



Centro de Estudios Sociológicos

Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer

**ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN DE LAS
MUJERES COMO CATEGORÍA SOCIAL**

Tesis que presenta

Luz María Galindo Vilchis

Para obtener el título de

Maestra en Estudios de Género

Directora de tesis: Dra. Estela Andrea Serret Bravo

**Lectoras: Dra. Fátima Flores Palacios
Dra. Lucía Melgar Palacios**

México, D.F.

2005

DEDICATORIAS

A mi mamá, Carlota Vilchis, gracias por acompañarme en este proceso, por alentarme a seguir en cada momento, por estar.

A mi papá, Francisco Galindo por apoyarme en este proyecto.

A mis hermanas: Magda y Chica por compartir, por escucharme, por enseñarme que cada día se puede vivir intensamente.

A Alhelí por compartir sueños.

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis, la Dra. Estela Andrea Serret Bravo, por compartir su experiencia profesional, por su paciencia, por su apoyo incondicional y por creer en mí.

A la Dra. Fátima Flores Palacios por compartir sus conocimientos profesionales y su experiencia personal y por acompañarme en este camino a un cambio de vida.

A la Dra. Lucía Melgar Palacios, Dra. Soledad González Montes y la Mtra. Mercedes Barquet Montane por sus valiosos comentarios en la elaboración de la tesis.

A la Dra. Marta W. Torres Falcón por su interés y apoyo durante la maestría.

Al resto de los profesores y las profesoras que impartieron clases en la maestría por el conocimiento compartido.

A Verónica Devars Sarvide por su asistencia en este proceso educativo.

A Raquel B. Alva Mendoza y Lucía Rayas Velasco por la compañía y el compartir de cada instante.

A Claudia Romo y Zeidy Muñoz Torres por la confianza y el respeto durante estos años.

A Myriam Brito Domínguez por su paciencia en el proceso de aprendizaje y su compañía.

A Alexandro Escudero Nahón, Marissa Soriano Fuentes, Graciela Calvo Navarrete, Nayma Enríquez Estrada, Humberto Luna Campos y a Norma Reyes Terán por recibirme con los brazos abiertos en este nuevo camino.

Índice	Página
Dedicatorias.....	2
Agradecimientos.....	3
1. Introducción.....	6
2. ¿Por qué cuestionar? El problema de la subordinación femenina.....	9
3. La construcción de las identidades y la simbólica de género.....	14
3.1 Identidad de género: Identidad Femenina	16
3.2 Malestar Femenino... ..	20
4. Método.....	25
4.1 Objetivo.....	25
4.2 Supuestos.....	25
4.3 Tipo de análisis.....	25
4.4 Procedimiento.....	27
5. Tristeza y melancolía: referentes del concepto de depresión en Occidente.....	28
6. Discursos hegemónicos que han construido el concepto de depresión.....	38
6.1 Discurso médico.....	38
6.2 Discurso psiquiátrico.....	42
6.3 Discurso psicológico.....	49
6.3.1 Paradigma psicoanalítico.....	49
6.3.2 Paradigma humanista-existencial.....	53
6.3.3 Paradigma cognitivo-conductual.....	53
7. Análisis.....	60
7.1 Análisis del texto: The Depressed Woman: A Study of Social Relationships.....	60
7.2 Breve historia biográfica de la autora y del autor.....	60
7.2.1 Depresión.....	61
7.2.2 Depresión de las mujeres.....	63
7.3 Artículo: “Sex Differences in Unipolar Depresión: Evidence and Theory”.....	75
7.4 Breve historia biográfica de la autora.....	75
7.4.1 Depresión.....	76
7.4.2 Depresión de las mujeres.....	76

8. Conclusiones..... 88

9. Acerca de la investigación..... 89

 9.1. Aportaciones..... 89

 9.2. Limitaciones..... 89

11. Referencias..... 90

1. Introducción

Independientemente de cómo se entienda la depresión, las estadísticas indican que la mayor parte de los pacientes diagnosticados con depresión (cuando ésta es identificada así y caracterizada por algún especialista o un médico general) son mujeres. Aunque los datos varían, la proporción es de cuatro a uno en la comparación entre mujeres y hombres que se afirma la padecen. Es un hecho que la incidencia de la depresión es mucho mayor en el caso de las mujeres y aunque los varones tengan sus manifestaciones particulares, es importante partir del supuesto de que las formas peculiares que la mujer ha encontrado para expresar su marginalidad se deben, en primera instancia, a los códigos aprendidos con respecto a su cuerpo y a la naturaleza que le subyace; de tal manera que la asociación a la categoría mujer es igual a debilidad-inferioridad-sensibilidad, y es en esta relación en donde se erigen los patrones a partir de los cuales se enmarca su experiencia emocional.

En la medida en que sigue habiendo una discrepancia tan grande, aun entre especialistas, reflejada en los discursos en la propia definición de este *mal*, y que, por otro lado, todavía nada parece indicar concluyentemente qué factores fisiológicos sexuales (tales como los perfiles hormonales) son los que determinan las causas del problema, es importante analizar la depresión de las mujeres como un objeto social, que se constituye en el imaginario de lo femenino de las sociedades contemporáneas, en donde el discurso es el objeto de estudio, de lo especializado a lo común.

Es importante en este contexto tomar en cuenta la oposición entre lo tradicional y lo moderno, que implica reconocer la contingencia y la existencia históricamente limitada de las cosmovisiones y las estructuras surgidas a partir del proceso de racionalización¹.

Lo anterior es fundamental, ya que fue con el orden cultural moderno que a la mujer se le comenzó a medicalizar, tanto física como psicológicamente. Al respecto Catherine Kohler (1993) señala que la medicalización de los problemas humanos es una contradicción en la vida de las mujeres, lo que crea una paradoja: cuando las

¹ De acuerdo con Max Weber (Serret, 2001).

mujeres intentan minimizar el impacto de los procesos biológicos en sus vidas, al mismo tiempo fortalecen el control biomédico de su experiencia. La transformación de experiencias como el nacimiento, la reproducción, los problemas premenstruales, el peso y las preocupaciones psicológicas dentro de los eventos médicos han sido resultado de un proceso recíproco que implica a médicos y mujeres. La medicina desarrollada como profesión se ha redefinido. Los médicos han creado demandas para generar un nuevo mercado para ofrecer sus servicios. Conrad y Schneider (1980, citados en Kohler, 1993) refieren que la medicina cada vez tiene mayor auge como ciencia que descubre los correlatos psicológicos de la conducta humana.

Aplicando la perspectiva de género, se puede comprender que el discurso sobre la depresión de las mujeres tiene que ver con las relaciones de poder entre hombres y mujeres construidas culturalmente.

La depresión de las mujeres ha sido estudiada desde diversas disciplinas con diversas posturas teóricas. En esta investigación se intenta abordar lo que ha sido considerado como un *Malestar Femenino*, desde la perspectiva de género, en particular desde la consideración de las identidades de género. El objetivo de este trabajo es analizar la depresión de las mujeres en los discursos hegemónicos como un objeto social, que se constituye como imaginario de lo femenino, de las sociedades contemporáneas. Lo que se realizó a través de la interpretación de discursos hegemónicos: médico, psiquiátrico y psicológico.

Es importante mencionar que la depresión de las mujeres en este trabajo, no será conceptualizada como la depresión clínica, que se refiere a un diagnóstico hecho por especialistas en el campo de la salud mental como son los psiquiatras, quienes fundamentalmente determinan qué es la normalidad o anormalidad de un estado de ánimo, basándose en lo que un gremio establecido de profesionales de la salud a nivel internacional señala que es normal y anormal, considerando las conductas “aceptables” de las sociedades, fundamentándose básicamente en estadísticas.

En este trabajo se hace referencia a la depresión de las mujeres como una construcción discursiva hecha por los diversos discursos, como una categoría, en la

que se considera como marco conceptual la explicación causal de la subordinación femenina desde la perspectiva de género, de manera sistemática y abstracta.

Para llevar a cabo la investigación se registraron y establecieron las relaciones entre los diferentes discursos acerca de la depresión de las mujeres entendida como un *Malestar Femenino*² en el contexto de la relación de poder entre géneros y se explica la depresión de las mujeres como un objeto social que se constituye como imaginario de lo femenino, de las sociedades contemporáneas.

² El término acuñado por Mabel Burín (Burín, Moncarz y Velázquez, 1990), se recupera aquí parcialmente modificado por una perspectiva peculiar de la construcción de identidad femenina.

2. ¿Por qué cuestionar?: el problema de la subordinación femenina

Desde sus orígenes en la modernidad el feminismo se ha preocupado por explicar los motivos que han originado la desigualdad sexual que, en todas las sociedades conocidas, afecta negativamente a las mujeres, y por explicar cómo y por qué se ha legitimado el sometimiento del colectivo mujeres a los hombres. Es en este sentido que el feminismo ha hecho patente que a nivel social, las mujeres se encuentran sometidas en tanto *mujeres*, como colectivo y no como individuos (Serret, 1998).

El feminismo no sólo ha develado la subordinación femenina mostrando en qué consiste, señalando de qué formas se manifiesta y evidenciando cómo se constituye en un problema social, ético y político, sino que ha procurado explicar sus causas y sus orígenes (Serret, 1998). Muchas reflexiones se han enfocado a este último propósito aproximadamente desde el siglo XVIII cuando se generaron dos corrientes opuestas. Una que pretende explicar la subordinación femenina demostrando con argumentos científicos e históricos, que se debe a una efectiva inferioridad natural de las mujeres. En esta corriente se ubican las investigaciones biológicas, antropológicas, psicológicas y médicas que intentan mostrar cómo la configuración física de hombres y mujeres determina la asignación social de roles para cada género; por lo general los argumentos de estas investigaciones quieren proporcionar bases científicas a la tesis de la relación natural entre cuerpo y carácter, frente a la crítica feminista que cuestiona la naturalidad de la subordinación femenina (Serret, 2001).

Estos estudios han transitado desde los esfuerzos para demostrar que las mujeres sí son inferiores a los hombres por naturaleza (S. XIX y XX) hasta aquellos, producidos a partir del siglo pasado, que derivan sus argumentos a la demostración de que el carácter diferenciado por géneros, en el que supuestamente se basaría la distribución social de roles, está escrito en la estructura genética diferenciada por sexo. Por ejemplo, Sherwood Washburn (1960, citada en Haraway, 1995) refiere la hipótesis del hombre-cazador (aún vigente) que sugiere que las adaptaciones evolucionistas más importantes que hicieron posible una forma humana de vivir en el orden de los homínidos, fueron las asociaciones con nuevas estrategias para

obtener la comida. La innovación para la subsistencia resultó portadora de las implicaciones del futuro humano basado en la cooperación social, en habilidades técnicas aprendidas, en familias nucleares y en un lenguaje simbólico. La hipótesis anterior trataba de formas de vida masculinas como motores del pasado y del futuro humano. La historia androcéntrica ha insistido en que la caza era una especialización masculina, mientras que las mujeres debían quedarse en las cuevas para amamantar a las crías y cuidar la alimentación. Esta es una hipótesis que no se puede comprobar, pero sí refuerza la supremacía del hombre en cualquier aspecto de la vida cotidiana.

Por otra parte, también las evidencias clínicas y experimentales muestran que los hombres sobresalen en tareas que requieren desplazamiento y ubicación en el espacio, mientras que las mujeres destacan en la capacidad para memorizar un mayor número de objetos y su ubicación precisa en el espacio; las mujeres presentan mayor facilidad y rapidez para adquirir el lenguaje y mayor fluidez verbal que los hombres, además de estrategias diferentes para la comprensión de los mensajes verbales. En este mismo contexto, se ha encontrado que la organización de la corteza cerebral difiere en cada sexo. Se han estudiado estrategias para procesar la información en grupos de hombres y de mujeres encontrando que los hombres aplican un procesamiento de hemisferio izquierdo para tareas analíticas, y para tareas espaciales, de hemisferio derecho, mientras que las mujeres aplican ambas estrategias simultáneamente (Corsi-Cabrera, 1995).

Así, se producen razonamientos del tipo: las mujeres, por su naturaleza son más emotivas, pasivas y sensibles que los hombres, resultan más aptas para comunicarse, para realizar varias tareas a la vez en el espacio doméstico, entre ellas cuidar y educar a los hijos, en contraste con los hombres quienes están orientados a la agresividad, la rudeza, etc. (Serret, 2001). El tipo de estudios antes presentados, en sus nuevas modalidades no afirman que las mujeres deben ser subordinadas por poseer esas cualidades, sin embargo continúan en la lógica de reafirmar la correspondencia “natural” entre sexos.

En contraste, la respuesta de los estudios de género, parte de que nada en la constitución física de los seres humanos autoriza la dominación de unos sobre

otros, ni en términos de raza, u otra desagregación similar, por lo que, esta corriente incluye estudios que se han dirigido en dos sentidos: por un lado, a demostrar desde la biología, la antropología, la psicología y la medicina que las diferencias físicas entre sexos no tienen porqué implicar ni la desigualdad social, ni la asignación de roles, y por otra parte, explicar por qué tal subordinación ha sido producida socialmente.

El concepto de género empleado por Gayle Rubin redimensiona la pregunta de la subordinación femenina e implica el planteamiento de nuevos problemas, que van desde la indagación de cómo operan las relaciones socioculturales en su nivel más general hasta cómo las identidades particulares se constituyen y actúan desde una distinción primaria por género (Serret, 2001).

Las explicaciones acerca de la subordinación femenina han brindado muchas aportaciones a la comprensión de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Estela Serret propone la organización de ese conocimiento de manera sistemática, de modo que explique causalmente la subordinación femenina. Defiende la tesis de que existe una cierta *necesidad* de la subordinación de lo femenino en lo que se denominan las estructuras culturales tradicionales y cómo esto se relaciona con la constitución de identidades. Por lo tanto es hasta la modernidad que se hace posible el cuestionamiento de la subordinación de las mujeres, además, es un problema político, es decir público.

En las estructuras culturales tradicionales es donde se legitiman las jerarquías, y con ello las relaciones de dominación, atribuyéndoles una procedencia sobrenatural, eterna e incuestionable. En estas estructuras por nacimiento, por designio divino se tiene una función claramente establecida de sexo, de raza, de condición social, etc. Este tipo de estructuras se contraponen con las estructuras culturales modernas en donde se permite el cuestionamiento de las jerarquías, de la desigualdad producto del orden social, de la dominación, de la subordinación femenina.

De acuerdo con Serret, en diversas tradiciones el poder se piensa como un atributo o una cosa, quienes lo poseen, dominan a quienes no lo poseen, y el interés de los primeros está en conservarlo. El poder, así pensado, podría imponerse:

- por la violencia, lo cual implica que quien tiene el poder y lo conserva es, al mismo tiempo, más fuerte que quien no lo tiene,
- por el adoctrinamiento o ideologización de quien o quienes se domina, que en última instancia legitiman el engaño.

Así, quien o quienes sufren los efectos del poder no se darían cuenta cabal de la dominación de que son objeto, de sus posibilidades para subvertirla o de ambas cosas.

En el caso de los estudios de género, una visión tal del poder no ha contribuido a producir una explicación causal de la subordinación femenina. Serret (2001) propone que se debe afirmar que la jerarquía es uno de los elementos constitutivos del orden simbólico, ya que éste opera mediante la distinción, la regulación, el establecimiento de límites y la organización, tanto en la construcción del mundo cultural como del sujeto. Las jerarquías no sólo son constitutivas simbólicas de las identidades, sino que también son la base de las diversas estructuras en que se producen y regulan las prácticas sociales. La jerarquía simbólica referente de identidades imaginarias, constitutiva de estructuras sociales, se expresa en prácticas a través de relaciones de desigualdad que operan como relaciones de dominación³.

La perspectiva de género reinterpreta diversas disciplinas como el psicoanálisis, la antropología estructural, la lingüística estructural y la sociología para cuestionar la subordinación femenina, que está presente en todas las sociedades, y así explicar por qué las mujeres se encuentran dominadas por los hombres.

En el siguiente apartado se explicita al género como ordenador simbólico, lo que llevará a comprender de manera más cercana cómo las mujeres son subordinadas por su referencia al género y por esta referencia a lo femenino son consideradas como desvalorizadas, marginadas, temidas, despreciadas, peligrosas, y frecuentemente como enfermas, pero a la vez también son pensadas como atractivas, deseadas y admiradas, es decir a las mujeres se les ve como ambiguas.

³ En el sentido estricto de Weber, para más información ver Weber, Max (1984). Economía y sociedad. México: FCE.

En el mundo contemporáneo las mujeres han sido consideradas por los diversos modelos hegemónicos de salud (médico, psiquiátrico y psicológico) como un colectivo, que tiende más que los hombres a enfermedades “emocionales”; así mismo estos modelos determinan qué es lo “normal” y qué lo “patológico” en mujeres y hombres.

En este trabajo me interesa analizar cómo los discursos hegemónicos han construido en el imaginario de las mujeres la representación de que “padecen” depresión. Este supuesto se plantea comúnmente por ser mujeres, como colectivo e inherente a “su naturaleza”. Al considerarse de esta forma, se vuelve parte de su identidad, y por ende, el diagnóstico se encuentra con mayor frecuencia que en los hombres. El análisis realizado es a partir de la interpretación de los discursos hegemónicos desde una perspectiva social, desde una perspectiva de género.

3. La construcción de las identidades y la simbólica de género

La cultura puede entenderse como un orden simbólico, siguiendo algunas tesis del psicoanálisis, la antropología estructural, la lingüística estructural y la sociología.

Rifflet-Lemaire señala que “el orden simbólico es un orden tercero, es decir, se organiza entre el sujeto y el mundo real y es posible utilizarlo sin referencia empírica directa” (1981, citado en Serret, 2001:33).

Hay que tener en cuenta que lo que está en el límite entre la naturaleza y la cultura está marcado por fenómenos que comparten ambas características, esto es, que son universales en cuanto a su forma y su función, pero su artificialidad se revela en lo arbitrario de sus contenidos y en lo específico de sus expresiones. La cultura puede ser vista como un ordenamiento estructurado.

Los sistemas simbólicos no representan una opción a la cual acudir, sino que su existencia es condición de posibilidad para el ser humano tal como lo conocemos. Lo simbólico representa la posibilidad de dar sentido a la vida de los individuos humanos, quienes de acuerdo con Geertz en *La interpretación de las culturas* al carecer de un código genético lo suficientemente rígido, recurren a estas fuentes extrínsecas de información no sólo para proporcionar un sentido a sus acciones sino para la existencia misma. Cuando se habla de fuente extrínseca de información se hace referencia al tejido de significaciones que los sistemas simbólicos implican. Éstos aparecen impuestos desde afuera por una ley suprahumana. Siendo del todo arbitrarias las significaciones producidas por los sistemas simbólicos, se presentan como naturales y eternas para los sujetos contruidos por ellas, pues sólo así todas las preguntas tienen una respuesta certera y la existencia particular de cada sujeto adquiere un sentido. Para que esta función se realice, la organización simbólica también debe cumplir un papel de exclusión e inclusión, de diferenciación entre el yo o el nosotros y el otro, y de prohibición, regla y aprobación, diferenciando las conductas proscritas de las permitidas.

La lógica misma de la construcción simbólica es binaria, el símbolo representa pares antagónicos y jerarquizados. La significación que resulta del

entretreído simbólico, como consecuencia de esta operación binaria, evalúa y sanciona a los elementos de su clasificación (Serret, 2001).

Freud en el *Malestar de la Cultura*, identifica dos tipos de tendencias psíquicas en el sujeto: una es el sentimiento yóico, que ubica las tendencias egoístas del sujeto, y otra los sentimientos libidinales, que lo llevan a establecer relaciones con otros. La presencia de la primera se explicaría por la nostalgia de la situación originaria de indiferenciación, reino del principio del placer. La ausencia del deseo y el estado de plena satisfacción son sinónimos de ausencia del yo, que se constituye por la renuncia de la asunción de una cuota de dolor. Por otra parte, la pulsión erótica le lleva a establecer lazos con los otros, quienes son prueba de su propia subjetividad; esta tendencia se identifica como impulso vital. Así es como la teoría psicoanalítica vincula la teoría de la constitución del sujeto a partir de la dialéctica del deseo (1988, citado en Serret, 2001).

Recuperando esa perspectiva, el yo el sujeto se visualiza como actuante en un registro imaginario.

El término imaginario es un concepto que alude al registro subjetivo siempre cambiante y sólo en apariencia coherente, que en términos individuales y colectivos, opera siempre organizado por y en referencia a un orden simbólico, que no lo determina sino que lo constituye. Así, el concepto de imaginario que expresa el nivel de actuación de la subjetividad refiere a la manera como las y los sujetos piensan y se perciben a sí mismas/os, y en esta medida, a las prácticas desarrolladas desde esa percepción (Serret, 2001).

Desde esta perspectiva lo imaginario se encuentra referido a diversas parejas simbólicas estructurantes del orden cultural. Una de estas parejas es *femenino-masculino*, y su elemento distintivo es un elemento pulsional: el deseo.

Las parejas simbólicas están construidas de manera que, lejos de ser complementarios, cada uno de los miembros juega una función, no opuesta, sino radicalmente diferente a la del otro. Cada uno de los miembros es condición de posibilidad de la existencia del otro.

En la pareja simbólica del género, masculino–femenino, la constitución de lo femenino es un elemento dominado, subordinado, controlado y en tanto negación es

admirado. Lo femenino se asocia con la naturaleza, lo incognoscible, lo ajeno, lo marginal, el caos, mientras que lo masculino es percibido como la cultura, lo cognoscible, lo propio, lo central, el orden y para comprenderlo hay que abordar cómo el yo se constituye como carente de todo lo que ha tenido que ser excluido para que sea él, esta carencia está constituida imaginariamente. Esta pérdida es fundante, por lo que se constituyen sujetos de deseo, que desean la completud, que se alcanza sólo en la medida en que se deja de ser sujeto. El sujeto deseante se vincula con algún objeto a partir de la pulsión, del impulso libidinal y es el deseo lo que ubica al sujeto como actuante, actúa sobre el objeto de su deseo a partir de la pulsión, siempre buscando la completud, es un deseo bidireccional de vida y muerte. Es por ello que lo femenino es una categoría densa, polivalente que representa alteridad: negación y a la vez constitución de lo masculino, es decir, constituye y niega a lo masculino, ya que lo femenino es una categoría límite, es la condición de posibilidad de una categoría central, en este contexto, de la categoría masculino. Es por esto que las mujeres (en el nivel imaginario) encarnan contradictorios y polifacéticos significados de la feminidad frente a lo masculino que tiene un significado unívoco y comprensible, siendo representado por los hombres, quienes son sujetos que desean, conquistan y poseen.

3.1 Identidad de género: Identidad Femenina

La autopercepción y la percepción social a la que se le llamará *identidad*, es siempre imaginaria, es decir, entre el nivel de identidad primaria o constitución del sujeto y la percepción imaginaria social o colectiva, con referencia al orden simbólico y por ello compleja, cambiante, construida en la ilusión de coherencia, solidez y eternidad. La complejidad de la identidad subjetiva radica en que su constitución depende de múltiples órdenes simbólicos de referencia. Serret (1989) señala: antes de que un sujeto descubra la diferencia sexual, ya conoce la distinción de género y se piensa a sí mismo/a desde esa diferencia asumida como una marca ontológica.

A nivel de la identidad individual, ésta se percibe como la caracterización única e irrepetible de la propia persona, pero el término de identidad indica los

frágiles cimientos de esta percepción, ya que remite a su calidad de idéntica, al conjunto de elementos simbólicos con referencia a los cuales se constituye.

De acuerdo con Serret (2001), aceptando que la constitución de identidades individuales y colectivas requiere de la inscripción del sujeto en un orden simbólico que organice y dé sentido a la percepción imaginaria, se debe pensar qué tipo de elementos funcionan como símbolos. Los símbolos operan clasificando y jerarquizando lo que está dentro en oposición a lo Otro, extraño, excluido. Así, la construcción cultural se ha definido con base en la organización simbólica que expresa de múltiples maneras esta separación entre lo propio y lo extraño. Tal demarcación entre exclusión e inclusión se expresa de diversos modos, entre los cuales el más sobresaliente es la división simbólica del mundo en géneros: masculino y femenino. Estos términos no se reducen a lo que se llama hombres o mujeres, sino que clasifican a todo el mundo revelado por la significación, incluso lo neutro puede estar referido genéricamente, aunque sea por negación. Serret señala “Nada de lo pensable puede dejar de ser referido a esta clasificación primaria” (Serret, 2001: 92), por lo que se puede afirmar que el género es un referente simbólico primario.

La diferenciación simbólica en géneros permite una clasificación de todo lo existente y lo ficticio; el binomio genérico femenino/masculino organiza y expresa en términos de la cultura el deseo fundante de la subjetividad, deseo de completud. En términos imaginarios, el género produce la ilusión de partir de los cuerpos: “Como los otros binomios simbólicos, es un organizador primario, que, en este caso, estructura el sentido para el deseo y el goce. Los cuerpos (y con ellos los sujetos) se significan *en consecuencia*, y no son la causa de la significación” (Serret, 2001:96). Este binomio indica oposición, a la vez que sostiene la ilusión de complementariedad, pero en realidad el polo femenino no le da lo que le falta al masculino, ni viceversa, sino que lo masculino es, en oposición a lo femenino.

La identidad primaria y social se conforma por la conjunción de diversos tipos de imágenes organizadas en referencia a un orden simbólico. Uno de ellos tiene un papel organizador primario de identidades, pero también de integrador de significados sobre el mundo y la existencia: el de la simbólica de géneros.

En el orden simbólico tradicional, por oposición a lo moderno, las simbólicas se organizan y dan sentido al mundo mediante oposiciones binarias y jerarquizadas, construyen la delimitación necesaria para marcar la diferencia entre el mundo humano y el sinsentido.

En las sociedades tradicionales las identidades de género se asignan a y se actúan por quienes son señalados como hombres o mujeres (nivel imaginario referido al nivel simbólico). Por lo tanto, para la comprensión de la identidad femenina hay que tener claro que la idea de feminidad se encuentra en el orden simbólico, que no está remitida a las mujeres, sino que éstas se constituyen como tales en el orden imaginario característico de cada sociedad, por su referencia a la feminidad.

Así, la simbólica de géneros, reproduce las asociaciones binarias que remiten a cultura-naturaleza, dotándolas de una carga de deseo que implica las nociones profundamente contradictorias de reproducción de la cultura. Esta simbólica ordena la percepción del mundo que organiza significativamente una sociedad tradicional y en un segundo momento sirve como referente para la constitución de identidad de género. La feminidad personifica una paradoja, se trata de designar con ella lo indesignable, esto es lo único que se puede inteligir de lo ininteligible, es el vacío de sentido detrás de estos vocablos y es al mismo tiempo el territorio limitado mediante el cual se perfila lo designable. También ordena en forma general la percepción del mundo, que organiza significativamente; sirve como referente para la constitución de identidades de género, esto es, que las mujeres se constituyen como tales en un imaginario característico de cada sociedad, por su referencia a la simbólica de lo femenino (Serret, 2002).

La jerarquización simbólica, referente de identidades imaginarias, se expresa en prácticas a través de relaciones de desigualdad que operan como relaciones de dominación–subordinación. Es por ello que la diferenciación simbólica en géneros permite una clasificación de todo lo existente y lo ficticio; el binomio genérico femenino/masculino organiza y expresa en términos de la cultura el deseo fundante de la subjetividad, deseo de completud, por eso el género produce la ilusión a partir de los cuerpos sexuados con una imposición de deberes y prohibiciones asignadas

para vivir: la posición de las mujeres es de subordinación y hace que tengan como marca social, cultural y de identidad una naturaleza subhumana, frente a los hombres que aparecen magnificados (Lagarde, 1997).

Así se construye una jerarquía en las identidades imaginarias, en donde existe la desigualdad de poderes entre hombres y mujeres; la subordinación de las mujeres es evidente, pues los hombres no son sus iguales, ellos se encuentran en otro orden, en un orden superior, son quienes dominan a las idénticas -las mujeres- pues se encuentran en un nivel inferior.

La adscripción de las identidades imaginarias al orden simbólico, permite comprender que las relaciones entre hombres y mujeres sean relaciones de poder, marcadas por la desigualdad y cómo esto determina los roles, estereotipos y tareas que se les asignan independientemente de sus deseos particulares.

Es importante retomar que la idea de feminidad no está remitida a las mujeres, sino que éstas se constituyen a partir de lo simbólico. De manera más clara, el grupo que la sociedad designa como mujeres se constituye a partir de su asociación simbólico-imaginaria con la simbólica de la feminidad y no al revés. La delimitación del grupo, que frecuentemente se hace en función de cierto fenotipo sexual, obedece a la asociación entre caracteres fundantes de la simbólica de lo femenino con un cuerpo que la favorece por estar ligado a ciclos de la naturaleza, reproducir vida, etc.

Con esta idea se ha construido a las mujeres como un colectivo homogéneo, que se encuentra en el límite, en lo no humano.

Lo Femenino tiene dos significados opuestos, por una parte es el límite de una categoría central, lo Masculino y por otra es la alteridad, la negación de esa categoría. Lo Femenino es ambiguo, en el imaginario las mujeres se encuentran representadas como cercanas a la naturaleza, incognoscibles, marginadas, oscuras, lo otro, lo que se relaciona con los síntomas de cómo se perciben así mismas y como son percibidas por los demás.

En el imaginario a las mujeres, por considerárseles cercanas a la naturaleza, se hace referencia a que son presas de su biología, de sus emociones, como señala Mabel Burín. Además refiere que hay una relación intrínseca entre su fisiología y

sus padecimientos, sus enfermedades. Entonces, se ha considerado que *todas* las mujeres están enfermas debido a su sexo, que se vincula con sus padecimientos, con sus enfermedades, en este trabajo específicamente con la depresión. Así, el *Malestar* se vincula con el hecho de ser mujer, como parte constitutiva de la identidad femenina.

3.2 Malestar Femenino

Ahora bien, entendiendo el género como ordenador simbólico, que va a ser el instrumento conceptual fundamental para el análisis de los discursos hegemónicos acerca de la depresión de las mujeres, subrayando que en este trabajo se analiza en relación con la identidad femenina, se procede a explicar *Malestar Femenino*.

Burín, Moncarz y Velázquez (1990) refieren que se ha vuelto inevitable hablar de las psicopatologías de las mujeres o más específicamente psicopatologías del género femenino.

La modernidad y el feminismo han permitido la discusión de los discursos hegemónicos y con ello, el cuestionamiento de los conceptos salud-enfermedad, normal-patológico. Burín ha propuesto el análisis del *Malestar Femenino*, concepto que no se reduce a las dualidades tradicionales de sano-enfermo o normal o patológico, sino que permite flexibilidad hacia la aproximación de los padecimientos femeninos. Esta autora insiste en el potencial de transformación que podría darse al malestar de las mujeres a través de los sentidos que se le otorguen, para generar cambios en sus condiciones de vida opresivas.

La construcción del concepto salud-enfermedad para las mujeres estuvo ligada a la producción social de las mujeres como sujetos. Desde esta perspectiva, la construcción de la subjetividad de las mujeres estuvo imbricada con la construcción de su salud mental.

Fue con la Revolución Industrial que la obligación del trabajo cambió de sentido, volviéndose a la vez ético y garantía moral en esa época. Este momento histórico es decisivo, pues es cuando la locura es percibida en asociación a la pobreza, con la incapacidad de trabajar y de integrarse a un grupo social laboral. En consonancia con la gestación de la familia burguesa, la locura comienza a ser

aprehendida oscuramente como un desorden en el seno de las familias. Esto sucedería de forma especial con las mujeres, para quienes la condición de “locas” quedaba adscrita a tener una vida sexual irregular, a padecer amores pasionales insolubles en el seno familiar, o bien a quedar marginadas del circuito de la reproducción de la pareja conyugal.

La medicina positivista del siglo XIX se apropia del cuerpo de las mujeres, psiquiatriza sus deseos y sentimientos, interpretándolos por vía de los humores, los fluidos linfáticos y principalmente, por las variaciones de temperatura del útero, asociadas a las reglas menstruales. Los psiquiatras se convirtieron en consejeros de las mujeres de la burguesía, creando un sistema hegemónico de interpretación del malestar de las mujeres. En este escenario surge la teoría freudiana sobre el aparato psíquico femenino.

En el Seminario Internacional sobre Malestar Psíquico de las Mujeres (1988, citado en Burín, Moncarz y Velázquez, 1990) se señala la necesidad de que para hablar de malestar de las mujeres hay que distinguirlo del sufrimiento. Por sufrimiento se entiende el malestar de las mujeres donde el reconocimiento de sus orígenes está denegado, ligado a una situación específica de opresión. La enfermedad es entendida como pérdida de la conciencia de vivir en condiciones perturbadoras, siendo sujeto de un padecimiento individual, atribuido a disfunciones biológicas, en cambio el sufrimiento femenino se describe como una situación de subordinación social propia de las mujeres.

Los términos que se focalizan son los de malestar y subordinación. Aquí es necesario no sólo nombrar el malestar, describirlo, rastrear sus orígenes, su desarrollo, sus propuestas alternativas, sino también otorgarle un sentido en la vida de las mujeres. Según el análisis realizado con respecto al malestar femenino, éste ha adquirido un consenso legitimado en el campo de la psicopatología. El malestar de las mujeres quedó encuadrado dentro del sentido otorgado a las histerias, las fobias, las depresiones, esto en una caracterización psicopatológica tradicional (Burín, Moncarz y Velázquez, 1990). Es con la modernidad, que se ha podido cuestionar esta caracterización, lo que nos lleva a reflexionar acerca de cómo este

Malestar Femenino tiene una continuidad, que en la actualidad está estrechamente vinculado con los estados depresivos de las mujeres.

En el Seminario Internacional sobre Malestar Psíquico en la Mujer (Roma, 1988 citado en Burín, Moncarz y Velásquez, 1990) también se destacó que la condición económica más baja tiene una alta incidencia sobre la enfermedad mental en los varones, pero no ocurre lo mismo con las mujeres. Entre las mujeres se observa una mayor heterogeneidad en los datos, y se informa que la sintomatología mental es alta tanto en mujeres de sectores económicos bajos como en sectores medios de la población. Estos datos, en el caso de las mujeres, pueden significar que las condiciones de vida tengan mayor relevancia a la hora de registrar el malestar psíquico. Sería adecuado estudiar con más cuidado no sólo los datos obtenidos, sino también los modos de obtenerlos, e inclusive, cuáles son los elementos que integran cada una de las categorías diagnósticas que se realizan. Quizá debería hacerse hincapié en la categoría *condiciones de la vida cotidiana en las mujeres*. Si bien ésta es muy difícil de definir operativamente, las autoras consideran que hay que insistir para lograr mejores resultados, más apropiados al modo de enfermar de las mujeres. Las autoras consideran que el rasgo característico de la vida cotidiana es la sedimentación de un conjunto de actividades y actitudes, que bajo la forma de rutinas y hábitos, se mantienen constantes por un periodo prolongado. Sólo se toma conciencia de la vida cotidiana cuando hay ruptura de la misma, cuando la continuidad se interrumpe. La vida cotidiana es aquella suma de rutinas siempre presentes, pero que, por conocidas y esperables, nunca son registradas ni cuestionadas. Desde esta perspectiva parecería que la vida cotidiana corresponde al ámbito de lo natural.

La vida cotidiana se comienza a estudiar en los momentos de ruptura de lo anteriormente establecido, cuando lo que estaba dado como natural deja de serlo; es entonces cuando en el área de salud mental, las mujeres manifiestan su “incomodidad” con la vida cotidiana a través de diferentes síntomas como expresión de su malestar. Muchos estudiosos que han investigado la depresión destacan cómo los roles de género femenino afectan los modos de enfermar de las mujeres (Burín, Moncarz y Velásquez, 1990).

Hay que considerar que los roles de las mujeres no afectan en sí a los “modos” de enfermar de las mujeres; es el género como primer ordenador, lo que va a determinar la valoración de esos roles. Hay que recordar que cualquier actividad que lleve a cabo una mujer será considerada inferior, pues está referida a lo femenino.

En cuanto a la edad como factor de riesgo, considerándose éste como una situación o conjunto de situaciones que ofrecen una probabilidad mayor al promedio de provocar estados de morbilidad o enfermedad mental, existe desacuerdo entre los investigadores, ya que las edades en las cuales las mujeres presentan estados depresivos varían entre los 14 y 60 años (Burín, Moncarz y Velásquez, 1990).

Burín intenta delimitar el campo de la salud mental de las mujeres, realizando una labor deconstructiva de los criterios, teorías y prácticas con los cuales se ha operado hasta el momento en este campo. Los criterios de análisis que ofrece indican de qué manera las condiciones de vida de las mujeres repercuten de modo decisivo sobre las maneras de enfermarse. Para ello, cuestiona los modelos clásicos, acuñando el término *Malestar Femenino* (Llamas-Martínez, 1996).

Así, el principal aporte de Burín es el cuestionamiento al modelo médico utilizado tradicionalmente para definir “salud mental” centrándose en las mujeres, ya que como se ha explicado, son a quienes se les vincula con la enfermedad. Al introducir nuevas dimensiones desprendidas de la noción de la construcción social de la subjetividad, Burín replantea el impacto que esto tiene sobre la vida emocional de las mujeres.

Conceptos tales como roles de género, particularmente la representación social de la mujer como madre y las relaciones de poder entre los géneros, han resultado útiles para estudiar los llamados estados depresivos. Es por ello que Burín habla de las “patologías del género” o más particularmente de las “patologías del género femenino” (Llamas-Martínez, 1996:21) que al no ser abordadas bajo las dicotomías clásicas, permiten una mayor flexibilidad para acercarse a la comprensión de ese malestar a través de una visión multidisciplinaria y que construye una alteridad positiva (Burín, 1990, citada en Llamas-Martínez, 1996).

El *Malestar Femenino* representa a las mujeres como enfermas en un amplio sentido: son histéricas, volubles, con temperamento naturalmente cambiante debido a su esclavitud biológica; son presa de sus emociones cuando menstrúan, cuando paren, cuando están embarazadas, cuando amamantan: parece haber una relación intrínseca entre la biología femenina y su enfermedad endémica. Las mujeres son incomprensibles, indescifrables para la mente lógica, porque sólo en parte pertenecen al mundo cultural; su componente esencial las define como naturaleza. De ahí su malestar perenne. De algún modo, la depresión como concepto es tan ambiguo porque las *mujeres* son ambiguas].

Así, para la comprensión del *Malestar Femenino* hay que considerar en conjunto las descripciones, diagnosis, percepciones, causas, efectos y prescripciones terapéuticas sobre la depresión, entendidos como parte sustantiva de la identidad de las mujeres, que se configuran en el contexto de una relación de poder entre géneros.

4. Método

4.1 Objetivo

Analizar a través de un análisis de discurso, la depresión de las mujeres como un rasgo constitutivo del imaginario de lo femenino en las sociedades contemporáneas⁴.

4.2 Supuestos

1) El imaginario de hombres y mujeres es atravesado por los discursos hegemónicos, contribuyendo esto a crear la idea de que las mujeres tienen un malestar intrínseco, representado por la tendencia a deprimirse.

2) La depresión de las mujeres ha sido construida a través de los discursos hegemónicos: médico, psiquiátrico y psicológico, en donde *parece ser* que la depresión es parte de la constitución identitaria de las mujeres, reflejada en los discursos de manera teórica. En este tipo de discursos las mujeres son consideradas como un colectivo, como idénticas, como homogéneas, que presentan depresión más frecuentemente que los hombres.

3) Las características simbólicas de la feminidad se traducen en una composición imaginaria, en la modernidad contemporánea, que, al parecer, patologiza a *las mujeres*, reproduciendo y difundiendo una figura social de feminidad que, paradójicamente, legitima el malestar como la *normalidad* del cuerpo y la psique femeninos.

4.3 Tipo de análisis

Para esta investigación se utilizó una metodología cualitativa, basada en la interpretación crítica utilizada por el feminismo.

La reflexión feminista no se plantea en principio como una teoría sino como una perspectiva crítica que devela un problema siempre presente pero siempre oculto. Así, el feminismo trabaja los supuestos teórico-metodológicos de una cierta disciplina que siempre subvierte no sólo las implicaciones políticas originales, sino

⁴ Entendiendo como sociedades contemporáneas, sociedades en las que hubo un proceso de transformación que se llevó a cabo gracias a la modernidad.

también las propias concepciones epistemológicas, lo que lleva al intento de comprensión del sentido más profundo del fenómeno estudiado, en este caso la depresión de las mujeres.

El análisis de los textos se realizó haciendo una interpretación del discurso a partir de los supuestos descritos en el marco conceptual, lo que permitió ir desarrollando la propuesta teórico-metodológica del trabajo, es decir se hizo una interpretación de los subtextos de cada texto elegido.

La herramienta para hacer lo anterior fue la interpretación fundamentada, utilizada por autores como Max Weber (Rella, 1998) pues toda labor interpretativa transforma por definición el sentido de lo dicho, el sentido profundo. En este caso se interpretó el discurso escrito de cada texto, desde una perspectiva de género tomando como herramientas críticas los conceptos de Identidad Femenina y Malestar Femenino antes desarrollados.

En cada uno de los textos seleccionados se analizó cómo se definen los conceptos *depresión en general* y *depresión de las mujeres*. Se interpreta por qué esas definiciones reproducen el imaginario social de la feminidad y las mujeres vinculado a las nociones de ambigüedad, sexo, otredad, oposición al pensamiento lógico, marginalidad, etcétera.

Se realizó un trabajo de interpretación teórico–metodológica de los textos, ya que desde esta perspectiva del género como ordenador simbólico, no se ha abordado el tema de la depresión de las mujeres, así como tampoco se han integrado términos como el de Identidad Femenina con el de Malestar Femenino.

La interpretación reflexiona acerca de:

- a) los discursos hegemónicos, que se consideran fuentes de conocimiento ampliamente aceptadas por quienes estudian el tema de la depresión desde diversas perspectivas y,
- b) sobre la noción de feminidad y de mujeres que subyace al discurso experto que goza de mayor aceptación en la definición, diagnóstico, prognosis y tratamiento recomendado de la depresión.

En esa interpretación se reflexiona acerca de los discursos hegemónicos que son parte de la modernidad, basados principalmente en los descubrimientos

científicos que tienen una metodología positivista-sexista, lo que contribuye a reproducir la imagen de las mujeres como referentes de marginalidad, de exclusión, de que algo les falta. El *Malestar Femenino* nos indica que, para los distintos discursos expertos, la mujer está vinculada a su biología, que la coloca en el lugar en que puede presentar la depresión como víctima de sus hormonas, de su naturaleza.

4.4 Procedimiento

Se eligieron 2 textos representativos del estudio de la depresión. El primer texto seleccionado para el análisis fue el de Mirna M. Weissman y Eugene S. Paykel, escrito en 1974, titulado The Depressed Woman: A Study of Social Relationships cuyo discurso es psicológico; el segundo fue el artículo de Susan Nolen-Hoeksema, escrito en 1987, intitulado “Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory” cuyo discurso es médico-psiquiátrico. En la parte del análisis se hablará más del contexto de dichos textos.

5. Tristeza y melancolía: referentes del concepto de depresión en Occidente

Es necesario tener presente que para el análisis de los discursos se considere el contexto en el cual se construye el concepto de depresión en Occidente, con la finalidad de observar los cambios que se han dado a través de la historia, por lo que, a continuación se presenta una revisión histórica.

Los primeros registros que se tienen de la depresión datan de hace más de veinticinco siglos. Inicialmente se le asociaba con la locura, la intervención de espíritus malignos o con manifestaciones de ánimo como la tristeza, el duelo o la aflicción. Sin embargo, fueron los griegos los primeros en utilizar el concepto de melancolía proveniente de “melania chole” traducido al latín como “altra bilis” y a las lenguas vernáculas como “bilis negra” que era sinónimo de tristeza y de conductas locas o nerviosas; su origen era atribuido a influencia de los dioses, que castigaban a los hombres que no les rendían adoración o tributo.

La primera descripción clínica de la melancolía fue hecha en Grecia por Hipócrates, en el siglo IV A.C., quien utilizaba el término melancolía para referirse al desorden mental, que implicaba un prolongado y exagerado estado de tristeza (Hidalgo, 1997). La melancolía se asociaba con aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad (Jackson, 1989).

Los médicos romanos continuaron con la idea de Hipócrates y consideraron que “la bilis negra”, constituía una manifestación de los humores del humano. Los romanos pensaban que esta bilis era un factor fundamental de la melancolía (*ibid*).

Sorano de Éfeso, médico romano señala que la melancolía es una enfermedad crónica, y describe sus signos de la siguiente manera:

“angustia mental, aflicción, silencio, animosidad hacia los miembros de la familia, a veces un deseo de vivir y otras veces un deseo vehemente de morir, sospechas por parte del paciente de que se está tramando algo contra él, llanto sin razón, murmullos incomprensibles, y, de nuevo, jovialidad ocasional; distensión precardiaca, sobre todo después de las comidas, frialdad en los miembros, sudor suave, dolor agudo en el esófago o el corazón...pesadez de cabeza, tez verdosa-negrucza o algo azulada, cuerpo delgado, debilidad, indigestión con eructos con mal olor; retortijones; vómitos, a veces sin echar nada y otras con sustancias amarillas, rojizas o negruzcas; descargas similares por el ano” (Meyer, 1951, citado Jackson, 1989:41).

Observaba también que la enfermedad es más frecuente entre los hombres, sobre todo de edad madura; raramente aparecía en mujeres.

Por otra parte, Rufo de Éfeso (1869, citado en Jackson, 1989) médico griego observó que quienes padecen melancolía están abatidos y llenos de miedos, y afirma que los signos principales son el miedo y la duda, con una idea engañosa y el resto normal. Comenta que la melancolía es más común en los hombres que en las mujeres, pero que, en caso de darse en éstas, es más grave.

En la Edad Media, Santo Tomás de Aquino y la mayoría de los pensadores católicos consideraron la melancolía como una enfermedad originada por las influencias demoníacas. Su tratamiento consistía en la práctica de rezos, exorcismos y penitencias, cuya finalidad era expulsar a los demonios (Hidalgo, 1997). Por ejemplo, Pablo de Egina (625-690), señala:

“La melancolía es un desorden del intelecto sin fiebre...Lo síntomas comunes a todos ellos [es decir, a los tres tipos] son miedo, desesperación y misantropía; y que se creen ser, algunos animales salvajes, e imitan sus gritos; y otros, cacharros de barro y tienen miedo de romperse. Algunos desean la muerte, y otros tienen miedo a morir; algunos ríen constantemente, y otros sollozan; algunos se creen impelidos por las altas instancias, y predicen el futuro, como si estuvieran bajo la influencia divina; y a éstos, por ello, se les llama endemoniados o posesos” (Wesley, 1979, citado en Jackson, 1989:58).

Entre los médicos árabes que escribieron acerca de la melancolía se encuentra Isaac ibn Miran, que trabajó en el siglo X, y la define como un sentimiento de aflicción y aislamiento que se forma en el alma debido a algo que el paciente cree que es real pero en verdad es irreal. Describe tres tipos de melancolía: 1) la forma en que se origina en el propio cerebro; 2) la forma en que la bilis negra afecta a todo el cuerpo, extendiéndose desde las piernas y afectando, en su momento, al cerebro como efecto secundario; y 3) la forma hipocóndrica, en que el cerebro se ve afectado como efecto secundario (Jackson, 1989).

Entre los teóricos más relevantes entre la Edad Media y el renacimiento se encuentran:

Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), conocido por el nombre de Paracelso, quien refiere que los melancholici eran una de las cuatro

clases de locos, aquéllos que por su naturaleza pierden la razón y enloquecen (Paracelsus, 1941, *ibid*).

Timothie Bright (1550?-1615) médico y clérigo apunta que:

“Las perturbaciones de la melancolía son principalmente tristeza y miedo, y lo que de ellos sale, como la desconfianza, la duda, la hurañía o la desesperación, a veces furiosa, y a veces alegre en apariencia, con una especie de risa sardónica y falsa, según la disposición del húnos produce estas adversidades. Aquellos que están tristes y pensativos es por ese humor melancólico que es la parte más espesa de la sangre, ya sea jugo o excremento, que no sobrepasa la temperatura natural, y que se llama frío por sólo comparación. Éste en su mayor parte está establecido en el bazo, y con sus vapores incomoda al corazón y pasa al cerebro, inventando horribles objetos de fantasía, y polucionando tanto la sustancia como el espíritu del cerebro, causándole sin ocasión exterior la forja de monstruosas ficciones, y terribles para el concepto (es decir, la facultad de concebir, la razón), que el juicio equivoca al ser presentados por este instrumento desordenado, enviados al corazón, que no tiene juicio de discreción en si mismo pero que, dando crédito a la equivocada información del cerebro, resulta en una pasión desordenada, contra la razón” (Jackson, 1989:85).

André Du Laurens (1560?-1601) define la melancolía como un delirio o una especie de chochez sin fiebre, normalmente acompañada de miedo y tristeza, sin ninguna razón aparente y luego añade que la chochez se da cuando algunas de las facultades mentales, como la imaginación o la razón, se corrompen. Subraya que la melancolía es una de las tres enfermedades que más fuertemente embisten contra las mentes, las agrupa en frenesí, locura y melancolía (*ibid*).

A mediados del siglo XVII la melancolía era un síndrome clínico establecido en íntima asociación con la teoría de los humores desde hacía doscientos años, pero a mediados de este siglo aparecieron cambios conceptuales en el campo de la melancolía asociados con la decadencia de la teoría de los humores. Por ejemplo, Thomas Willis (1621-1675) define melancolía como un desvarío sin fiebre o furia asociado a miedo o tristeza, además la divide en dos tipos, una universal, en la que los perturbados tienen delirios con todas las cosas, o por lo menos la mayoría hasta el punto que no juzgan con clarividencia casi ningún tema y la otra, particular, en que imaginan erróneamente en uno o dos casos determinados, pero en la mayor parte del resto de las cosas sus ideas no son muy congruentes (Willis, 1983, *ibid*).

El concepto de depresión se deriva del latín “de” y “premere” (apretar, oprimir) y “deprimere” (empujar hacia abajo). El término depresión entró en uso en el inglés durante el siglo XVII y en ese mismo siglo se dan casos en los que se utiliza para significar la depresión del espíritu o aflicción. De acuerdo con Stanley W. Jackson (1989) hay referencias ocasionales en el siglo XVII a “depresión de ánimo” y Robert Burton se refiere a que “están deprimidos”, hasta el siglo XVIII el término depresión no encuentra lugar en los escritos sobre melancolía y la aflicción.

En 1725, Richard Blackmore menciona la posibilidad de estar deprimido con profunda tristeza y melancolía. En 1752, en *The Rambler*, utiliza la frase “observaron su depresión” (Johnson, 1969 citado en Jackson, 1989). En 1801, Philippe Pinel menciona la depresión de espíritu por abatimiento y depresión y ansiedad habituales. En 1813, Samuel Tuke incluía dentro de la melancolía “todos los casos...en que el desorden está marcado principalmente por la depresión de la mente” (*ibid*).

Fue en el siglo XIX cuando se despertó formalmente el interés por estudiar e identificar la “melancolía” desde el punto de vista médico y científico. Se dejó de enviar a las personas “melancólicas” con los homicidas y leprosos de los manicomios y solamente eran conducidos a los asilos cuando existía riesgo suicida. Fue a partir de estas investigaciones que se comenzó a considerar su posible origen con base en alteraciones biológicas y de pensamiento; el estado de ánimo o de humor fueron consideradas como consecuencias (síntomas) de estas alteraciones (Hidalgo, 1997).

Entre quienes investigaron la depresión en esta época se encuentran:

Benjamín Rush (1745-1813) padre de la psiquiatría norteamericana, quien desarrolló una teoría unitaria de la enfermedad (Rush, 1809, citado en Jackson, 1989) que implicaba que todas las enfermedades son esencialmente fiebres, incluyendo la melancolía.

Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) definió la melancolía como “una enfermedad cerebral caracterizada por delirio parcial crónico, sin fiebre, y sostenido por una pasión de carácter triste, debilitante u opresivo” (Jackson, 1989:146). Explica que las causas son numerosas y comunes; observa que la

soledad sirve con frecuencia para reponer las fuerzas morales agotadas por las pasiones.

Johann Christian Heinroth (1773-1843) trata la melancolía en un esquema nosológico, el de perturbaciones del alma. Dentro de esta clase había tres órdenes: exaltaciones, depresiones y mezclas de exaltación y debilidad (Jackson, 1989).

Richard Von Krafft-Ebing (1840-1902) señala que “el fenómeno fundamental de la melancolía está formado por una depresión emocional penosa, que no tiene causa externa, o la tiene insuficiente, y una general inhibición de las actividades mentales, que pueden quedar totalmente paralizadas” (Jackson, 1989:164).

Para Emil Kraepelin (1856-1926) en la primera edición del compendio llamado *Psyquitrie* en 1883, la categoría principal de estados depresivos incluía la melancolía simple y la melancolía con delirio; la melancolía activa o melancolía agitada agrupadas en formas de manía y sus psicosis periódicas comprendían la melancolía periódica y la locura circular con su fase depresiva. De la segunda a la cuarta edición se encontraban casos de melancolía con delirio curables como las locuras con delirio, e incurables como las paranoias.

En la quinta edición, comenzó el proceso de organización de dos grupos nosológicos, juntando las psicosis que él considerada deteriorantes y no deteriorantes. En el primer grupo estaban aquellas enfermedades que pasarían a formar parte de la esquizofrenia y en el segundo juntó la manía con la melancolía y la locura circular. Además introdujo una categoría de enfermedades mentales adquiridas (exógenas), y una categoría de enfermedades mentales que provenían de la herencia (endógenas) (Hidalgo, 1997).

En la sexta edición incorporó las enfermedades maniaco-depresivas de la siguiente manera:

“La insania maniaco-depresiva comprende, por un lado, todo el campo de la llamada periódica o circular y, por el otro, la manía simple, normalmente diferenciada de las anteriores. En el curso de los años me he ido convenciendo cada vez más de que todos los cuadros mencionados no son sino formas de un único proceso enfermizo...determinados rasgos fundamentales vuelven a aparecer en la misma forma, aunque presenten muchas diferencias superficiales. Quienquiera que conozca los rasgos fundamentales siempre podrá, teniendo en cuenta determinadas dificultades prácticas, sacar la conclusión de que esa fase aislada pertenece a un amplio ciclo de formas incluidas en el grupo de insania maniaco-depresiva (...)” (Kraepelin, s.f, citado en Jackson, 1989).

Kraepelin trató los estados depresivos, nombrando al primer grupo de retardación simple, al que consideraba como la forma más leve, sin alucinaciones, ni ideas delirantes importantes, dificultad para pensar, tomar decisiones y expresarse. El segundo grupo estaba caracterizado por alucinaciones e ideas delirantes de persecución y autoacusación, un estado emocional de tristeza, retardo psicomotriz, dificultad de pensamiento, síntomas físicos e hipocondriacos, falta de apetito y estreñimiento, insomnio, sueños con ansiedad. El último grupo sería denominado como estados de estupor caracterizados por ideas delirantes casi permanentes, incoherentes y alucinatorias (Hidalgo, 1997).

De acuerdo con Alfonso Hidalgo (1997) Kraepelin fue el principal precursor del modelo médico-biológico de la depresión con base en la postura antes señalada.

Adolf Meyer (1895-1940) psiquiatra estadounidense, destacaba la importancia de comprender la historia de la vida personal y su fenomenología para poder entender el origen de las enfermedades psiquiátricas. También describió los complejos sintomáticos más comunes de la depresión:

“Depresión constitucional: temperamento pesimista, tristeza y desesperación ante la menor provocación. Estos ataques se ven a veces acompañados de marcados sentimientos de ansiedad. Melancolía simple propiamente dicha: depresión excesiva o totalmente injustificada, frecuentemente acompañada de sueño defectuoso, dolor precordial o inquietud; susceptibilidad ante el aspecto desagradable y preocupante de las cosas, y un sentimiento de autodespreciación, de pecaminosidad, sin el reconocimiento de la naturaleza enfermiza de tan injustificado estado. Otras formas se caracterizan por el malestar “neurasténico” prolongado y un sentimiento de depresión y por gran tendencia a referir estos sentimientos a influencia de otros, a envenenamiento, hipnotismo, electricidad, a violación nocturna; o se presentan quejas hipocondriacas, frecuentemente de carácter absurdo” (Jackson, 1989:185).

En 1905, este médico señaló respecto a la clasificación de la melancolía que:

“deseoso de eliminar el término de melancolía, que implica un conocimiento de algo que no poseemos, y que había sido empleado en formas específicas diferentes según los autores. Si, en lugar de melancolía, aplicáramos el término depresión a toda la clase éste designaría de forma presuntuosa lo que se entiende en el uso común del término melancolía; y nadie dudaría que con fines médicos el término tendría que ser ampliado para denotar el tipo de depresión (...)” (Jackson, 1989:186).

Eugen Bleurer (1857-1939) consideraba la necesidad de una delineación más rigurosa del “síndrome maniaco-depresivo”, de modo que se excluyera de su diagnóstico cualquier tipo de desorden que implicara síntomas emparentados con los de la *dementia praecox*. Refería los síntomas básicos del grupo de las psicosis afectivas así:

“Humor exaltado o depresivo.

Fuga de ideas o enaltecimiento del fluido mental

Lentitud en la resolución de problemas y en el comportamiento. Euforia, fuga de ideas y actividad bajo presión en la `fase maníaca`. Depresión, retardación asociativa y centrífuga en la `fase melancólica`. Frecuentemente se presentan síntomas de ambas fases de forma simultánea. Como síntomas accesorios aparecen también delirios y alucinaciones (visuales y auditivas) y manifestaciones `nerviosas`.” (Hidalgo, 1997:13-14).

Consideraba que la “melancolía” o “la fase depresiva”, se caracterizaba porque matizaba de tristeza a todas las experiencias de vida y se acompañaba por síntomas de ansiedad y dolor precordial (Hidalgo, 1997)

Se puede observar claramente como se va dejando de hablar de la melancolía y se comienza a hacer uso del concepto de depresión, así como a mencionar los diversos tipos de depresión. Edward Mapoteher defendía que los tipos de depresión estaban relacionados unos con otros en un continuum en vez de ser desórdenes diferenciados.

Para muchos psiquiatras era muy atractiva la idea de la depresión endógena, tratando de que la terminología no tuviera en sí ninguna desviación ni orgánica, ni psicógena. La dicotomía endógena-exógena se termina con la propuesta de depresiones primarias y secundarias. Las primarias se definen como un episodio depresivo que se presenta en un paciente cuya historia anterior puede describirse de dos maneras, sin problema psiquiátrico alguno o con algún episodio anterior de manía o de depresión sin ninguna otra enfermedad psiquiátrica y la depresión secundaria se definió como un episodio depresivo que se presenta en un paciente que haya padecido anteriormente una enfermedad psiquiátrica diagnosticable que no sea un desorden afectivo primario (Jackson, 1989).

En el siglo XX las interpretaciones psicodinámicas son las que predominan (García-Santalla, Pérez y Recio, 1989) para definir lo que es la depresión, por ejemplo, la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud.

Entre los datos más relevantes del siglo XX, se encuentra que en 1980 Spitzer et al. hicieron una clasificación de las depresiones en la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III). El esquema incluía, dentro de los desórdenes afectivos, desórdenes afectivos graves, subdivididos en desórdenes bipolares (mixtos, maníacos o deprimidos) y depresiones graves (episodio único o recurrentes); otros desórdenes afectivos específicos subdivididos en ciclotímicos y distímicos (neurosis depresivas) y desórdenes afectivos atípicos subdivididos en desórdenes bipolares atípicos y depresiones atípicas (Spitzer, 1980, citado en Jackson, 1989).

Estos autores presentaron un resumen de la experiencia estadounidense en la clasificación de los desórdenes depresivos, aludiendo a anteriores errores y explicando cómo intentaban evitarlos:

“El término desórdenes de la afectividad se utilizó por primera vez en 1951 en la clasificación de la Standard Veteran’s Administration e incluía la reacción maniaco-depresiva, la reacción depresiva psicótica y la melancolía involutiva. La clasificación del DMS-1 de 1952 era esencialmente la misma que la de la Standard Veteran’s Administration, aunque con ligeras modificaciones. Los desórdenes de la afectividad pasaban a ser reacciones afectivas, y la melancolía involutiva aparecería reclasificada en el grupo general de desórdenes del metabolismo, el crecimiento y la nutrición o función endocrina. La DSM-II publicada en 1968, estaba fuertemente influida por la octava edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-8). Las reacciones afectivas de la DSM-I eran ahora desórdenes afectivos graves, que incluían tanto la melancolía involutiva como la enfermedad maniaco-depresiva, pero excluían la reacción psicótico-depresiva que ahora aparecía en otro apartado. La reacción depresiva de la DSM-I pasó a ser neurosis depresiva en la DSM-II.

Al confeccionar la DSM-III, nuestro principal problema era decidir si debíamos continuar o no la tradición de enumerar los desórdenes de carácter en áreas de la nomenclatura. Como indica la revisión histórica, la implicación de asignar una forma leve de un desorden episódico a la categoría de neurosis era que se entendía mejor o como reactiva o como una defensa contra la ansiedad en contraste con las formas graves que generalmente se veían como endógenas. Además, la implicación de catalogar algunos cambios de humor ligeros como desórdenes de la personalidad daba por sentada una discontinuidad con las formas graves aun cuando la mayoría de los observadores siempre han creído que las formas leves estaban de una manera u otra relacionadas con las graves.

El enfoque general que se toma en la clasificación DSM-III es el de utilizar la etiología como eje de clasificación sólo en caso de que existan pruebas convincentes" (Spitzer, et al, 1977 citado en Jackson, 1989:203-204).

En la descripción anterior se pueden observar los cambios dentro del *Manual de Diagnóstico de Desórdenes Mentales* con respecto a la depresión. En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-III-R los trastornos depresivos se encuentran dentro de los trastornos del ánimo. Los trastornos depresivos se clasifican en depresión mayor, distimia y trastorno depresivo no especificado.

En el penúltimo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV (1999), la depresión también se encuentra en el apartado de los trastornos de estado de ánimo y ahí se encuentran clasificados como trastornos depresivos, en donde se localizan el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado; en éste último se considera el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo menor, el trastorno depresivo recidivante, el trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia, un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante y casos en donde es difícil llegar a una conclusión, si es por enfermedad médica o inducido por alguna sustancia (APA, 1999).

En el último *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV-TR (2002), los trastornos depresivos también se encuentran en la sección de trastornos del estado de ánimo, los que están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en su etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos son: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado; se distinguen de los trastornos bipolares por no haber historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco.

Con lo anterior se puede observar cómo se transformaron los conceptos de tristeza y melancolía en el concepto depresión a través de la historia, en donde se puede notar que han sido principalmente hombres *científicos* médicos y

posteriormente psiquiatras los que la han conceptualizado y clasificado hasta la actualidad.

6. Discursos hegemónicos que han construido el concepto de depresión

El término *depresión* tiene una historia reciente y las acepciones que recibe actualmente están directamente ligadas al nacimiento de las disciplinas médicas y sociales encaminadas a estudiar y tratar los desórdenes de la conducta individual, las patologías del comportamiento y/o el sufrimiento y las alteraciones emocionales.

La mayor parte de las definiciones emanadas de estos distintos enfoques señalan a la depresión como un estado de ánimo que conjuga melancolía, apatía y tristeza en las personas que la sufren, es decir la mayoría de estas definiciones hablan de sus manifestaciones en la conducta. En estas definiciones no se habla de factores que son fundamentales para explicarla: cuáles son sus causas, en qué consiste su funcionamiento somático; qué tipo de tratamiento se prescribe y por qué, etcétera. Si se pone atención, al menos en las definiciones generales no se vincula la enfermedad con la pertenencia al (género) sexo femenino.

El concepto de depresión se ha construido, desde diversos discursos hegemónicos, entre los que se encuentran el médico, el psiquiátrico y el psicológico, que a continuación se presentan. Es relevante mencionar que el siguiente análisis de los discursos no es exhaustivo, sino que se mencionan referentes para conocer lo que señalan con respecto a la depresión. Tampoco se consideran los debates de los diferentes términos, por ejemplo “indefensión aprendida” del discurso psicológico, pues cada discurso tiene muchos términos que podrían ser cuestionados.

6.1 Discurso médico

Durante el siglo XX se identificaron diversos tipos de trastornos depresivos, generalmente antagónicos, por ejemplo: neurótico o psicótico, biológico o psicológico, etc. Autores como Kraepelin, Meyers y Bleuler consideraban que existía una clara diferenciación entre depresiones originadas por algún factor externo y aquellas de origen interno (Jackson, 1989; Calderón, 1985; Arietti, 1990, citado en Hidalgo, 1997). A las originadas por algún factor externo se les ha denominado como neuróticas, psicológicas y reactivas, mientras que a las segundas se les ha

denominado psicóticas, médico-biológicas y endógenas no reactivas (Hidalgo, 1997).

A partir de los resultados de diversas investigaciones, especialmente en los años ochenta esta perspectiva médico-biológica se ha enfocado al estudio de las depresiones endógenas, que tienen como base factores causales (genéticos, bioquímicos, hormonales, celulares) y ha puesto énfasis en los tratamientos farmacológicos y electroconvulsivos para atacar los síntomas (*ibid*).

En este modelo científico se sostiene que las enfermedades se atribuyen a causas naturales y el tratamiento queda a cargo de un médico, quien usa en beneficio del enfermo los recursos de la ciencia (De la Fuente, 1992).

Lehman (1971, *ibid*) señala con respecto a la incidencia y prevalencia de la depresión que de 3 a 4% de la población mundial, es decir una de cada 25 personas padece depresión; solamente una de cada cinco recibe tratamiento médico y una de cada 50 es hospitalizada. Dada la prevalencia se puede decir que el reconocimiento de este estado por el médico influye en la clase de medicina que practica.

Por otra parte, los datos epidemiológicos indican que las formas de depresión endógena no han aumentado. La depresión en sus distintas formas ocurre en ambos sexos, en todas las edades, en todas las sociedades y en todas las culturas (De la Fuente, 1992).

En el área de la bioquímica, se ha señalado que la perturbación del humor se encuentra relacionada con la producción y utilización de las aminas biogénicas que actúan como neurotransmisores en el sistema nervioso central: catecolaminas (norepinefrina y dopamina) e indolaminas (serotonina). Todavía se discute el papel de unas y otras. Con respecto al diagnóstico descansa esencialmente en la comunicación por el enfermo de su experiencia subjetiva y en la observación de la conducta explícita: los datos biográficos personales y familiares que se recogen complementan esta información. Los médicos no especialistas pueden realizar el diagnóstico de depresión siempre y cuando exploren el estado afectivo de los pacientes, sin pretender simplificar el problema (*ibid*).

La depresión se aplica a los trastornos de la afectividad que se presentan en condiciones únicas, o acompañando a otros estados patológicos (Farmer, 1989,

citado en De la Fuente, 1992) su síntoma central es el abatimiento de humor, abarca las esferas psíquica, somática y conductual. El núcleo de la depresión lo constituyen en la *esfera afectiva*, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses y la angustia, en la *esfera cognitiva* están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y la autodevaluación. En la *esfera somática* son muy frecuentes, la pérdida de peso, de apetito y la perturbación del sueño (De la Fuente, 1992).

Por otro lado, María Elena Medina-Mora y colaboradores (1992, citados en Lara, 2002) encontraron en un estudio en población general de la Ciudad de México, que del total de personas con trastornos que pide ayuda 54% lo hacen a familiares o amigos, 10% a sacerdotes o ministros y 15% recurre a la automedicación y sólo 5% acude a los servicios de medicina general; un porcentaje similar acude a los centros especializados de salud mental de seguridad social y 2.5% a los servicios especializados para la población abierta. Entre los obstáculos más importantes para utilizar los servicios se encontraron el desconocimiento y los prejuicios, la falta de tiempo y dinero. Sólo 1.9% recibió psicoterapia.

En la actualidad el discurso médico es uno de los principales discursos que ha establecido criterios de salud mental femenina, especialmente en lo que se refiere al diagnóstico, al pronóstico, al tratamiento (Burín, Moncarz y Velázquez, 1990).

En el campo de la salud mental de las mujeres, la construcción de la noción salud-enfermedad ha demostrado ser la formulación de un problema, pero hasta ahora, quienes lo han formulado, las teorías de las cuales han partido, así como las prácticas utilizadas, llevan a comprender que hay un sesgo sexista y con una perspectiva médica hegemónica, cuyas características según Eduardo Menéndez (s.f citado en Burín, Moncarz y Velázquez, 1990) son biologicismo, a-historicidad, a-sociabilidad, individualismo, mercantilismo y eficiencia pragmática.

De acuerdo con Mabel Burín, Esther Moncarz y Susana Velázquez, (1990) en términos de enfermedad mental, se ha utilizado una ideología de la diferencia sobre

la enfermedad que asegura la marginación social de aquellos considerados como diferentes.

Es relevante observar que la conceptualización desde esta perspectiva es general, no especifica sexo, sino que refiere las descripciones, diagnóstico, percepciones, causas y efectos para hombres y mujeres, por lo que hay que preguntarse cuándo se comienza a observar que las mujeres son quienes presentan más frecuentemente la depresión, catalogada como una enfermedad desde la antigüedad.

María Asunción Lara (2002) refiere que la mayoría de los estudios sugieren que los síntomas son similares en mujeres y hombres. En cuanto a las diferencias encontradas en las manifestaciones clínicas de la depresión se encuentran: mayor aumento de apetito y de peso en las mujeres y menor pérdida de peso en los hombres, mientras que los hombres tienen menos accesos de llanto pero reducen su comunicación verbal (Piccelli y Gómez Homen, 1997, citados en Lara, 2002). Las mujeres muestran mayor insatisfacción con su imagen corporal que los hombres con el mismo diagnóstico (Hartung y Wilderg, 1998, citados en Lara, 2002).

Tanto el estado de ánimo deprimido, como la presencia de sintomatología depresiva y los trastornos clínicos, han sido reportados más prevalentes en las mujeres (MCGrath y cols., 1990; Piccelli y Gomez Homen, 1997, citados en Lara, 2002). En México se reportan 17% de mujeres en comparación con 8.5% de hombres (Medina Mora y cols., 1992, *ibid*). Según señala Piccinelli y Gomez Homen, (1997, citados en Lara, 2002) las diferencias por género no son resultado de algún sesgo metodológico. Estos autores analizaron las investigaciones para observar posibles sesgos. El primero tiene que ver con que la diferencia reportada puede deberse a cómo se define "caso" y a los procedimientos de medición. Encontraron que, aunque las mujeres tienden a reportar más síntomas criterios asociados con la depresión en comparación con los hombres, esto no explica las diferencias entre unas y otros.

Bebbington (1996, citado en Lara, 2002) concluye que en este padecimiento la diferencia por sexo es uno de los datos más sólidos de la epidemiología psiquiátrica y es independiente del lugar, método de evaluación y sistema de

diagnóstico. De acuerdo con Lara (2002), es notable la ausencia de explicaciones satisfactorias sobre las causas de estas diferencias.

Otro dato importante que hay que considerar en la salud de las mujeres, específicamente con respecto a los servicios médicos, es que acuden más a éstos que los hombres, pues las estadísticas indican mayor depresión en las mujeres probablemente porque son quienes asisten más a esos servicios.

De acuerdo con el INEGI (2000) a nivel de la República Mexicana acuden 29,785,096 mujeres entre 15 y 64 años a servicios médicos, mientras que los hombres de la misma edad que acuden al médico son 26,925,920. En cuanto a mujeres y hombres que se encuentran en edades de reproducción, ésta es una causa para que las mujeres asistan más al médico que los hombres.

Los servicios médicos en donde solicitan más atención, según la Estadística de egresos hospitalarios del sector público del Sistema Nacional de Salud, 2001 son los de seguridad social (60%).

6.2 Discurso psiquiátrico

La enseñanza de la psiquiatría se inició a fines del siglo XIX. En la salud mental las definiciones sobre la patología de la psiquiatría requirieron de la elaboración de un marco independiente y paralelo al microbacteriológico que lograra explicar lo que sucedía adentro del cuerpo. A fines del siglo XIX el cuerpo de la patología mental elegido fue el cerebro, a partir de ahí la investigación sobre su propio funcionamiento y la hipotética relación con la mente, deriva de tratamientos de la química cerebral, cirugías y exploración de la actividad eléctrica (Revueltas, 1998).

La psiquiatría en sus inicios se definió por la necesidad de contar con criterios diagnósticos para enfermedades mentales, se crearon divisiones y subdivisiones y se construyeron conceptos sobre las distintas formas de trastornos observados en la patología mental. De tal manera que la nosología fue un área prolífica al inicio de la psiquiatría. El concepto de enfermedad se caracteriza por ser una entidad a los síntomas, una grave señal que transforma la naturaleza que parece negar que de lo se está hablando es de personas enfermas (Revueltas, 1998).

De acuerdo con Richard Von Krafft-Ebing (citado en Jackson, 1989; Revueltas, 1998) la depresión podía ser causada por un evento externo y difícilmente permite comprobar uno orgánico. Los conductos del órgano psíquico perturbados y la inhibición de actividades mentales eran el proceso de la melancolía, la cual se manifestaba en la depresión que mantenía al individuo en inactividad y degeneración.

Los factores hereditarios también formaban parte importante de las explicaciones sobre el origen de las depresiones, pero la forma de comprobarlo era a partir de preguntar si en la línea materna había algún pariente que hubiese demostrado carácter melancólico.

En 1975 en nuestro país se prestó mayor atención a los trastornos mentales como la depresión o los trastornos afectivos como ocupantes del cuarto lugar en los padecimientos presentados por la población, con respecto a su incidencia y prevalencia (Elorriaga, 1976, citado en Revueltas, 1998). Es fundamental señalar que la epidemiología en el contexto de la salud mental es considerada como una rama que ahora se ocupa de observar las causas que originan la aparición de enfermedades, ya que no sólo registran la frecuencia sino también recuperan datos como la edad, el lugar y el tiempo en el que aparecen, por lo que la lectura de los estudios epidemiológicos en el discurso psiquiátrico es la observación de variables recuperables en relación con la ocurrencia y prevalencia así como a la búsqueda e indagación de las causas asociadas al trastorno (Revueltas, 1998).

Carlos Campillo y Jorge Caraveo (1979, citados en Revueltas, 1998) señalan que la etiología de la depresión es múltiple y compleja, entonces refieren factores que hasta 1979 pudieron ser recuperados para su etiología:

“Para fines didácticos se dividen en factores concomitantes, predisponentes y precipitantes. De entre los concomitantes se ha mencionado como los más importantes a las enfermedades físicas y al alcoholismo. Entre los predisponentes, a la carga genética de la familia, al biotipo corporal, a la pérdida de uno de los padres en la primera infancia. De entre los factores precipitantes se destaca lo que se ha dado en llamar eventos de la vida (por ejemplo, pérdidas de seres queridos, descalabros económicos, baja de estatus social, etc.) las enfermedades físicas (infecciones ligeras como cuadros gripales), las intervenciones quirúrgicas y, en las mujeres, los partos y los abortos” (Campillo y Caraveo, 1979, citados en Revueltas, 1998: 16-17).

Así, la definición aseguró la asociación de factores con la ambigüedad en la relación entre los elementos, la depresión es al mismo tiempo la causa y/o consecuencia ante los eventos y problemas de forma tal que para la epidemiología queda registrada como el padecimiento principal. En los años ochenta, en México Calderón (1987, citado en Revueltas, 1998) señala que en una encuesta a población general la depresión es de 14.1% cifra que coincide y en casos supera los datos reportados por otros estudios en el mundo. A partir de este momento el concepto de depresión para los médicos psiquiatras fue ampliado en la nueva forma de depresión enmascarada, sumándose a los cuadros depresivos ya reconocidos (por los psiquiatras). Dentro del campo de la epidemiología los psiquiatras discuten acerca de los factores etiológicos de la depresión construyendo relaciones causales y dinámicas ambiguas, las cuales permiten diagnosticar en las diversas circunstancias la depresión (Revueltas, 1998).

En la psiquiatría se elaboran observaciones clínicas, de consulta y laboratorio para lograr un conjunto de síntomas. A diferencia de otras especialidades donde el signo tiene mayor valor que el síntoma, en patología mental existe mayor dependencia de los síntomas y de la expresión subjetiva de los mismos. El psiquiatra agrupa un conjunto de síntomas para hacerlos corresponder a una categoría conocida, en la cual coincidan los signos y los síntomas recabados. Actualmente uno de los manuales más utilizados para considerar la depresión como trastorno es el DSM-IV-TR, generalmente utilizado por psiquiatras, médicos y psicólogos. En este manual los trastornos depresivos que como se mencionó se encuentran en los trastornos del estado de ánimo son:

- Trastorno depresivo mayor, que se caracteriza por uno o más episodios depresivos, se deben presentar al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por lo menos de cuatro síntomas de depresión como insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento de peso, fatiga, sentimientos de inutilidad, de culpa.
- Trastorno distímico, que se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él,

acompañados de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- Trastorno depresivo no especificado; se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con el estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (APA, 2002).

Otra clasificación de la depresión, de acuerdo con María de los Ángeles Sánchez (1992), es la siguiente:

- Por su intensidad:

Leves: Sentimiento neurótico de inferioridad sin repercusión importante en cuanto a la función.

Moderadas: el sentimiento neurótico afecta ligeramente la función.

Severas o graves: el más terrible de los síntomas que caracterizan los estados psicóticos de melancolía.

- Por su tiempo:

Inicial: cuando el paciente trata de aliviar sus sufrimientos activamente, solicitando ayuda de los demás, reconquistando su objeto de amor perdido.

Crónica: la depresión avanza, pasa desde reacciones adaptativas, reacciones neuróticas hasta psicosis graves. La persona deprimida coexiste con tendencias destructoras, lo cual se puede complicar con una depresión seria y llegar hasta el suicidio.

Enmascarada: cuando el paciente no suele considerarse a sí mismo como deprimido, pero tiene los síntomas de la depresión y el efecto es negado o escondido.

- Por sus causas:

Exógenas: o reactivas en donde los orígenes son externos, reacción ante tensión, pérdidas objetales.

Endógenas: alteraciones internas, endocrinas, bioquímicas, genéticas.

Mixtas: cuando se conjugan ambas.

La clasificación es fundamental en dos campos básicos de la psiquiatría, el clínico y el de investigación. La correspondencia entre éstos depende de la línea o cuerpo teórico y de la relevancia que en ciertos momentos tiene la variable o síntoma a destacarse (Revueltas, 1998). Por lo tanto, para la psiquiatría es imprescindible tener claros los síntomas para clasificar las enfermedades y con base en ello se diagnostica y se da el tratamiento más adecuado de acuerdo al especialista.

En el siglo pasado la psiquiatría se planteó diversas hipótesis para explicar las causas de los trastornos afectivos de la depresión, entre las que se encuentran:

a) Psicodinámica, que postula que los conflictos intrapsíquicos son la causa de trastornos afectivos.

b) Aprendizaje conductual, que asume que el pensamiento y sentimientos son conductas aprendidas y que los reforzamientos provocan los trastornos.

c) Psicobiológica, que considera que algunos casos pueden ser causados por factores biológicos y que tratamientos de tipo somático pueden ayudar a aliviarlos.

Dentro de ésta existen varias hipótesis:

- Hipótesis catecolaminérgica: que se apoya en la observación de la mejoría clínica con antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa y tricíclicos y la capacidad que tienen, junto con estimulantes de inducir estados maníacos. Estimulantes y antidepresivos influyen en la función de los neurotransmisores conocidos como catecolaminas (epinefrina, norepinefrina, dopamina). Sin embargo, existen dos fuertes evidencias en contra de esta hipótesis: la administración de L-dopa, precursor de la dopamina y norepinefrina no mejora la depresión y no se ha demostrado, midiendo los niveles de metabolitos (sustancias inactivas en que se transforman los neurotransmisores) en líquido cefalorraquídeo, sangre u orina, que haya bajo nivel de norepinefrina en personas deprimidas.
- Hipótesis de balance adrenérgico-colinérgico: el desequilibrio entre los dos neurotransmisores provocaría depresión, si predomina la acetilcolina y la manía si predomina la norepinefrina.

- Hipótesis de la serotonina: supone la disminución de la serotonina, pero el uso de precursores de la misma no alivia los síntomas de la depresión.
- Hipótesis de la dicotomía norepinefrina/serotonina: supone la existencia de dos tipos de depresión, una causada por la deficiencia de la serotonina y la otra por la deficiencia de la norepinefrina. Esta hipótesis no ha sido sustentada por estudios de laboratorio.
- Hipótesis de los opioides: Postula que la depresión es causada por la disminución cerebral de sustancias semejantes al opio, producidas de manera natural por el sistema nervioso. El uso de agonistas o antagonistas no ha podido comprobar esta hipótesis.

d) Hipótesis de la vía final común: considera la participación conjunta de las siguientes condiciones: vulnerabilidad biológica, historia personal del paciente, desencadenantes psicosociales, condición fisiológica general y rasgos y organización de la personalidad. (<http://www.enfermerianatural.galeon.com/aficiones766890.html> 10 de mayo de 2004).

Se puede observar que existen diversas hipótesis para explicar la fisiología de la depresión, lo que se conoce son los síntomas, pero no hay mucha claridad en qué pasa con los neurotransmisores. Se sabe que actúan en la depresión la acetilcolina, norepinefrina, dopamina y serotonina, pero no se sabe muy bien cómo.

R. Castell (1984, citado en Burín, Moncarz y Velázquez, 1990) señala que la asistencia a las mujeres en la psiquiatría está íntimamente vinculada con el paradigma positivista psiquiátrico tradicional, en el que es necesario asistir a las mujeres, ayudarlas, para que ellas puedan hacer lo mismo con las personas que le rodean en su intimidad familiar y doméstica. Se basa en la concepción de las mujeres como sujetos en tanto madres, esposas y amas de casa. A la vez, este paradigma ubica a las mujeres como objetos de políticas asistenciales, y no como sujetos que definen sus necesidades.

Burín, Moncarz y Velázquez (1990) puntualizan que hay tres modelos de salud de las mujeres:

a) El modelo psicopatológico, en el que todas las mujeres son un poco locas. El modo de intervención es principalmente a través de fármacos.

b) El modelo emotivo-sensible, en el que las mujeres son saludables en tanto que puedan mantener su equilibrio emocional y armonizar lo afectos entre quienes las rodean y su modo de intervención es a través de psicoterapias, en las que resolverán los conflictos, integrándolos a su vida.

c) El modelo tensional-conflictivo, en el que las mujeres padecen estados de malestar, que expresan a través de sentimientos de tensión y de conflicto; la agudización de los estados de conflicto, denominados crisis, constituyen situaciones óptimas para abordar las problemáticas de las mujeres. Se basa en identificar a las mujeres como un grupo social que padece condiciones opresivas de existencia, especialmente en su vida cotidiana. Es el modelo menos desarrollado.

Los modelos a y b son de carácter esencialista, en donde todas las mujeres están un “poco locas” o son saludables mientras sean equilibradas. Lo que permite observar la generalización de las mujeres, que son consideradas como un colectivo, como idénticas.

En este mismo contexto, otro dato relevante presentado en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México es que los hombres presentan más prevalencia de cualquier trastorno registrado en el DSM IV y la CIE-10 (Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico) en comparación con las mujeres. Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas de cualquier trastorno en los últimos 12 meses -14.8%-12.9%- (Medina-Mora et al, 2003).

Al analizar los trastornos por sexo los tres trastornos principales para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Mientras que para los hombres los trastornos fueron la dependencia del alcohol y los trastornos de conducta.

Lo anterior da un panorama general de los trastornos psiquiátricos en México y en particular que las mujeres son las que presentan más depresión que los hombres, por lo menos en el trastorno depresivo mayor.

En el discurso de esta perspectiva prevalece, de acuerdo con Gabriela Revueltas (1998), que la depresión es un trastorno de las mujeres, lo que obliga a pensar que la mayoría de los médicos psiquiatras son hombres y los pacientes deprimidos en su mayoría son mujeres.

La depresión ha sido caracterizada como un desorden mental prevaleciente en mujeres de baja escolaridad, nivel socioeconómico bajo y en separación conyugal, divorcio o viudez (Salgado-De Zinder y Maldonado, 1994; De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997, citados en Revueltas, 1998).

Es interesante darse cuenta de que la epidemiología es básica para la clasificación de la depresión, que aparentemente hombres y mujeres tienen la misma probabilidad de ser personas deprimidas, pero el discurso de los psiquiatras (en su mayoría hombres) señala que son las mujeres quienes padecen más la depresión.

6.3 Discurso psicológico

En la psicología la depresión ha sido considerada como enfermedad desde diversas corrientes teóricas. Según esta disciplina la depresión impide la adaptación al medio de las personas. A continuación se destacan los 3 paradigmas más relevantes: psicoanálisis, humanista-existencial y cognitivo-conductual.

6.3.1 Paradigma psicoanalítico

Su origen se remonta a finales del siglo XIX con la obra de Sigmund Freud.

El psicoanálisis enfatizó la posibilidad de que la neurosis y en ella la melancolía (depresión), no representaba sólo una manifestación externa de una patología cerebral, sino un desorden cuyos síntomas partían de un origen psicológico, frecuentemente una experiencia traumática y adquirirían un significado que quedaba registrado en la memoria a un nivel inconsciente, debido a la acción de mecanismos de defensa como la negación o la represión de contenido doloroso o de la pérdida acontecida (Hidalgo, 1997).

De acuerdo con Raúl Hidalgo (1997) a partir de la teoría general psicoanalítica de la neurosis. Se puede señalar que la melancolía (depresión) se

consideraba como la manifestación de una regresión en un individuo predispuesto a una fase temprana del desarrollo libidinal (fase oral). Durante la cual ciertas experiencias de abandono o pérdida de figuras objetales produjeron una profunda fijación debido a una sobrefrustración traumática y una intensa sensación de odio, desamparo y tristeza, que tuvieron que ser negadas y reprimidas como defensa del neonato. Por lo que se produce una especie de predisposición psicológica en el niño para reaccionar en la vida adulta de “forma melancólica” ante nuevas situaciones de pérdida real o ficticia o ante amenazas.

Sigmund Freud, en 1895 realizaba sus primeros trabajos en torno a la melancolía, concebía el origen de la melancolía a través de la intensificación de la “neurastenia” provocada por la masturbación. La neurastenia ocasionaría la combinación entre síntomas de melancolía y angustia, tales como los sentimientos de aflicción, anorexia, impotencia sexual, inhibición psíquica con empobrecimiento instintivo, dolor generalizado y anestesia psíquica y corporal. Considera que la melancolía en su forma extrema, podría además indicar una enfermedad hereditaria, cíclica o periódica. Raúl Hidalgo (1997) señala que por primera vez se comenzó a considerar de modo formal las bases psicológicas de esta enfermedad y que ésta dejó de ser atribuida necesariamente a manifestaciones puramente biológicas.

En *Aflicción y Melancolía* escrito en 1917, Freud consideraba que la depresión se originaba en la etapa oral del desarrollo psicosexual, en donde una forma o estado de identificación del yo escoge un objeto (madre) y el yo quiere incorporar el objeto a sí mismo de acuerdo con la fase oral, es decir, devorándolo. El objeto no satisface las necesidades del bebé por diversas razones, provocándole una fuerte reacción de angustia y desamparo. El bebé al ver frustradas sus necesidades libidinales y sus catexias⁵ de objeto se deprime, es decir, tiene que negar sus impulsos debido a la ausencia objetal. Una catexia de objeto es remplazada por una identificación con el objeto, entonces, debido a que el bebé no diferencia entre el objeto, las catexias agresivas dirigidas originalmente hacia el

⁵ Catexia: concentración o acumulación de energía psíquica en una idea u objeto o en alguna dirección determinada en Howard C. Warren, (1987) *Diccionario de Psicología*. México: FCE.

objeto frustrante, son ahora dirigidas hacia sí mismo, constituyéndose así los síntomas depresivos (Hidalgo, 1997).

Freud consideraba los siguientes rasgos mentales de la melancolía:

1. Un acontecimiento profundamente doloroso (pérdida).
2. Cese en el interés por un mundo externo.
3. Pérdida de la capacidad de amar.
4. Inhibición de toda actividad.
5. Baja en los sentimientos de autoconsideración, auto-reproches y autohumillación (expectación frustrante de castigo” (ISSSTE, 1974 citado en Hidalgo, 1997).

Freud señalaba que lo anterior se debía a la escisión del yo del individuo melancólico debido al abandono por parte del objeto, en virtud del cual un sector yoico se opone a otro, lo enjuicia y lo contempla como un objeto externo (objeto amenazante). La melancolía tomaría prestados algunos de los rasgos de la aflicción y los demás del proceso de regresión de la elección del objeto narcicista. Freud observó una característica notable en la melancolía, su tendencia a transformarse en manía. Refería que en la manía el yo se recupera de la pérdida del objeto, haciendo accesibles todas las “antecatexias” que la melancolía ha atraído hacia sí desde el yo. Al reducirse el trabajo de la melancolía, la catexia acumulada se libera manifestándose la manía, debido a una regresión de la libido del narcisismo (Hidalgo, 1997).

En 1926, en el texto *Inhibición, Síntoma y Angustia*, Freud considera que la situación en que un niño pierde a su madre, no es una situación realmente de peligro, sino más bien, una situación traumática, en especial si el niño tiene necesidades que solamente el objeto puede satisfacer. La ausencia del objeto materno y la pérdida de su percepción, representan para el yo del niño una intensa sensación de angustia y depresión (*ibid*). Para Freud el dolor es una reacción real ante la pérdida de un objeto, en tanto que la angustia sería la reacción ante el peligro o la amenaza de perder al objeto. Siempre va a aparecer el dolor cuando un estímulo golpee en la periferia del yo, irrumpiendo en los mecanismos de la barrera

protectora (mecanismos de defensa), procediendo a actuar como un impulso instintivo constante (catexia) contra el cual la acción muscular –que pretende alejarse del estímulo- resulta impotente. Cuando hay dolor físico, ocurre una catexia narcicista del lugar adolorido, pero esta catexia se incrementa y tiende a vaciar y a invadir al yo. La transición del dolor físico al mental, corresponde al cambio o transformación de “catexia narcicista” a “catexia del objeto”. La aflicción (melancolía o depresión) ocurre cuando la persona despojada se enfrenta a la necesidad real de separarse del objeto, que ya no existe más (*ibid*).

Así, el yo del niño sufre una profunda herida en la satisfacción de sus necesidades narcicistas, al no verse atendido y gratificado por la figura objetal. Dicha herida al narcisismo del niño representa una situación traumática ante la cual los mecanismos de defensa del niño entran en acción y aparece una intensa catexia o energía afectiva en la parte del yo en donde se sufrió la pérdida. Dicho despliegue de energía y de mecanismos de defensa, resulta insuficiente y el niño asume que tuvo que hacer algo “malo” para que el objeto se haya alejado de él, por lo mismo llega a sentirse culpable, por lo que la depresión sería una especie de resignación mal lograda ante el alejamiento del objeto (*ibidem*).

Por lo tanto, la depresión es el resultado de una pérdida real o simbólica. El enojo no se expresa, permanece en el inconsciente, lo cual debilita al yo. Con frecuencia el objeto perdido se considera ambivalente. El propio enojo hacia el objeto perdido se vuelca hacia el interior y produce odio hacia uno mismo y desesperación (Phares, 1996).

Raúl Hidalgo (1997) refiere que en su trabajo de terapia Freud reunía todo el material posible en relación a la pérdida objetal adolecida durante la infancia temprana, para después y a través de la neurosis de transferencia, reeditar catexias, mecanismos de defensa, pensamientos, sensaciones y emociones aparecidas durante el trauma inicial. Estas serán evocadas a través de la catarsis, la asociación libre, elaboradas a través del discernimiento y la interpretación, pretendiendo desbloquear la anulación de cada una de las instancias reeditadas.

Freud es el principal representante del psicoanálisis, por ello se retoma su postura con respecto a la depresión. Hay otros teóricos que retomaron su trabajo,

pero en esta tesis no se abordarán. Así se puede observar que para Freud, la depresión se debe a una pérdida real o simbólica del objeto primario.

6.3.2 Paradigma humanista - existencial

Es llamada también interpersonal – existencial. Se originó a mediados del siglo XX y parte de observaciones clínicas, investigaciones empíricas y estadísticas, basadas en los análisis minuciosos de cómo diversos factores sociales, culturales comunitarios e interpersonales influyen en la etiología, formación y deterioro de los síntomas de la depresión. Los teóricos consideran a la depresión como resultado de inadecuadas adaptaciones y repetidas experiencias negativas provenientes del medio social del individuo (Hidalgo, 1997).

Se pone énfasis en que la depresión no constituye una lucha con las tendencias instintivas reprimidas, ni contra los adultos significativos tras la interiorización de sus figuras, sino de un enfrentamiento del individuo con los supuestos básicos e interpersonales de la existencia. Se integra principalmente por los trabajos de Adolf Meyers, Harry Stack Sullivan, Erich Fromm, Victor Frankl, Fritz Perls, Karen Horney, Otto Rank, entre otros, quienes parten de la premisa básica que considera que el individuo siempre debe ser considerado como parte del “sistema interpersonal-existencial” en el que está participando, ya que de lo contrario, se le consideraría como un aislado del mundo y de los objetos y con una vida carente de sentido, en donde lo importante es lograr la gratificación de las necesidades libidinales.

Así, de acuerdo con Jerry Phares (1996) una persona que no vive de manera “auténtica” se puede sentir deprimida, esa persona no sólo tiene la culpa, sino que se sentiría culpable, culpable de equivocarse al hacer elecciones, asumir responsabilidad y satisfacer su propio potencial; el temor a la soledad y los intentos por evitarla son ingredientes importantes de la depresión.

6.3.3 Paradigma cognitivo - conductual

Este modelo se estableció a partir de los trabajos de Martín Seligman en 1967 y de Aarón Beck en 1970 (Brannon, 1987; Arietti, 1990; Karasu, 1990, citado

en Hidalgo, 1997). Seligman habla de desesperanza aprendida, que surgió a partir de los trabajos sobre condicionamiento operante.

Seligman postuló que en el individuo depresivo se encuentran bloqueadas ciertas estrategias cognitivas adaptativas que el individuo no depresivo utiliza para enfrentar situaciones adversas o dolorosas y que la indefensión y desesperanza de sí mismo y de la vida son actitudes aprendidas. Considera que la persona depresiva no encuentra relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del medio ambiente. La experiencia de repetidas situaciones de prueba, en las que el individuo comprobó que sus esfuerzos no le retribuían recompensa, sino castigo; este conjunto de actitudes aprendidas se generaliza y queda internalizada como rasgo de su personalidad (Ingram, 1990, *ibid*).

Para Seligman el “depresivo” presenta un antecedente típico: “haber fracasado en el control de las recompensas ambientales” (Brannon, 1987, Ingram, 1990, *ibid*). La depresión surge cuando el individuo siente haber perdido control sobre las respuestas de los otros y de su medio ambiente, debido a sus reconocidas actitudes de indefensión y desesperanza se considera incapaz e impotente para modificar su situación negativa, por lo tanto cae en profunda melancolía, pues conductual y cognitivamente le parece justificado. Su vida carece de sentido ya que no encuentra refuerzos ni dentro, ni fuera de él.

Por otra parte, Beck habla de distorsiones cognitivas; plantea que la depresión y otras enfermedades psicopatológicas presentan un grado de desorden cognitivo. Beck consideró una raíz cognitiva subyacente en las personas deprimidas (Hidalgo, 1997).

En sus estudios se encontró lo que denominó la tríada cognitiva depresiva en donde los errores cognitivos son las expectativas negativas respecto al medio ambiente, autopercepción negativa y expectativas respecto al futuro (Jackson, 1989; Brannon, 1987, Arieti, 1990; Karasu, 1990, Ingram, 1990, *ibidem*).

En 1976, Beck vincula el origen de la depresión con un “esquema yoico defectuoso”, “una pérdida significativa”, los cuales desencadenan una serie de “distorsiones cognitivas”. Dentro de los errores cognitivos menciona:

- Pensamiento absolutista de tipo todo o nada o una tendencia a ver todas las experiencias según dos posibilidades opuestas, asumiendo, generalmente las negativas;
- Sobregeneralización de los detalles adversos;
- Filtro mental hacia aspectos dolorosos o negativos;
- Descalificación de los positivos;
- Extracción de conclusiones precipitadas, de lecturas de pensamiento y fortuna azarosa;
- Exageración de lo desafortunado y minimización de lo afortunado;
- Deberes imperativos obsesivos;
- Internalización o personalización por la responsabilidad de las pérdidas, errores o hechos externos (Safran y Segal, 1994; *ibidem*).

Beck señala que tales errores cognitivos son el origen de los síntomas depresivos y no consecuencia de ellos. Refiere que estas distorsiones son el resultado de las experiencias de pérdida traumática, que originaron en la persona una sensación de pesimismo y de desamparo, por lo que su visión del mundo sólo puede ser triste, desafortunada y desesperanzada.

Phares (1996) señala que la depresión desde la teoría conductual es el resultado de reforzadores inadecuados o insuficientes. Ciertas conductas ya no reciben recompensas de modo que las personas dejan de tenerlas. La reducción del reforzamiento se deriva de una variedad restringida de estímulos que son reforzantes para la persona para obtener reforzamiento. En la teoría cognoscitiva, la tendencia a devaluarse uno mismo es la variable crítica de la depresión. El sí mismo, el mundo y el futuro se ven en términos pesimistas. La manera de trabajar con una u otra teoría o juntas será de acuerdo a la sintomatología del paciente, y lo que se quiera obtener.

Se han presentado tres de las principales teorías en psicología para abordar la depresión, en éstas se puede observar que no se especifican si los síntomas pertenecen a hombres o mujeres, ni su prevalencia, ni su edad.

Es relevante señalar que en la concepción de lo que es la depresión en psicología, han tenido una gran influencia las perspectivas médica y psiquiátrica, pues la incidencia de éstas es evidente cuando se habla de la relación salud-enfermedad en las personas; específicamente en psicología se considera la conducta normal y anormal. La normalidad se establece por:

- la estadística, que es lo que la mayoría dice que está “bien” o “mal”, el comportamiento promedio,
- las normas que se basan en los principios, tradiciones y leyes que se tienen en cada sociedad,
- la estructura que se refiere a las funciones fisiológicas y psicológicas que se encuentran presentes en todos los seres humanos y que tienden a variar en las diferentes etapas de desarrollo.

Es fundamental considerar esto ya que la depresión desde este modelo es una enfermedad, un comportamiento de anormalidad en las sociedades occidentales.

Como ya se mencionó la psicología está influenciada por la psiquiatría. Para ésta el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* es fundamental. Como también ya se vio, en el penúltimo Manual (1999) respecto a la prevalencia de los trastornos bipolares se señala que tienen la misma frecuencia en hombres y mujeres, a diferencia del trastorno depresivo mayor que es más frecuente en las mujeres (por cada hombre, hay dos mujeres con este trastorno). Este tiene un patrón familiar, los familiares biológicos de primer grado presentan tasas aumentadas de este trastorno. Siguiendo con esta lógica el trastorno distímico se presenta en las mujeres dos o tres veces más que en los hombres y en el trastorno depresivo no específico. Es interesante observar que se incorpora el trastorno disfórico premenstrual, que por supuesto se refiere sólo a las mujeres. Los dos últimos trastornos en los que no se ha comprobado la influencia de la biología, según con Dio Bleichmar (1991), se puede decir que son psicológicos y se revela que el incremento de la depresión tiene relación con la vida cotidiana de las mujeres, con su subjetividad y no necesariamente con su fisiología.

Se puede notar en los discursos anteriores que en una porción menor sobre todo las definiciones provenientes de los ámbitos médico y psiquiátrico identifican la depresión como una enfermedad de origen bioquímico que genera alteraciones en el funcionamiento del cerebro. El discurso psicológico tiene diversas posturas acerca de la depresión, en donde se considera que las mujeres –en general- acuden más que los hombres a terapia por “padecer” de depresión.

Mabel Burín (1995) refiere que encuestas nacionales sobre muestras tomadas al azar hacen aparecer una predominancia femenina en una proporción que va del 1.6 al 3.8% en todos los países estudiados: Estados Unidos, Islandia, Dinamarca, Irán e India y en todos los periodos considerados (Burín, 1990; Eisemberg, 1979, citado en Burín, 1995). En estos análisis se observa que las mujeres asisten con más frecuencia a los servicios médicos y psicológicos tanto públicos como privados, a las prescripciones de medicamentos de todo tipo y a los síntomas que caracterizan un estado depresivo; consultan en primera instancia al médico clínico o ginecólogo y bastante después a un especialista en el campo de la salud mental, sobre todo las mujeres de bajos recursos económicos.

Datos presentados por la Organización Mundial de la Salud (Katrup, 1988, *ibid*) sostienen que el riesgo de sufrir depresión en mujeres es de dos a tres veces más alto que en los hombres. Con respecto a esto Dio Bleichmar señala que los estudios epidemiológicos muestran que por cada hombre deprimido existe el doble de mujeres con depresión y que a estas cifras se debe sumar la sospecha que impera, tanto en medios científicos como en el sentir general, de que las mujeres que padecen estados de depresión leve o pasajera y que no consultan a especialistas, son todavía más numerosas (Dio Bleichmar, 1991).

Dio Bleichmar, (1991) señala que en las depresiones llamadas bipolares, hay un componente biológico o genético, en donde además las personas presentan episodios de severa patología en uno u otro estado de ánimo: el polo depresivo o el polo que se conoce como manía, es decir, el cuadro de exaltación afectiva, hiperactividad e ideas de grandiosidad. Estas depresiones en donde el factor biológico es central, no presentan diferencias estadísticas significativas entre hombres y mujeres. Acorde con esta línea de pensamiento que supone que el ciclo

biológico de la mujer es responsable de la depresión; se considera la menopausia y el climaterio como causas de la depresión que aparece en ese periodo. La depresión de la menopausia era hasta hace algunos años un diagnóstico de mucho uso, pero tanto los estudios estadísticos como los diagnósticos adecuados han permitido desterrar esta categoría de las clasificaciones por dos razones: a) no existe mayor número de mujeres depresivas en la menopausia, los datos demuestran una cierta disminución durante estos años y b) cuando la depresión se desencadena en la menopausia, los motivos precipitantes y la menor o mayor severidad de sus síntomas no se apartan de los patrones que caracterizan las otras formas de depresión.

De acuerdo con Dio Bleichmar (1991) diversos estudios (Barrett y cols., 1987; Hirschfeld y Cross, 1982 y Kline, 1974) consideran que los antecedentes biográficos significativos para el desencadenamiento de una depresión son los siguientes: muerte de la madre durante la infancia, condiciones de aislamiento, migración, exilio, cambio de residencia, más de dos o tres hijos pequeños a su cargo y carencia de una red de apoyo; éstos son factores básicamente psicosociales. Sin embargo, estos factores tienen gran importancia afectiva para cualquier ser humano, pero no alcanzan a explicar la frecuencia de los cuadros depresivos específicos que parecen derivar más que de un acontecimiento excepcional de la vida común de las mujeres.

La depresión de las mujeres impregna su vida cotidiana, la depresión premenstrual, el síndrome del nido vacío que describe la depresión de muchas mujeres cuando sus hijos abandonan el hogar, la depresión de la mujer de mediana edad, todas ellas son formas clínicas por nombre, circunstancias de particular importancia femenina y aparecen exclusivamente en las mujeres (Dio Bleichmar, 1991, 1993).

Así, lo que deprime a las mujeres son las consecuencias derivadas de la forma en que deben vivir su feminidad según esta perspectiva (Dio Bleichmar, 1991).

Dio Bleichmar señala que la depresión es un malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma en que una come y duerme, el deseo sexual, la opinión de sí misma y el concepto de la vida en general.

Los síntomas varían según las personas, entre los más frecuentes se encuentran el estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o vacío, sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad, pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban, insomnio e hipersomnio, disminución de energía, fatiga, inhibición psicomotriz, inquietud, irritabilidad, dificultades para tomar decisiones, de concentración, trastornos de memoria, e ideas e intentos de suicidio.

Esta autora señala que las cifras revelan que las mujeres padecen depresión mayor dos veces más que los hombres. Mientras que una de cada cinco mujeres sufre depresión en su vida, en el caso de los hombres la proporción se reduce a uno de cada diez. Esta preponderancia de las mujeres no resulta del hecho que les dé menos vergüenza quejarse o que estén más dispuestas a pedir ayuda profesional, sino que hay un consenso en que los datos reflejan la vulnerabilidad a las que están expuestas.

Las depresiones -bipolares- que afectan de la misma manera a hombres y mujeres, no afectan en mayor proporción a las mujeres, en cambio las depresiones no bipolares para las cuales no se ha podido demostrar una causa biológica, están vinculadas a los problemas psicológicos de la existencia, son las que afectan al doble de las mujeres, por lo que resulta claro que la depresión de las mujeres no debe buscarse en la fisiología, en su cuerpo, sino en las condiciones de vida y las características de la subjetividad (Dio Bleichmar, 1991, 1993).

Es así como se puede notar que la depresión como concepto ha sido “construido” por los diferentes discursos hegemónicos como una “patología” que debe ser tratada, para que sea curada, y que quienes más la reportan son las mujeres. También es fundamental observar que estos discursos se enfocan a diagnosticar y medicar, a las mujeres, para que sean personas “normales” y lleven a cabo sus actividades cotidianas.

7. Análisis

En este apartado se analizan dos textos. Para dicho análisis se considera la hermenéutica crítica para evidenciar como los discursos hegemónicos construyen la identidad femenina con respecto a la salud y en particular, a la depresión.

7.1 Análisis del texto: *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships* escrito por Myrna M. Weissman & Eugene S. Paykel en 1974.

En el texto se analiza la depresión desde una perspectiva psicológica-médica. La investigación se realizó con una muestra de 40 mujeres deprimidas y 40 mujeres “normales”⁶ de edades entre 25 y 60 años. Se les aplicó la Escala de Ajuste Social (SAS) que evalúa de manera detallada los patrones de las relaciones interpersonales. Encontraron que las mujeres deprimidas tuvieron más problemas que las mujeres “normales”, específicamente en sus relaciones con sus esposos e hijos, así como que tienen menos relaciones sexuales, que las mujeres que sólo trabajan en casa tienden más a la depresión y que tienen menos contacto con un grupo de amistades, se les considera como mujeres “aisladas”. Finalmente Weissman y Paykel las autoras concluyen que en el origen de la depresión confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales.

7.2 Breve historia biográfica de la autora y del autor

Mirna M. Weissman tiene un doctorado en Enfermedades Crónicas y Clínicas. Actualmente es profesora de Psiquiatría y Epidemiología en la Universidad de Yale y Jefa de la División Clínica y Genética Epidemiológica del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York.

Weissman señala que en 1974 escribió este libro junto con Paykel acerca de la epidemiología de la depresión, pero que nunca pensaron lo que provocaría. Weissman refiere que después de la publicación de este libro les empezaron a llamar para que hablaran de la opresión y la depresión de las mujeres.

⁶ Las mujeres normales de acuerdo con Weissman y Paykel son aquellas que no presentan ningún síntoma de depresión.

Señala que ella no quería viajar alrededor del país para dar conferencias con respecto a los temas, pues era madre de cuatro niños pequeños, pero ante tanto interés por el libro por diversas personas, un día le preguntó a Gerald Klerman (un colega) ¿Por qué las mujeres son más depresivas que los hombres? Y él contestó ¿lo son?

Fue en este momento en que Weissman y Klerman comenzaron a investigar, si las mujeres eran o no más depresivas, pues no sabían si lo eran y decidieron recolectar datos epidemiológicos internacionales durante seis meses y la pregunta se contestó: sí, las mujeres son más depresivas que los hombres. Entonces la siguiente pregunta fue ¿Por qué?. Para responderla tardaron seis meses más, abordando las diferentes explicaciones, encontrando que la respuesta es una explicación psicosocial, lo que reportaron en 1977, en el artículo “Sex differences and the epidemiology of depression” (<http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/epi/gcd/Sttering/weissman.html>, 21 de febrero de 2005).

Con respecto a Eugene Stern Paykel es médico, fue Co-director y después Director de la Unidad de Investigación de Depresión en la Universidad de Yale. (<http://pb.repsych.org/cgi/content/full/25/12/491>, 28 de febrero de 2005). Trabaja los temas de depresión y de trastornos afectivos en el área de Epidemiología.

7.2.1 Depresión

En este texto de 1974, el término de depresión puede tener diversos significados, Weissman y Paykel señalan:

“There are at least three or four meanings to the term – a mood, a symptom, a syndrome, and some would maintain, a disease or group of diseases. Depression, as a normal mood, is a universal phenomenon which is familiar to us all and from which no one escapes (...).

Depression as symptom or abnormal mood, is also common. The borderline between the normal and the pathological is here (...). Depression of mood that unduly, pervasive in nature, or inappropriate to circumstances is generally considered pathological (...).

The term syndrome is borrowed from medicine and refers to a cluster of symptoms and functional disturbances that usually have a common mechanism but a variety of causes.

The last meaning of the term depression is as disease or group of diseases. This medical labeling is more controversial” (Weissman y Paykel, 4).

El término de depresión es polivalente, con muchos significados, a los que se les puede atribuir diferentes características. Se le puede considerar como un estado de salud mental “normal” o “patológico”, tomando en cuenta, básicamente los síntomas que se presentan. Con respecto a lo anterior la autora y el autor señalan:

“The most common and central disturbance is that of the depressive mood. This is not necessarily described by the patients as “depression” but as feeling sad, blue, down in the dumps, unhappy, unable to enjoy life. Crying commonly occurs.

There are many additional disturbances which accompany the central mood disturbance. The most characteristic are disturbances of thinking, often summarized as helplessness, hopelessness, and worthlessness.

Helplessness takes different forms. Feelings of being helpless useless, and unable to function are common, and actual activities may be quite impaired. There may be withdrawal of interests, poor concentration, neglect of personal grooming difficulty in completing work or housework.

Psychomotor changes, alterations in the speed and amount of psychological and motor functions, are common disturbances (...).

Sleep disturbances occur singly or in combination in different patients. They include difficulty getting to sleep with troubled dreams and disturbed and intermittent sleep on retiring (...).

Appetite disturbance is common and may be either direction. The common problem is loss of appetite, often with considerable weight loss. Sometimes, instead, appetite is increased. *This occurs more commonly in women* (cursivas mías); many women recognize an increase in their appetite as a concomitant of normal depression and premenstrual tension. Menstrual disturbances may occur, particularly by lack of interest in sex, impotence, or frigidity. Physiologic autonomic accompaniments of anxiety such as dry mouth, palpitations, rapid breathing, butterfly sensations in the stomach, frequent urination may be present (...).

Severe cases are a large variety of manifestations which may accompany depression, not all depressed patients show these features. Severe cases are easily recognizable by the presence of persistent sadness, crying, feelings of worthlessness, guilt, helplessness, and hopelessness, suicidal wishes and psychomotor retardation or agitation” (Weissman y Paykel, 4-7).

En lo anterior se puede observar que los síntomas característicos de la depresión que describen Weissman y Paykel no definen “claramente” qué es la depresión, pues lo que señalan es un incremento o decremento de funciones fisiológicas expresadas en conductas como comer en exceso o no hacerlo, hipersomnia o insomnio, lo anterior expresa que los síntomas de la depresión no tienen un patrón que la defina, pues pueden estar o no presentes.

Esto es que los síntomas que describen Weissman y Paykel son considerados como parte de la depresión en pacientes, es decir se muestra que en

el discurso construido dan por hecho que las personas que presentan estos síntomas necesariamente están “enfermas”, siendo que la serie de síntomas que se señalan como característicos de la depresión no son claros y no muestran nada concluyente con respecto a la enfermedad.

En el intento de definir la depresión, Weissman y Paykel enfatizan en que hay síntomas que son más comunes en las mujeres, lo que remite a pensar que son las mujeres quienes “presentan” con más frecuencia la depresión. Sin embargo hay que tener presente que la autora y el autor refieren los síntomas descritos en la literatura y los están cuestionando.

7.2.2 Depresión de las mujeres

Weissman y Paykel refieren:

“The predominance of depression in women has led investigators to postulate a sex-linked mode of inheritance (Gershon, 1971) and to sex hormonal causes. It is interesting to note exceptions to this picture of female predominance. Galen (A.D 131-201) observed that depression was more common in men but more serious when it did occur in women (Jackson 1972). There are alternative explanations for the predominance of male depressives which suggest that differences may be less than they appear. The higher rate of female admissions for depression could be due to the general tendency for men to seek medical treatment less frequently than women either out of custom or out of need to support their families” (Weissman and Paykel, 16-17).

En el párrafo anterior se puede observar que Weissman y Paykel enfatizan la reflexión acerca de que depresión de las mujeres ha sido vinculada de manera inmediata con su biología, con sus hormonas, característica que no se valora en los hombres y señalan que hay excepciones con respecto a la predominancia de las mujeres. Lo que muestra por una parte, que la depresión de las mujeres se vincula con su naturaleza y por otra, que no siempre son quienes predominantemente la “padecen”. Entonces, se puede observar que toman en cuenta que hay excepciones, podría ser casos en los que hay más hombres que “padecen” depresión, lo que puede ser objeto de investigación en diversas culturas.

Por otro lado, enfatizan que las mujeres son quienes “asisten” más al médico, lo que remite a la medicalización y con ello se observa que las mujeres siguen

siendo descritas como un grupo, un colectivo en el que la percepción de los demás es determinante para su propia percepción, y si los demás consideran que son un conjunto que tiene más riesgo de presentar los síntomas de la depresión, entonces las mujeres en su autopercepción presentan como parte de su vida cotidiana síntomas que han sido descritos por los discursos médico, psiquiátrico y psicológico, conformándose con lo anterior la identidad de la mujeres, en la que pareciera que la depresión es parte fundamental de ésta.

Weissman y Paykel basándose en la aplicación de la Escala de Ajuste Social (SAS) encontraron que las mujeres deprimidas tenían más problemas que las mujeres “normales”:

“... forty depressed women and a comparison group of forty normal women” (Weissman y Paykel, 48).

Se puede notar que Weissman y Paykel señalan que hay mujeres “normales”, pero a lo largo del texto lo que refieren es que son quienes no tienen los síntomas de la depresión y los síntomas que toman en cuenta son:

“Depressed behavior at interview included: looking sad, crying easily, speaking softly, psychomotor retardation or agitation. Secondary symptoms of depression included: insomnia, anorexia, difficulty concentrating, constipation. Patients in whom the depression appeared secondary to another predominant syndrome were excluded. These other syndromes included: anxiety reactions, phobic state, obsessional neuroses, and schizophrenia” (Weissman y Paykel, 49).

Weissman y Paykel estudian dos muestras de mujeres, pues quieren conocer si hay diferencias entre las que están “enfermas” y las “normales”. La autora y el autor parten de muestras de mujeres, pues en ese momento histórico, la información señala que son quienes más la “padecen”. Sin embargo mencionan que no necesariamente las mujeres “padecen” más la depresión, más bien se cuestionan si son o no más propensas. Lo que hacen Weissman y Paykel es señalar que la depresión se ha clasificado con criterios muy precisos como los de la Sociedad Psiquiátrica Americana, y en particularmente en el grupo de mujeres. Continuando con la línea de que ellas son quienes más la presentan con respecto a los hombres, lo que remite a que son percibidas en el imaginario como “*enfermas*”, que las mujeres “*normales*” se salvan de cierta manera de ser deprimidas, pero siguen

siendo vulnerables ante la depresión. Lo que lleva a la ambigüedad de lo Femenino, del ser mujer, del Malestar expresado entre el cruce de la percepción social de las personas y la autopercepción, la identidad.

Ahora bien, al hacer la diferenciación entre mujeres “normales” y mujeres “deprimidas”, para Weissman y Paykel es relevante que las mujeres consideradas como enfermas estén bajo tratamiento psiquiátrico. Así como que presenten los síntomas durante cierto tiempo, y que tome en cuenta las características clínicas específicas de todas las mujeres deprimidas:

“The depressive episodes were relatively acute, 48 percent being three months or less in duration and only 17 percent longer more than year. However, 70 percent of patients had had at least one previous depressive episode and 25 percent had made a suicide attempt prior to the present episode. In diagnosis, thirty-one patients (78 percent) were regarded as neurotic depressives, five patients (12 percent) as psychotic depressives, two patients (5 percent) as involuntal melancholics, and two patients (5 percent) were bipolar depressives as defined by having had a previous manic episode” (Weissman y Paykel, 54).

Lo anterior resalta un factor importante, la medicalización de las mujeres, por estar enfermas, porque su Malestar radica en cómo se perciben a sí mismas y cómo son percibidas, y si en primera instancia son valoradas como susceptibles ante la depresión, por supuesto que quienes la presentan, necesitan ser atendidas con medicamentos, para “curar” su biología, dejando de lado, los factores sociales.

La escala de Ajuste Social era entendida por Weissman y Paykel como:

“... a descriptive instrument and an outcome measure in the larger study of maintenance treatment. The scale contained forty-eight rating items (...)” (Weissman y Paykel, 55).

Las categorías cualitativas para agrupar los reactivos fueron:

“Work, Social and Leisure, Extended Family, Marital as Spouse, Parental, Marital Family Unit” (Weissman y Paykel, 56- 58).

Estas fueron evaluadas en las mujeres “normales” y en las mujeres deprimidas.

Con respecto a la categoría *work*, las mujeres deprimidas reportan que tienen más conflictos en sus trabajos, así como problemas financieros:

“...the depressed women had significantly more financial problems than normal women” (Weissman y Paykel, 68).

Las mujeres deprimidas, amas de casa, señalan que es por su trabajo en casa por lo que se deprimen, lo que tiene impacto sobre la familia. Frecuentemente realizan los quehaceres de la casa con desgana y sienten que su trabajo no es valorado.

La historia de las mujeres que trabajan fuera de casa es diferente. El trabajo fuera las protege y lo continúan a pesar de los síntomas, es decir las mujeres continúan el trabajo fuera de casa, aún con las complicaciones de los síntomas.

Las diferencias más marcadas entre las mujeres deprimidas y las “normales” se dieron en el ámbito del trabajo y en la reflexión en torno a la ansiedad. En la ejecución del trabajo hay características tales como inhibición general, retardo psicomotor, daño en la concentración y pérdida de confianza, todas ellas características que acompañan a la depresión. Con respecto a la ansiedad se observó el grado de aflicción y de insatisfacción en muchos roles que las mujeres desempeñan. Esos elementos reflejan que la incapacidad, la desesperación, la inutilidad y la ansiedad son típicas del pensamiento depresivo.

Se puede observar que en esta categoría la mayoría de las mujeres deprimidas son mujeres que trabajan en su casa, que no tienen una doble jornada, son mujeres que desempeñan los roles que les han sido asignados por la sociedad. Lo que no implica que las mujeres que están en su hogar, no tengan una jornada severa de trabajo, lo que sí podría señalar de las mujeres que se encuentran en la esfera doméstica es que viven para los otros, para su familia, generalmente no realizan actividades que les gusten, que sean para ellas. Tienen muy poca o casi nula independencia.

Por otra parte es importante resaltar que en el momento en que se escribe este libro, el feminismo está cobrando importancia, también está cuestionando por qué el género como construcción socio cultural está basado en la diferencia sexual, explicándose de manera más precisa hasta 1975 por Gayle Rubin. Esto es relevante pues Weissman y Paykel reportaron una de las investigaciones más importantes del momento, fue y es citada por múltiples autores que han estudiado y estudian la depresión y la depresión de las mujeres.

Se cuestiona la categoría mujer, ya que el feminismo permite preguntar el por qué de la homogeneidad de las *mujeres*. A partir de este momento se comienza a visualizar que las mujeres tienen particularidades determinadas por sus contextos, en donde hay que tomar en cuenta la clase social, la edad, la escolaridad, el trabajo, la religión, la salud.

Así, uno de los ejes estudiados para aproximarse a la categoría *mujeres* es el de salud- enfermedad, se comienza a cuestionar por qué las mujeres tienen mayores padecimientos emocionales que los hombres, con ello iniciando un largo camino de investigación en el que se han dado explicaciones biologicistas, psicológicas y sociales.

A partir del feminismo, como señala Lagarde (2001) se da una fractura en la concepción filosófica: ser mujer es producto de lo histórico. No es opuesto a ser hombre, tampoco es complementario, sino como ya se mencionó este binomio indica oposición, a la vez que sostiene la ilusión de complementariedad, pero en realidad lo femenino no le da lo que le falta al masculino, ni viceversa, sino que lo masculino es, en oposición a lo femenino.

Entonces se empieza a cuestionar desde la investigación “científica” por qué las mujeres tienen más “riesgo de padecer” depresión que los hombres, pues parecía que era un hecho “normal” que las mujeres fueran depresivas y los hombres no, al menos en áreas como la medicina y la psiquiatría. Hay que señalar que en la sociedad androcentrica, patriarcal y sexista, las mujeres por ser cercanas a la naturaleza, son emotivas, sensibles, contradictorias, incognoscibles, confusas y por ello, más cercanas a la enfermedad emocional, a la depresión, por lo que no se cuestionaba la enfermedad de las mujeres, se daba por hecho que había que curarlas.

Lo relevante de este texto es la información novedosa acerca de la depresión, ya que estaba cuestionando lo que se había señalado con respecto a que las mujeres eran depresivas, cuestionaba el discurso médico y psiquiátrico de ese momento. Este estudio señala que efectivamente las mujeres son depresivas, pero que hay razones para ello, por ejemplo ejercer los roles asignados en la vida cotidiana y esas razones se vinculan a los roles asignados por la cultura.

Este tipo de estudios no se había hecho antes, no de manera “científica”, sistematizada, ni con muestras de mujeres, sólo se había dicho, se creía, se pensaba. Esto puede ser contradictorio, pues en el texto se señala que las mujeres están deprimidas y se trata de explicar, lo que puede caer en el esencialismo. Por lo que hay que enfatizar en la pregunta ¿las mujeres están deprimidas? Y al no darse por un hecho que las mujeres están deprimidas se abren caminos para explicar la posición de las mujeres en la estructura patriarcal y con ello cuestionar la subordinación transhistórica de las mujeres.

Es así como también se comienza a estudiar lo referente a la vida cotidiana de las mujeres, cómo son sus actividades en casa, ya que se daba por un hecho asignado que por su naturaleza debían estar en casa, pues son quienes paren, cuidan a los hijos y atienden a sus esposos.

Con respecto a la categoría *Social and Leisure*, las mujeres deprimidas reportaron la disminución de gratificación en las relaciones con sus amigos, en el trabajo o en su tiempo libre, mientras que las mujeres “normales” refieren tener más interacción con sus amigos:

“ For the normals the patterns was one of relatively limited social participation also but without the friction, discomfort, or dissatisfaction found in the depressives” (Weissman y Paykel, 81).

En la descripción que realizan Weissman y Paykel se puede observar que la diferencia entre mujeres normales y deprimidas en esta categoría, radica fundamentalmente en la manera de relacionarse con los otros, es decir se le da relevancia a las relaciones con los demás y a cómo las mujeres perciben sus relaciones con otras personas. Esto es importante ya que el autoperibirse como personas que tienen pocas relaciones las coloca en un nivel diferente que si se autoperiben con más relaciones sociales, pues esta percepción de sus relaciones al exterior es importante para las autoras como referencia de las mujeres “normales” y de las deprimidas. Lo que nos remite a la construcción de identidad de las mujeres, a la subjetividad para vivir diariamente desempeñando lo que se espera de ellas.

Con respecto a la categoría de *Marital as Spouse*, las mujeres deprimidas de esta muestra reportaron que se incrementa la tensión con sus esposos al no querer tener relaciones sexuales con ellos.

En la literatura se ha descrito que las mujeres deprimidas tienen dificultad para relacionarse en la intimidad. La relación sexual se puede dar, pero esto no representa intimidad y sí representa un cambio con sus esposos que favorece el alejamiento y el resentimiento. Lo que Weissman y Paykel encontraron fue una relación estrecha entre la depresión y la relación marital:

“The depressed woman’s lack of autonomy in the marital relationships was characterized by submissiveness and dependency” (Weissman y Paykel, 101).

Con respecto a las relaciones sexuales, en las mujeres deprimidas hay una disminución en el deseo. La disfunción eréctil está bien documentada como fenómeno en los hombres, pero no de las mujeres, lo que se relaciona con que las mujeres no son sujetos de deseo. Ahora bien, pensar en las mujeres como seres asexuados es congruente con la subordinación transhistórica de las mujeres, que las imagina como grupo homogéneo, que no desea, que representa ambigüedad; las mujeres que desean son temidas, y las que no lo hacen son aceptadas pero sometidas.

Las mujeres deprimidas, como característica principal presentan disminución del deseo, sin embargo en pocas ocasiones se considera que los fármacos prescritos tienen un impacto significativo a nivel bioquímico, lo que puede ser un factor para la disminución del deseo, además de que la sexualidad de las mujeres ha sido casi siempre estudiada y descrita por discursos hegemónicos desde una perspectiva positivista-sexista. Hay que recordar el contexto el que se escribió el libro, mediados de los setenta, en donde se comenzaban a reconocer los derechos de las mujeres y con ello a cuestionar el orden patriarcal desde diversas disciplinas. Entonces, la disfunción sexual en las mujeres deprimidas había sido poco estudiada, precisamente por ser de las mujeres.

En la actualidad tampoco se le ha dado mucha importancia; sin embargo, con la herramienta interpretativa crítica del feminismo se han podido cuestionar mitos acerca de la sexualidad de las mujeres.

Las mujeres deprimidas describen dificultades en casi todos los aspectos de su relación de pareja, experimentan problemas sexuales:

“The depressed woman feels a lack of affection towards her husband, together with guilt and resentment” (Weissman y Paykel, 211).

Estas mujeres son más renuentes a discutir acerca de sus sentimientos personales y sus problemas con sus esposos, son más sumisas y dependientes, y reportan sentir menos afecto hacia sus esposos. En cuanto a la frecuencia de sus relaciones sexuales reportan tener menos relaciones que las mujeres “normales” y más problemas durante la relación, además de mostrar muy poco interés. Mientras que las mujeres “normales” tienen relaciones sexuales con sus esposos aproximadamente una vez por semana, las mujeres deprimidas una vez cada dos semanas. Hay una diferencia considerable en la calidad de las relaciones:

“The depressed women had difficulty achieving orgasm, reported dyspareunia, and rarely, if ever, initiated sexual relations” (Weissman y Paykel, 95).

En este contexto ¿Qué es normal con respecto a la sexualidad de las mujeres?, ¿Es tener una vez a la semana relaciones sexuales con su esposo? ¿Quién lo establece?

Lo establecen discursos que se repiten, que se establecen como únicos para explicar la realidad, lo que es normal y lo que no. Los modelos hegemónicos han determinado cómo debe ser la sexualidad de las mujeres, haciéndolo cada vez de manera más formal, por ejemplo con el surgimiento de la Sexología como una nueva disciplina, en la que se señala cuál es la mejor manera de vivir la sexualidad, disciplina a la que acuden con mayor frecuencia mujeres que hombres, lo que nos lleva de nuevo a resaltar la importancia de la autopercepción y percepción de los demás, pues de acuerdo con lo anterior las mujeres se “tratan” de adaptar al medio en el que viven, en el que se les dice como ser, en el que se forma su identidad.

Con respecto a la categorías *Extended Family, Parental, Marital Family Unit* las mujeres deprimidas reportan ser más hostiles en todos sus roles que las mujeres “normales”, con excepción de los que juegan en sus familias extensas. La expresión de hostilidad en las mujeres deprimidas varía en un continuum y puede mostrarse en ciertas situaciones y relaciones con personas específicas.

El incremento de la hostilidad en la depresión se relaciona con diferentes circunstancias:

“Increased hostility with intimate associates in depression is partially consistent with the psychoanalytic observations. Presumably, depression occurs when the individual cannot directly express this anger towards the disappointing love-object for fear of losing support” (Weissman y Paykel, 146).

Este punto es relevante porque esta característica lleva otra vez a la imprecisión de lo descrito por los discursos hegemónicos, así como también permite conocer que en el imaginario de las mujeres la hostilidad es parte de “padecer” depresión, ya que referida a lo femenino esta característica clasifica a las mujeres como enfermas.

Weissman y Paykel señalan que la hostilidad se aborda en psicoterapias, con la finalidad de identificar los orígenes y modificarlos, lo que no se ha considerado es que la hostilidad se puede experimentar como un sentimiento no desagradable, sino que más bien muestra que las mujeres también expresan sentimientos que no son de bondad, de amor, sino de enojo, de rabia.

Weissman y Paykel están considerando la posibilidad de que la hostilidad no sea un sentimiento desagradable, proponen la posibilidad de que puede ser agradable.

Se puede observar que con respecto a la hostilidad, Weissman y Paykel abren un camino, para pensar que la hostilidad que se había descrito como “desagradable” puede ser grata y no tener componentes negativos. Lo que abre una brecha para abordar las emociones de las mujeres, sin considerarlas como desagradables, permitiendo esto explorar las emociones, que no sólo las mujeres experimentan, sino también los hombres.

Otro dato interesante que incorporan Weissman y Paykel son las características socio-demográficas: edad, estado civil, clase social, raza y religión:

“Age. There were few relationships between age and social adjustment in either acutely ill patients or normals.

Social class. The depressed persons from the higher social classes showed somewhat more distress at work, more interest in sex, more worry about family (...).

The persons from the lower social classes had somewhat more marital friction, worried more about their families, and were marital friction, worried more about their families.

Marital status. "...few differences in social functioning between married and unmarried patients were found".

Race and religion. No significant relationships between social adjustment and race or religion were found in depressed patients" (Weissman y Paykel, 181-182).

En donde se puede observar que no hay patrones claros de estas características con respecto a la depresión, es decir, que no hay una edad, clase social, estado civil, raza o religión de las mujeres que sea una categoría determinante para relacionarla con la depresión, lo que nos lleva a la reflexión de que lo femenino es lo marginado, lo amorfo, pues todas las mujeres tienen el riesgo constante de ser depresivas, como parte de su identidad, ya que es en el imaginario en donde se construye esta idea, que está referida a lo Femenino.

Con respecto al tratamiento de la depresión de las mujeres, Weissman y Paykel refieren:

"...the use of psychotherapy or other psychological treatments in depression has been somewhat diverted by introduction of various effective psychotropic drugs (...).

...Controlled clinical trials with a number of antidepressants have that therapeutic effects occurs in a significant portion of acutely depressed patients".

...effective treatment with antidepressant medication could have a remarkable impact on the reduction of acute depressive symptoms (...)" (Weissman y Paykel, 183-185).

A partir de la década de los sesenta, en muchos países, sobre todo europeos, surge interés del Estado por el cuidado de la salud, en donde se introdujeron nuevas modalidades de prácticas y la aplicación de concepciones acerca de salud-enfermedad (De Armas, 1993). Se propone un modelo asistencialista en el que se ubica a las mujeres como madres, esposas y amas de casa, es decir como objetos de políticas asistencialistas y no como sujetos que expresen sus necesidades (Burín, 1993); cabe resaltar que este modelo no necesariamente incluye la salud psíquica. Este texto se encuentra escrito bajo esta lógica, en la que se enfatiza en los roles de las mujeres como madres, esposas y amas de casa.

Para la depresión y la depresión de las mujeres en este texto, Weissman y Paykel se basan principalmente en los síntomas o quejas descritos por las mujeres, considerándolos desde la epidemiología, es decir desde el modelo médico-psiquiátrico tradicional, con matices psicológicos, éste se utiliza para la comprensión

de las descripciones, diagnosis, percepciones, causas, efectos y prescripciones terapéuticas de las mismas.

En estos modelos, las mujeres son dependientes, destacadas por sus roles en casa como el cuidado de sus hijos y de sus esposos que son vistos como fundamentales, como lo “normal y sano”, entonces si una mujer o varias, no “cumplen” con esos roles, se les hace sentir como culpables y parece que la única manera de expresar desacuerdo es a través de una enfermedad: la depresión, en la que se han descrito síntomas ambiguos.

Hay que notar que se habla de dos niveles. Por una parte, la identidad de las mujeres se constituye por lo que se dice de ellas y por lo que piensan de sí mismas. Este es el nivel del imaginario. Por otra parte, se encuentra el nivel práctico, en el que las mujeres llevan a cabo los roles asignados y es aquí en donde se expresa lo imaginario, cuando las mujeres describen sus síntomas, que en los modelos de los que se ha hablado se puntualizan, se investigan, se determinan y se crean explicaciones para ellos, en las que las mujeres, como se ha descrito, se perciben a sí mismas como enfermas, por no cumplir con sus roles, por no llevar a cabo lo que culturalmente les es asignado.

Finalmente Weissman y Paykel señalan que esta investigación es relevante porque se ha considerado la entrevista estructurada de las mujeres. También refieren las implicaciones de la investigación de la depresión:

“Psychiatric diagnosis depends for the most part upon description of phenomena. Since biological criteria are usually lacking, there are problems of definitions and classification. Psychosocial definitions introduce new problems” (Weissman y Paykel, 221).

Por lo que sugieren que se realicen estudios integrales de la depresión de las mujeres, ya que no es sólo un factor lo que la determina. Esto remite al poder que tienen los discursos hegemónicos en el ámbito de la salud, ya que son los que determinan qué es enfermedad y sus parámetros, justificándolos con investigación científica, en donde frecuentemente se olvida la importancia de quien o quienes están en el poder, es decir la participación de las comunidades epistémicas, que son quienes deciden acerca de los temas como la salud mental de las mujeres.

Weissman y Paykel señalan que las mujeres si “padecen” depresión, pero lo relacionan con lo que se les pide a las mujeres socialmente, a los roles asignados, lo que más tarde Burin llama el *Malestar Femenino* que señala que todas las mujeres han sido señaladas como enfermas y si están enfermas. Así se puede decir que la enfermedad es parte sustantiva de la identidad de las mujeres, construida desde el concepto de individuo en el que fueron excluidas y subordinadas, en la que las relaciones de poder de la estructura patriarcal es fundamental.

En el texto de Weissman y Paykel se cuestionan los discursos hegemónicos: médico, psicológico y psiquiátrico desde el momento en que se realiza la investigación en mujeres. Sin embargo continúan tomando en cuenta los síntomas ambiguos descritos hasta ese momento. En lo anterior se observa lo que podría ser una contradicción que genera ese tipo de discurso, pues refieren que la mitad del género humano: las mujeres, están enfermas, presentan ciertos síntomas característicos de enfermedades como la depresión, pero a la vez están investigando si es verdad lo que postulan los diferentes discursos.

Lo cierto es que este texto abrió nuevos caminos para cuestionar si las mujeres son personas deprimidas o no y por qué, discerniendo de lo establecido. Así que convalida los discursos hegemónicos, pero también reflexiona acerca de lo ya descrito acerca de la depresión de las mujeres.

La depresión de las mujeres, va más allá de un *Malestar Femenino*. En los discursos predominantes está implícito que las enfermedades emocionales son parte constitutiva de las mujeres, así que no es sólo un Malestar que se vive desde el exterior, sino que, las mujeres- en el nivel imaginario- al estar referidas al orden simbólico, ya están condenadas a ser incognoscibles, inentendibles, inexplicables y por ello son consideradas como seres “anormales”, “enfermas”.

7.3 Análisis del artículo “Sex differences in unipolar depresión: Evidence and Theory” escrito por Susan Nolen- Hoeksema, publicado en *Psychological Bulletin*, en 1987.

El texto de Nolen-Hoeksema habla de las diferencias sexuales entre mujeres y hombres en la depresión, considerando las diversas explicaciones que se han dado: biológicas, en donde contempla los factores hormonales y genéticos, también aborda las explicaciones psicoanalíticas en donde toma en cuenta los roles sexuales y la cognitivo conductual abordando la explicación de la desesperanza aprendida, para finalmente hablar de su explicación, en la que considera los diferentes estilos de respuestas de mujeres y hombres ante diversas situaciones, lo que contribuye a la depresión y a cómo la viven.

En el artículo se abordan estrechamente la depresión y depresión de las mujeres, por lo que no se hará la separación de los conceptos.

7.4 Breve biografía de la autora

Susan Nolen-Hoeksema tiene un doctorado de la Universidad de Pennsylvania y actualmente es profesora de psicología en la Universidad de Michigan. Sus investigaciones han tenido fondos del Instituto Nacional de Salud Mental, la Fundación Nacional de Ciencias y varias fundaciones privadas. Ella vive en Ann Arbor, Michigan con su esposo e hijos.

Nolen-Hoeksema señala que su investigación se centra en la vulnerabilidad cognitiva y sobre la regulación de estrategias del estado de ánimo y otros problemas de salud mental. Mucha de su investigación es sobre el constructo al que llama rumiación, que es la tendencia para responder a las aflicciones centrándose en las causas y las consecuencias de sus problemas.

También refiere que el género ha sido uno de los centros de su trabajo, ha escrito acerca de la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión comparada con la de los hombres y ha dado diversas explicaciones de la depresión en mujeres y hombres tomando en cuenta el género. Actualmente está interesada en las diferencias de género en el abuso de alcohol y las relaciones del abuso del alcohol

con la depresión (<http://www.yale.edu/psychology/FacInfo/Nolen-Hoeksema.html>, 25 de febrero de 2005).

7.4.1 Depresión

La autora señala que de acuerdo al DSM–III, la depresión incluye pérdida de motivación, tristeza, anhedonia, baja autoestima y dificultad de concentración. En este manual también se señala que existen diversas clasificaciones de la depresión y la autora, desde el inicio del artículo se enfoca a hablar de las diferencias sexuales de la depresión.

Lo que se puede observar en esta breve descripción es que los síntomas retomados por la autora del DSM-III para señalar qué es la depresión, tienen como base un modelo hegemónico, el psiquiátrico.

7.4.2 Depresión de las Mujeres

Nolen-Hoeksema señala que de las diversas investigaciones realizadas acerca de las diferencias en la incidencia de depresión entre mujeres y hombres, no hay nada concluyente, ya que algunos de los estudios indican que las mujeres se deprimen más que los hombres y otros reportan que no hay diferencias significativas. Sin embargo enfatiza:

“Women are diagnosed as having a depressive disorder significantly more frequently than are men and, with a few exceptions, report more depressive symptoms than do men in most geographical areas of the world” (Nolen-Hoeksema, 265).

Se puede observar que la autora revisa de manera exhaustiva las diversas investigaciones que se han hecho en el mundo para conocer si hay o no diferencias en la depresión entre hombres y mujeres, y no encuentra nada concluyente.

La autora refiere que hay explicaciones biológicas y sociales para las diferencias entre sexos observadas en la depresión.

Se han formulado diversas hipótesis con respecto a las diferencias sexuales en la depresión:

“Artifact Explanation 1: It is income effect, not a gender effect, Artifact Explication 2: Reporting biases, Artifact Explication 3: Kinds of symptoms” (Nolen-Hoeksema, 265-267).

Dichas hipótesis se explican a continuación:

- Es un efecto del ingreso, no un efecto del género, se refiere a que el estatus económico de las mujeres es más bajo que el de los hombres, las mujeres alcanzan los mismos niveles de educación que los hombres, pero les pagan menos. Puede ser que las diferencias observadas en la proporción de depresión en hombres y mujeres se relacionen con el estatus socioeconómico.
- Con respecto a los sesgos en el reporte, señala que las diferencias sexuales en la depresión resultan de la mala voluntad de los hombres. Esta hipótesis refiere que la experiencia de los síntomas depresivos en hombres y mujeres es igual de frecuente, y en el mismo grado, pero al ser considerados como femeninos los síntomas, hay menor probabilidad de que los hombres los admitan.

La autora refiere que King and Buchwald señalan que si esta hipótesis es verdadera, existe la posibilidad de que los hombres tengan menos voluntad que las mujeres para revelar los síntomas en una condición de revelación pública, por ejemplo, una entrevista con el investigador; si son pocas las diferencias sexuales pueden encontrarse en una condición de revelación privada.

- Finalmente, de acuerdo con la hipótesis de los tipos de síntomas hombres y mujeres son igualmente susceptibles a la depresión, pero la depresión en los hombres frecuentemente toma la forma de conductas de “acting out” en vez de tristeza, pasividad y llanto como en las mujeres.

Se puede observar que las hipótesis de las diferencias entre mujeres y hombres que se señalan son económicas, sociales y psicológicas, en lo que hay que poner atención, ya que recordemos que el género es el primer ordenador simbólico, que jerarquiza y excluye. En la primera hipótesis esto es bastante claro, por ejemplo las mujeres ganan menos dinero aunque tengan la misma educación que los hombres.

En la segunda hipótesis se enfatiza que los hombres no dicen lo que sienten, lo que está referido a lo masculino, al orden, a la estructura, no “pueden” expresarse, en el nivel imaginario, pues podrían considerarse como lo no humano; como una mujer. Esto explica por qué los hombres no se permiten expresar sus emociones, y no es porque no las sientan, sino porque el sistema patriarcal no se los permite.

La tercera hipótesis se relaciona con la manera de expresar la depresión, los síntomas, en hombres y mujeres se expresan de diferentes maneras, por su en el nivel imaginario.

Por otra parte, con respecto a las explicaciones biológicas, la autora señala que existen dos tipos:

“The first group of explanations arises from evidence that women are particularly prone to depression during periods in which they experience significant changes in hormonal levels.

The second group of biological explanations of the sex differences in depression attributes the differences to a greater genetic predisposition to depression in women” (Nolen-Hoeksema, 267).

Con respecto al primer grupo de explicaciones:

“Women are believed to be more prone to depression during the premenstrual period, the postpartum period, and menopause, each of which is characterized by changes in the levels of a number of hormones” (Nolen- Hoeksema, 267).

Nolen- Hoeksema señala que cada etapa en la que se ha descrito que hay un cambio de nivel en las hormonas, sobre todo en estrógenos y progesterona ha sido estudiada y se ha encontrado que la proporción de depresión premenstrual se estima por algunos estudios, como muy alta, entre 90 y 100% algunos de ellos son de Janowsky, Gorney & Mnadell, 1967; Sherman, 1971. Se han creado cuestionarios para evaluar síntomas fisiológicos y psicológicos de la depresión premenstrual, sin embargo los cambios en el estado de ánimo en las diferentes fases del ciclo menstrual han sido cuestionados seriamente.

Durante el embarazo, el estrógeno y la progesterona se producen en grandes cantidades, después del parto los niveles de estas hormonas disminuyen drásticamente, al igual que durante la menopausia. Así, de acuerdo con la investigación hecha hasta esta fecha -1987- las mujeres comúnmente experimentan

depresión durante esos periodos. De acuerdo con esos estudios, se sugiere que las mujeres tienen una gran vulnerabilidad a la depresión, que puede ser el resultado de los efectos negativos de los cambios de las hormonas femeninas.

Finalmente la autora refiere que la incidencia de depresión postparto es alta: de 30 a 60% de las mujeres los experimentan síntomas depresivos.

Por otro lado, los niveles de estrógenos y progesterona se han correlacionado con niveles de ciertos neurotransmisores implicados en la depresión. Algunos investigadores han argumentado que las fluctuaciones en los mineralcorticoides durante la fase premenstrual pueden cambiar el balance de sal y agua en el sistema nervioso central, causando síntomas emocionales (Dalton, 1964; Janowsky et al, 1967 citados en Nolen-Hoeksema).

La autora señala:

“...hypotheses that abnormalities in fluctuations of hormones or other biochemicals in women are associated with severe depression have not consistently supported. The evidence suggesting that biochemical fluctuations lead to mood changes is indirect, open to multiple interpretations and contradicted by an equal amount of negative evidence” (Nolen-Hoeksema, 270).

Por lo que es prematuro concluir que las fluctuaciones hormonales tienen algún efecto en el estado de ánimo de las mujeres, porque muchos estudios de hormonas y de estados de ánimo tienen serios defectos metodológicos, que Nolen-Hoeksema critica, pero sin especificarlos.

Estas explicaciones biologicistas, en las que esta presente la metodología positivista-sexista, asumen como un hecho irrevocable que el aumento o disminución de los niveles de las hormonas es fundamental para que se presente la depresión, cuando no necesariamente es así. Efectivamente las hormonas juegan un papel fundamental en enfermedades como la depresión, en donde hay diversas explicaciones, pero ninguna comprobada totalmente.

En estas explicaciones frecuentemente se esencializa a la mujer, pues hay pocos estudios con hombres. La depresión ha sido estudiada casi siempre con mujeres por ser quienes reportan los síntomas descritos por los discursos hegemónicos.

Hay que tomar en cuenta que en los años 80 las mujeres cada día se incorporaban más al espacio público y contaban con mayor capacidad de decisión acerca de la maternidad.

El feminismo estaba presente en organismos públicos, por ejemplo en España en 1983, se creó el Instituto de la Mujer. También el feminismo académico se estaba desarrollando y muchas feministas activistas se incorporaron a instituciones, lo que debilitó al feminismo como movimiento social, pero permitió alcanzar recursos públicos para las mujeres (Grau, 2001).

En el momento en que el artículo se publica, ya el feminismo es un movimiento más consolidado en comparación con la época en que se publica el escrito de Weissman y Paykel.

Es necesario tener cuidado con el aspecto biológico, efectivamente hay cambios hormonales, pero hay recordar el concepto de plasticidad cerebral, que de acuerdo con Simon Brailoswsky (1996,1998) implica moldeabilidad. Este autor explica que el Sistema Nervioso Central (SNC) no cesa de transformarse desde la etapa fetal hasta la vejez, lo que indudablemente se vincula con las hormonas.

Siguiendo esta línea de la importancia de la biología, Nolen-Hoeksema refiere que algunas investigaciones enfatizan que las diferencias sexuales en la depresión no surgen hasta después de la pubertad, cuando los cambios cíclicos en las hormonas y otros bioquímicos empiezan en las mujeres, lo que apoya la creencia de que el estado de ánimo de las mujeres está relacionado con las hormonas.

Es importante recordar que en la pubertad se inician los cambios fisiológicos. Sin embargo estos cambios son variados en las culturas, aunque se presentan aproximadamente a la misma edad, en las investigaciones que describe Nolen-Hoeksema parece que se generalizan los datos de las mujeres en la pubertad, así las mujeres, como ya se ha mencionado, son homogéneas, independientemente de sus particularidades.

Con respecto al segundo tipo de explicaciones biológicas la autora de este artículo señala que de acuerdo a Perris, 1966; Winokor & Tanna, la enfermedad afectiva seria (depresión) es el resultado de un gen mutante en el cromosoma X y las mujeres al tener 2 cromosomas X, duplican la posibilidad de presentar la

depresión que los hombres. Al respecto tampoco hay ningún estudio concluyente que indique que esto es así.

Los pocos estudios que existen de depresión en hombres, muestran que los síntomas que manifiestan son similares a los de las mujeres, sin embargo la “canalizan” de manera diferente que las mujeres. Los hombres reportan más el trastorno psiquiátrico abuso/dependencia del alcohol, que puede estar relacionado con que reportan “poca” depresión (Cochran y Rabinowitz, 2000).

Otro tipo de explicaciones de por qué las mujeres “padecen” más la depresión que los hombres son las psicoanalíticas,

“...women are more susceptible to the depressive process than men because of the personality structure that results from women’s psychosexual development” (Nolen-Hoeksema, 271).

De acuerdo con Nolen-Hoeksema algunos teóricos psicoanalistas señalaron nociones de determinismo biológico en el desarrollo de la personalidad, enfatizando la interacción entre los roles biológicos y las restricciones culturales de las conductas de las mujeres.

Desde esta perspectiva se ha hecho la pregunta ¿por qué los hombres no son tan vulnerables a los sentimientos de soledad y pérdida? Para lo que algunas teóricas como Karen Horney han sugerido que se debe a que el deseo de relacionarse es un aspecto inherente de la personalidad de las mujeres. Aunque las mujeres se encuentren en una fase de desequilibrio, tienden a seguir relacionándose, por su “propensión natural” a cuidar de los otros.

Lo que es limitante en el rol de las mujeres, es que tienen sólo una fuente de gratificación, la familia. Mientras que los hombres se pueden proteger de la depresión porque cuando una de sus fuentes de gratificación se pierde, como la familia o el trabajo, ellos buscan otra fuente de gratificación, pero no menciona cuál.

Nolen-Hoeksema señala que Gove y Tudor sugieren que las diferencias sexuales en la depresión se pueden atribuir a que las mujeres le dan menor valor a sus roles y como resultado reciben menor gratificación y satisfacción de los roles que desempeñan. Los roles de las mujeres contribuyen a tener sentimientos de falta de control y de desesperanza. Sus análisis indican que, en primer lugar, la mayor parte de las mujeres están limitadas a un único rol social principal, el de ama de

casa, mientras que la mayoría de los hombres desempeñan dos roles: jefe de familia y trabajador. En segundo lugar, el rol de ama de casa no requiere una habilidad o entrenamiento especial, ya que, prácticamente todas las mujeres en la cultura, con mayor o menor grado de educación participan de una socialización temprana cercana –generalmente la madre- que ha podido transmitir tales conocimientos (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

Este tipo de explicaciones psicoanalíticas han sido poco exploradas. Lo que hay que resaltar son dos cosas, por un parte el psicoanálisis del que se habla aquí es determinista biológico, o así parece, pero hay que tener cuidado en esto pues uno de los puntos más importantes de la teoría psicoanalítica freudiana es la relevancia de la psique y no de la biología y por otra parte, la teoría psicoanalítica menciona cómo se forma la identidad sexual, y es ahí cuando se asignan roles, sin embargo recordemos lo que señala Serret al respecto: antes de esta identidad ya se está referido a un género.

La identidad de género, como ya se mencionó, es el cruce entre la autopercepción y la percepción de las demás personas y la autopercepción comienza cuando se deviene como sujetos, aproximadamente a los tres años, sin embargo las demás personas ya les han asignado un nombre, roles, por el registro que han hecho con respecto a su sexo, registro subjetivo referido al orden simbólico.

De acuerdo con Nolen-Hoeksema la depresión de las mujeres explicada desde el psicoanálisis, se relaciona con su propensión “natural” para entrar en contacto con su familia, más que con los hombres; es decir sino lo hace, estará enferma, además de que sólo tiene esa gratificación.

Lo que nos lleva a retomar el concepto de *Malestar Femenino*, ese malestar determinado por los modelos hegemónicos, en que las mujeres están enfermas de una u otra cosa, ¿por qué las mujeres con depresión tendrían que ser la excepción? No lo son, son mujeres que están conceptualizadas como personas que tienen un daño, ya sea biológico, psicológico o social. En los discursos se les ha considerado a todas las mujeres como enfermas. El estado de ánimo de depresión de las mujeres, se describe como *más* común en ellas, entonces ¿por qué no decir que las

mujeres son deprimidas y dejar de seguir patologizándolas? considerando que la depresión es un Malestar de las Mujeres.

De acuerdo con Nolen-Hoeksema hay otra explicación de la depresión que es la de desesperanza aprendida. Ésta ha sido definida como:

“Learned helplessness has been as a set of motivational, cognitive, and affective deficits that occur when uncontrollable negative events are experienced. In humans these deficits include lowered response initiation, an inability to learn new response-outcome contingencies, sadness and lowered self-esteem” (Nolen-Hoeksema, 273).

Nolen-Hoeksema, refiere que Seligman en 1975 estudió las similitudes entre los síntomas depresivos y la desesperanza y sugirió que algunas depresiones pueden deberse a la expectativa de no tener control sobre eventos importantes. De acuerdo con Abramson et al, (1978, citados en Nolen-Hoeksema, 1987) las personas que tienden a explicarse los eventos negativos como internos, por causas estables y globales (y explican los eventos positivos por lo externo, inestable y causas específicas) pueden ser más vulnerables a la depresión que las personas de estilo opuesto.

Raldof y Monroe (1978, citados en Nolen-Hoeksema, 1987) señalan que la depresión puede ser explicada por este modelo.

Nolen-Hoeksema se pregunta ¿Cómo la desesperanza aprendida explica la prevalencia de la depresión en las mujeres? las mujeres reciben más “entrenamiento desesperanza” que los hombres.

Es fundamental que esta hipótesis de desesperanza aprendida de la que nos habla la autora siga siendo evaluada, pues sugiere de nuevo que las mujeres tienen “propensión” a la depresión, que es natural que presenten los síntomas que han sido estipulados para la depresión por los diferentes discursos patriarcales.

Nolen-Hoeksema, para explicar la diferencia de la depresión entre mujeres y hombres argumenta que las respuestas de los hombres a su disforia son más conductuales y disminuidas en sus episodios depresivos, mientras que las respuestas de las mujeres a sus episodios depresivos se incrementan.

La autora refiere que hombres y mujeres demuestran diferentes patrones de respuestas de sus sentimientos de depresión. Las mujeres tienden a ser menos

activas y a rumiar más acerca de las posibles causas de su estado de ánimo y las implicaciones de sus episodios depresivos.

Nolen-Hoeksema propone que las tendencias de las respuestas de las mujeres son una causa para incrementar su tendencia hacia la depresión, mientras que en los hombres reducen su proporción de presentarla.

Las diferencias sexuales en las tendencias de respuesta para los estados de ánimo depresivos y los efectos de esas respuestas diferenciales en la severidad y cronicidad de los estados de ánimo pueden considerarse para observar las diferencias en la proporción de la depresión.

Nolen-Hoeksema hizo un estudio en un colegio en donde les pidió a hombres y mujeres que hicieran una lista de cosas que hacen las personas deprimidas y encontró que las mujeres referían que no llevaban a cabo sus responsabilidades y actividades, confrontaban sus sentimientos y se sentían culpables por estar deprimidas. Las respuestas de los hombres acerca de su estado de ánimo fue incrementar su actividad y su confianza para distraerse, mientras que las respuestas de las mujeres tendieron a ser menos activas y centraron su atención en su estado de ánimo.

De acuerdo con la autora hay por lo menos tres mecanismos por los cuales un conjunto de respuestas inactivas y meditabundas de la depresión debieran exacerbar y prolongar un episodio, en tanto un conjunto de respuestas activas a la depresión deberían moderar o apaciguar, o acortar un episodio:

“...three mechanisms by which a ruminative, inactive response, whereas an active response set for depression should amplify and prolong an episode, whereas an active response set for depression should dampen and shorten an episode” (Nolen-Hoeksema, 275).

El primer mecanismo es la meditación, que interfiere con la atención, concentración y el inicio de respuestas instrumentales (Diener & Dweck, 1978; Heckhausen, 1980; Kuhl, 1981; Sarason, 1975 citados en Nolen-Hoeksema, 1987). Kuhl (1981, citado en Nolen-Hoeksema, 1987) ha argumentado que esas dificultades incrementan los fracasos y aumentan el sentido de desesperanza en el medio ambiente y por lo tanto, contribuyen a la depresión. Por otra parte, lo atractivo en las conductas activas cuando la depresión incrementa son los cambios

individuales para controlar el medio ambiente y obtener reforzadores positivos, por lo que disminuye el estado de ánimo depresivo.

El segundo mecanismo es la tendencia a ser meditativo cuando se está deprimido lo que puede incrementar la depresión, si la tendencia se vuelve activa puede disminuir ésta. Bower (1981, citado en Nolen-Hoeksema, 1987) y Teasdale (1983, 1985 citado en Nolen-Hoeksema, 1987) han demostrado que los hechos pasados tienen influencia en el estado de ánimo de los individuos, en las percepciones sociales y en la habilidad para aprender material nuevo. Las personas deprimidas o quienes han estado tristes en procedimientos inductivos de afectos (Velten, 1968, citado en Nolen-Hoeksema, 1987) demuestran gran acceso a las memorias negativas y aprenden con mayor facilidad el material negativo.

Nolen-Hoeksema señala que Bower y Teasdale describen el ciclo de vicioso entre el estado de ánimo y la memoria que puede mantener y profundizar el estado de ánimo depresivo. El estado de ánimo depresivo activa el depósito de información de las memorias negativas, las que incrementan el estado de ánimo depresivo y dejan una interpretación del evento en la memoria de los fracasos y pérdidas del pasado.

Un individuo que tiende a ser inactivo y meditabundo en su respuesta al estado de ánimo deprimido tiene más probabilidad de encontrarse en un ciclo vicioso entre el estado de ánimo y la memoria descrita por Teasdale y Bower.

Finalmente, el tercer mecanismo se refiere al conjunto de respuestas meditabundas, que durante los episodios depresivos pueden incrementar la probabilidad de que el individuo considere explicaciones depresógenas para la ocurrencia de eventos negativos (Diener & Dweck, 1981; Kuhl, 1981; Zullo, 1984, citado en Nolen-Hoeksema, 1987) por lo tanto, incrementa las expectativas de desesperanza y desesperación.

Otro tipo de círculo vicioso es cuando las expectativas del individuo de no controlar nada, conducen a disminuir lo positivo, la conducta orientada al objetivo y los resultados fracasan incrementando los sentidos individuales de desesperanza y depresión (Radloff & Rae, 1979, citados en Nolen-Hoeksema, 1987).

Nolen-Hoeksema argumenta que el conjunto de respuestas meditabundas establecidas pueden amplificar los episodios, por:

“(a) interfering with instrumental behavior, thereby increasing failures and a sense of helplessness; (b) increasing the accessibility of negative memories; and (c) increasing the chances that an individual will consider depressing explanations for his or her depression” (Nolen-Hoeksema, 276).

Esta autora se pregunta ¿por qué las mujeres son más meditabundas que los hombres en sus respuestas al estado de ánimo depresivo? Y responde que lo emocional y la inactividad se considera como parte del estereotipo femenino, lo que se puede observar en los roles y que el estilo de respuesta activa de los hombres hacia su estado de ánimo depresivo puede ser resultado simplemente de conformidad a las sanciones emocionales.

Se puede observar que la autora trabaja a varios niveles. En el simbólico, cuando nos menciona lo que ha sido asignado, es decir, lo que está precedido por el del orden que jerarquiza, en particular de lo Femenino. También nos refiere el orden imaginario cuando se refiere a los roles asignados a las mujeres, lo que como colectivo tienen que realizar. Sin embargo Nolen-Hoeksema se centra en las respuestas contingentes a la depresión, sin cuestionar el origen de la diferencia entre mujeres y hombres. Con respecto a la depresión toma en cuenta cómo responden, pero no por qué lo hacen así.

Es necesario enfatizar que es importante conocer lo que se ha escrito sobre género, después de que el género se conceptualiza como la diferencia sexual basada en la construcción cultural. Una postura que retoma varias tesis como el psicoanálisis, la antropología y la lingüística es la de Serret, desde un orden simbólico.

Nolen-Hoeksema concluye:

“Many of the explanations for sex differences in depression reviewed here are part of the popular mythology about then mental health of women. This is especially true of the notions that hormonal fluctuations strongly affect moods in many women and that women have a natural preoccupation with interpersonal relationships” (Nolen-Hoeksema, 277).

Enfatiza que los siguientes estudios acerca del tema:

“...study would be longitudinal, beginning with a large simple of prepubescent children”
(Nolen-Hoeksema, 277)

Nolen-Hoeksema propone lo anterior para descartar lo que se señala con respecto a lo que refieren algunos teóricos acerca de la importancia de las hormonas en la pubertad como causantes de la depresión, sobre todo en las mujeres, pero hay que recordar que los hombres también tienen hormonas y que eso casi nunca es retomado.

8. Conclusiones

Después de haber analizado los textos, se puede concluir que el imaginario de hombres y mujeres es atravesado por los discursos hegemónicos, contribuyendo esto a crear la idea de que las mujeres tienen un malestar intrínseco, representado por la tendencia a deprimirse, lo que se puede observar sobre todo en el texto de Weissman y Paykel.

Por otra parte, la categoría depresión de las mujeres se ha construido a través de los discursos hegemónicos: médico, psiquiátrico y psicológico, en donde la depresión se conceptualiza como parte de la constitución identitaria de las mujeres; las características del orden simbólico de lo Femenino se traducen en una composición imaginaria, en la modernidad contemporánea que patologiza a *las mujeres*, reproduciendo y difundiendo una figura social de feminidad que, paradójicamente, legitima el malestar como la *normalidad* del cuerpo y la psique femeninos.

El Malestar Femenino es parte de la identidad de las mujeres, pensándolo como referente al orden simbólico, por lo que hay que continuar la labor de interpretación de los discursos en donde se visibilice el poder de las relaciones entre géneros en la construcción de los discursos patriarcales.

Ahora bien, es posible observar que los discursos se centran en lo que se espera de las mujeres de acuerdo a los códigos aprendidos con respecto a su cuerpo y a la naturaleza que la subyace, de manera que en la asociación mujer igual a debilidad-inferioridad-sensibilidad se erigen los patrones en los que se enmarca su experiencia emocional.

Es necesario trabajar la depresión como categoría social y no como una patología clínica de las mujeres, pues esto permite abrir horizontes de investigación con respecto a la conceptualización de las “enfermedades de las mujeres”

9. Acerca de la investigación

9.1 Aportaciones

Son dos las principales aportaciones de esta investigación. Por un lado, la depresión ha sido conceptualizada como una enfermedad desde los diversos discursos hegemónicos, descrita fundamentalmente por sus síntomas. En este trabajo se trata como una categoría, es decir que se trabaja desde la parte social, se traslada del contexto médico, psiquiátrico y psicológico al social, con una perspectiva de género.

Por otro lado, la depresión de las mujeres se trabaja desde el orden simbólico, intentado explicar, su relación con la Identidad Femenina y Malestar Femenino; esto es una nueva aproximación para la deconstrucción de la estructura patriarcal hegemónica, lo que se hizo a través de la interpretación crítica del feminismo.

9.2 Limitaciones de la investigación

La limitación de ésta investigación fue el reducido número de textos que se analizó, debido al tiempo de realización de la investigación.

11. Referencias

Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1999). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Madrid: Masson. Apartado de Trastornos Afectivos.

Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR. Madrid: Masson.

Bibring, Edward. (1995). "El mecanismo de la depresión" En Greenacre, Phyllis. Perturbaciones de la afectividad. Buenos Aires: Horne, Paidós.

Bleichmar, B. Hugo (1989). La depresión un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión.

Brailowsky, Simon (1996). "Plasticidad cerebral: De la ontogenia al medio ambiente" En Corsi-Cabrera María: Aproximaciones de las neurociencias a la conducta. México: Facultad de Psicología, UNAM pp.171-212.

Brailowsky, Simon, Stein Donald, y Will Bruno (1998). El cerebro averiado. México: Fondo de Cultura Económica.

Brown W. George and Harris Tirril (1978). Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock publications.

Burín, Mabel, Moncarz Esther y Velázquez Susana (1990). El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós.

Burín, Mabel (1993). "Subjetividad femenina y salud mental" En Género y Salud Femenina. Experiencias de Investigación en México. Pérez Gil, Sara;

Ramírez, R. Juan y Ravelo, B. Patricia (Coords.). México: CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de la Nutrición. pp. 81-107.

Burín, Mabel (1995). "Subjetividad femenina y salud mental" En Pérez-Gil Elena, Ramírez Rodríguez Juan y Ravelo Blancas Patricia (Coords.) Género y Salud femenina. México: Instituto Nacional de Nutrición. pp. 81-107.

Censo General de Población y Vivienda (2000). INEGI. México.

Cochran, V. Sam y Rabinowitz E. Fredric (2000). "Figuring depression in Men: Defining the terms of depression" En Men and depresión. USA: Academic Press. pp. 1-24.

Corsi-Cabrera, María (1995). "Diferencias sexuales en la organización funcional del cerebro: EEG". *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, **1**, 299-326.

Costello, G. Charles. (1982). "Social factors associated with depression: A retrospective community study" *Psychological Medicine*, **12**, 329-339.

De Armas, Araceli (1993). "Concepto de salud y su evolución. El ser humano" En Género y Salud Femenina. Experiencias de Investigación en México. Pérez Gil, Sara; Ramírez, R. Juan y Ravelo, B. Patricia (Coords.). México: CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de la Nutrición. pp. 1-43.

De la Fuente, Ramón (1992). Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica. pp. 13-25, 177-185, 438-449.

Dio Bleichmar, Emilce (1991). La depresión en la mujer. Madrid: Temas de hoy. pp. 12-53.

Dio Bleichmar, Emilce (1993) "La depresión de la mujer" En Cuerpo y subjetividad Femenina. González de Chávez M. A. (Eds). Madrid: Siglo XXI.pp. 263-278.

García-Santalla, L. José; Pérez, Urdániz, Antonio y Recio Martín José (1989). "Concepto de síndrome depresivo a través de la historia" En Estudios de las depresiones. Ledesma Jimeno Melero Marcos (Comp.). Salamanca: Calatrava.

Grau, Biosca, Elena (2001) "De la emancipación a la liberación y la valoración de la diferencia. El movimiento de las mujeres en el Estado Español" En Historia de las Mujeres, El siglo XX. Duby, Georges y Michelle Perrot (Dirección). Madrid: Taurus

Haraway, J. Donna (1995). Ciencia, cyborgs y mujeres. España: Cátedra, pp. 7-181.

Hidalgo, Solís, Raúl Alfonso (1997). La depresión desde diferentes perspectivas teóricas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Jackson, W. Stanley (1989). Historia de la melancolía y la depresión. España: Turner.

Kohler, Riessman, Catherine (1993). "Women and Medicalization: A new perspective", *Social Policy*: 3-18. New York: Social Policy Corporation.

Llamas-Martínez, Garza, Alicia (1996). Salud femenina: Una propuesta metodológica desde la teoría sistémica. Trabajo final de la Especialización del PIEM. El Colegio de México, A.C.

Lagarde, Marcela (2001). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: UNAM.

Lara, Cantú, María Asunción (2002). Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer de atención. Tesis de doctorado en Ciencias. Facultad de Medicina, UNAM. pp. 1-59. México.

Medina, Mora, María Elena, et al. (2003) "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de epidemiología Psiquiátrica en México". *Salud Mental* **26 (4)**,1-16.

Nolen-Hoeksema, Susan (1987). "Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, **101 (2)**, 259-282.

Phares, Jerry (1996). Psicología Clínica. México: Manual Moderno.

Rella, O. (1998). Algunas consideraciones teórico-metodológicas en la investigación cualitativa. Santiago: CIDE. pp. 18-49.

Revueltas, Valle, Gabriela (1998). La etiología de la depresión en el modelo médico-psiquiátrico mexicano. Trabajo final de la Especialización en Estudios de la Mujer, PIEM, El Colegio de México, A.C.

Sánchez, Valis, María e los Ángeles (1992). La depresión en la mujer profesionista y no profesionista: en un estudio comparativo. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina, UNAM. México.

Serret, Estela (1989) El sujeto femenino para una refundamentación de la "Teoría Feminista". *Sociológica*, **10**, 11-21.

Serret, Estela (1998). "Subordinación de las mujeres e identidad femenina. Diferencias y conexiones". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. **174**, 145-158.

Serret, Estela (1999). "Hermenéutica y feminismo. Por qué es interdisciplinaria la teoría de género". *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, **19 (45)**: 17-26.

Serret, Estela (2001). El género y lo simbólico: la constitución imaginaria de la identidad femenina. México: UAM- Azcapotzalco.

Serret, Estela (2002). Identidad Femenina y proyecto ético. México: PUEG, UNAM, Porrúa, UAM-Azcapotzalco pp.11-112.

Serret, Estela (2004). "Mujeres y hombres en el imaginario social. La impronta del género en las identidades" En Mujeres y sociedad en el México contemporáneo: nombrar lo innombrable. María Ileana García Gossio (Coordinadora). México: Tecnológico de Monterrey. pp. 43-70.

Weissman, M. Mirna y Paykel, S. Eugene (1974). The depressed woman: A study of social relationships. University of Chicago Press.

Páginas web:

Mujer y depresión, Recuperado el 20 de septiembre de 2004 de <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/fichas.doc>

¿Qué es la depresión?, Recuperado el 20 de septiembre de 2004, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm>, 2004

Definición de depresión, Recuperado el 20 de septiembre de 2004 de http://www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/m01s.shtml, 2004

Teorías bioquímicas de la depresión, Recuperado el 10 de mayo de 2004 de <http://www.enfermerianatural.galeon.com/aficiones766890.html> 10 de mayo de 2004).

Mirna M. Weissman, Recuperado el 21 de febrero de 2005 de
<http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/epi/gcd/Sttering/weissman.html>, 2005

Eugene S. Paykel, Recuperado el 28 de febrero de 2005 de
<http://pb.repsych.org/cgi/content/full/25/12/491>, 2005

Nolen-Hoeksema, Recuperado el 25 de febrero de 2005 de
<http://www.yale.edu/psychology/FacInfo/Nolen-Hoeksema.html>,