemas trascendentes y de aquellos a los que se irán enfrentando a corto plazo: el amor, la libertad, el matrimonio, paternidad, educación, filosofía y religión. Pero es importante plantear la interrogante, si en realidad es solo por una necesidad del adolescente o también es resultante de un mundo que le prohíbe la acción y lo obliga a refugiarse en la fantasía y la intelectualización (Aberastury y Knobel, 2006). La adolescencia revela ser entonces, una problemática intersubjetiva y no meramente individual: los padres y la sociedad adulta representan el eslabón de la cadena generacional (Tubert, 2000).

## 2. GÉNERO

### 3.1. Género, Sexo y Sexualidad

La distinción entre mujeres y hombres es un principio básico en la organización de la cultura humana, aunque las sociedades difieren en las tareas específicas que se asignan a los hombres y las mujeres, todas distribuyen los roles adultos basándose en el sexo asignado al nacer y anticipan esta distribución en la socialización de la infancia (Bem, 1981). En el nacimiento, incluso antes de nacer, cuando se sabe el sexo del feto, las personas son tratadas y percibidas de forma diferente en función del sexo que se les ha asignado y son presionadas, de formas más o menos sutiles, para que se comporten de la manera que, según la sociedad en la que vivimos, considera deben hacer y se asuman los roles correspondientes. Por lo que, el género es la base primaria en que se diferencia a las personas, teniendo profundos efectos en la vida diaria, incluyendo la salud, el bienestar y la calidad de vida (Matud, 2017).

De Barbieri (1993), define el género como un conjunto de prácticas, de símbolos, normas, representaciones y valores que las sociedades elaboran a partir de la diferencia anatómica y fisiológica que dan sentido a la relación entre personas, es decir, tramas de relaciones sociales en tanto somos personas sexuadas. Por su parte, Rubin (1986) propone la idea del sistema sexo-género, como el dispositivo mediante el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, satisfaciendo ahora las necesidades humanas transformadas (Pachuk y Friedler, 1999). Laplanche (2004), llama género a determinaciones físicas, psíquicas, fantasmáticas que conducen a la distinción entre lo masculino y femenino, y llama sexo, a las mismas determinaciones orientadas por el placer sexual. Laplanche ha retomado a partir de Freud, la existencia de dos significantes de orden distinto: diversidad y diferencia, que introducen la posibilidad de distinguir entre género y sexo (Bleichmar, 2009).

Por otro lado, Judith Butler (1999) define el género como el resultado de varios procesos mediante los cuales las personas reciben los significados culturales, pero asimismo, también los innovan. Por su parte, Lamas (2002) destaca que Butler, en su libro *El género en disputa*, se pregunta en qué medida se puede elegir el género, además de introducir la provocadora idea de que el género es un proyecto para renovar la historia cultural en nuestros propios términos corpóreos, atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas.

A través de la historia de la cultura occidental, han prevalecido tres creencias sobre los hombres y las mujeres: que su naturaleza psicológica y sexual es diferente; que el hombre es el sexo inherentemente dominante o superior; que tanto las diferencias macho-hembra como la dominación masculina son naturales. De las cuales, se dependen tres asunciones, primero el *androcentrismo*, que se caracteriza por percibir al hombre como superior a la mujer y por considerarlo a él y la experiencia masculina la norma, en tanto, las mujeres y la experiencia femenina, una desviación de esa norma. Segundo, la *polarización de género*, que consiste no solo en la consideración de que las mujeres y hombres son diferentes fundamentalmente, sino en el uso de tal diferencia como principio para organizar la vida social y cultural. Tercero, el *esencialismo biológico*, legitimando las otras dos asunciones, como consecuencias naturales e inevitables de las naturalezas biológicas de mujeres y hombres (Bem, 1993).

Por lo tanto, al hablar de género es importante incluir la articulación entre diversidad y diferencia para proponer que en estos primeros tiempos de la vida, la identificación de género se produce con desconocimiento de la función sexual y antes de darse el reconocimiento de la diferencia anatómica. La diversidad no se juega en el campo de los contrarios, sino en el de  $n$  posibilidades: diferencias culturales, sociales, bipartición de la vida social en la cual el niño busca un fundamento lógico al enigma de haber nacido hijo de hombre y mujer. Las categorías de masculino y femenino no se anudan en inicio a la diferencia sexual anatómica, pero son propuestas a partir del adulto sexuado inscripto en esa diferencia (Bleichmar, 2009).

De tal manera, estos conceptos encuentran una delimitación en dos planos, por un lado, lo biológico, que trata de gametos, óvulos y espermatozoides, irreductiblemente diferenciados, ya que los caracteres sexuales secundarios no son totalmente inequívocos y admiten grandes variaciones. Por otro lado, el plano sociológico, en el que hay modelos culturales que regulan la identidad sexual de hombres y mujeres, que las ciencias sociales denomina como género. No obstante, se reconoce que ninguna de estas perspectivas es capaz de dar cuenta de la diferencia que interesa desde la psicología (Tubert, 2000). Lo que conlleva a considerar otras perspectivas, como la que se refiere al género en aspectos institucionales de organizaciones sociales: parentesco, familia, trabajo y organismos educativos y políticos. Otro elemento muy importante, es el género como forma primaria de relaciones significantes de poder, campo primario por medio del cual se articula el poder, aunque no sea el único campo (Scott, 1996).

La diferenciación entre género y sexo a tener en cuenta, cuando se trata de discutir el prejuicio, ya que los modos de articulación no pueden ser planteados de manera lineal, coinciden en que la construcción del género no es producto del desenlace de la elección amorosa de objeto, sino de procesos complejos que van desde modos de recomposición de primarias identificaciones fallidas que articulan al *yo*, hasta intentos de dar coherencia a mociones sexuales que enlazan circulaciones edípicas, e intentos de dar solución a enigmas generados por traumatismos producidos (Bleichmar, 2009).

Estos aspectos de la sexualidad que caen bajo el dominio del género siguen determinados por la cultura, en tanto la madre es el agente cultural privilegiado, y luego el padre y sociedad. Las fuerzas biológicas reforzarán o perturbarán una identidad de género ya estructurada, donde la identificación es la operación psíquica que lidera este proceso. Este núcleo genérico se establece antes de la etapa fálica, mientras que la angustia de castración y la envidia del pene complejizaran esta estructura (Pachuk y Friedler, 1999).

En conjunto, desde el punto de vista psicológico, se consideran tres cuestiones asociadas entre sí: la sexualidad, entendida como organización pulsional propia de cada individuo, que determina la singularidad del deseo sexual de un sujeto; la sexuación, es decir, la asunción de una identidad propia, genérica, en función de la diferencia entre los sexos; y la elección, o hallazgo del objeto de amor, marcada por la historia de las relaciones, las experiencias y sentimientos infantiles referida a los objetos primordiales que las y los adolescentes buscan y evitan al mismo tiempo, lo que conduce a una reedición modificada del conflicto edípico. Esta compleja problemática no se puede explicar exclusivamente por la diferencia anatómica entre los sexos ni por la identidad de género y modelos sociales (Tubert, 2000).

Algunos analistas han perdido el rumbo en el estudio más importante del psicoanálisis: la sexualidad, que funda el descubrimiento del inconsciente, y con él, la sexualidad deja de ser meramente genital, empieza a deslindarse de su función reproductiva exclusiva, se le concede sexualidad a la infancia y se abre así un nuevo campo de estudio, donde lo sexual comienza a ser determinante del sujeto a advenir (Bleichmar, 2014). Se trata de continuar una oposición binaria que encubre la diversidad de formas en que se construye la sexualidad humana, puesto que la organización simbólica de la diferencia sexual ha de encarnarse necesariamente en la diversidad de los deseos de los distintos individuos (Tubert, 2000).

### 3.2. Masculinidad y Femenidad

A través de las culturas existe una visión diferenciada de los sexos biológicos, ya que en el mundo se reconoce que existen mujeres y hombres, no obstante, el contenido y significación de dicha percepción varía de cultura a cultura. Por tanto, ser hombre o ser mujer es resultado de un proceso psicológico, social y cultural a partir del cual se asignan masculino y femenino (Rocha y Díaz-Loving, 2011). Los términos mujer y hombre se refieren, por un lado, a los cuerpos anatómicamente diversos y, por otro, a los grupos a los que se adscribe determinada identidad genérica. La sexualidad femenina y masculina aluden, en cambio, a la organización pulsional y a la elección del objeto de amor, es decir, a la configuración de un sujeto deseante encarnado en un cuerpo genítalmente diferenciado con respecto al otro sexo (Tubert, 2000).

La explicación psicoanalítica para entender la relación a la organización y funcionamiento de lo femenino y masculino, distingue tres aspectos fundamentales: la identidad sexual, el género sexual y la elección del objeto sexual. Esta distinción está basada en cuatro teorías psicoanalíticas fundamentales: en la consecuencia de la diferencia anatómica de los sexos, el complejo de castración, la lógica del falo y el complejo de Edipo; las cuales se desarrollan para dar cuenta del proceso psíquico inconsciente desde el cual se organiza y redefine lo femenino y lo masculino más allá de lo biológico (Lander, 1998).

Aunque se ha planteado que la diferencia anatómica es responsable de la identidad sexual configurada a partir de la separación de los sexos, esta identidad no está dada por la simple presencia del órgano sexual, deviene por identificación al significante del discurso de ambos padres, se sostiene por su deseo inconsciente al asignar uno u otro sexo a su hijo(a). El género sexual, se refiere a la adquisición de valores culturales adscritos arbitrariamente a cada sexo (gestos, conductas, roles, etc.), que varían en los hombres y las mujeres de acuerdo a la época y cultura en que se construyeron, y que en su origen histórico fueron inventados por el ser humano. La elección del objeto sexual, hace referencia a una etapa temprana en el sujeto (complejo de Edipo) con el objeto de deseo sexual. La primera escogencia en ambos sexos se realiza en el periodo narcisista del desarrollo y se hace con la figura materna, resultando heterosexual al hombre y homosexual a la mujer. En el complejo de Edipo se produce un giro en esta escogencia, y una cristalización pulsional con ese nuevo objeto del deseo, que va a mantenerse a lo largo de toda la vida (Aguilera, 2013).

Lo anterior se configura en dos dimensiones cotidianas: masculino y femenino, donde el primero ha sido asociado a hombres, destacando acción, fortaleza, soberanía, independencia, egoísmo e imposición; la feminidad recoge lo asociado a mujeres, respecto a emociones, el cuidado, la ternura, pasividad y sumisión. Se ha asumido hablar de dos complementarios pero diferentes mundos, en donde los hombres se conciben como los trabajadores, responsables, inteligentes, fuertes, que realizan actividades productivas y públicas, en tanto, las mujeres se asumen como cariñosas, maternales, comprensivas, dedicadas al proceso de crianza, cuidado de los hijos y familia (Díaz-Loving, Rocha y Rivera, 2007). En la mayor parte de las culturas de organizaciones patriarcales, identifican a la feminidad con la maternidad. A partir de una posibilidad biológica, la capacidad reproductora de la mujer se instaura en un deber ser, una norma, cuya finalidad es el control de la sexualidad y la fecundidad (Tubert, 1999).

Estas ideas funcionan según una lógica que se puede caracterizar como atributiva, binaria y jerárquica (Santos, 2009), dar significaciones precisas al término de femenino y masculino resulta difícil, ya que se trata de conceptos que, si bien se han mantenido como opuestos a lo largo de la historia y en todas las sociedades conocidas, no tienen unos contenidos fijos, sino que su significación se modifica en los diversos contextos históricos. Una dificultad añadida radica en que, si se mantienen como categorías fijas, se corre el riesgo de dejar de lado las diferencias que existen entre las mujeres y los hombres, que no corresponden con exactitud a los estereotipos genéricos, al menos no es deseable que lo hagan, puesto que esa adecuación conduce necesariamente a la pobreza y rigidez de la personalidad (Tubert, 2000).

De tal manera que, la masculinidad y feminidad no son excluyentes, una persona puede tener las actitudes, conductas o los comportamientos socialmente deseables tanto masculinos como femeninos, incluso puede tener ambos a la vez. Aunque las categorías de género han permitido desde el marco metodológico, operativizar y tratar como variables independientes estos constructos, posibilitando la creación de instrumentos de medida, y conceptualmente supone avances a las corrientes teóricas en el proceso de construcción de identidad de género, en relación a los roles y estereotipos dominantes en una estructura social (Alzás, Galet, De Souza, 2016), la hipótesis tradicional que indica a la masculinidad y feminidad representada por extremos opuestos de una única dimensión, ha sido criticada y contestada con una nueva proposición sobre la independencia de ambos constructos (Constantinople, 1973).

Asimismo, definiciones demasiado claras y evidentes obligarían a ignorar contradicciones y combinaciones de rasgos femeninos y masculinos que existen en cada mujer y hombre, y como Freud apuntó, se debe concluir que la masculinidad y la feminidad son construcciones teóricas de contenido incierto. Es deseable que así sea, puesto que la apertura de las categorías ofrece la posibilidad de aceptar la diversidad de formas en que hombres y mujeres pueden definir o experimentar su masculinidad o feminidad (Tubert, 2000). Por ello, en la década de los 70, se supera la premisa tradicional sobre la concepción de la masculinidad y la feminidad, donde ambos se conciben como bipolares, y por tanto opuestos, entendiendo que una persona es masculina o femenina pero no ambas. La relevancia del enfoque se asienta en las nuevas formas de entender las complejas dimensiones del género (Alzás, Galet, De Souza, 2016).

Cada vez resulta más claro que el “saber” acerca de lo que es ser hombre y de lo que es ser mujer inicialmente es un prejuicio, en la medida en que consiste en la enunciación de una serie de principios normativos, culturalmente contruidos e históricamente cambiantes, que en cada contexto se consideran como de origen natural e inmodificable. En consecuencia, el significado de lo masculino y lo femenino, se ha convertido en una pregunta que debe ser sostenida, en lugar de la aceptación acrítica de un saber presupuesto. Ese significado debe ser establecido en los diversos contextos sociales donde se está produciendo y en los que está teniendo efectos particulares. Por ello, para la teoría psicoanalítica, la relación del ser humano con su entorno es de tipo simbólico, mediada por conceptos, palabras, imágenes y símbolos, donde se puede ubicar una sexualidad desde una perspectiva más profunda (Santos, 2009).

Sandra Bem (1975) desarrolló el concepto de androginia, el cual contempla la armonía de los rasgos masculinos y femeninos en el hombre y la mujer, que está asociado con un mayor bienestar psicológico. En oposición, la estrecha relación que el modelo clásico defendía, entre el sexo del sujeto, el género y salud mental, proponiendo que la feminidad para la mujer y la masculinidad para el hombre representaban la salud o bienestar psicológico individual, fue trastocada por los resultados empíricos que apuntaban una mayor ventaja psicosocial de los sujetos andróginos y/o masculinos independientemente de su sexo. Bem fue la primera que planteó la necesidad de revisar el concepto de salud mental, para tratar de poner de manifiesto la equiparación que de hecho existe entre ésta y los rasgos bajo el concepto de masculinidad (Sebastián, Aguíñiga y Moreno, 1987).

### 3.3. Masculinidad hegemónica, factor de riesgo

En México, las estadísticas de mortalidad del INEGI (2012), se ven impactadas por el género, tanto el VIH como el alcoholismo han tenido mayor mortalidad en los hombres y esto ocurre porque tienen mayor permisividad social y acceso tanto al sexo como al abuso de sustancias, articuladas a una sensación de invulnerabilidad, transgresión y otros aspectos comunes en la socialización masculina (de Keijzer, 2016). Los accidentes muestran tendencias diferenciales similares, siendo la cuarta causa entre los hombres y la sexta entre mujeres, con una razón de 3.5 muertes de hombres por cada mujer; cabe destacar el número alarmante de jóvenes en estas estadísticas y que, en ambos casos, los varones suelen estar al volante (INEGI, 2012).

Los resultados en depresión resaltan diferencias por sexo, datos epidemiológicos indican que a pesar de que los hombres son menos propensos que las mujeres a informar síntomas de depresión, casi el 13% de hombres cumplirán los criterios para el trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida, y otro 4,8% cumplirán para el trastorno distímico (Primack, et al., 2010). Se señala que uno de cada ocho hombres experimenta depresión y representan el 75% de los suicidios (Fogarty et al., 2015). En cuanto a los hombres jóvenes, se observa que, las tasas de mortalidad son de tres a cinco veces más altas que en las mujeres, mostrando una sobremortalidad considerable, datos que son alarmantes. Las muertes violentas en hombres representan el 12.2% del total de las defunciones generales para los mismos (INEGI, 2012).

Por tanto, la salud de los hombres se encuentra atravesada por el género a tal grado que no sólo resultan afectados los propios hombres, sino que también juegan un rol central en la salud de las mujeres, niños y niñas. Esto se ha profundizado en la noción de la masculinidad como factor de riesgo (de Keijzer, 2001). Además, ocurre que gran parte de problemas en los hombres a diferencia de las mujeres, son autoinfligidos como género, es decir, por parte de otros hombres y por sí mismos (de Keijzer, 2016). De acuerdo con Bonino (2001), dentro de los factores de riesgo más importantes para la salud de los varones están vinculados aspectos con los estilos de vida y la pretensión de cumplir el modelo social de masculinidad tradicional hegemónica; los varones buscan el control de sí y los demás, los riesgos, la competitividad, sus movimientos guiados por la lógica de éxito-fracaso, restricciones afectivas y la ansiedad persistente. Es necesario reconocer que sufren una violencia estructural a partir de la cual construyen sus identidades, teniendo implicaciones serias de salud y bienestar (Rocha, 2016).



Las definiciones de masculinidad se encuentran íntimamente ligadas a la historia de las instituciones y las estructuras económicas. La masculinidad no es sólo una idea de alguien ni una identidad personal, se extiende a lo largo del mundo y se mezcla con relaciones sociales (Connell, 2003). Por lo que, es difícil estudiar la masculinidad desde una perspectiva, todas las miradas aportan una temática que transversaliza la realidad social (De Martino, 2013). Esto conduce a la idea de una masculinidad hegemónica, ya que el concepto de *hegemonía*, derivado del análisis de Antonio Gramsci, se refiere a la dinámica cultural por medio de la cual un grupo exige y sostiene una posición de mando en la vida social, sin importar cuál sea el momento, la cultura siempre preferirá alguna forma de masculinidad (Connell, 2003).

La masculinidad hegemónica es un modelo ideal central que, sin que pueda ser logrado prácticamente por ningún hombre, ejerce sobre todos ellos un efecto controlador mediante la incorporación, la ritualización de las prácticas de la sociabilidad cotidiana y un discurso que excluye todo campo emocional, considerado femenino (Stern et al., 2003). Por otro lado, la ausencia de una teoría psicoanalítica de la constitución de la masculinidad, ha devenido un obstáculo importante en la práctica clínica, ya que da por sentado un recorrido sin desvíos, con cierta linealidad, en el cual lo masculino sostiene su zona y objeto desde el nacimiento a la tumba, y para la cual el surgimiento de fantasmas femeninos en el varón son efecto de la bisexualidad constitutiva, es decir, de los aspectos femeninos, reprimidos e inconscientes, presentes de manera “natural” en el psiquismo de todos los seres humanos (Bleichmar, 2009).

Bleichmar (2009) plantea tres tiempos en la constitución sexual masculina. En el primero, se instituye la identidad de género, en el cual se marca el *qué se es* en el núcleo mismo del *yo* y se instalan los atributos de la cultura en la cual se insertará, coexiste con el polimorfismo perverso y es anterior al reconocimiento de la diferencia anatómica. En el segundo, se fija el descubrimiento de la diferencia anatómica, en el niño el atributo real y biológico, existente en su cuerpo, no es suficiente para constituir la masculinidad genital y la potencia fálica, es necesario que el pene se invista de potencia genital, la cual se recibe de otro hombre, a esto se suma la significación que el pene del hijo cobra para la madre. En el tercero, se definen las identificaciones secundarias que hacen a las instancias ideales; en el niño no se trata de *ser hombre* ya, inscripto narcisísticamente en el *yo*, sino qué clase de hombre se deberá ser, articulado en las prohibiciones y mandatos que constituyen la conciencia moral y los ideales.

En ese sentido, parte importante de las conductas ligadas a la masculinidad, la temeridad, el riesgo, sobre exigencia e hiperactividad, pueden resignificarse como compensación de la tendencia a la pasividad. Desarrollos recientes de la biología corren parejos con estas ideas, no solo que, embriológicamente, el clítoris no es masculino. La fórmula XY como figura cromosómica del macho posee todos los genes presentes en la XX de la hembra y además el Y, que debe revertir la tendencia gonádica a producir un ovario. Los embriones masculinos tienen más dificultades para el desarrollo y evolución (Pachuk y Friedler, 1999).

Desde que nace el bebé, los padres depositan en él toda clase de perfecciones, encubriendo cualquier defecto, los ideales del yo imponen difíciles condiciones a la satisfacción libidinal con los objetos, estas mociones sucumben al destino de la represión patógena cuando entran en conflicto con representaciones culturales y éticas del individuo (Freud, 1914). Los varones tienen una consigna muy particular, generalmente deben ser grandes hombres y héroes en lugar del padre, así como otras demandas que les va imponiendo la cultura en cuestión de género, tienen que ser fuertes física y emocionalmente, hacerse responsables en lo económico más temprano que las mujeres, no deben depender de nadie, y resuelven sus problemas solos. Sin embargo, cuando estos puntos no pueden cumplirse o no se llevan a cabo, aparece un conflicto entre las instancias psíquicas, entre el *deber ser* y *lo que se es*, así como en lo que realmente *se quisiera ser*. De tal manera, Freud (1914) explicó que, los mismos impulsos y mociones de deseo que un hombre tolera o procesa conscientemente pueden ser desaprobados con indignación total o ahogados antes que devengan conscientes, lo que puede esclarecer el conflicto que puede manifestar cualquier hombre ante la ambivalencia del *deber ser*.

En las y los adolescentes, se sabe que cuando el placer no alcanza a regular el proceso de satisfacción pulsional, el aparato, que por definición no soporta los estancamientos, apela a procesos más primitivos de descarga o evacuación: he ahí el germen de la actuación, del principio de inercia, de la compulsión de repetición, de la proyección masiva del sufrimiento, y el recurso a drogas excitantes o calmantes, etc. (Sales, 2004). En otras palabras, cuando la y el adolescente entra en conflicto con lo que debería ser como hombre y que realmente no se está logrando, puede desencadenarse una depresión, ya que aparecen síntomas ligados a la irritabilidad, como el consumo de sustancias, ya sean el alcohol, las drogas y/o tabaco, así como manifestar comportamientos violentos, en respuesta a esas frustraciones.

### 3. DEPRESIÓN

#### 1.1. Concepciones de la Depresión

La OMS (2017) define la depresión como una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. Además, las personas con depresión suelen presentar varios de los siguientes síntomas: pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; indecisión; inquietud y pensamientos de autolesión o suicidio. La enfermedad la puede padecer cualquier persona, a cualquier edad, no es un signo de debilidad, se puede tratar con psicoterapia y medicación antidepresiva o una combinación de ambas.

Así mismo, el Instituto Nacional de Salud Mental define la depresión como enfermedad común pero grave, donde la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa tanto dolor para quien lo padece como para quien se preocupan por él o ella. Los síntomas que se manifiestan no se presentan igual en todas las personas, la gravedad, frecuencia y duración pueden variar según la persona y su enfermedad en particular. Las características de la depresión son: sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío; de culpa, inutilidad, y/o impotencia; desesperanza y/o pesimismo; irritabilidad, inquietud; pérdida de interés en las actividades que se disfrutaban, como relaciones sexuales, fatiga y falta de energía; dificultad para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones; despertar muy temprano, insomnio o dormir demasiado; comer mucho o perder apetito; pensamientos suicidas o intentos de suicidio; dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento (NIMH, 2009).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013), indica criterios específicos para considerar que ciertas conductas deban enmarcarse como Trastorno de Depresión Mayor, entre estas observaciones se refieren: A.- En el transcurso de 2 semanas, deben presentarse al menos cinco de los siguientes síntomas, en donde uno de estos incluya el síntoma 1 (estado de ánimo deprimido) o el síntoma 2 (pérdida de interés o placer):

- 1.- Estado de ánimo deprimido casi todos los días durante la mayor parte del día, según la información subjetiva (sentirse vacío, triste o sin esperanza) o de la observación por parte de terceras personas (se les ve llorar). En niños y adolescentes puede ser irritable este estado.
  - 2.- Disminución del placer o de interés en casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
  - 3.- Aumento o pérdida importante del peso que no sea debido a un régimen o dieta alimentaria en particular (más del 5% de masa corporal en un mes), o aumento o disminución del apetito casi todos los días. En niños se observa fracaso en alcanzar el aumento de peso esperado.
  - 4.- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  - 5.- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (se requiere ser observable por terceras personas y no solo por la sensación subjetiva de la persona).
  - 6.- Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
  - 7.- Sentimientos de sentirse inútil o de culpa excesiva o inapropiada (el cual puede ser delirante) casi todos los días (excluyendo el autorreproche o culpa por sentirse enfermo).
  - 8.- Disminuye la capacidad de tomar decisiones, pensar o concentrarse casi todos los días.
  - 9.- Pensamientos recurrentes de muerte, ideas recurrentes de suicidio sin plan determinado, intento de suicidio o plan específico para llevarlo a cabo.
- B.- Estos síntomas causan un deterioro importante y significativo en el funcionamiento social, laboral o de otras áreas del individuo.
- C.- Este episodio no se puede atribuir a efectos fisiológicos de sustancias o afección médica. (Criterio abreviado del DSM-V, pp.104-105).

En cuanto a las causas de la depresión, se considera que no existe una única conocida, parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos. En cuanto a causas biológicas, se ha indicado que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro, las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores que parecen no estar en equilibrio, pero estas imágenes no revelan, en sí, las causas de la depresión (NIMH, 2009).

El tratamiento que primordialmente se ha recomendado es el psiquiátrico, debido a ser un problema relacionado con el cerebro, como se expone en las instituciones de salud, incluso mentales; solo hasta que el médico pueda descartar una condición médica como la causa, “él o ella debe llevar a cabo una evaluación psicológica” o referir al paciente a un profesional de la salud mental, como indica el Instituto Nacional de Salud Mental (2009), dando prioridad a los tratamientos por medio de medicación y solo después recomiendan la psicoterapia. Lo que se percibe del primer intento para definir la depresión, es que se concibe como problema biológico, parecido a una infección bacteriana, la cual requiere específico remedio biológico. La tendencia actual, es que los pacientes deben volver a sus estados anteriores productivos y felices, es decir, la exploración de la interioridad humana está siendo reemplazada por ideas de higiene mental. El problema debe ser eliminado más que comprendido (Leader, 2011).

Actualmente, se ha visto una creciente problemática en relación a trastornos depresivos, que son la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones por la OMS (2017), más de 300 millones de personas sufren depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. También, se estima que los trastornos por depresión y ansiedad cuestan anualmente a la economía mundial US\$ 1 billón de pérdida en productividad. Según el NIMH (2009), se calcula que 18,8 millones de adultos en Estados Unidos padecen depresión durante el año, muchos ni reconocen su condición (APA, 2018).

En México, Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara y Berglund (2007) indicaron que el 18% de la población urbana en edad productiva (15-64 años) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia. Además, 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadores y hay más de 400 mil adictos a psicotrópicos. También, se ha documentado que entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios consumados tiene una tendencia al alza. De acuerdo con el INEGI, entre 2000 y 2013, la tasa de suicidios en el país pasó de 3.5 a 4.9 casos por cada 100 mil habitantes. Los trastornos mentales son el principal factor de riesgo para el suicidio y otro tipo de lesiones autoinfligidas como las cortaduras, quemaduras, heridas e intoxicaciones (INCyTU, 2018).

Sin embargo, a partir de las incidencias de depresión en la población y como se ha definido desde el ámbito médico, psiquiátrico o psicométrico, es importante llevar a cabo un enlace entre lo que estas áreas han planteado y lo que el término ha representado en el psicoanálisis.

## 1.2. Depresión, Duelo o Melancolía

El término depresión es usado en nuestros días de un modo muy laxo y designa en su uso cotidiano patologías muy diversas, evita plantear la cuestión de un diagnóstico de estructura, a una perturbación momentánea del humor (Chemama, 1996). Se debe ver la depresión como un conjunto de síntomas que se derivan de historias humanas complejas y siempre distintas, con frecuencia estas historias involucran experiencias de separación y pérdida. Por lo que se necesitan herramientas conceptuales correctas para dar sentido a la forma en que se responde a esas experiencias, y estas pueden ser encontradas en las viejas nociones del duelo y la melancolía. La depresión es un término vago para una variedad de estados, el duelo y la melancolía, no obstante, son conceptos más precisos que pueden ayudar a entender cómo lidiamos (o se fracasa en lidiar) con las pérdidas que son parte de la vida (Leader, 2011).

En una época muy temprana (probablemente en 1895), Freud había enviado a Fliess un detallado intento de explicar la melancolía (término bajo el cual Freud incluía, por lo común, lo que ahora se describe como estados de depresión) en términos puramente neurológicos (Strachey, 1957). El concepto de depresión en el fondo no está definido rigurosamente salvo en la melancolía, o también en lo que se llama «psicosis maníaco-depresiva», donde describe una hemorragia de la libido, desplazada primero del objeto al *yo*, y que luego lleva al *yo* mismo a una depreciación y un desinvertimiento radicales. Sin embargo, es verdad, que se encuentran episodios depresivos, a veces graves, en las neurosis, no por ello se hará de la depresión una entidad clínica específica (Chemama, 1996).

Freud vio tanto al duelo como a la melancolía como formas en que los seres humanos responden a la experiencia de una pérdida. Sin embargo, los diferenciaba, el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. (Freud, 1917). El duelo, entonces, es diferente del dolor, este es la reacción a la pérdida, y el duelo es cómo se procesa este dolor (Leader, 2011). El dolor es uno de los primeros datos de la conceptualización freudiana, se encuentra en el sexto apartado de la primera parte del «Proyecto de psicología», donde es definido como la irrupción de grandes cantidades [Q] en el sistema [Y], en el aparato psíquico orientado uniformemente hacia la reducción de las tensiones, la irrupción de tales cantidades es la fuente de la pareja displacer/dolor (Kaufmann, 1995).

Freud introduce una distinción entre dolor y displacer, donde el dolor tiene una cualidad particular que se hace reconocer en comparación con el displacer. Por lo tanto, toma nota que la investidura de una imagen mnémica del objeto hostil produce un estado que no es dolor pero se asemeja. Este estado, continúa, implica displacer, donde la inclinación a la descarga corresponde al acontecimiento de dolor. El displacer y el dolor, son entonces considerados como idénticos, en cuanto constituyen por igual aumentos excesivos de cantidad en el aparato psíquico y sólo difieren por la procedencia: el aumento de cantidad en el dolor proviene del exterior y en el displacer, llega del interior (Freud, 1895). En la clínica del duelo, la depresión melancólica y el masoquismo moral, Freud se apoyó en esta primera conceptualización del dolor psíquico: intenso displacer que la inhibición -función esencial del *yo*- no llega a detener (Kaufmann, 1995). Evocando el dolor melancólico, Freud (1926) también describe que a raíz del dolor corporal, se produce una investidura elevada que hay que calificar de narcisista en el lugar doliente del cuerpo, investidura que no cesa de aumentar y que tiende a vaciar el *yo*.

Se puede encontrar una analogía para explicar la transferencia de la sensación de dolor físico al psíquico: el lugar lastimado del cuerpo debe comprenderse como equivalente de la representación de un objeto «registrado como desaparecido, perdido», como objeto de una investidura intensa e inextinguible, de violenta nostalgia (relacionada con la añoranza del padre). El carácter continuo e imposible de inhibir de esa investidura produce, según Freud, un estado de aflicción psíquica semejante al dolor físico, en la medida que la representación del objeto perdido desempeña el papel del lugar corporal sometido a un aumento constante de excitación (Kaufmann, 1995). Cuando Freud hablaba del objeto perdido no quería decir de una persona fallecida, podía referirse a pérdidas debido a la separación o el extrañamiento. Por tanto, el duelo involucra un movimiento de remodelación y reacomodo (Leader, 2011).

M. Klein (1940) ayudada por el trabajo de Abraham, enriqueció la concepción freudiana con su descubrimiento de la existencia de objetos internos cuyas cualidades son puestas a prueba ante la pérdida de un objeto externo. Explica que a partir del duelo, doloroso y normal, que el niño pequeño realiza para abordar y elaborar la posición depresiva, toma conciencia de que la persona que ama y aquella a la que ha atacado en sus fantasmas destructivos es la misma, entonces pasa por una fase de duelo donde tanto el objeto externo como el objeto interno se viven como arruinados, perdidos y abandonan al niño a su depresión.

Por lo que, sólo poco a poco y con dolor, trabajando esta ambivalencia e impulsado por la culpa depresiva, el niño va a lograr restablecer en él un objeto interno bueno y asegurador. A lo que, una persona en duelo busca, según un proceso semejante, reinstalar en sí misma a sus objetos buenos, es decir, sus padres amados. En tanto, el fracaso del trabajo de duelo, ligado a los estados melancólicos o maníaco-depresivos, transforma al muerto en un perseguidor y conmueve también la fe del sujeto en sus objetos internos buenos (Klein, 1940).

Sin embargo, ante la melancolía, Freud argumentó que mientras el que está en duelo sabe más o menos que ha perdido, esto no es evidente para el melancólico. La naturaleza de la pérdida no necesariamente se conoce en lo consciente y puede involucrar una decepción o desaire de alguien más, como la pérdida ocasionada por el dolor, o incluso el colapso de un ideal político o religioso. Si el melancólico tiene una idea de a quien ha perdido, no sabe lo que él ha perdido en ellos (Leader, 2011). La diferencia con el sujeto depresivo, es que el melancólico no intenta siquiera aliviar su sufrimiento y con frecuencia cae en un profundo mutismo, también se distingue del depresivo porque en general este último no sólo identifica el origen de su mal, sino que incluso y sobre todo, mantiene con el prójimo una relación afectiva que se expresa en la queja y la agresividad. El melancólico, en cambio, piensa que todo ha sido siempre así y no puede entrever ninguna causa a su estado (Kaufmann, 1995).

En tal sentido, la melancolía produce el mismo trabajo que el duelo, pero mientras el duelo le permite al sujeto renunciar al objeto perdido para poder reencontrar su propio investimento narcisista y su capacidad de desear nuevamente; la melancolía, al llevar al sujeto a renunciar a su *yo*, lo lleva a una posición de renunciamiento general, abandono y dimisión deseante. El que da cuenta del fin de la melancolía, en último lugar, es el suicidio, generalmente radical (Chemama, 1996). A finales del siglo XX, la depresión, forma atenuada de la melancolía, se ha convertido en las sociedades industriales en marca del fracaso al paradigma de la rebelión, en un mundo carente de ideales y dominado por una poderosa tecnología farmacológica muy eficaz. Se plantea que en la estructura melancólica hay una constante, la imposibilidad a que el sujeto realice el duelo por el objeto perdido, que explica la presencia de la melancolía en los grandes místicos, siempre en peligro de alejarse de Dios; en los revolucionarios, siempre en busca de un ideal que se sustrae, y en las y los adolescentes, que persiguen un encuentro de sí mismos, manifestado en el duelo por la infancia (Roudinesco y Plon, 2008).



### 1.3. Depresión en la Adolescencia

La adolescencia es un pasaje obligado, el pasaje delicado, atormentado pero también creativo, que se extiende desde el fin de la infancia hasta las puertas de la madurez. El y la adolescente, es un muchacho o una chica que poco a poco deja de ser un niño(a) y se encamina difícilmente hacia el adulto(a) que será (Nasio, 2010). En definitiva, se propone como etapa de reajustes a nivel fisiológico, emocional, social y cognitivo, que tienden a ser resueltos adaptativamente (Moral y Sirvent, 2011).

Sintetizando las características de la adolescencia, se denota la siguiente sintomatología: búsqueda de sí mismos e identidad, tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y fantasear, crisis religiosas, desde los ateísmos más intransigentes hasta los misticismos más fervorosos; desubicación temporal, el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario; evolución sexual manifiesta, desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; actitud social, reivindicando tendencias anti o asociales; contradicciones sucesivas en toda manifestación de la conducta; separación progresiva de los padres, y constantes oscilaciones del humor y del estado de ánimo (Aberastury y Knobel, 2006).

La crisis adolescente enfrenta el desconcierto de varias encrucijadas, entre la infancia y la edad adulta, entre lo psíquico y lo somático, entre lo individual y lo social, y entre ambos el grupo familiar (Tubert, 2000). En tanto, la adolescencia como una neurosis sana, que es muy necesaria para volverse adulto (que genera angustia, tristeza, rebeldía) se considera como un sufrimiento moderado. En cambio, los comportamientos peligrosos que se interpretan como la puesta en acto (comportamientos depresivos, aislamiento, intentos de suicidio y suicidio, consumo de drogas) se contempla como un sufrimiento intenso. Mientras que, perturbaciones mentales, principalmente la esquizofrenia, los TOC, las fobias, la depresión y los desórdenes alimentarios crónicos, están en el campo de los sufrimientos extremos (Nasio, 2010).

En este sentido, el estereotipo generalizado erróneamente sobre las crisis de emotividad soliviantada en adolescentes, no halla reflejo en los porcentajes de trastornos psiquiátricos que se mantienen en un nivel similar al de otros estadios, tal como se describe en proyectos europeos sobre epidemiología de trastornos mentales dentro de iniciativas de la OMS (Moral y Sirvent, 2011). Sin embargo, la adolescencia sigue considerándose el grupo de más alto riesgo en relación a la soledad (Tapia, Fioretino y Correché, 2003; Expósito y Moya, 2000).

Asimismo, se constata que, en Europa la mayor parte de tentativas de suicidio se da en las y los adolescentes, y en las y los jóvenes adultos (Hagedorn y Omar, 2002; Diekstra, 1993; Blumenthal, y Kumpher, 1990). En todo el mundo, se estima que entre el 10 y el 20% de las y los adolescentes experimentan problemas de salud mental, y siguen sin ser diagnosticados ni tratados adecuadamente. Los trastornos emocionales son los que comúnmente padecen las y los jóvenes, donde a nivel mundial la depresión es la novena causa principal de enfermedad y discapacidad entre las y los adolescentes, y la ansiedad la octava causa (OMS, 2018).

Por otra parte, también existe evidencia de diferencias de género en depresión, las cuales comienzan a los 13 años (Salk, Petersen, Abramson y Hyde, 2016). En una muestra nacional estadounidense de personas mayores a los 17 años se encontró que la prevalencia vital de depresión fue del 22,9% en las mujeres y de 13,1% en los hombres y de distimia del 6,2% en las mujeres y del 3,5% en los hombres. En otro estudio realizado, también con una población estadounidense, se encontró que la prevalencia de los trastornos del humor en las personas entre 13 y 17 años, fue de 18,2% en las chicas y del 10,8% en los chicos (Matud, 2017).

Así también, en una encuesta realizada en 23 países de la Unión Europea con personas de entre 18 y 75 años, se encontró que las mujeres tenían niveles de depresión más elevados que los hombres, aunque la magnitud de las diferencias por género varió entre los países. Además, fueron relevantes en las diferencias de género en depresión, el país de residencia y también los factores socioeconómicos y familiares (Van de Velde, Bracke y Levecque, 2010). Esta relevancia de variables socioeconómicas y familiares respecto a las diferencias de género en sintomatología depresiva también se encontraron en otros estudios en España (Matud, 2005).

De ese mismo modo, en México, según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares que realizó el INEGI (2010), se destacó que el 20% más rico de la población recibió el 50.1% de todo el ingreso nacional, en tanto que, el 20% más pobre solo recibió el 5%, es decir, la décima parte. Estas marcadas desigualdades son importantes, porque afectan de manera directa las oportunidades y acceso a la vivienda, alimentos, la educación, así como a los servicios de salud, lo que no solamente impacta a la población adulta sino también a los niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores, generando un ambiente inadecuado para las necesidades sociales y de salud en la población general (González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio-Muro, Peralta y Wagner, 2015).

En cuanto a las estadísticas de depresión en México, el INEGI señaló que el 29.9% de los habitantes mayores de 12 años sufren algún nivel de depresión ocasional, mientras que 12.4% los experimenta de manera frecuente. Además, la depresión es el principal problema en salud mental pública, por ser el principal padecimiento que afecta a las personas entre los 14 y 35 años y, sobre todo, por ser la primera causa mundial de suicidio y la cuarta como discapacidad donde se evidenció que en el año 2016 se registraron 6,370 suicidios en el país (Velázquez y Lino, 2018). Entre el 2001 y 2002, se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), a la población urbana entre 18 y 65 años, los resultados indicaron que la prevalencia de un Episodio Depresivo Mayor alguna vez en la vida, fue del 7.2%, 2 mujeres por cada hombre. En la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de la Ciudad de México, la prevalencia de EDM durante el último año fue del 4.8%, mayor a la reportada por la ENEP en adultos: el 1.1% en hombres y el 2.8% en mujeres (González-Forteza, et al., 2015).

En un estudio en México, se determinó la prevalencia y factores de riesgo de la depresión en una población adolescente de preparatoria, utilizando el Inventario de Depresión de Beck. El resultado en la prevalencia para depresión fue de 18.6%, el 12.4% correspondió a las mujeres y el 6.2% a hombres. Los factores independientemente asociados a depresión fueron el sexo, violencia intrafamiliar y edad (Martínez, Félix y Flores, 2006). Ante tales resultados, se han identificado síntomas que denotan presencia de síndromes depresivos en adolescentes, como trastornos de sueño, retraimiento social, temor a morir, agresividad, absentismo escolar y ansiedad (Wicks-Nelson e Israel, 1997; Hoffman, Baldwin y Cerbone, 2003). También, se suman confusión y rechazo a la propia identidad, así como del *yo ideal*. Otro factor, son las dificultades en la habilidad de interacción social e interpersonal, ya que la angustia por hacer amigos constituyen para Gottman (1979) algunas de las características de retraimiento social, elemento central en los procesos de depresión en adolescentes (García y Rodríguez, 1991).

Es importante cerrar el capítulo con el análisis entre depresión, melancolía y adolescencia, ya que lo que la psiquiatría ha descrito como depresión, podría distar de lo que el psicoanálisis esclarece como melancolía, donde la última se ha indicado como más grave, dificultando un abordaje teórico del que se pretendan alcanzar estudios que determinen lo que sucede con las y los adolescentes, donde los diagnósticos han imposibilitado una comprensión más profunda de los padecimientos que presentan, por lo que se podrían proponer abordajes más integrales.

## 4. MASCULINIDAD Y DEPRESIÓN

### 4.1. Los hombres se deprimen diferente

De acuerdo con el DSM y el CIE (1995) se deprimen de igual forma hombres y mujeres, ya que ambos manuales solo reconocen diferencias en los síntomas de depresión reportados por niños y adolescentes. Sin embargo, las expresiones respecto al género pueden ser distintas. La mujer joven con depresión parece mostrar más autovaloración y rumiación negativas, síntomas somáticos, llanto frecuente y mayor insatisfacción con la imagen corporal que los hombres deprimidos. En contraparte, ellos expresan más inhibición en el trabajo, fatiga y problemas de salud (Bennett, Ambrosini, Kudes, Metz, & Ravinovich, 2005; Franchi, 2001).

No obstante, a pesar que parece ser que las mujeres tienen depresiones más agudas, es necesario indicar que la depresión masculina es una de las principales causas de suicidio en el mundo (Instituto Nacional de Medicina Legal y Forense, 2011; Merikangas et al., 2011; Haeffel et al., 2007). Londoño, Peñate y González (2017) investigan que diversos autores han observado serias diferencias en cómo expresan la depresión los hombres y las mujeres. Hornstein (2010) plantea que si los hombres no se deprimen igual que las mujeres, es porque predominan las depresiones enmascaradas, quiere decir que, no se manifiestan los síntomas típicos de la depresión. Entonces, habría que poner en cuestión, si efectivamente las mujeres se deprimen más que los hombres, o las formas en que se manifiesta la depresión, así como la manera en que se diagnostica en la mujer y en el hombre que son diferenciales.

En general, los síntomas de depresión masculina son rechazados socialmente porque son considerados propios de la vulnerabilidad emocional femenina, por lo que los hombres tienen dificultades para reconocer que están tristes y desesperanzados debido a los problemas que afrontan, prefieren estar estresados o con exceso de trabajo para explicar sus preocupaciones (Emslie, Ridge, Ziebland, & Hunt, 2006; Kilmartin, 2005). Entre los síntomas de la depresión masculina se encuentran un reducido autodominio, cólera crónica y agresividad; conductas autolesivas, abuso de drogas, riesgos; conductas evitativas, exceso de trabajo, negación de problemas; subvaloración personal, menosprecio, sensación de empeoramiento de la imagen social, sensación de desamparo, desesperación, dificultad para resolver sus problemas y una sensación de estar vacío (Londoño, Peñate y González, 2017).

Respecto al reducido autodominio de los hombres que incluye el comportamiento agresivo verbal y físico, se explica que a partir de razones educativas y sociales, las mujeres reaccionan ante el estrés con ansiedad y depresión, mientras que los hombres lo hacen con agresividad y violencia (Hidalgo, Redondo y Castellano, 2012). Otros hombres pueden responder a la depresión mostrando comportamiento temerario, es decir, arriesgándose y poniéndose en situaciones peligrosas (Osada, Rojas, Rosales y Vega-Dienstmaier, 2010). En cuanto al enojo y los cambios bruscos de ánimo, son de las expresiones emocionales más frecuentes entre los hombres, así como la ira y deseos de venganza (Fleiz, Ito, Medina-Mora y Ramos, 2008).

Las conductas autolesivas comprenden el abuso de alcohol y drogas, accidentes y suicidio, presentes en las distintas problemáticas de salud que manifiestan los hombres a partir de su juventud, con frecuencia ocurre en los años más productivos (Moscicki, 1999). Es importante comprender si detrás de las adicciones y formas de violencia masculinas subyacen vivencias de malestar relacionadas con estados depresivos (de Keijzer, 2001). Debido a que, por ello recurren al alcohol o las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desanimados, enojados e irritados (Osada, Rojas, Rosales y Vega-Dienstmaier, 2010). Lo que genera que emociones no resueltas puedan expresarse a través del abuso físico y verbal, lo cual enmascara las emociones que no son manifestadas (Gómez, 2003). Muchas drogadicciones son depresiones enmascaradas, los hombres buscan alcohol o drogas euforizantes porque si no tendrían que enfrentarse con el vacío y la depresión (Hornstein, 2010).

Las conductas evitativas de los hombres se refieren a las dificultades para reconocer sus problemas. La sociedad espera que el hombre oculte aquello que le genera sufrimiento o angustia incluso se observa a la familia como precursora de la problemática (Matud, Guerrero y Matías, 2006). Algunos autores hacen alusión a que los hombres presentan más tendencia que las mujeres a evadir las situaciones que les causan estrés o frustración (Osada, Rojas, Rosales y Vega-Dienstmaier, 2010). Además que, tienden a negar o esconder los síntomas depresivos, en parte por el miedo al rechazo o por el falso concepto de creer que deprimirse es un signo de debilidad (Gómez, 2003). Así, se observa que la salud y el autocuidado no cumplen un rol central en la identidad masculina. Sin embargo, el descuido y la falta de prevención conducen más tarde a estados de malestar con consecuencias importantes para los hombres y para los que los rodean (Bonino, 2001; Corsi, 2003).

Entre las conductas evitativas también aparecen dificultades para el intercambio social, pérdida de interés en las actividades laborales o escolares, o por el contrario, la compulsión. Los hombres generalmente se quejan de fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en el trabajo o pasatiempos favoritos y problemas de sueño, no se quejan tanto de otros síntomas como sentimientos de tristeza, falta de autoestima y culpabilidad excesiva como sería el caso de las mujeres (Instituto Nacional de Salud Mental, 2005). Algunos hombres enfrentan la depresión dedicándose de manera compulsiva a su trabajo o la escuela, tratando de ocultar la depresión a sí mismos, a la familia y a los amigos (Osada, Rojas, Rosales y Vega-Dienstmaier, 2010). También muestran aislamiento social, sensación de ser visto por otros como algo inadecuado o en proceso de deterioro, lo que denota alta sensibilidad al rechazo (Viana y Andrade, 2012; Wenzel, Streer, y Beck, 2005).

Existe otra conducta entre los hombres que incluso parece normalizada, la dificultad para expresar emociones. Los hombres han aprendido que una de las premisas fundamentales de la masculinidad es el dominar y silenciar sus emociones y sentimientos porque expresarlos representaría debilidad (Castañeda, 2002; Seidler, 2000). La subjetividad masculina guarda relación con la existencia de distintos malestares en su vida afectiva, que son difíciles de verbalizar y manifestar en la esfera emotiva. Los varones aprenden a dominar sus emociones por medio de la represión de sus sentimientos, al no permitirse llorar, al no poder mostrar su vulnerabilidad ante los demás, no exteriorizando sus sentimientos y aguantando el dolor ante las pérdidas (Fleiz, Ito, Medina-Mora y Ramos, 2008).

En cuanto a la pérdida de salud ocasionada por la presencia de alguna enfermedad crónica o por sufrir alguna lesión, experiencias muy dolorosas que producen malestar en los varones y tienen un impacto en la identidad masculina, sobre todo en dos ejes importantes de la subjetividad: el cuerpo y la sexualidad (de Keijzer, 2001). La causa del malestar va más allá de perder la salud, ya que, en el fondo de la relación malestar-salud-género, el problema se encuentra en la pérdida de la capacidad para pelear o ejercer una vida sexual, y por supuesto en que los mandatos de género no pueden sostenerse. Las principales manifestaciones de malestar que experimentan los varones ante las pérdidas vividas aparecen en las expresiones físicas como dolores musculares, problemas para conciliar el sueño, sentimientos de flojera y un descuido en el arreglo personal (Fleiz, Ito, Medina-Mora y Ramos, 2008).

Diversas investigaciones han mostrado diferencias respecto al género en la frecuencia de padecimiento de trastornos mentales, así también consideraron que los hombres tienden más a la somatización por lo que consultan más a los médicos generales (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008). Así mismo, con frecuencia muestran retraso en la activación psicomotora, menosprecio de su capacidad personal, fatiga y problemas de salud (Bennett et al., 2005).

Por último, se ha encontrado relación entre los videojuegos y las conductas depresivas. En los resultados de una investigación se mostraron diferencias significativas respecto al nivel de exposición de videojuegos con contenido violento, donde de manera general, los adolescentes y adultos jóvenes que reportaron una mayor exposición (de 11 horas o más por semana) presentaron una mayor sintomatología depresiva, agresión y violencia intrafamiliar que aquellos con un menor nivel de exposición de horas de juego a la semana (Martínez, Betancourt y González, 2013). Otros estudios han relacionado el uso de los videojuegos con un incremento en el consumo de drogas y alcohol, baja calidad de la relación interpersonal, problemas en la escuela, menor tiempo de sueño, actividades de ocio limitadas y la ideación suicida (Padilla-Walker, Nelson, Carroll & Jensen, 2010).

En resumen, se puede establecer que, debido a los estudios realizados que dieron origen a la lista sintomatológica del trastorno, principalmente son mujeres quienes han compuesto las muestras (Álvarez & Londoño, 2011), y también, son quienes tienden a buscar más soporte profesional (Matud, 2008), por lo que, se plantea el probable subdiagnóstico en hombres y la necesidad de estudiar posibles diferencias en la cronicidad y recurrencia de los síntomas. Saber cuáles son los síntomas característicos de la depresión en los hombres podría aportar en el posterior diagnóstico efectivo y oportuno, en la prevención del suicidio y sobre todo, en el desarrollo de intervenciones específicas efectivas (Londoño, Peñate y González, 2017).

## 4.2. Medición de la Masculinidad y Femenidad

En los últimos años de investigación, respecto a los temas de masculinidad y feminidad, se han llevado a cabo esfuerzos por medir tanto los roles, características y rasgos en hombres y mujeres. Por ello, Parsons y Bales (1956) atribuyeron la diferencia entre los papeles sexuales femeninos y masculinos es una distinción entre roles “instrumentales” y “expresivos” en la familia. Así, el género se deduce a partir de una ley sociológica general sobre la diferencia de las funciones en grupos sociales (Connell, 2003). Díaz-Loving, Díaz-Guerrero, Helmreich y Spence (1981) señalaron la presencia compartida de expresividad y afectividad en mujeres, e instrumentalidad y agencia en los hombres, lo cual sugiere el sustento de dos constructos que son acuñados como masculinidad y feminidad (Díaz-Loving, Rocha y Rivera, 2004).

La masculinidad asociada a los hombres se reviste de una visión que destaca la fortaleza, la acción, independencia, egoísmo e imposición (Díaz-Loving, Rocha y Rivera, 2007), se les adjudican características ligadas al campo productivo, pues son percibidos como superiores y encargados principales de proveer y tomar decisiones, por ello también se asume que las características ideales tienen que ver con el autoritarismo y el machismo (Rocha, 2013). En tanto, la feminidad está asociada a las emociones, los cuidados, la ternura, la pasividad y la sumisión (Díaz-Loving, et al., 2007), es decir, a las mujeres se les adjudican características y comportamientos ligados a la afectividad y vulnerabilidad emocional, porque se consideran socialmente inferiores, así como un rol natural que demanda cuidar de otros (Rocha, 2013).

La realidad es que características y comportamientos asociados a lo masculino y femenino pueden ser reproducidos por mujeres y por hombres, y dependiendo de qué características sean pueden tener impactos distintos (Rocha, 2013). Asimismo, la masculinidad y feminidad incluyen aspectos positivos y negativos, por lo que, se ha propuesto estudiar la masculinidad en función de los rasgos instrumentales, positivos y negativos, y a la feminidad, mediante rasgos expresivos, también positivos y negativos (Díaz-Loving, et al., 2007). En términos categoriales, los constructos de masculinidad y feminidad pueden apreciarse como opuestos y mutuamente excluyentes, desde hace ya prácticamente cuatro décadas que se les concibe como entidades independientes e interactuantes (Stake y Eisele, 2010). Por ende, es claro que en una persona estarán presentes ambos rasgos, tanto instrumentales como expresivos, lo cual define su orientación al rol de género (Bosques, Álvarez y Escoto, 2015).



La orientación al rol de género suele definirse como el grado en que una persona adopta actitudes, intereses y comportamientos que, estereotípicamente y de manera diferencial, se asignan a hombres y mujeres. En la masculinidad subyacen rasgos instrumentales (Pedhazur y Tetenbaum, 1979; Spence y Helmreich, 1979), agenticos o auto-orientados (Ballard-Reisch y Elton, 1992; Díaz-Loving, et al., 2004), es decir enfocados en la ejecución y logro de metas.

Los rasgos instrumentales positivos incluyen características de cooperación, orientación al logro y egocentrismo, se encuentran rasgos vinculados a la producción y manipulación del medio, en conjunción con una alta responsabilidad social que enfatiza el bienestar común. También comprenden la competencia personal hacia el desarrollo y progreso del individuo, atributos que enfatizan un patrón de individualidad centrado en la satisfacción personal y no grupal. En cuanto a los rasgos instrumentales negativos, se contemplan aspectos machistas, de autoritarismo y rebeldía social, que explican rasgos o atributos vinculados a un ejercicio de dominio y control sobre otros predominando la agresividad, el abuso y la rudeza. También son rasgos que conforman un patrón de comportamiento vinculado al control y al poder sobre otros, predominando la manipulación y el conflicto, y por último, se integran características que engloban la falta de flexibilidad y desinterés social (Díaz-Loving, et al., 2007).

La masculinidad negativa es asociada a la parte psicosocial de la hegemonía, que se afirma a través de acciones legitimadoras de una posición dominante de los hombres, también sobre otros hombres y sobre las mujeres. Las relaciones de hegemonía no pueden darse si no existe su contraparte: la subordinación, donde esta identidad sostiene la hegemónica (Santos, 2009).

En tanto, la feminidad incluye rasgos expresivos (Pedhazur y Tetenbaum, 1979; Spence y Helmreich, 1979), también llamados comunales u orientados a otros (Ballard-Reisch y Elton, 1992; Díaz-Loving, Rivera y Sánchez, 2001), centrados en la interacción socio-afectiva; que también comprenden rasgos positivos: calificadores afiliativos y románticos-soñadores, que reflejan la idea tradicional de la feminidad, recogen la afectividad, favorecen la interacción social y están al cuidado y bienestar común. En los rasgos expresivos negativos, se engloban lo emotivo-negativo-egocéntrico, la vulnerabilidad emocional y el control externo-pasivo-negativo, rasgos que recogen la parte negativa de la emotividad, como ser chillón e inestable, inmaduro y mediocre, reúnen la debilidad afectiva, o atributos que muestran un patrón de la feminidad tradicional en términos de su abnegación y sumisión (Díaz-Loving, et al., 2007).

### 4.3. Masculinidad, Femenidad y Depresión

A partir de estudios de género y su relación con la salud, así como investigaciones realizadas donde se mide la masculinidad y la feminidad se encuentran diversos resultados con relación a la depresión. Autores como Matud, Rodríguez, Marrero y Carballeira (2002) enfatizaron el impacto que factores sociopsicológicos como la masculinidad y feminidad tienen en la salud de las personas, de manera que los estereotipos de género tradicionales vinculados a rasgos de la personalidad femenina y la masculina parecen ser factores cruciales en la aparición de diversos trastornos mentales, como la depresión (Weissman y Klerman, 1997).

En una investigación realizada en la Ciudad de México con 885 personas de ambos sexos, de 14 años en adelante, se encontró que la masculinidad agresiva y la feminidad sumisa se relacionaban positivamente con la depresión, a diferencia de la masculinidad autoafirmativa y la feminidad afectiva, que se relacionaban negativamente. No obstante, aunque se incluyó en la regresión de los hombres la feminidad afectiva, y la masculinidad autoafirmativa en las mujeres, no resultaron significativas, ya que en ambos sexos la interacción de masculinidad y feminidad fueron predictores importantes de la depresión, es decir que, a mayor androginia, se encontró menor depresión (Lara, 1991).

En otro estudio, que se realizó también en México, en el que participaron 200 sujetos, con una media de edad de 22.45, se encontró que, al relacionar rasgos de instrumentalidad y expresividad con depresión se daba un efecto significativo en función del sexo, las mujeres presentaban mayor trastorno de depresión. No obstante, los hombres y mujeres que eran más instrumentales positivos presentaban menor depresión. En cambio, los que manifestaban gran cantidad de rasgos instrumentales negativos, ya fueran hombre o mujer, presentaban mayor depresión (Díaz-Loving, et al., 2007).

En España, se llevó a cabo una investigación donde también se encontraron correlaciones de los roles de género con la salud mental. Los hombres que mostraron puntajes más altos en masculinidad son los que obtuvieron mayor puntaje en autoestima y confianza en sí mismos, mientras que, al presentar puntajes altos en feminidad se obtuvo puntajes altos en ansiedad e insomnio y síntomas somáticos. En las mujeres, la masculinidad se asoció positivamente con autoconfianza y negativamente con disfunción social; mientras que la feminidad, se asoció con menor sintomatología depresiva, somática, de ansiedad e insomnio (Matud et al., 2010).

En perspectiva, lo que se sugiere es que cuando se tienen rasgos más negativos, ya sea de masculinidad o feminidad, existe una mayor posibilidad de tener un impacto negativo en la salud. Por lo que, al tomar en cuenta que la prevalencia o no de rasgos que tradicionalmente delimitan lo masculino y lo femenino está permeada por los cambios socioculturales de cada sociedad, se instó a realizar un estudio en la Ciudad de México para delimitar qué tipo de rasgos instrumentales y expresivos desempeñan un papel en la configuración identitaria de hombres y mujeres. Entre los resultados se observó que en la expresividad positiva las mujeres obtuvieron medias más altas que los hombres. En cuanto a la expresividad negativa se observó que siguen siendo las mujeres quienes más se atribuyen estos rasgos. En torno a la instrumentalidad negativa los hombres que no poseen un nivel escolar elevado fueron los que poseían tales características, y en la instrumentalidad positiva se obtuvo también que los hombres eran los más identificados con estos rasgos (Rocha y Díaz-Loving, 2011).

Por consiguiente, en otra investigación en la Ciudad de México, donde participaron 647 personas de manera voluntaria con un promedio de edad de 35 años, se analizó la relación de los diferentes factores vinculados a la socialización de género con los patrones de depresión, ansiedad y estrés en hombres y mujeres. Se encontró que, en la medida en la que hombres o mujeres presentaron características relacionadas con la noción de vulnerabilidad emocional coincide con la presencia de ansiedad, depresión y estrés. Lo mismo sucede con el factor del machismo, conforme hombres y mujeres se conciben a sí mismos como violentos, agresivos y dominantes, coincide con la presencia de ansiedad, depresión y estrés. En la parte negativa de la expresividad se asocia con el malestar emocional de hombres y mujeres, en específico con el estrés y la ansiedad, y únicamente con depresión para las mujeres (Rocha, 2013).

En Bolivia, un estudio mostró que las diferencias de género están presentes también entre los adolescentes. En una muestra de 496 estudiantes, se analizaron determinados factores de riesgo para la salud como el estrés y la depresión. En cuanto a la depresión, las adolescentes a menor edad se sentían más deprimidas que los hombres. Sin embargo, la situación cambiaba totalmente al cumplir la mayoría de edad, porque eran los hombres quienes sentían más depresión. Los adolescentes hombres de menor edad otorgan mayor importancia a su salud, aunque con la mayoría de edad esta depresión cambia, ya que son las mujeres de mayor edad quienes otorgan mayor importancia a su salud (Gómez, Daher, Vacirca y Ciairano, 2012).

Asimismo, en Tabasco, México, se llevó a cabo un estudio relacionando la sintomatología depresiva con autoestima y características personales asociadas al género, en 459 estudiantes de zonas rurales. Los resultados indicaron que las mujeres presentaron mayor prevalencia en la depresión y más baja autoestima que los hombres. Los hombres obtuvieron puntajes más altos en características instrumentales (asertivas), y las mujeres en las expresivas (emotivas). En ambos sexos, la instrumentalidad y la expresividad tuvieron una asociación positiva con la autoestima y una negativa con la depresión. Las características de expresividad negativa (sumisión) se asociaron con baja autoestima y depresión (Lazarevich, Delgadillo-Gutiérrez, Mora-Carrasco y Martínez-González, 2013).

Por último, en un estudio realizado con 100 adolescentes de la Ciudad de México, que relacionó los rasgos instrumentales y expresivos con la sintomatología depresiva, tuvo como resultados una relación entre la expresividad negativa y la sintomatología depresiva en las mujeres, en cambio en los hombres, se mostró una relación negativa entre la expresividad positiva y la sintomatología depresiva. En tanto, los rasgos de instrumentalidad no fueron significativos con la sintomatología depresiva, por lo que, se exhortó a realizar otro estudio con una muestra mayor para confirmar o refutar este resultado. Asimismo, en el análisis de regresión la expresividad negativa predijo la sintomatología depresiva en las mujeres, y en contraparte, la expresividad positiva predijo la de los hombres (Medina y Andrade, 2018).

En resumen, se puede explicar que las diferencias que se detectan entre la salud de los hombres y las mujeres, se ha abordado desde distintos niveles desde hace algún tiempo. Lo más importante es considerar que si bien existen diferencias biológicas que pueden vincularse a los procesos de salud y enfermedad, es fundamental el papel que juegan lo social y cultural en los hombres y las mujeres, vinculadas al sesgo de género, ya que en esa medida existe una mayor posibilidad de conocer los factores de riesgo y así poder actuar de manera preventiva, evitando conclusiones erróneas o sesgadas por una visión androcéntrica, en la cual pertenecer a un género te coloca en un estado de salud mejor que en otro (Díaz-Loving, et al., 2007). De esta manera, es importante no solo observar el impacto de los rasgos instrumentales y de los rasgos expresivos de forma aislada, como formas de medir la masculinidad y la feminidad, sino considerarlos como parte de una identidad dinámica y cambiante, en donde se pueden manifestar diferentes perfiles que promueven o no a una mejor salud mental (Rocha, 2004).

# MÉTODO

## Planteamiento del Problema

Actualmente, se ha visto una creciente problemática respecto a los trastornos por depresión, siendo la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la OMS (2017), más de 300 millones de personas sufren depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. De acuerdo con otro estudio reciente, se estima que los trastornos por depresión y ansiedad cuestan anualmente a la economía mundial US\$ 1 billón en pérdida de productividad.

La depresión, en el peor de los casos, puede provocar el suicidio, siendo la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad. Los resultados relativos a las diferencias por sexo resaltan indicando datos epidemiológicos, donde a pesar que los hombres son menos propensos que las mujeres a informar síntomas de depresión, el 13% cumplirán los criterios para el trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida, y otro 4,8% cumplirán para el trastorno distímico (Primack, Addis, Syzdek, & Miller, 2010). Fogarty et al. (2015) señalan que uno de cada ocho hombres experimenta depresión y representan el 75% de los suicidios.

En México, las estadísticas de mortalidad del INEGI (2012), se ven impactadas por el género, tanto el VIH como el alcoholismo han tenido una mayor mortalidad en los hombres y esto ocurre porque tienen mayor permisividad social y acceso tanto al sexo como al abuso de sustancias, articuladas a una sensación de invulnerabilidad, invitación a la transgresión y otros aspectos comunes en la socialización masculina (de Keijzer, 2016). Los accidentes muestran una tendencia diferencial similar siendo la cuarta causa entre los hombres y la sexta entre las mujeres, con una razón de 3.5 muertes de hombres por cada muerte femenina; cabe destacar el número alarmante de jóvenes en estas estadísticas y que, en ambos casos, los varones suelen estar al volante (INEGI, 2012).

En las y los adolescentes la salud pública ha tomado nota de sus distintas formas de morir. En México, las tres principales causas de muerte entre mujeres jóvenes son los accidentes por vehículo, las agresiones (homicidio) y suicidios. La violencia está presente en la segunda causa de muerte, que son los homicidios, y aparece también en los accidentes y los suicidios adolescentes. El contraste con los hombres jóvenes en las causas y tasas es marcado, primero se presentan las agresiones (homicidios), después le siguen los accidentes por vehículo motor y por último, los suicidios (de Keijzer, 2016).

Se observa que, las tasas de mortalidad en los hombres jóvenes son de tres a cinco veces más altas que las de las mujeres, mostrando una considerable sobremortalidad, datos que son alarmantes para una población que se dice sana. De hecho, las muertes violentas en hombres representan el 12.2% del total de las defunciones generales para los hombres (INEGI, 2012).

Por tanto, la salud de los hombres se encuentra atravesada por el género, a tal grado que no sólo resultan afectados los propios hombres, sino que también juegan un rol central en la salud de las mujeres, niños y niñas. Esto se ha profundizado en la noción de la masculinidad como factor de riesgo por de Keijzer (2001). Además, ocurre que gran parte de los problemas en los hombres a diferencia de las mujeres, son autoinfligidos como género, es decir, por parte de otros hombres y por sí mismos (de Keijzer, 2016).

De acuerdo con Bonino (2001), dentro de los factores de riesgo más importantes para la salud de los varones están vinculados algunos aspectos con los estilos de vida y la pretensión de cumplir “fielmente” el modelo social de la masculinidad tradicional hegemónica. Dentro de las cosas que señala, está el que los “varones” busquen tener este control de sí mismos y de los demás, sobre los riesgos, la competitividad, sus movimientos guiados por la lógica de éxito-fracaso, las restricciones afectivas y la ansiedad persistente. Es necesario reconocer que los varones sufren una violencia estructural a partir de la cual construyen sus identidades y esto tiene serias implicaciones en su salud y bienestar general (Rocha, 2016).

En síntesis, las evidencias anteriores llevaron a plantear los siguientes cuestionamientos, respecto a qué sucede con las y los adolescentes actualmente, realmente son más depresivos o no, aún la mayoría se identifica hacia una sola categoría de género o cómo se manifiestan. Hoy en día el acceso a la información, dar tiempo para pensar estos temas y vivir constantes cambios, ha permitido llevar a cabo tales cuestionamientos, y tal vez las confusiones que se desprenden de estos nuevos marcos perceptivos ocasionan malestares, de tal manera que, se ha podido llegar a plantear desde hace algún tiempo una relación entre la salud y el género.

Se trató de dar respuesta a estas preguntas desde un marco teórico psicoanalítico, partiendo de la premisa que existe un inconsciente, de donde se pueden tejer otro tipo de análisis para explicar las temáticas de la depresión, la adolescencia y el género, tomando en cuenta que, aunque posteriormente se llevó a cabo un análisis de datos de tipo cuantitativo, la discusión y conclusiones estuvieron en función de este mismo marco teórico.

En esa línea, se puede explicar que la adolescencia es el momento en donde los hombres tienen que demostrar que ya no son niños y se ven obligados a manifestar una diferenciación con la antítesis por excelencia de la masculinidad tradicional: mujer y homosexual (Badinter, 1993), siendo la etapa de las pruebas, de los ritos de iniciación que permiten a un varón “ser hombre” (Fuller, 1998; Muñoz, 2001), los ritos pueden llegar a ser de crueldad variable con el iniciado, por medio de los cuales se logra la separación del futuro hombre respecto del mundo femenino en el que vivió sus primeros años (Santos, 2009).

Desde que nace el bebé, los padres depositan en él toda clase de perfecciones, encubriendo cualquier defecto, este *ideal del yo* impone una difícil condición a la satisfacción libidinal con los objetos, estas mociones sucumben al destino de la represión patógena cuando entran en conflicto con las representaciones culturales y éticas del individuo (Freud, 1914), es decir, los varones tienen una consigna muy particular, generalmente deben ser grandes hombres en lugar del padre, tienen que ser fuertes física y emocionalmente, responsables en lo económico más temprano que las mujeres, no tendrán que depender de nadie, y resolverán sus problemas solos. Sin embargo, cuando estas especificaciones no pueden cumplirse o no se llevan a cabo, aparece un conflicto entre las instancias psíquicas, entre lo que se debería ser y lo que se es. En ese sentido, Freud (1914) explica que, los mismos impulsos y mociones de deseo que un hombre tolera o procesa conscientemente pueden ser desaprobados con indignación total o ahogados antes que devengan conscientes, lo que permite esclarecer el conflicto que se puede manifestar en cualquier hombre ante las posibles ambivalencias del *deber ser*.

En las y los adolescentes, se sabe que cuando el placer no alcanza a regular el proceso de satisfacción pulsional, el aparato psíquico que no soporta el estancamiento, apela a procesos más primitivos de descarga o evacuación: he ahí el germen de la actuación, del principio de inercia, compulsión de repetición, proyección masiva del sufrimiento, y el recurso a drogas excitantes o calmantes, etc. (Sales, 2004). En otras palabras, cuando el adolescente entra en conflicto con lo que debería ser como hombre y no está logrando, puede desencadenar, entre otras cosas, depresión, ya que aparecen síntomas ligados a la irritabilidad, como el consumo de alcohol, drogas y tabaco, así como manifestar comportamiento violento, debido a que, ejercen sobre sí mismos una violencia, en la que el enemigo está dentro y por la cual el sujeto se denigra a sí mismo por no cumplir con los ideales que ha internalizado (Santos, 2009).



En tanto, se ha postulado que hombres no se deprimen igual que mujeres, predominan las depresiones enmascaradas, quiere decir que, los síntomas no son los típicos de la depresión, muchas drogadicciones son depresiones enmascaradas, muchos hombres buscan el alcohol o las drogas euforizantes, porque si no tendrían que enfrentarse con el vacío y la depresión. Entonces, habría que ponerse en cuestión el tema si efectivamente las mujeres se deprimen más que los hombres, o las formas en que se manifiesta la depresión, así como la manera en que se diagnostica en la mujer y en el hombre son diferenciales (Hornstein, 2010).

Por lo que, se ha tratado de entender el género desde otras vías que no sean concepciones binarias, que puedan explicar de mejor manera estas construcciones sociales. Díaz-Loving, et al. (1981) señalaron la presencia de rasgos expresivos en mujeres y rasgos instrumentales en los hombres, lo cual sugería el sustento de los constructos acuñados como masculinidad y feminidad (Díaz-Loving et al., 2004). La masculinidad asociada a los hombres se reviste de una visión que destaca la acción, la fortaleza, la soberanía, la independencia, el egoísmo y la imposición, en tanto, la feminidad está asociada a las emociones, cuidados, ternura, pasividad y sumisión. En ese sentido, la *instrumentalidad positiva* comprende rasgos de cooperación, orientación al logro y egocentrismo, la *instrumentalidad negativa* abarca aspectos machistas, de autoritarismo y de rebeldía social, la *expresividad positiva* contiene los calificadores de rasgos afiliativos y románticos-soñadores, y la *expresividad negativa* engloba rasgos como ser chillón e inestable, lábil emocionalmente y dependiente (Díaz-Loving, et al., 2007).

De acuerdo con lo anterior, se puede entender el "trabajo con hombres" como aquellas prácticas que apuntan a la reflexión sobre la construcción del género masculino, a procesos de reeducación que se llevan a cabo a fin de concienciar que no existe una sola forma de ser hombres y que pueden desaprenderse conductas asumidas naturales o propias de un género. De esta manera, un estudio que tenía la intención de conocer el vínculo existente entre el tipo de características asociadas a lo masculino y femenino con determinados indicadores de salud mental, arrojó resultados interesantes respecto al tema del malestar emocional en los varones. En la medida que los participantes se definían a partir de rasgos negativos (asociados con la masculinidad hegemónica: violentos, rudos, agresivos, dominantes, orgullosos, conflictivos, y con rasgos asociados a la feminidad tradicional, como ser pasivos, sumisos, dependientes, vulnerables) solían puntuar más alto en los indicadores de depresión y soledad (Rocha, 2016).

Asimismo, se puede explicar que en los varones, durante el proceso de “hacerse hombres”, la restricción emocional juega un papel muy importante, parecería que, aunque los hombres puedan llegar a sentirse muy mal emocionalmente, buscarán formas más “masculinas” de externar estos malestares, por ejemplo, mediante el alcoholismo y otras adicciones, así como ponerse en riesgo, a través de conductas agresivas, y el suicidio (de Keijzer, 2001).

De esta manera, se plantea **la siguiente pregunta:**

¿Los rasgos de masculinidad (instrumentalidad positiva y negativa) y los rasgos de feminidad (expresividad positiva y negativa) que se atribuyen las y los adolescentes predicen su nivel de depresión?

### **Supuesto**

Una posible respuesta a esta pregunta podría ser que la masculinidad compuesta por rasgos que son más negativos si pueden ser predictores de depresión en adolescentes, ya que a través de presentar mayor instrumentalidad y expresividad negativa se puede relacionar y evidenciar una mayor manifestación de sintomatología depresiva. Esto se puede explicar mediante que las y los jóvenes, así como desde niños se enfrentan a demandas de sus padres y la sociedad, en la adolescencia se reeditan y anudan nuevas exigencias respecto al género que son difíciles de cumplir y ocasionan malestares que pueden llevar a generar una depresión en los mismos.

### **Hipótesis**

H1: Los rasgos instrumentales negativos de la masculinidad predicen en mayor medida la depresión en hombres que en mujeres adolescentes.

H2: Los rasgos expresivos negativos de la feminidad predicen mayormente la depresión en mujeres que en hombres adolescentes.

H01: Los rasgos instrumentales negativos de la masculinidad no predicen en mayor medida la depresión en hombres que en mujeres adolescentes.

H02: Los rasgos expresivos negativos de la feminidad no predicen mayormente la depresión en mujeres que en hombres adolescentes.

## **Objetivo General**

Analizar si los rasgos de instrumentalidad y expresividad negativos predicen la depresión de los hombres mayormente que en las mujeres adolescentes.

## **Objetivos Específicos**

- Analizar la relación entre masculinidad y feminidad (instrumentalidad y expresividad, positiva y negativa) respecto a la depresión.
- Analizar los niveles de depresión en los hombres y las mujeres, y quiénes presentan mayormente instrumentalidad negativa y expresividad negativa.
- Analizar si los reactivos propuestos contribuyen a la explicación de la depresión en hombres adolescentes y si se encuentran diferencias respecto a las mujeres.

## **Participantes**

La muestra se integró por 302 adolescentes, de los cuales 218 eran hombres y 84 mujeres, con edades entre 14 y 24 años ( $M=16.67$ ,  $DE=1.15$ ). La muestra fue seleccionada de forma no probabilística.

## **Escenario**

Los participantes eran estudiantes de una escuela pública de nivel preparatoria, correspondían al turno vespertino, ubicada al Oriente de la Ciudad de México, donde la zona conurbada presenta altos índices de violencia, en la cual la mayoría de las personas son de bajos recursos, proporcionando un indicador estimado de las condiciones de los estudiantes. Se solicitó a las autoridades el consentimiento informado para poder llevar a cabo la pertinente investigación.

## **Instrumentos**

Se aplicó un cuadernillo que incluía datos sociodemográficos, académicos y de orientación sexual, así como los instrumentos de género y depresión, primero el Inventario Multifactorial de Identidad de Género, y segundo el Inventario de Depresión de Beck.

**Inventario Multifactorial de Identidad de Género:**

La escala está integrada por 42 reactivos que miden el grado de atribución que una persona hace sobre sí misma alrededor de las características expresivas e instrumentales. Se elaboró en un formato pictórico tipo Likert de siete opciones, en el cual el cuadro más grande representa que la persona posee dicha característica en mayor proporción hasta el cuadro más pequeño, en el que la característica no describe a la persona. Se aplicó a 217 hombres y 288 mujeres. El factor rasgo instrumental positivo obtuvo un  $\alpha = 0.82$ , el factor rasgo instrumental negativo obtuvo un  $\alpha = 0.84$ , el de expresividad positiva obtuvo un  $\alpha = 0.89$ , y por último, el factor rasgo de expresividad negativa obtuvo un  $\alpha = 0.78$  (Rocha y Díaz-Loving, 2011).

**Inventario de Depresión de Beck:**

El Inventario de Depresión de Beck, IA (BDI-IA), estandarizado por Jurado et al., (1998) en población mexicana ( $\alpha=.87$ ), es un autoinforme de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Se trabajó con dos muestras, una de población general, por 173 adolescentes, y una población clínica, de 212 pacientes, de un hospital especializado en psiquiatría infantil. Los puntajes de severidad de los síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. El punto de corte establecido a la población mexicana fue de 10 puntos. La consistencia interna fue de .92, de .91 para el factor cognitivo-afectivo y .68 para el somático (Beltrán, Freyre y Guzmán, 2012).

Sin embargo, dado que algunos autores critican que los instrumentos tienden a medir más perspectivas femeninas y no contemplan las formas en que los hombres se deprimen, se agregaron 15 reactivos al Inventario de Beck que pudieran contemplar las manifestaciones de depresión de los hombres, a través de las siguientes dimensiones: pérdida de interés en la escuela, pasatiempos/videojuegos, el abuso de alcohol, el abuso de drogas, disminución del desempeño académico, dificultades para el intercambio social, compulsión en las actividades escolares y extracurriculares, comportamiento agresivo verbal, comportamiento agresivo físico, comportamiento temerario, los juegos extremos, dificultad para expresar emociones, somatización, enojo y dificultad para reconocer sus problemas. No obstante, se eliminaron algunos reactivos que disminuían la confiabilidad de la prueba, estas dimensiones fueron: los pasatiempos/videojuegos, la compulsión en actividades escolares y extracurriculares, juegos extremos y dificultad para reconocer sus problemas.

### **Diseño de Investigación**

La investigación empleó un diseño correlacional, ya que tuvo como objetivo encontrar una relación entre las variables (Sampieri, Collado y Lucio, 2010). Se llevó a cabo a través de un estudio no experimental, debido a que no se manipularon las variables.

### **Procedimiento**

Se aplicaron los instrumentos a los estudiantes mediante la autorización previa del plantel, se les invitó a participar de manera voluntaria y los que accedieron respondieron el material individualmente en sus salones. Después se llevó a cabo la recolección de los datos, y una vez realizada la base, se efectuaron los siguientes procedimientos estadísticos, utilizando el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 21): un análisis descriptivo de los datos obtenidos de instrumentalidad y expresividad, así como de los niveles de depresión en los hombres y mujeres. Análisis de correlación entre las variables, masculinidad y feminidad respecto la depresión, mediante una correlación  $r$  de Spearman. Diferencias por sexo entre las variables de masculinidad y feminidad, mediante la U de Mann-Whitney y Anova, y otra prueba de diferencias por sexo para los niveles de depresión a partir de una Chi cuadrada, y finalmente, un análisis de regresión lineal para pruebas no paramétricas, donde se predijeron los niveles de depresión a través de los rasgos de instrumentalidad y expresividad. Por último, estos resultados se interpretaron a la luz de la perspectiva teórica psicoanalítica, justificando que los datos obtenidos pueden ser interpretados desde varios puntos de vista, y en este caso, los supuestos de la teoría psicosocial no contradicen los postulados psicoanalíticos, sino que complementan el análisis de los datos.

### **Consideraciones éticas**

La investigación presentada se efectuó bajo los lineamientos del Código Ético del Psicólogo, presentando el consentimiento informado a las autoridades del plantel, donde se expuso la importancia, objetivos y alcances del estudio, solicitando su autorización (SMP, 2007). Dado que la investigación solo incluyó cuestionarios anónimos, que no implicaron riesgos ni daños para los participantes, no se requirió de un consentimiento informado de los estudiantes, fue suficiente el de la institución, pero aclarándoles mediante un lenguaje entendible, su libertad al participar, el poder declinar o retirarse de la investigación (art. 122, 125).

# RESULTADOS

### Análisis Descriptivos

En los siguientes gráficos se pueden apreciar los resultados de los análisis descriptivos de la muestra, en donde la mayoría de los participantes eran hombres (Figura 1), con una media de edad de 16.67 años (Figura 2), pertenecientes a los tres grados del bachillerato (Figura 3), la mayor parte vivía con padre y madre, y no tenían pareja (Figura 4 y 5), y por último, se indica que mayormente eran heterosexuales (Figura 6).

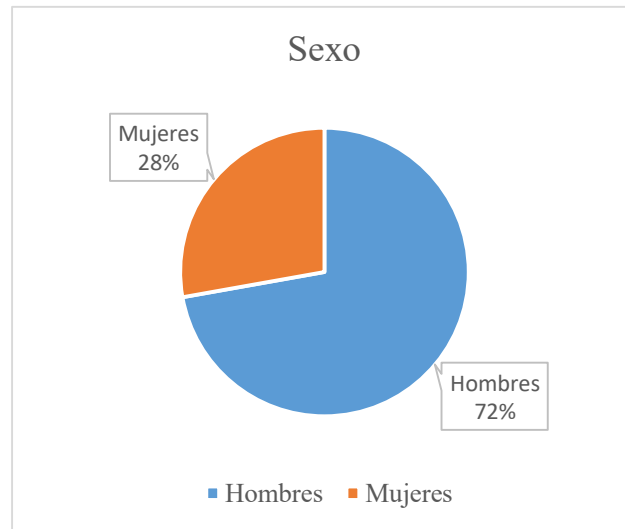


Figura 1. La muestra fue de 302 estudiantes de bachillerato, 218 hombres y 84 mujeres.

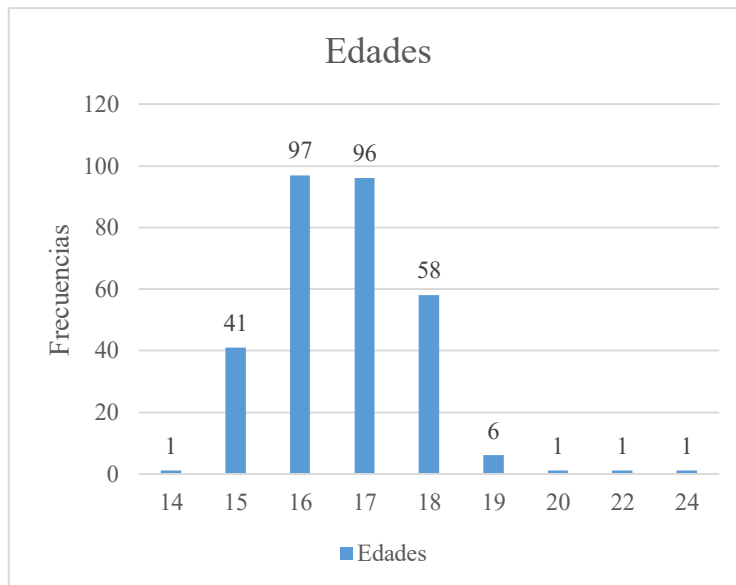


Figura 2. La mayoría de los estudiantes de la muestra se ubicó entre los 16 y 17 años.

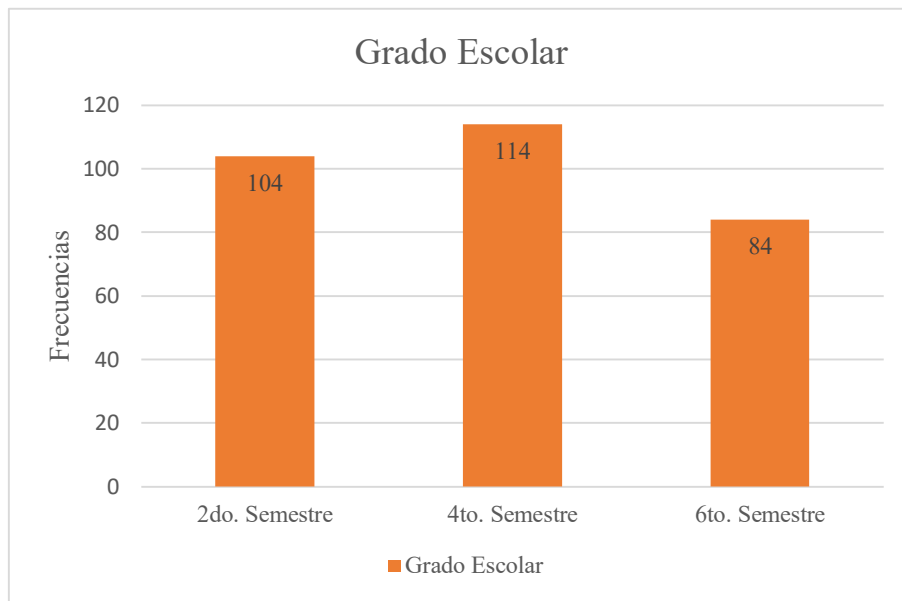


Figura 3. Se midió una cantidad similar de estudiantes por cada semestre que se impartía en el ciclo escolar, la mayoría se ubicó en el cuarto semestre.

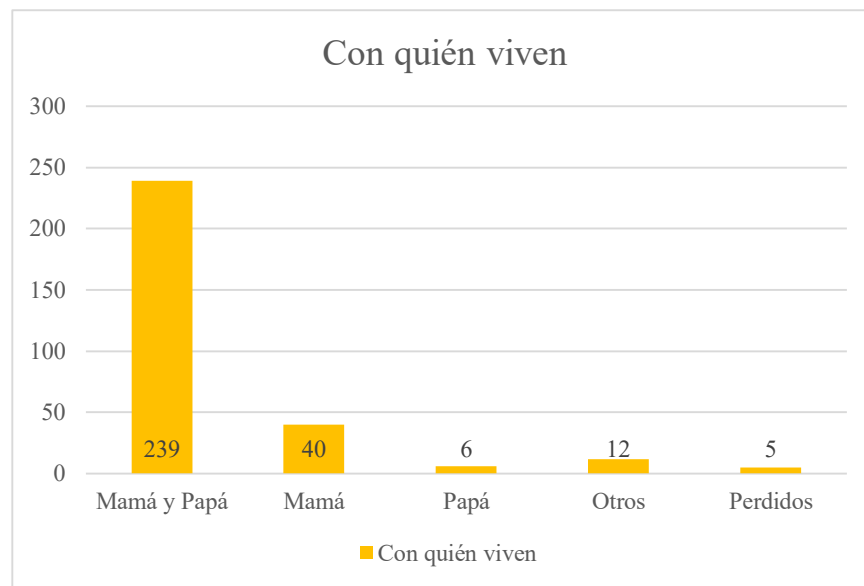


Figura 4. La mayor cantidad de estudiantes vive con su mamá y papá, otra parte importante vive solo con su mamá, pero una minoría vive solo con su papá, abuelos, tíos o la pareja.



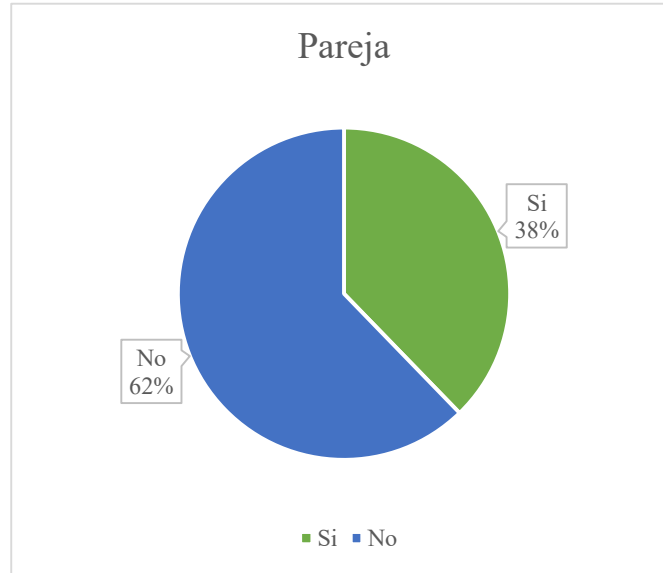


Figura 5. La mayoría de los estudiantes indicaron no tener pareja, a pesar que algunos si señalaron tener pareja siguieron predominando los que no la tienen.

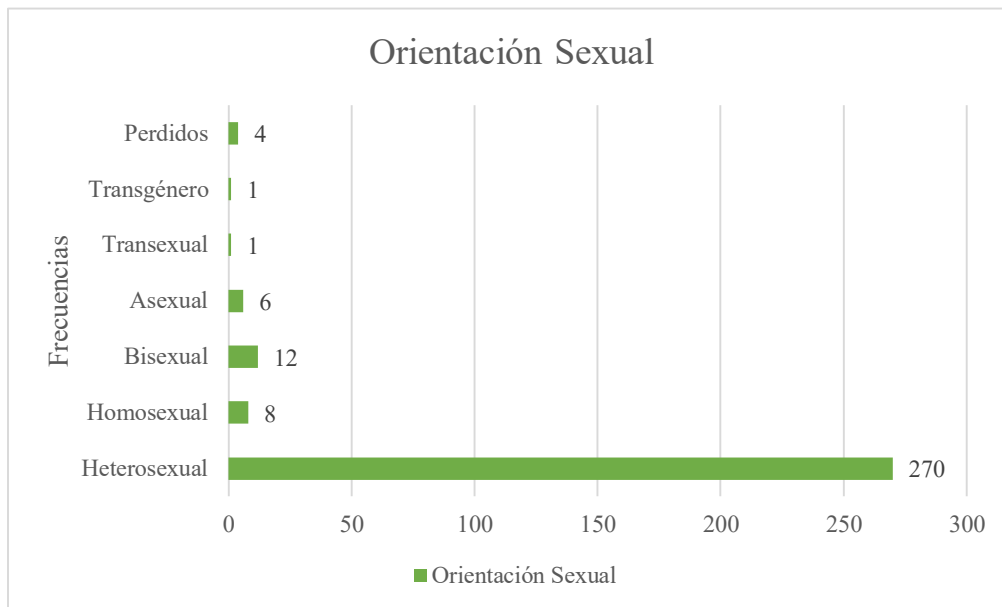


Figura 6. La mayoría de los estudiantes señaló ser heterosexual, la minoría respondieron ser bisexuales, homosexuales y asexuales, solo dos contestaron ser transgénero y transexual, y cuatro no respondieron, lo que puede corresponder a que no saben o no pudieron identificarse con ninguna de las características. Por otra parte, es importante indicar que este dato puede estar muy sesgado, ya que muchos de los participantes preguntaban qué significaba cada una de las categorías, no sabían si quiera la diferencia entre ser homosexual y heterosexual.

## Análisis de Correlación y Regresión

A continuación se presentan las tablas que contemplan la relación existente entre los rasgos de masculinidad y feminidad respecto a la sintomatología depresiva (Tabla 1), así como las diferencias por sexo en esa misma relación (Tabla 2), por último, se plantean las dimensiones predictoras de la sintomatología depresiva mediante una regresión (Tabla 3).

Tabla 1  
*Relación entre los rasgos de masculinidad/feminidad y sintomatología depresiva*

Rasgos de Masculinidad / Feminidad	Sintomatología Depresiva	
	Inventario de Beck	Beck + ítems adicionales
Instrumentalidad Positiva	<b>-.113*</b>	<b>-.122*</b>
Instrumentalidad Negativa	<b>.177**</b>	<b>.234**</b>
Expresividad Positiva	.011	-.006
Expresividad Negativa	<b>.251**</b>	<b>.250**</b>

Nota: \*\* $p < 0,01$  \* $p < 0,05$ .

En la Tabla 1, se exponen las correlaciones entre las variables, resultando significativas tres de las dimensiones. Se manifestó que a mayor instrumentalidad positiva, menor probabilidad de presentar depresión, aumentando la correlación al contemplar los ítems agregados al inventario. Por consiguiente, se encontró que a mayor instrumentalidad negativa, mayor probabilidad de padecer depresión, en este caso, al agregar los demás ítems al inventario, la correlación aumenta mayormente. Por último, se mostró que a mayor expresividad negativa, existe una mayor probabilidad de tener depresión.

Tabla 2  
*Relación entre los rasgos de masculinidad/feminidad y sintomatología depresiva por sexo*

Rasgos de Masculinidad / Feminidad	Sexo	Sintomatología Depresiva	
		Inventario de Beck	Beck + ítems adicionales
Instrumentalidad Positiva	Hombres	<b>-.194**</b>	<b>-.214**</b>
	Mujeres	.102	.098
Instrumentalidad Negativa	Hombres	<b>.166*</b>	<b>.229**</b>
	Mujeres	<b>.330**</b>	<b>.347**</b>
Expresividad Positiva	Hombres	-.069	-.075
	Mujeres	.069	.058
Expresividad Negativa	Hombres	<b>.151*</b>	<b>.171*</b>
	Mujeres	<b>.366**</b>	<b>.366**</b>

Nota: \*\* $p < 0,01$  \* $p < 0,05$ .

En la Tabla 2, resultaron significativas las mismas dimensiones que en la tabla anterior, no obstante, las diferencias en cuanto al sexo son representativas para el análisis, además que, en general aumentaron considerablemente las magnitudes de las correlaciones. Respecto a la instrumentalidad positiva, los hombres obtuvieron correlaciones significativas pero no las mujeres, y aumentaron su correlación al tomar en cuenta los ítems adicionales al inventario de Beck. En cuanto a la instrumentalidad negativa, hombres y mujeres obtuvieron relaciones significativas pero las mujeres mostraron una correlación más alta respecto a los hombres. Sin embargo, al agregar los ítems al inventario de Beck no hubo aumento, que en los hombres si se manifestó. Por último, en la expresividad negativa se mostraron relaciones significativas también en hombres y mujeres, en este caso las mujeres tuvieron mayor correlación que los hombres, pero no se modificó el puntaje al agregar los ítems al inventario de Beck.

Tabla 3  
*Regresión entre masculinidad/feminidad y sintomatología depresiva por sexo*

Predictor	Pruebas							
	Inventario de Beck				Inventario de Beck + ítems agregados			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
Modelo 1								
Instrumentalidad Negativa	.036	.201**			.063	.260**	.129	.374**
Modelos 2								
Instrumentalidad Positiva	.050	-.139*			.084	-.159*		
Modelo 1								
Expresividad Negativa			.118	.359**				

Nota: \*\*p<0,01 \*p<0,05.

En la Tabla 3, se llevó a cabo un análisis de regresión para hombres y mujeres. Los resultados mostraron que en el Inventario de Beck, en el caso de los hombres fue la instrumentalidad negativa la que explicó el 4% de la varianza de la sintomatología depresiva [F(1,216)=9.091; P=.003], así como la instrumentalidad positiva con 5.9% de la varianza de la sintomatología depresiva [F(2,215)=6.766; P=.001]; mientras que, en las mujeres la expresividad negativa explicó el 12.9% de la varianza de la sintomatología depresiva [F(1,82)=12.114; P=.001]. En el caso del Inventario de Beck más los ítems que se agregaron a la prueba, los resultados cambiaron, ya que en el caso de los hombres la instrumentalidad negativa explicó el 6.8% de la varianza de la sintomatología depresiva [F(1,216)=15.660; P=.000], y la instrumentalidad positiva explicó el 9.2% de la varianza de la sintomatología depresiva [F(2,215)=10.940; P=.000]; mientras que, en las mujeres si cambió la dimensión que explicaba la sintomatología depresiva, en este caso resultó también la instrumentalidad negativa con 14% de la varianza [F(1,82)=13.342; P=.000].

## Análisis de Diferencias

En la siguiente tabla se muestran las diferencias que resultaron significativas para hombres y mujeres en los rasgos de masculinidad y feminidad, así como las diferencias en depresión para ambos sexos, en donde se plantean tres categorías diferentes, una contempla únicamente los resultados del Inventario de Beck, otra donde sólo se analizan los ítems que se agregaron a la prueba, y por último, otra donde se integran el Inventario de Beck y los ítems agregados.

Tabla 4  
*Diferencias en los rasgos de masculinidad y feminidad y sintomatología depresiva por sexo*

Rasgos de Masculinidad / Feminidad	Sexo	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	p
Instrumentalidad Positiva	Hombres	218	152.07	9032.0	.885
Instrumentalidad Positiva	Mujeres	84	150.02		
Instrumentalidad Negativa	Hombres	218	160.00	7303.5	<b>.006</b>
Instrumentalidad Negativa	Mujeres	84	129.45		
Expresividad Positiva	Hombres	218	141.76	7033.0	<b>.002</b>
Expresividad Positiva	Mujeres	84	176.77		
Expresividad Negativa	Hombres	218	136.95	5985.0	<b>.000</b>
Expresividad Negativa	Mujeres	84	189.25		
Inventario de Beck	Hombres	218	139.28	6493.0	<b>.000</b>
Inventario de Beck	Mujeres	84	183.20		
Ítems adicionales	Hombres	218	149.98	8825.0	.625
Ítems adicionales	Mujeres	84	155.44		
Beck + ítems adicionales	Hombres	218	142.43	7179.0	<b>.004</b>
Beck + ítems adicionales	Mujeres	84	175.04		

En la Tabla 4, se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres en la mayoría de las dimensiones. En la instrumentalidad negativa se obtuvo que los hombres tienen más de esta característica; en la expresividad positiva y negativa resultó que las mujeres poseen mayores puntajes en estos rasgos. Respecto a la sintomatología depresiva, en el inventario de Beck resultó que las mujeres están más deprimidas que los hombres, así como en donde se agregan al inventario de Beck los ítems adicionales, que miden las formas de deprimirse de los hombres. Sin embargo, en la instrumentalidad positiva y en los ítems adicionales que se midieron por separado, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

## Análisis del Inventario de Beck

En la próxima sección se presentan las tablas que contemplan todo lo relativo a la escala de depresión, así como los ítems que se añadieron a dicha escala, como se mencionó desde la metodología, los cuales buscan integrar las manifestaciones de la depresión en los hombres.

Se exponen los resultados de la confiabilidad del Inventario de Beck, así como de los ítems agregados (Tabla 5), se muestran las diferencias de los ítems adicionales al Inventario de Beck por sexo (Tabla 6), y se plantea la relación existente entre los ítems que se añadieron al Inventario de Beck y el nivel de depresión que se obtuvo para ambos sexos (Tabla 7).

Tabla 5  
*Resultados del análisis de confiabilidad*

Instrumento	No. Reactivos	Alfa de Cronbach
Inventario de Beck	21	.889
Inventario de Beck + ítems agregados	36	.900
Inventario de Beck – ítems eliminados de los agregados	32	<b>.908</b>

En la Tabla 5, se observa que el Inventario de Beck obtuvo un alfa de Cronbach menor que, en donde se contempla al Inventario de Beck y los ítems adicionales a la prueba, y aumentó más la confiabilidad al eliminar los cuatro ítems que no obtuvieron puntajes significativos.

Tabla 6  
*Diferencias en los ítems agregados al Inventario de Beck por sexo*

Ítems	Sexo	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	p
d22. Pérdida de interés en la escuela	Hombres	218	152.60	8916.5	.682
	Mujeres	84	148.65		
d24. Abuso de alcohol	Hombres	218	153.21	8783.5	.555
	Mujeres	84	147.07		
d25. Abuso de drogas	Hombres	218	150.13	8856.5	.492
	Mujeres	84	155.07		
d26. Disminución del desempeño académico	Hombres	218	155.34	8319.5	.178
	Mujeres	84	141.54		
d27. Dificultades para el intercambio social	Hombres	218	151.49	9154.0	.997
	Mujeres	84	151.52		
d29. Comportamiento agresivo verbal	Hombres	218	154.25	8556.0	.331
	Mujeres	84	144.36		
d30. Comportamiento agresivo físico	Hombres	218	154.48	8505.5	.263
	Mujeres	84	143.76		
d31. Comportamiento temerario	Hombres	218	149.81	8788.0	.529
	Mujeres	84	155.88		
d33. Dificultad para expresar emociones	Hombres	218	151.16	9082.0	.906
	Mujeres	84	152.38		
d34. Somatización	Hombres	218	147.22	8223.0	.124
	Mujeres	84	162.61		
d35. Enojo	Hombres	218	142.44	7180.0	<b>.002</b>
	Mujeres	84	175.02		

En la Tabla 6, se observa que no existen diferencias significativas para hombres y mujeres en casi todos los ítems que se añadieron al Inventario de Beck, los cuales tenían como objetivo contemplar las manifestaciones de la depresión en los hombres. Sin embargo, en el único ítem donde se obtuvo una diferencia significativa para hombres y mujeres fue el d35 que mide enojo, explicando que mujeres se enojan más que los hombres o lo expresan más.

Tabla 7  
*Relación entre los ítems agregados al Inventario de Beck y el nivel de depresión por sexo*

Ítems	Sexo	N	Valor $\chi^2$	gl	p	% dentro del nivel severo de depresión
d22. Pérdida de interés en la escuela	Hombres	218	82.232	9	.000	28.6
	Mujeres	84	29.667	9	.000	0
d24. Abuso de alcohol	Hombres	218	24.797	9	.003	57.1
	Mujeres	84	10.111	9	<b>.342</b>	25
d25. Abuso de drogas	Hombres	218	37.587	9	.000	14.3
	Mujeres	84	10.680	9	<b>.298</b>	0
d26. Disminución del desempeño académico	Hombres	218	60.865	9	.000	28.6
	Mujeres	84	25.723	9	.002	25
d27. Dificultades para el intercambio social	Hombres	218	64.797	9	.000	28.6
	Mujeres	84	19.576	9	.021	0
d29. Comportamiento agresivo verbal	Hombres	218	28.025	9	.001	<b>14.3</b>
	Mujeres	84	19.071	9	.025	<b>25</b>
d30. Comportamiento agresivo físico	Hombres	218	27.645	9	.001	14.3
	Mujeres	84	19.819	6	.003	0
d31. Comportamiento temerario	Hombres	218	41.765	9	.000	<b>0</b>
	Mujeres	84	19.199	9	.024	<b>25</b>
d33. Dificultad para expresar emociones	Hombres	218	44.399	9	.000	<b>14.3</b>
	Mujeres	84	37.000	9	.000	<b>25</b>
d34. Somatización	Hombres	218	95.442	9	.000	<b>42.9</b>
	Mujeres	84	27.422	9	.001	<b>50</b>
d35. Enojo	Hombres	218	71.930	9	.000	57.1
	Mujeres	84	7.786	9	<b>.556</b>	0

En la Tabla 7, se puede observar que la mayoría de los ítems agregados a la prueba de Beck se relacionan con el nivel de depresión, a excepción de los ítems d24. Abuso de alcohol, d25. Abuso de drogas, d35. Enojo, solo en el caso de las mujeres. Respecto al nivel de depresión se manifiesta que, entre mayor nivel de depresión haya, el ítem aumenta su porcentaje de relación con respecto al de las mujeres. A excepción del d29. Comportamiento agresivo verbal, d31. Comportamiento temerario, d33. Dificultad para expresar emociones y el d34. Somatización, que manifiestan una mejor relación en el caso de las mujeres.

# DISCUSIÓN

Este apartado procede a realizar la discusión de los resultados de la investigación, los cuales contemplan los análisis de correlación y regresión, el análisis de diferencias entre hombres y mujeres y los análisis respectivos al Inventario de Beck, a través de la comparación con otros estudios y la teoría de género y el psicoanálisis, discutidos a la luz del marco teórico revisado.

En cuanto a las correlaciones, resultaron significativas tres de las dimensiones en relación con la sintomatología depresiva (Tabla 1), la instrumentalidad positiva, la instrumentalidad negativa y la expresividad negativa. Sin embargo, debido a las diferencias significativas que se encontraron entre las dimensiones para hombres y mujeres, se llevó a cabo otro análisis de correlación para hombres y otro para mujeres (Tabla 2). Aunque resultaron significativas las mismas dimensiones que en la Tabla 1, las correlaciones aumentaron considerablemente y fue muy importante realizar un análisis por sexo, ya que es representativo para el estudio.

En la instrumentalidad positiva se encontró que a mayor presencia de este rasgo existe una menor probabilidad de manifestar sintomatología depresiva, en tanto, los hombres obtuvieron correlaciones significativas, las mujeres no. Además, al llevar a cabo el análisis por sexo, las correlaciones aumentaron, sobre todo al tomar en cuenta los ítems adicionales al Inventario de Beck. En otro estudio realizado por Medina y Andrade (2018) se había encontrado que la instrumentalidad positiva no fue significativa respecto a la sintomatología depresiva, por lo que, se sugirió un estudio con más participantes para confirmar o refutar ese resultado.

Por otra parte, en otra investigación se había encontrado que ante aspectos vinculados con instrumentalidad positiva, hombres y mujeres al autodefinirse como capaces, competitivos e inteligentes, así como trabajadores y responsables, coincidían experimentar menos ansiedad, depresión y estrés (Rocha, 2013). También, en otro trabajo se mostró que hombres y mujeres al ser más instrumentales presentaban menos depresión, lo que indicó que la instrumentalidad positiva ejercía un factor protector hacia este trastorno (Díaz-Loving, et al., 2007).

Por otro lado, también había resultado en otro estudio que la instrumentalidad positiva era un rasgo más predominante en los hombres que en las mujeres, así como siguió resultando en este trabajo, al encontrar esta dimensión significativa respecto a la depresión solo en los hombres, esto se había podido explicar mediante que, en la misma medida que el campo de los afectos se sigue encaminando hacia mujeres, parece que la competitividad y objetividad permanecen socializadas con mayor acentuación en hombres (Rocha y Díaz-Loving, 2011).



Respecto a la instrumentalidad negativa, se obtuvo que a mayores características de esta dimensión se tiene mayor probabilidad de padecer depresión, resultó que tanto los hombres como las mujeres obtuvieron relaciones significativas. En general, ambos sexos al realizar las correlaciones lograron puntajes más altos, empero las mujeres mostraron una correlación más alta respecto a los hombres. No obstante, al agregar los ítems al Inventario de Beck no hubo un aumento tan considerable en las mujeres como el que se manifestó en los hombres.

En otra investigación, se había encontrado que en el factor del machismo, componente de la instrumentalidad negativa, cuando los hombres y las mujeres se concebían a sí mismos como violentos, dominantes y agresivos, coincidía con la presencia de ansiedad, depresión y estrés. Por su parte, en las mujeres la incorporación de aspectos ligados a estereotipos y roles más masculinos relacionados con atributos negativos que no sólo devalúan lo femenino, sino que exaltaban el machismo, también presentaron depresión, estrés y ansiedad (Rocha, 2013).

En otro estudio, se obtuvo que independientemente del sexo biológico, las personas que poseen gran cantidad de rasgos instrumentales negativos presentaron mayor depresión. De manera que, se concluyó que la adopción de rasgos instrumentales negativos no favorece un estado anímico positivo (Díaz-Loving, et al., 2007). Por otro lado, a pesar que en un trabajo reciente donde se estudió estas variables, no se encontró una relación significativa, se instó a realizar posteriores estudios donde se tuviera una muestra mayor (Medina y Andrade, 2018).

Por ello, en esta investigación a partir de la muestra, fueron muy importantes los resultados obtenidos de la relación entre la instrumentalidad negativa y la depresión, ya que no solo los hombres obtuvieron correlaciones significativas como en otros estudios, sino también las mujeres, alcanzando correlaciones más altas. Lo que puede indicar un cambio entre los roles tradicionales, ya que no solo los hombres tienen características mayormente masculinas, sino que las mujeres evidencian una identificación con lo masculino, ante la necesidad de parecer más “rudas” para no ser tan vulnerables en la sociedad, lo que también les trae consecuencias.

Sin embargo, es importante entender la feminidad de la mujer como una *finta* o un *disfraz*, puesto que no hay una feminidad absoluta detrás, solo una serie de códigos ontológicamente endeble que introducen normativamente al sujeto a desplegar prácticas sociales de *ser* mujer. Por lo tanto, la *mascarada* revela una respuesta, no al deseo del hombre, sino a un fantasma masculino, una identificación con el deseo del hombre en su propio fantasma (Wright, 2004).

En cuanto al tercer rasgo que resultó significativo respecto a la depresión, se encontró que a mayor expresividad negativa existe mayor probabilidad de tener sintomatología depresiva, mostrando también relaciones significativas para los hombres y las mujeres. No obstante, las mujeres obtuvieron mayor correlación que los hombres, pero solo en el caso de los hombres aumentó el puntaje de la correlación al agregar los ítems adicionales al Inventario de Beck.

En otra investigación, los resultados también mostraron una relación significativa entre la expresividad negativa y la sintomatología depresiva, pero solo en las mujeres, en tanto que, en los hombres fue la expresividad positiva que resultó significativa negativamente respecto a la depresión (Medina y Andrade, 2018). Lo que se ha tejido desde otros estudios, es que la parte no saludable de la expresividad negativa, como ser burlón, llorón, inmaduro, mentiroso, inestable y quejumbroso, se asocia al malestar emocional de hombres y mujeres, aunque solo se había encontrado depresión en mujeres (Rocha, 2013). Asimismo, se concluía que, cuando la expresividad negativa predominaba, se observaba un decremento importante en la salud mental de las personas. De esta manera parece que la expresividad es un rasgo importante en la salud, particularmente cuando se vincula a lo negativo (Díaz-Loving, et al., 2007).

Con ello, se ha ilustrado que los valores femeninos de intimidad y apego, sensibilidad y sumisión, han sido opuestos a los masculinos de autonomía y competitividad, la pregunta es, si estos rasgos son auténticos o son impuestos por el patriarcado. La respuesta que dio Žižek (1996), es que son las dos cosas a la vez, indicando que cualquier determinación positiva o negativa, intentos por definir a la mujer como una esencia, como lo que *es en sí misma*, solo lleva a lo que ella está actuando, a lo que es *para el otro*. Por lo que, la trampa en la que cae el feminismo es interpretar este engaño como una dominación meramente patriarcal, cuando el desafío es entrar y tomar parte de la actuación (Wright, 2004).

Los efectos negativos de lo anterior, se observan en la salud mental, en la que diferencias entre hombres y mujeres, estereotipos de género y construcciones sociales de la mujer como inferior al hombre han prevalecido. Ejemplo de ello, fue una perspectiva dominante desde la Revolución Industrial, donde la mujer tenía peor salud mental y el hombre estaba *protegido* de toda psicopatología. Noción que, como plantean McDermott, Schwartz y Rislin (2016), es difícil de mantener, ya que las estadísticas obtenidas durante varias décadas, muestran con mayor probabilidad de morir por suicidio a los hombres que a las mujeres (Matud, 2017).

En esta investigación, debido a los resultados de correlaciones diferentes para hombres y mujeres, se llevó a cabo un análisis de regresión para hombres y otro para mujeres (Tabla 3). Los resultados mostraron que, solamente en la prueba del Inventario de Beck, en el caso de los hombres, fue la instrumentalidad negativa y la instrumentalidad positiva predictores de la sintomatología depresiva, mientras que en las mujeres, la expresividad negativa explicaba la depresión. Sin embargo, al contemplar en la prueba de Beck los ítems que se añadieron, se mostraron diferencias en los resultados, ya que en el caso de los hombres, la instrumentalidad negativa e instrumentalidad positiva siguieron prediciendo la sintomatología depresiva pero con mayor significancia, mientras que en las mujeres, si cambió la dimensión que explicaba la sintomatología depresiva, en este caso resultó también la instrumentalidad negativa.

A pesar que, en otro estudio se encontraron resultados diferentes, en el caso de las mujeres la expresividad negativa predijo la sintomatología depresiva, y en cambio, en los hombres el predictor fue la expresividad positiva (Medina y Andrade, 2018). En este trabajo, se reiteró que la instrumentalidad negativa es predictor de la depresión, coincidiendo con lo encontrado previamente, donde ser machista, autoritario y un rebelde social, sigue incidiendo de manera importante en la presencia de rasgos depresivos, ya que en nuestra cultura, la prepotencia y agresividad que predominan en el estereotipo del hombre macho, esconde detrás una gran inseguridad (Díaz-Loving, et al., 2007). Sin embargo, la diferencia que aporta este estudio es que ya no es exclusivo de los hombres, sino que también las mujeres obtuvieron resultados significativos en cuanto a la instrumentalidad negativa como predictor de la depresión.

Por lo tanto, estos resultados permiten rechazar las hipótesis de la investigación, debido a que, aunque la instrumentalidad negativa si predijo la sintomatología depresiva, los hombres no obtuvieron los resultados en mayor medida, si no las mujeres. En tanto que, es importante aclarar que estos resultados, se lograron a partir de contemplar en el análisis los ítems que se agregaron al Inventario de Beck, que tenían por objetivo medir las formas en las que los hombres se deprimen, los cuales fueron más sensibles a que las mujeres pudieran expresar rasgos que generalmente no se asocian a sus roles tradicionales de género, ya que, si solo se hubiera optado por considerar a los ítems del Inventario de Beck, si se hubieran aceptado las hipótesis. Sin embargo, la posibilidad de incluir ítems con perspectiva de género para los instrumentos de depresión plantea un área importante a seguir trabajando.

Los resultados obtenidos pueden explicarse a partir de un movimiento donde la ecuación mujer=madre se rompió, en el momento que el valor de la reproducción se puso en entredicho por las políticas demográficas de los estados nacionales y por la incorporación de la mujer al mercado laboral, fenómenos que toman fuerza desde el siglo XIX en países industrializados y después, en casi todo el mundo. Por lo que, nuevos ideales están en proceso de cambio, y son incomparables con ninguna otra época en la historia de occidente. A medida que estudios sobre la mujer rescatan el valor de su trabajo, producen un reposicionamiento en lo simbólico, e indudablemente repercuten, junto con otros factores, a su empoderamiento (Santos, 2009).

En medio de estas sociedades industriales, las mujeres han tenido que modificar de manera radical su modo de crianza, condicionado la simbiosis entre madre/hijo y acortándola. Stoller (1968) señalaba que la duración de esa simbiosis puede variar enormemente en cada época y también en cada cultura. El aumento constante del número de mujeres que trabajan fuera de casa, limita la capacidad de éstas para el amamantamiento y la prolongación del cuerpo a fusión con el bebé. En tanto que, al margen de las necesidades económicas, cada vez es menos claro que mujeres deseen prolongar esa fusión más allá de los primeros meses del nacimiento. Muy pronto el bebé conoce la frustración y separación, y al estar también los padres ausentes, la carencia de identificación masculina se vive de manera cruel. En ese sentido, a lo que se había apuntado, es que en general nuestra sociedad había sido demasiado exigente al pedirle tan temprano al niño que se separara de su madre y adoptara comportamientos masculinos, porque era gracias a esta identificación con la persona que lo alimentaba que el niño lograba superar sus angustias y el desamparo (Badinter, 1993).

Sin embargo, la relación con la madre, la dependencia que se genera y por tanto, la ruptura posterior, tiene impactos en el desarrollo para ambos sexos, es decir, las frustraciones ante la separación con la madre tienen los mismos efectos en los hombres como en las mujeres. En donde también, la ausencia del padre se hace más evidente, ya que ambos se encuentran fuera de casa laborando, y en nuestra sociedad, a veces ni siquiera figuran en la dinámica, haciendo difícil identificarse con lo masculino, lo que se va adquiriendo del contexto social, en nuestro entorno, del abuso y la violencia. Bourdieu (2000), evoca la metáfora del *cuchillo* o del *filo*, que sitúa al rol masculino del lado de la ruptura, de la violencia y del asesinato, es decir, de un orden cultural construido contra la fusión originaria con la naturaleza maternal.

En los resultados de las diferencias entre hombres y mujeres respecto a las dimensiones del instrumento de género (Tabla 4), se encontraron diferencias significativas en la mayoría. En la instrumentalidad negativa se manifestó que los hombres tienen más de este rasgo, lo cual coincide con otras investigaciones, es decir que se sigue presentando mayor puntaje en hombres (Medina y Andrade, 2018). En otro estudio, fueron los hombres, que en específico no poseían un nivel escolar elevado los que también mostraban más este rasgo (Rocha y Díaz-Loving, 2011), lo que puede indicar una relación entre un nivel escolar bajo con estos rasgos.

En otro trabajo, también se identificó que los hombres se referían más a sí mismos como violentos, tercos, agresivos, rudos, dominantes, autoritarios, mandones y conflictivos, rasgos ligados al machismo y autoritarismo de la instrumentalidad negativa (Rocha, 2013). Por lo tanto, a partir de esta investigación sigue siendo relevante indicar que los hombres incorporan más los aspectos negativos ligados al modelo de la masculinidad hegemónica que refuerza elementos como la agresividad, dominio y poder (de Keijzer, 2001), considerando los riesgos que para los hombres puede implicar interiorizar estas normas y mandatos (Rocha, 2013).

Generalmente se exige al hombre que desarrolle cualidades ligadas a la agresividad, para la cual está *fisiológicamente mejor dotado* que la mujer, en donde existe una tendencia en la mayoría de las culturas, a resaltar los valores asociados a la virilidad y a exigir una serie de comportamientos arriesgados en el hombre, que podría explicarse en términos de la evolución adaptativa de las sociedades humanas. Los cultos a la virilidad estarían relacionados con el grado de dureza y autodisciplina requerido para desempeñar el papel de varón (Santos, 2009).

En cuanto a los resultados de la expresividad positiva y negativa, resultó que las mujeres son las que poseen más de esta dimensión. Lo que concuerda con otros análisis, ya que eran las mujeres quienes más rasgos expresivos positivos percibían en sí mismas en comparación con los hombres. En tanto, los rasgos negativos mostraron que, en personas que eran de más edad, este tipo de características se hacía menos manifiesta (Rocha y Díaz-Loving, 2011).

Asimismo, en otro estudio, se indicó que mujeres se adjudicaban más rasgos vinculados a la expresividad, se describían en mayor proporción que los hombres como indecisas, penosas, débiles, sumisas y vulnerables emocionalmente, rasgos que pertenecían más a la expresividad negativa (Rocha, 2013). En otra publicación, también se encontró que las mujeres obtuvieron mayores puntajes tanto en la expresividad positiva como negativa (Medina y Andrade, 2018).

En general, se espera que las mujeres expresen sus emociones y sentimientos a diferencia de los hombres, a quienes les exigen socialmente lo contrario: control y racionalidad (Matud, et al., 2002). Sin embargo, es importante indicar que la agrupación de características siguen respondiendo a una u otra dimensión de masculinidad y feminidad, enfatizando que replican, no la visión polarizada de los atributos que corresponden a hombres y mujeres, sino más bien, un conjunto de rasgos que aparecen en los dos sexos, y que por tanto, no son exclusivos de uno u otro, sino más bien son rasgos potenciales en los individuos (Díaz-Loving, et al., 2004).

Respecto a los resultados de las diferencias entre hombres y mujeres en la sintomatología depresiva, se encontró que en los ítems del Inventario de Beck, las mujeres puntuaron más alto que los hombres, así también, cuando se agregaron al Inventario de Beck los ítems que contemplaban las formas de deprimirse de los hombres. Este resultado, difiere de un estudio previo, en el cual no se encontraron diferencias por sexo en la sintomatología depresiva, los hombres y mujeres presentaron puntajes similares en depresión (Medina y Andrade, 2018).

Asimismo, en otra investigación se encontró que tanto los hombres como las mujeres no reportaron los síntomas de depresión, ansiedad ni estrés. No obstante, si coincide en que son las mujeres quienes reportaron manifestar en mayor medida estos malestares en comparación con los hombres (Rocha, 2013). En tanto, un trabajo más anterior, reveló que en general las mujeres presentaron una mayor incidencia en el trastorno de depresión comparado con los hombres (Díaz-Loving, et al., 2007), lo que si concuerda con los resultados de este estudio, pero es importante considerar que, probablemente estén influyendo otras variables para que se presente una depresión, como la edad y etapa adolescente en la que ubica la muestra.

En este estudio, se manifestó que las mujeres siguen expresando con mayor facilidad lo que les sucede a diferencia de los hombres, no presentaron apatía al contestar la prueba, que en la mayoría de los hombres si se observó tajantemente. Por consiguiente, ha sido de vital importancia el indagar qué sucede en esta etapa adolescente, en cuanto a la conformación de estas polaridades y cómo es que afectan su desarrollo en temas de salud. Otros estudios han encontrado diferencias importantes en síntomas de depresión entre las y los adolescentes, con mayor tasa de suicidios, que permiten identificar prevalencias del 16.3% de sintomatología depresiva elevada en los mismos. También llama la atención, el incremento de la tasa de delincuencia juvenil y encarcelamiento en los últimos años (González-Forteza, et al., 2015).

Por una parte, Aberastury y Knobel (2006) exponían que en la adolescencia, atravesar por diversos procesos de duelo, tales como la pérdida del cuerpo infantil, por el rol y la identidad infantil, así como por los padres de la infancia, deja de ser una etapa de meras manifestaciones de procesos biológicos, dando cabida a procesos por los que se desprende mucho dolor, en tanto, también se combinan con reincidencias de las múltiples separaciones que comenzaron a darse al cabo de nacer, como se explicaba desde las simbiosis acortadas que actualmente propician nuestras sociedades industriales. Aunque los intentos de suicidio pueden aparecer, como Gutton (1993) definía, a manera de poder desprenderse de todos estos procesos lo antes posible y como una forma de renacer de nuevo, debido a los muchos cambios que presentan, no se pueden prescindir los malestares emocionales intensos que se pueden desprender, ya que podrían generar expresiones de tipo depresivas que se tienen que tomar en cuenta.

Sin embargo, a pesar que la melancolía desde el psicoanálisis puede llegar a explicar un malestar intenso como intentos de suicidio, de la cual también se pueden ligar síntomas que coinciden con un diagnóstico de depresión mayor, es importante hacer un enlace entre lo que se define en el psicoanálisis como melancolía y lo que en otros ámbitos, el psiquiátrico o el psicométrico, denominan depresión. Diversos autores han aclarado que la depresión sería una forma atenuada de la melancolía (Roudinesco y Plon, 2008; Chemama, 1996). En cambio, en la depresión se contemplarían síntomas más visibles como el insomnio, la falta de apetito y disminución de energía. Según la medicina, estos indicadores se deben a problemas químicos en el funcionamiento del cerebro. Sin embargo, no todo se explica por este medio, otra forma de abordar la depresión pasa por factores externos que afectan a las personas (Ortiz, 2016).

Lo que propongo ante esta discrepancia es que se cree otra categoría que sirva de puente entre los diferentes enfoques. En realidad, solamente esta propuesta podría ser otro trabajo de investigación, aunque poderla plantear dejaría nuevos caminos para continuar con este abordaje y proseguir el tema. Me parece pertinente inventar un término que contemple tanto la parte psicométrica como la psicoanalítica, donde se tendría en cuenta que ambas provienen de los trastornos afectivos, lo cual permitiría determinar una nuevo planteamiento a partir de este enfoque, que nombraría como *lasió* o *deprelía*, las cuales tendrían por objetivo medir aspectos del malestar anímico desde la postura psicoanalítica, mediante manifestaciones de tipo conductual expelidas categóricamente a través de un sistema psicométrico.

Por último, en los resultados de las diferencias entre hombres y mujeres, no se encontraron significativas la instrumentalidad positiva y los ítems adicionales al Inventario de Beck. En cuanto a la instrumentalidad positiva, si hubo coincidencias con otro estudio, ya que tampoco se obtuvieron diferencias (Medina y Andrade, 2018). En estudio anteriores, se encontró como un rasgo predominante en hombres (Rocha y Díaz-Loving, 2011; Díaz-Loving, et al., 2007). Actualmente, hay mayor reconocimiento de aspectos positivos instrumentales para ambos sexos, se describen como ser inteligentes, trabajadores y competitivos (Rocha, 2013).

Sin embargo, respecto a los ítems adicionales al Inventario de Beck, resultó sorprendente que no se encontraran diferencias entre hombres y mujeres, ya que fueron diseñados con la finalidad de medir las formas en que los hombres se deprimen, lo que puede indicar que, ante la manera en la que está construido el Inventario de Beck, el cual recoge aspectos cognitivos, síntomas físicos, etc., parecería que los reactivos incluidos no fueran tan representativos de la sintomatología depresiva en el sentido estricto de la palabra, en todo caso, podrían haber sido efectos derivados de esas manifestaciones, dificultando una respuesta más precisa para registrar la incidencia de depresión en los hombres y las mujeres.

Introducido lo anterior, a continuación se presentan los resultados del análisis de fiabilidad obtenido del instrumento de depresión (Tabla 5). Los resultados indicaron diferencias en los alfa de Cronbach, donde solamente en el Inventario de Beck se obtuvo un puntaje menor en comparación con la prueba que incluía el Inventario de Beck y los ítems adicionales a la prueba, que fueron diseñados para contemplar las formas en las que los hombres se deprimen. Asimismo, al eliminar los cuatro reactivos que no obtuvieron el puntaje necesario para ser confiables en la prueba, resultó todavía un alfa de Cronbach más alto que los anteriores.

Estos resultados evidencian la importancia de seguir planteando la necesidad de evaluar la depresión en los hombres con criterios más específicos (Millsap & Everson, 1993), ya que al contemplar los ítems adicionales a la prueba la confiabilidad aumentó. Aunque la evidencia empírica señale, que aún en adolescentes, las mujeres se ven afectadas mayormente por la depresión, vale la pena seguir reflexionando si ésta marcada diferencia se debe a cómo están contruidos los instrumentos de evaluación y diagnóstico, evidenciando que la forma en la que se siguen evaluando algunos de los componentes de depresión, subestiman las respuestas más típicas depresivas del género masculino (González-Forteza, et al., 2015).



Por otro lado, los ítems que se eliminaron medían el tiempo en videojuegos, la compulsión en actividades escolares, frecuencia a los juegos extremos y la dificultad para reconocer sus problemas, que hayan sido eliminados puede explicarse a partir de varias cuestiones. En los videojuegos, la mayoría al tener un nivel socioeconómico bajo, pudo haber presentado que, si no tenían consola contestarían 0, que no jugaban nada, lo que pudo haber influido en que no se obtuvieran los resultados adecuados para salvaguardar el ítem.

En la compulsión a las actividades escolares, es importante considerar que la edad de la muestra fue de 16 años y que la compulsión podría corresponder a adultos, que enfrentan la depresión dedicándose compulsivamente al trabajo (Osada, et al., 2010), y los adolescentes suelen hacer lo contrario, evitan realizar sus actividades escolares generalmente. En el ítem acerca de los juegos extremos, puede considerarse que no es necesario estar deprimido para recurrir a este tipo de juegos. Además, el haber mencionado *six flags* como ejemplo, también el nivel socioeconómico podría estar influyendo, es probable que no accedan con frecuencia a este tipo de actividades. Por último, en el caso de la dificultad para reconocer sus problemas, se deja entrever una tendencia a la discapacidad social, ya que el no reconocer sus propios problemas podría considerarse como algo dañino, evidenciando conflictos emocionales.

En los resultados de las diferencias entre hombres y mujeres para los ítems que agregaron al Inventario de Beck (Tabla 6), no se encontraron diferencias significativas, salvo en el ítem d.35, que mide el enojo, donde las mujeres obtuvieron mayor puntaje. Lo cual podría señalar que ante afirmar que algo se posee, las mujeres podrían sobre informar, y de nuevo parecería que en los hombres se enmascaran, es decir, reporten menos quejas psíquicas (Gaviria, 2009). En general, al no encontrar diferencias entre los ítems, se explica que las adolescentes tienden a reportar mayormente un número de eventos vitales negativos, porque son más sensibles a sus efectos, por lo tanto los suelen reflejar con más frecuencia en las pruebas.

Sin embargo, es importante analizar cómo es que influyen estos ítems adicionales ante un nivel alto de depresión (Tabla 7), ya que, el porcentaje alto de los hombres respecto al de las mujeres corresponderá a una mayor manifestación de este ítem en depresión. En la mayoría de los ítems se notó que entre mayor nivel de depresión había, el ítem aumentó su porcentaje en relación con el de las mujeres, significando que si puede haber diferencias respecto a la expresión de la depresión entre hombres y mujeres.

En el caso del ítem que midió la pérdida de interés en la escuela y la disminución del desempeño académico, se explicó que a partir de la adolescencia, cuando no se estudia, se dan resultados de un mal desempeño académico, subrayando la pertenencia a un rol que tiene implicaciones en el estado emocional, mostrando algunas consecuencias en este ámbito de la vida (González-Forteza, et al., 2015). En tanto que, el manifestar un desinterés por participar en actividades conjuntas, ya sean escolares o sociales, en los adolescentes se ve afectada de manera considerable su forma de vida (Passarotto, 2012).

En relación a los ítems que miden el abuso de alcohol, abuso de drogas, el comportamiento agresivo físico y el enojo, los hombres también presentaron mayor propensión a un estado depresivo, manifestado en estos ítems un mayor porcentaje al de las mujeres. Lo que indica que los hombres se predisponen a inhibir emociones displacenteras a través de búsquedas de sensaciones extremas como abusar del alcohol y drogas. El incremento de tensión emocional, asociado a estas tendencias evitativas puede enlazarse con la hostilidad, ira y agresividad, rasgos de depresión en los hombres, ya que las activaciones del sistema alerta en situaciones amenazantes provocan reacciones de lucha o huida (Londoño, Peñate y González, 2017).

Por último, respecto al ítem de las dificultades para el intercambio social, donde también los hombres presentaron un mayor porcentaje que las mujeres, se puede entender que la causa de estas diferencias significativas sea el tránsito de la infancia a la adolescencia la cual no es fácil. La sociedad comienza a pedirle cada vez más habilidades para la vida, más destreza en lo físico y psíquico, y una mayor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones que viven los hombres y que tienen que resolver solos. Además, de responder a las demandas como las que origina su incursión en una vida sexual activa, siendo esta la edad en donde se preocupa por su autoimagen, su corporalidad y sexualidad (Castellano, Hidalgo y Redondo, 2004).

Los resultados indican que no solo fue importante para los hombres contemplar ítems de las formas en que se deprimen, sino también para las mujeres. La oportunidad que se genera para que también las mujeres expresen características propias de lo masculino, y viceversa, abre caminos para seguir entendiendo cómo ambos manifiestan la depresión. Se justifica por qué es importante aplicar tanto a los hombres como a las mujeres estos rasgos, ya que lo que podría ser en principio exclusivo de ellos, conforme la dinámica y estructura social permiten que se den otras manifestaciones respecto al género, pueden dar paso a estos cambios.

# CONCLUSIONES

En conclusión, la investigación intentó integrar dos paradigmas de la psicología, por un lado, la objetividad que tiene que ver con el análisis de los datos obtenidos en pruebas estadísticas, y por otro, la subjetividad, respecto a la teoría psicoanalítica por medio de dar una explicación psíquica desde este marco teórico a los resultados. El estudio tuvo por objetivo relacionar la masculinidad y feminidad, mediante los rasgos de instrumentalidad positiva y negativa, y los rasgos de expresividad positiva y negativa, respecto a la depresión en adolescentes.

Los resultados obtenidos evidenciaron que lo que predijo la depresión fueron los rasgos instrumentales negativos tanto en hombres como en mujeres adolescentes. En los hombres, coincide con otros estudios, que a mayor depresión se asocian rasgos de manifestaciones masculinas, como el consumo de sustancias, actitudes machistas y violentas, que incrementan los síntomas. En tanto, la violencia pareciera un problema que se constituye como un eje fundamental en la configuración de la subjetividad masculina (Ramírez, 2004), que ya no es exclusivo de hombres, debido a que las mujeres han tenido que adaptarse a estas nuevas sociedades, adquiriendo los atributos negativos de la masculinidad.

Por consiguiente, también fue fundamental entender las diferencias en depresión por sexo, ya que si bien en las mujeres se encontró más prevalencia, en los hombres las repercusiones pueden ser más graves, debido a que su estigma hacia la depresión conduce a que intenten ocultar o enmascarar los síntomas mediante conductas de riesgo, como involucrarse en actos violentos, temerarios, o intentos de suicidio, que si bien legitiman su masculinidad, lo hacen a un costo alto. También, las mujeres tienen más a intentos de suicidio, pero en los hombres los intentos suicidas son más letales. En tanto, la finalidad y una de las áreas de gran interés actuales es cómo se intersectan las características del sexo con el género, ya sea exacerbando o mitigando el riesgo de depresión y sus síntomas asociados (González-Forteza, et al., 2015).

Para ello, fue muy importante el análisis que se desprendió de los ítems que se agregaron al Inventario de Beck, los cuales buscaban medir las formas de deprimirse de los hombres. En primer término, pudo observarse que la prueba de oro en depresión tiene deficiencias, no contempla una perspectiva de género, lo cual propició que se añadieran ítems que pudieran incluir estas perspectivas. Sin embargo, la manera en que está constituida dificultó el abordaje de lo que se buscaba y no permitió que los ítems fueran sensibles a las necesidades que se requerían, lo cual propició que no se obtuvieran los resultados esperados.

No obstante, los ítems permitieron reconocer la importancia de incluir en las pruebas e instrumentos la perspectiva de género, ya que en el caso de las mujeres pudieron expresarse otros rasgos que no se contemplaban en su rol de género, planteando análisis desde otro lugar con posibilidades de generar perspectivas distintas a las tradicionales. Además, es vital que se construyan nuevas herramientas sensibles a las necesidades de la población actual, ya que a pesar de los avances en la investigación, en muchos centros de atención psicológica siguen usando el Inventario de Beck como único indicador para tomar decisiones en la población.

A través de la importancia que tiene el contexto eco-sistémico y sociocultural particular y las prácticas de socialización encaminadas a la transmisión de aspectos instrumentales en hombres y aspectos expresivos en mujeres (Díaz-Loving, et al., 2004), se abordó la identidad de género como un proceso complejo, multifactorial y dinámico, que involucró múltiples variables, que no son tarea de la infancia únicamente, sino un proceso continuo y permanente, sujeto a cambios que observamos en los otros, a los contextos sociales, a las experiencias individuales y por supuesto vinculadas también a los costos y ganancias (Rocha, 2009).

Sin embargo, estas categorías de género, en tanto defienden algún tipo de definición, y se va construyendo al género, es decir, no solo se describe algo, sino que se hacen prescripciones y afirmaciones con un inevitable carácter performativo, ese pensamiento tendrá tendencias a funcionar con una lógica que se puede caracterizar como atributiva, binaria y jerárquica. Por tanto, el significado de las categorías *hombre* o *mujer* no puede darse por entendido, sino que debe investigarse (Santos, 2009). Para desarrollar esta línea de pensamiento, puede realizarse un agrupamiento a partir de las categorías de femenino/masculino/lesbiana/gay/queer, que podría ser políticamente activo para cualquier cambio que ese grupo desee propiciar, no obstante, es importante seguir recordando que cualquier clase de categorización corre el riesgo de presentar nuevas formas de totalización jerárquica (Wright, 2004).

Finalmente, la toma de partido en términos ideológicos parece inevitable, o se acepta como ahistórico e inmodificable el orden patriarcal y androcéntrico que hasta ahora ha sido hegemónico o se plantea su carácter histórico y contingente, en cuyo caso es necesario pensar en nuevas propuestas, o volver a algunos conceptos básicos lacanianos (Santos, 2009), estas fórmulas se refieren a como un ser hablante, a partir de su entrada misma en el lenguaje, un sistema que une y divide, experimenta la sexualidad en el nivel de la psique (Wright, 2004).

## REFERENCIAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (2006). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós.
- Agudelo, D., Casadiegos, C. y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34–39.
- Aguilera, A. (2013). Feminidad y Masculinidad: una aproximación psicoanalítica al enigma de los sexos. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas*, 7(10), 241–272.
- Álvarez, N., & Londoño, C. (2011). *¿Se deprimen los hombres? ¿Diferente de las mujeres? Cuestionario de Depresión en Hombres*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Alzás, T., Galet, C. y De Souza, J. (2016). Análisis de la discapacidad social de los roles de género. *Asparkia*, 29, 75–89. <http://dx.doi.org/10.6035/Asparkia.2016.29.6>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2018). *Psicoterapia y depresión*. Recuperado de: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/depression.aspx>
- Badinter, E. (1993). *XY. La identidad masculina*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ballard-Reisch, D. y Elton, M. (1992). Gender orientation and the Bem Sex Role Inventory: A psychological construct revisited. *Sex Roles*, 27(5/6), 291-306.
- Barrantes, G. (2001). El duelo en la adolescencia. En Donas, S. (comp). *Adolescencia y Juventud en América Latina* (pp. 267–284). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Beltrán, M., Freyre, M., & Guzmán, L. (2012). El inventario de depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30, 1, pp. 5–13.
- Bem, S. (1975). Sex-role adaptability: one consequence of psychological androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 634–643.
- Bem, S. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354–364.
- Bem, S. (1993). *The lenses of gender. Transforming the debate on sexual inequality*. New Haven: Yale University Press.
- Bennett, D., Ambrosini, P., Kudes, D., Metz, C., & Rabinovic, H. (2005). Gender differences in adolescent depression: Dosymptoms differ for boys and girls? *Journal of Affective Disorders*, 89(1-3), 35–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.020>

- Bleichmar, S. (2004). *La atribución de identidad sexual y sus complejidades. Actualidad Psicológica: Identidad Sexual. Bisexualidad-Homosexualidad-Travestismo-Transsexualismo-Fetichismo*. Disponible en: <http://www.actualidadpsi.com>.
- Bleichmar, S. (2009). *Paradojas de la sexualidad masculina*. Argentina: Paidós.
- Bleichmar, S. (2014). *Las teorías sexuales en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Blumenthal, S. y Kumpher, D. (1990). *Suicide over the life cycle: risk factors assessment and treatment of suicidal patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Bonino, L. (2001). Salud, varones y masculinidad. En el *Seminario sobre Mainstreaming de Género en las políticas de salud en Europa*. Madrid: MAS. Instituto de la Mujer.
- Bosques, L., Álvarez, G. y Escoto, M. (2015). Revisión de las propiedades psicométricas del Inventario de Roles Sexuales de Bem. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(2), 119–129.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Butler, J. (1999). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. España: Paidós.
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: la aventura de una metamorfosis. Una visión psicoanalítica de la Adolescencia*. Santafé de Bogotá: Tiresias.
- Castañeda, M. (2002). *El machismo invisible*. México: Grijalbo.
- Castellano, G., Hidalgo, M., Redondo, A. (2004). *Medicina de la adolescencia*. Madrid: Ergon.
- Chemama, R. (1996). *Diccionario del Psicoanálisis bajo la dirección de Roland Chemama*. Argentina: Amorrortu editores.
- “Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10a. Revisión”. (1995). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Connell, R. (2003). *Masculinidades*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Contreras, F., de Keijzer, B. y Ayala, L. A. (2010). La construcción de la masculinidad y sus expresiones en la sexualidad de los adolescentes. *Colecciones Educativas en Salud Pública*, 8, 495–518.
- Constantinople, A. (1973). Masculinity-femininity: an exception to a famous dictum? *Psychological Bulletin*, 80, 389–407.

- Corsi, J. (2003). Violencia y género: la construcción de la masculinidad como factor de riesgo. En Corsi, J., Peyrú, G. (eds). *Violencias sociales* (pp. 117-138). España: Editorial Ariel.
- De Barbieri, T. (1993). Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica. *Debates en Sociología*, 18, 145–169.
- de Keijzer, B. (2001). Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. En Cáceres, C., Cueto, M., Ramos, M. y Vallenas, S. (eds.). *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina* (pp. 137–152). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- de Keijzer, B. (2016). La salud de los hombres: muchos problemas y pocas políticas. En Rocha, T. y Lozano, I. (comps) *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad de género*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- De Martino, M. (2013). Connell y el concepto de masculinidades hegemónicas: notas críticas desde la obra de Pierre Bourdieu. *Revista Estudios Feministas*, 21(1), 283–300. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100015>
- Díaz, J. (2006). Identidad, Adolescencia y Cultura. Jóvenes secundarios en un contexto regional. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 11(29), 431-457. <https://www.redalyc.org/html/140/14002906/>
- Díaz-Loving, R., Díaz-Guerrero, R. Helmreich, R y Spence, J. (1981). Comparación transcultural y análisis psicométrico de una medida de rasgos masculinos (instrumentales) y femeninos (expresivos). *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social*, 1 (1), 1–33.
- Díaz-Loving, R., Rivera, S. y Sánchez, R. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos), normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(2), 131–139.
- Díaz-Loving, R., Rocha, T. y Rivera, S. (2004). Elaboración, validación y estandarización de un inventario para evaluar las dimensiones atributivas de instrumentalidad y expresividad. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(2), 263–276.
- Díaz-Loving, R., Rocha, T. y Rivera, S. (2007). *La instrumentalidad y la expresividad desde una perspectiva psico-socio-cultural*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Diekstra, R. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, supplementum*, 371, 9–20.
- Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S., & Hunt, K. (2006). Men's account of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science & Medicine*, 62, 2246-2257. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.004>
- Erikson, E. (1992). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus.



- Expósito, F. y Moya, M. (2000). Percepción de la soledad. *Psicothema*, 12, 579–585.
- Fleiz, C., Ito, M. E., Medina-Mora, M. E., Ramos, L. (2008). Los malestares masculinos: Narraciones de un grupo de varones adultos de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31, 381–390.
- Fogarty, A. S., Proudfoot, J., Whittle, E. L., Player, M. J., Christensen, H., Hadzi-Pavlovic, D. & Wilhelm, K. (2015). Men's use of positive strategies for preventing and managing depression: A qualitative investigation. *Journal of Affective Disorders*, 188, 179–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.070>
- Franchi, S. (2001). La depresión en el hombre. *Interdisciplinaria*, 18(2), 135–154. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011325002>
- Freud, S. (1895). Proyecto de psicología. En Freud, S. *Obras Completas Volumen I* (pp. 323–389). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En Freud, S. *Obras Completas Volumen VII* (pp. 109–222). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En Freud, S. *Obras Completas Volumen XIV* (pp. 65–98). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En Freud, S. *Obras Completas Volumen XIV* (pp. 235–255). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En Freud, S. *Obras Completas Volumen XX* (pp. 71–161). Argentina: Amorrortu editores.
- Fuller, N. (1998). La construcción social de la identidad de género entre varones urbanos del Perú. En Valdes, T. y Olavarria, J. (eds). *Masculinidades y equidad de género en América Latina* (pp. 56–68). Santiago de Chile: FLACSO.
- García, J. y Rodríguez, J. (1991). Depresión en la adolescencia: presentación de un caso. En Méndez, F. y Maciá, D. *Modificación de conducta en niños y adolescentes* (pp. 108–128). Madrid: Pirámide.
- Gaviria, S. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316–324.
- Gómez, N., Daher, S., Vacirca, F. y Ciairano, S. (2012). Relación de la Actividad Deportiva, el Estrés, la Depresión, la importancia a la Salud y el uso de Alcohol en los Adolescentes Bolivianos. *Revista de Investigación Psicológica*, 7. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322012000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322012000100006&script=sci_arttext)
- Gómez, V. (2003). Relaciones del conflicto con el rol de género masculino y la actitud sexista con la violencia familiar, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida de una muestra Bogotana de Hombres. *Suma Psicológica*, 10(1), 1–22.

- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A., Vacio-Muro, M., Peralta, R. y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149–155.
- Gottman, J. (1979). *Marited interaction: experimental investigation*. New York: Academic Press.
- Gutiérrez, L. (2015). Género, sexualidad y transición subjetiva en México: construcción de la adolescencia femenina en las celebraciones de 15 años. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, 1(1), 32–53.
- Gutton, P. (1993). Nuevas aportaciones a los procesos puberales y de la adolescencia. En *Conferencias* (pp. 1-116). México: Asociación Mexicana para el Estudio del Retardo Mental y la Psicosis Infantil, A. C.
- Haefffel, G., Abramson, L., Brazy, P., Shah, J., Teachman, B., & Nosek, B. (2007). Explicit and implicit cognition: A preliminary test of a dual-process theory of cognitive vulnerability to depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1155–1167. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.003>
- Hagedorn, J. y Omar, H. (2002). Retrospective analysis of youth evaluated for suicide attempt or suicidal ideation in an emergency room setting. *International of Adolescent Medical Health*, 14, 55-60.
- Hauge, M. (2009). Bodily practices and discourses of hetero-femininity: girls' constitution of subjectivities in their social transition between childhood and adolescence". *Gender and Education*, 21(3), 293–307.
- Herbert, M. (1988). *Vivir con adolescentes*. Barcelona: Planeta.
- Hidalgo, M. I., Redondo, A. M. y Castellano, G. (2012). *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. Madrid: Ergon.
- Hoffman, J., Baldwin, S. y Cerbone, F. (2003). Onset of major depressive disorder among adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 217–224.
- Hornstein, L. (2010, agosto). La depresión masculina está subdiagnosticada. En Noticias Médicas, Fotoentrevistas, *IntraMed* (pp. 1–5). Buenos Aires.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2012). *Estadísticas de Mortalidad*. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2011). Forensis 2011: datos para la vida (Informe para la prensa). Bogotá: Autor. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=comwrapperyItemid=323>

- Instituto Nacional de Salud Mental (2005). *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos*. Recuperado de:  
<http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kaufmann, P. (1995). *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis. El aporte freudiano*. Argentina: Paidós.
- Kilmartin, C. (2005). Depression in men: Communication, diagnosis and therapy. *Journal of Men's Health and Gender*, 2(1), 95-99.  
<https://doi.org/10.1080/17482620701547008>
- Klein, M. (2008). El duelo y su relación con los estados maniaco – depresivos (1940). En Klein, M. *Obras Completas de Melanie Klein Volumen I. Amor, Culpa y Reparación*. (pp. 441–442). Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1999). *El Seminario, libro V, Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: Diferencia Sexual y Género*. México: Tauros.
- Lander, R. (1998). *Lo femenino y lo masculino: Cuatro registros imaginarios en relación con su esencia*. Caracas: Klathos.
- Laplanche, J., Lagache, D. y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Argentina: Paidós.
- Lara, M. (1991). Masculinidad, feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental*, 14(1), 12–18.
- Lazarevich, I., Delgadillo-Gutiérrez, H., Mora-Carrasco, F., y Martínez-González, A. (2013). Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. *Alternativas en Psicología*, 17(29).  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-339X2013000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000200004)
- Leader, D. (2011). *La moda negra. Duelo, melancolía y depresión*. España: Sexto Piso.
- Londoño, C., Peñate, W. y González, M. (2017). Síntomas de depresión en hombres. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1–19.
- Martínez, P., Betancourt, D. y González, A. (2013). Uso de videojuegos, agresión, sintomatología depresiva y violencia intrafamiliar en adolescentes y adultos jóvenes. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 167–180.

- Martínez, J. J., Félix, A. M. y Flores, P. (2006). Prevalencia y factores de riesgo para depresión en adolescentes de escuela preparatoria. *Archivos de Investigación Pediátrica de México*, 9(3), 5–8.
- Matud, M. P. (2005). Diferencias de género en los síntomas más comunes de salud mental en una muestra de residentes en Canarias, España. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 395–403.
- Matud, M. P. (2008). Género y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 75–94.
- Matud, M. P. (2017). *Género y salud. Binomio que condiciona la calidad de vida de mujeres y hombres*. La Laguna, Tenerife: Sociedad Latina de Comunicación Social.
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., Ibañez, I., López, M., Gomá, M. J., Aguilera, L., ... Grande, J. (2010). Roles de género y salud de mujeres y hombres. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 36 (153), 37–48.
- Matud, M. P., Guerrero, K. y Matías, R. (2006). Relevancia de las variables específicas sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7–21.
- Matud, M. P., Rodríguez, C., Marrero, R. y Carballeira, M. (2002). *Psicología del género: implicaciones en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Medina, L. y Andrade, P. (2018). Rasgos instrumentales y expresivos y sintomatología depresiva. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 34(1), 27–40.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190, 521–528.
- Merikangas, K., Jin, R., He, J., Kessler, R., Lee, S., Sampson, N., ... Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives General of Psychiatry*, 68(3), 241–251. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- Millsap, R. E. & Everson, H. T. (1993). Methodology review: Statistical approaches for assessing measurement bias. *Applied Psychological Measurement*, 17(4), 297–334.
- Moral, M. y Sirvent, C. (2011). Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 33-56.
- Moscicki, E. K. (1999). Epidemiology of suicide. In: Jacobs DG, editor. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 40–51). San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.

- Muñoz, S. (2001). En busca del Pater Familias: Construcción de identidad masculina y paternidad en adolescentes y jóvenes. En S. Donas (comp) *Adolescencia y Juventud en América Latina* (pp. 243-266). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Nasio, J. (2010) *¿Cómo actuar con un adolescente difícil? Consejos para padres y profesionales*. Buenos Aires: Paidós.
- National Institute of Mental Health. (2009). *Depresión*. Recuperado de: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf)
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. (2018). *Salud mental en México*. Recuperado de: [https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU\\_18-007.pdf](https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión: qué debe saber*. Recuperado de: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo*. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2017/es/](https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud mental del adolescente. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Ortiz, F. (2016). Melancolía y depresión: ¿son lo mismo? En las XVI Jornadas Psicoanalíticas del EPBCN, “*Aperturas en psicoanálisis (V)*” (pp. 1–12). Barcelona.
- Osada, J., Rojas, M., Rosales, C. y Vega-Dienstmaier, J. (2010). Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 73(1), 15–19. <https://doi.org/10.20453/rnp.v73i1.1651>.
- Pachuk, C. y Friedler, R. (1999). *Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Buenos Aires: Del Cándil.
- Padilla-Walker, L. M., Nelson, L. J., Carroll, J. S. & Jensen, C. (2010). More than just a game: Video game and internet use during emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 103–113.
- Parsons, T. & Bales, R. F. (1956). *Family, socialization and interaction process*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Passarotto, A. (2012). *La apatía y la falta de interés del adolescente actual. Documento de cátedra del Magister en Educación con Orientación en Gestión*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés.

- Pedhazur, E. y Tetenbaum, T. (1979). Bem Sex-Role Inventory: A theoretical and methodological critique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(6), 996–1016.
- Primack, J. M.; Addis, M. E.; Syzdek, M. & Miller, I. W. (2010). The Men's Stress Workshop: A Gender-Sensitive Treatment for Depressed Men. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 77–87. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.07.002>
- Ramírez, J. (2004). *Madeiras entreveradas. Violencia, masculinidad y poder*. México: Plaza y Valdez; Universidad de Guadalajara.
- Ramírez, J. (2006) “El psicoanálisis, la teoría querer y la transexualidad frente al ocaso de la representación”. En el *Primer Congreso de Investigación e Psicoanálisis*, en la mesa “Temas e intereses de investigación del psicoanálisis contemporáneo”. México: Universidad Intercontinental.
- Rocha, T. & Lozano-Verduzco, I. (comp.) (2016). *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad de género*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Rocha, T. (2004). *Identidad de género, socialización y cultura: el impacto de la diferenciación entre los géneros*. (Tesis de Doctorado) Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rocha, T. (2009). Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: un recorrido conceptual. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 250–259.
- Rocha, T. (2016). Hombres en la transición de roles y la igualdad de género: Retos, desafíos, malestares y posibilidades. En Rocha, T. y Lozano, I. (comps) *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad de género*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rocha, T. (coord.<sup>a</sup>) (2013). *Psicología y Género: Investigaciones y Reflexiones en torno a las diferencias psicosocioculturales entre hombres y mujeres*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Rocha, T. y Díaz-Loving, R. (2011). *Identidades de Género. Más allá de cuerpos y mitos*. México: Trillas.
- Roudinesco, E. y Plon, M. (2008). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Revista Nueva Antropología*, 30(8), 95–145.
- Sales, L. (2004). Adolescencia y nuevas patologías. Una aproximación metapsicológica. En la *Escola de Clínica Psicoanalítica amb Nens i Adolescents*, con motivo de la clausura del Curso 2003-2004. Barcelona.

- Salk, R., Petersen, J., Abramson, L. y Hyde, J. (2016). The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: Development and chronicity. *Journal of Affective Disorders*, 205, 28–35.
- Sampieri, R., Collado, F. y Lucio, B. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Santos, L. (2009). *Masculino y femenino en la intersección entre el psicoanálisis y los estudios de género*. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (comp.), *El género, la construcción social cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa.
- Sebastián, J., Aguiñiga C. y Moreno, B. (1987). Androginia psicológica y flexibilidad comportamental. *Estudios de Psicología*, 8(32), 15–30.
- Seidler, V. (2000). *La sinrazón masculina: masculinidad y teoría social*. México: Paidós.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Soley-Beltran, P. (2014). Transexualidad y Transgénero: Una perspectiva Bioética. *Revista Bioética y Derecho*, 30, 21–39.
- Spence, J. y Helmreich, R. (1979). On assessing “androgyny”. *Sex Roles*, 5(6), 721–738.
- Stake, J. y Eisele, H. (2010). Gender and personality. En J. C. Chrisler y D. R. McCreary (Eds.): *Handbook of gender research in psychology: Gender research in social and applied psychology* (pp. 19-40). New York: Springer.
- Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, L. R. y Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45(20), 34-43. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342003000700007>
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender: Vol. I, the Development of Masculinity and Femininity*. Nueva York: Jason Aronson.
- Tapia, M., Fioretino, M. y Correché, M. (2003). Soledad y tendencia al aislamiento en estudiantes adolescentes. Su relación con el autoconcepto. *Fundamentos en Humanidades*, IV, 7/8, 163-172.
- Tubert, S. (1999). Masculino/Femenino; Maternidad/Paternidad. *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*, pp. 53–76.
- Tubert, S. (2000). *Un extraño en el espejo. La crisis adolescente*. España: Ludus.

- Van de Velde, S., Bracke, P. y Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71, 305–313.
- Velázquez, E y Lino, M. (2018). *Depresión: en 2020 será la principal causa de discapacidad en México*. Recuperado de: <https://www.animalpolitico.com/2018/07/depresion-2020-discapacidad-mexico/>
- Viana, M. C., y Andrade, L. H. (2012). Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo metropolitan area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 249–260. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.001>
- Weissman, M. y Klerman, K. (1977). Sex differences in parent-infant interaction during free play, departure and separation. *Child Development*, 48, 291–294.
- Wenzel, A., Steer, R., y Beck, A. T. (2005). Are there any gender differences in frequency of self-reported somatic symptoms of depression? *Journal of Affective Disorders*, 8(1-3), 177–181. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.009>
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Wright, E. (2004). *Lacan y el posfeminismo*. Barcelona: Gedisa.
- Žižek, S. (1996). *The Indivisible Remainder: An Essay of Schelling and Related Matters*. Londres: Verso.



## APÉNDICE

### Datos Sociodemográficos:

<b>Sexo:</b>	<b>Hombre ( )</b>	<b>Mujer ( )</b>
<b>Edad:</b>		
<b>Orientación Sexual:</b>	Heterosexual ( )	Homosexual ( )
	Bisexual ( )	Transexual ( )
	Transgénero ( )	Asexual ( )
<b>Grado Escolar:</b>	<b>1er. Sem. ( )</b>	<b>2do. Sem. ( )</b>
	<b>3er. Sem. ( )</b>	<b>4to. Sem. ( )</b>
	<b>5to. Sem. ( )</b>	<b>6to. Sem. ( )</b>
<b>¿Con quién vives?</b>		
<b>¿Tienes pareja?</b>	Si ( )	No ( )

### PARTE 1

A continuación encontrarás una serie de palabras que usarás para describirte tomando en consideración que, cuanto más grande y más cerca de la palabra se encuentre el cuadro, indica que tienes más de esa característica.

*Ejemplo:*

Flaco(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

En el ejemplo se puede observar que la persona seleccionó el tercer cuadro de izquierda a derecha, lo cual representa que esta persona se percibe más flaca que menos. Es decir, si marcas el cuadro más grande, esto indica que tienes mucho de esa característica, pero si marcas el cuadro más pequeño, esto indica que dicha característica no te describe.

No existen respuestas correctas. Coloca una sola cruz en cada pregunta. Las respuestas son totalmente anónimas y confidenciales; recuerda que debes responder de acuerdo con "*Como eres siempre y no como te gustaría ser*".







## PARTE 2

El cuestionario contiene grupo de oraciones, por favor, lea cada una de ellas cuidadosamente. Elija una oración de cada grupo, la que mejor describa el modo **como se ha sentido LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy.**

Encierre en un círculo el número que se encuentra a un lado de la oración que escogió. Si varias oraciones de un mismo grupo se aplican de igual manera a su caso, marque el número más alto.

Pregunta 1	
0	Yo no me siento triste.
1	Me siento triste.
2	Me siento triste todo el tiempo.
3	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

Pregunta 2	
0	En general no me siento desanimado (a) respecto a mi futuro.
1	Me siento más desanimado (a) respecto al futuro de lo que solía estarlo.
2	Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
3	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

Pregunta 3	
0	Yo no me siento como un fracasado (a).
1	Siento que he fracasado más que las personas en general.
2	Al repasar lo que he vivido, veo muchos fracasos.
3	Siento que como persona soy un completo fracaso.

Pregunta 4	
0	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
1	Ya no disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2	Ya no obtengo verdadera satisfacción de las cosas que solía disfrutar.
3	Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

Pregunta 5	
0	En realidad yo no me siento culpable.
1	Me siento culpable respecto de cosas que he hecho o debería haber hecho.
2	Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
3	Me siento bastante culpable todo el tiempo.

*Describe el modo como se ha sentido,*  
**LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy.**

<b>Pregunta 6</b>	
0	Yo no siento que esté siendo castigado (a).
1	Siento que tal vez pueda ser castigado (a).
2	Espero ser castigado (a).
3	Siento que estoy siendo castigado (a).

<b>Pregunta 7</b>	
0	Yo no me siento decepcionado (a) de mí mismo.
1	Me siento decepcionado (a) de mí mismo.
2	Estoy disgustado (a) conmigo mismo.
3	Me odio.

<b>Pregunta 8</b>	
0	Yo no me critico ni me culpo más de lo habitual.
1	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
2	Me critico a mí mismo por todos mis errores.
3	Me culpo de todo lo malo que me sucede.

<b>Pregunta 9</b>	
0	Yo no tengo pensamientos de querer matarme.
1	He tenido pensamientos de querer matarme, pero no lo haría.
2	Me gustaría matarme.
3	Me mataría si tuviera la oportunidad.

<b>Pregunta 10</b>	
0	Yo no lloro más de lo usual.
1	Lloro más de lo que solía hacerlo.
2	Lloro todo el tiempo.
3	Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

*Describe el modo como se ha sentido,*  
**LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy.**

<b>Pregunta 11</b>	
0	Yo no estoy más irritable de lo que solía estarlo.
1	Me irrito más fácilmente que antes.
2	Estoy mucho más irritable de lo habitual.
3	Estoy irritable todo el tiempo.

<b>Pregunta 12</b>	
0	Yo no he perdido el interés por otras personas.
1	Estoy menos interesado (a) por otras personas de lo que solía estarlo.
2	He perdido casi todo mi interés por otras personas.
3	He perdido el interés completamente por otras personas.

<b>Pregunta 13</b>	
0	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
1	Pospongo tomar decisiones más que antes.
2	Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
3	Ya no puedo tomar decisiones.

<b>Pregunta 14</b>	
0	Yo no siento que me vea peor de cómo me veía.
1	Estoy preocupado (a) de verme poco atractivo (a) o viejo (a).
2	Siento que hay cambios en mi apariencia que me hacen poco atractivo (a).
3	Creo que me veo feo (a).

<b>Pregunta 15</b>	
0	Tengo tanta energía como antes.
1	Tengo menos energía que la que solía tener.
2	Tengo que obligarme para hacer las cosas.
3	Ya no tengo energía suficiente para hacer nada.

*Describe el modo como se ha sentido,*  
**LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy.**

<b>Pregunta 16</b>	
0	Puedo dormir tan bien como antes.
1	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
2	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
3	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.

<b>Pregunta 17</b>	
0	Yo no estoy más cansado (a) de lo habitual.
1	Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
2	Me siento cansado (a) con cualquier cosa que haga.
3	Estoy demasiado cansado (a) para hacer muchas cosas que solía hacer.

<b>Pregunta 18</b>	
0	Mi apetito es bueno habitualmente.
1	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
2	Mi apetito está mucho peor ahora que antes.
3	Ya no tengo apetito de nada.

<b>Pregunta 19</b>	
0	Yo no he perdido peso últimamente.
1	He perdido más de dos kilogramos.
2	He perdido más de cinco kilogramos.
3	He perdido más de ocho kilogramos.

<b>Pregunta 20</b>	
0	Yo no estoy más preocupado (a) de mi salud que antes.
1	Estoy preocupado (a) acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
2	Estoy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
3	Estoy tan preocupado (a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.



*Describe el modo como se ha sentido,*  
**LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy.**

<b>Pregunta 21</b>	
0	Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1	Estoy menos interesado (a) en el sexo de lo que solía estarlo.
2	Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo.
3	He perdido completamente el interés por el sexo.

<b>Pregunta 22</b>	
0	Tengo interés en las actividades que realizo para la escuela.
1	Tengo muy poco interés en realizar actividades escolares.
2	Ha disminuido mucho mi interés en hacer mis actividades escolares.
3	He perdido todo el interés para realizar actividades escolares.

<b>Pregunta 23</b>	
0	Yo no juego videojuegos.
1	Juego videojuegos esporádicamente.
2	He comenzado a jugar más videojuegos que antes.
3	Paso más tiempo jugando videojuegos que haciendo otras cosas.

<b>Pregunta 24</b>	
0	Yo no consumo alcohol (0 copas).
1	Consumo poco alcohol (1-2 copas).
2	Consumo alcohol como el promedio de la gente (3-4 copas).
3	Consumo mucho más alcohol que antes (5 o más copas).

<b>Pregunta 25</b>	
0	Yo no consumo drogas.
1	Consumo drogas de forma esporádica.
2	Consumo drogas de forma regular.
3	Consumo drogas con mayor frecuencia que antes.

<b>Pregunta 26</b>	
0	Mantengo un buen desempeño académico.
1	Ha bajado un poco mi desempeño académico.
2	Ha disminuido considerablemente mi desempeño académico.
3	Mi desempeño académico ha bajado demasiado respecto a otros meses.

*Describe el modo como se ha sentido,*  
**LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy.**

<b>Pregunta 27</b>	
0	Se me facilita relacionarme con las personas.
1	Tengo poca dificultad para tener relaciones con los demás.
2	He tenido dificultades para tener relaciones con los demás.
3	Tengo mayor dificultad para relacionarme con los demás que antes.

<b>Pregunta 28</b>	
0	Dedico muy poco tiempo a mis actividades escolares ( <i>p. e., tareas, trabajos, etc.</i> ).
1	Dedico el tiempo necesario a mis actividades escolares.
2	Además de dedicar tiempo a realizar mis actividades escolares, asisto a una actividad extracurricular ( <i>talleres, clases de baile o deportes, etc.</i> ).
3	Dedico mayor tiempo a realizar mis actividades y asisto a más de una actividad extracurricular.

<b>Pregunta 29</b>	
0	Yo no me peleo con las personas verbalmente ( <i>p. e., insultos, groserías, ofensas, etc.</i> ).
1	A veces me peleo con otras personas verbalmente.
2	Con frecuencia me peleo con las personas verbalmente.
3	Casi siempre me peleo con las personas verbalmente.

<b>Pregunta 30</b>	
0	Yo no me peleo con las personas físicamente ( <i>p. e., empujones, golpes, jalones, etc.</i> ).
1	A veces me peleo físicamente con las personas.
2	Con frecuencia llego a pelearme con las personas físicamente.
3	Casi siempre me peleo con las personas físicamente.

<b>Pregunta 31</b>	
0	Nunca me pongo en situaciones de riesgo ( <i>p. e., sexo sin protección, introducir alcohol, drogas o armas en donde no es permitido como la escuela, enfrentar a asaltantes o policías</i> ).
1	Alguna vez me puse en una situación de riesgo.
2	Con frecuencia me coloco en situaciones de riesgo.
3	Casi siempre me encuentro en una situación de riesgo.

*Describe el modo como se ha sentido,  
**LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy.***

<b>Pregunta 32</b>	
0	Yo no practico juegos extremos (p. e., montañas rusas, alpinismo, motos, patinetas, bici-cross).
1	Algunas veces he practicado juegos extremos.
2	Con frecuencia practico juegos extremos.
3	Practico muchos más juegos extremos que antes.

<b>Pregunta 33</b>	
0	Se me facilita mostrar mis emociones.
1	Tengo poca dificultad para expresar mis emociones.
2	Tengo dificultades considerables para expresar mis emociones.
3	Tengo mayores dificultades para expresar mis emociones que antes.

<b>Pregunta 34</b>	
0	En muy pocas ocasiones me siento enfermo (a) o me duele algo.
1	Algunas veces me enfermo o me duele alguna parte del cuerpo.
2	Frecuentemente me enfermo o me duele alguna parte del cuerpo.
3	Casi siempre estoy enfermo (a) o me duele alguna parte del cuerpo.

<b>Pregunta 35</b>	
0	Me enojo rara vez.
1	A veces me enojo como cualquier persona.
2	Me enojo frecuentemente.
3	Me siento enojado todo el tiempo.

<b>Pregunta 36</b>	
0	Tengo problemas como todos los demás.
1	Tengo pocos problemas a diferencia de otros.
2	Tengo mínimos problemas.
3	Considero que no tengo problemas en comparación con los demás.

**¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**