

FACTORES SOCIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES ¹

Pilar Montesó-Curto ²
Carme Ferré-Grau ³
Mar LLeixà-Fortuño ⁴
Núria Albacar Riobóo
Cinta Espuny-Vidal
Universitat Rovira i Virgili

RESUMEN

Es importante conocer los factores causales de la depresión desde un punto de vista social ya que se olvidan fácilmente en el campo de la salud. Enmarcamos este trabajo dentro de la sociología de la salud, que es una ciencia muy desarrollada en EE.UU. pero muy poco en España. Conocer las causas y consecuencias de la depresión en las mujeres y en cómo los valores, comportamientos, roles y actitudes asignados a las mujeres en nuestra cultura aparecen como factores relacionados con la depresión utilizando el enfoque de género, pero sin dejar de lado en cómo ésta afecta a los hombres.

Palabras clave: Salud mental, depresión, violencia, sobrecarga, bajo apoyo social,

¹ Forma parte de la tesis doctoral de Pilar MONTESÓ presentada en junio de 2009 en el Departamento de Sociología III, UNED, Madrid. Programa de doctorado Tendencias Sociales de Nuestro Tiempo 2003-2006.

² Pilar Montesó-Curto Departamento Enfermería. Campus Terres de l'Ebre Universidad Rovira i Virgili. Tortosa. Tarragona. C/Jardí, Besuldo i Terol 2-C, 1r-1ª. 43500. Tortosa. Tarragona. mariapilar.monteso@urv.cat Tel: 657397745.

³ Carme Ferré-Grau. Enfermería. Campus Catalunya. Universidad Rovira i Virgili. Tortosa. Tarragona.

⁴ Mar LLeixà-Fortuño, Núria Albacar Riobóo, Cinta Espuny-Vidal. Departamento de Pedagogía. Campus Terres de l'Ebre. Universitat Rovira i Virgili. Tortosa. Tarragona

ABSTRACT

Is important to understand the causal factors of depression from a social standpoint because it is easily forgotten in the health field. We frame this work in the sociology of health, which is a highly developed science in the U.S. but very little on Spain. Try to learn the causes and consequences of depression in women and how the values, behaviours, attitudes and roles assigned to women in our culture are all factors related to depression using the gender approach, but without forgetting how it affects men.

Key words: Mental Health, depression, violence, overload, low social support.

Introducción

Las mujeres presentan una más baja autoestima, mayor número de acontecimientos vitales negativos, peor percepción de la salud, mayor prevalencia de ansiedad y peores condiciones de vida efectiva ya que ha estado sometida a importantes presiones de tipo social y religioso. Las condiciones de vida actual no han mejorado la situación. No existen diferencias de prevalencia entre géneros en los trastornos mentales con una fuerte carga genética asociada como los trastornos psicóticos. García Campayo y Lou afirman que *el predominio de prevalencia de trastornos mentales en la mujer se sitúa en trastornos psiquiátricos menores como depresión, ansiedad y fobias.*⁵

El trabajo que se presenta está ubicado en los llamados estudios de género, denominados también de la teoría feminista. *Estos estudios se han incorporado a las ciencias*

⁵ GARCIA CAMPAYO, J; LOU, S. "Trastornos afectivos y género". *Claves en Salud Mental*, nº 6, 2006, Zaragoza, pp.1-6.

*sociales en la década de los 70-80 del siglo XX, pero existen raíces históricas en el siglo XVIII con el pensamiento de Poulain de la Barré que mantiene que las desigualdades sociales entre los hombres y las mujeres se hallan en la desigualdad social y política y no en la desigualdad natural.*⁶ Calvete afirma que la desigualdad social sufrida por las mujeres le ha llevado también a unas peores condiciones de vida que la ha conducido a tener una peor salud mental.⁷ Las mujeres a través de su cuerpo, han expresado una serie de malestares y síntomas inespecíficos: depresión, fibromialgia, fatiga crónica, ansiedad. El rol de género atribuido a las mujeres le ha llevado a una desventaja a nivel laboral y también a nivel social. Posiblemente la depresión y las enfermedades han sido la única posibilidad de expresión de las mujeres. Algunos de los principales estudios de género realizados desde la psicología, psiquiatría⁸ en los que se ha apoyado la investigación realizados por Pilar Matud, 2006; Isabel Montero, 2004; Félix Cova, 2005; Enrique González Duro, 1999, Javier García Campayo, 2006 relacionan la mayor morbilidad psíquica de la mujer a la situación de sometimiento e inferioridad en que vive y todos coinciden en que los roles de género producen mayor depresión en las mujeres.

Pese a que la depresión sea una patología tratada mayoritariamente por los científicos médicos no se ha llegado a un consenso ni en la clasificación de la depresión, ni en las causas que la producen, ni en los tratamientos utilizados. Parece ser que aquellas depresiones definidas por los clínicos como *menos graves, neuróticas, que tienen mayor componente social*, son las que afectan en mayor porcentaje a las mujeres, y que aquellas depresiones más

⁶ MARTÍNEZ QUINTANA, M.V. *Sociedades y mundo. De la teoría a la práctica en la ciencia sociológica*, Ediciones Académicas, Madrid, 2007.

⁷ CALVETE, E. "Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos", *Ansiedad y estrés*, 11(2-3), 2005, Madrid, pp. 203-214.

⁸ Psiquiatras y psicólogos que estudian las diferencias de depresión según género: MATUD Pilar: Facultad de Psicología, Universidad de las Palmas. MONTERO Isabel: Psiquiatra, Universidad de Valencia COVA, Félix: Psicología Universidad de Concepción, Chile. GONZÁLEZ, Enrique: Médico, Servicio de Psiquiatría Hospital General Gregorio Marañón, Madrid.

graves, con un componente genético importante, las diferencias entre los sexos no son tan evidentes.

Se asocia la depresión a una baja tolerancia al estrés. El estrés parece ser un factor importante para desencadenar la depresión, desde la perspectiva biomédica *puede activar las catecolaminas y los glucocorticoides adrenales que provocan alteraciones en el cuerpo*. Hay varios estudios entre los que destaca el de Brown y Harris, 1978 que correlacionan la existencia de enfermedades psíquicas con el estrés, así como la intensidad del acontecimiento estresante.⁹ Para Javier García Campayo y Lou, existen amplias diferencias entre mujeres y hombres en aspectos de salud¹⁰ que vienen explicados en la siguiente tabla.

Tabla 1. Diferencias en salud entre mujeres y hombres

MUJER	HOMBRE
Mayor esperanza de vida , peor salud percibida	Menor esperanza de vida, mejor salud percibida
Menor accidentabilidad vial y laboral	Mayor accidentabilidad vial y laboral
Menor prevalencia tabaquismo, alcoholismo y drogas aunque el patrón se está modificando	Mayor prevalencia consumo de alcohol y sustancias
Uso más frecuente de los servicios sanitarios, consultando por enfermedades menos graves sobre todo el centro de salud	El consumo de servicios hospitalarios es mayor para el varón
Prevalencia de trastornos psiquiátricos menores, tipo depresión y ansiedad	Predominan trastornos de personalidad

⁹ BROWN, G. HARRIS, and T. Social Origins of Depressions. Study of Psychiatric Disorder in Women, London Tavistok Publications, 1978, citado por SÁNCHEZ, Esteban. “Por una sociología de la enfermedad mental: Etiología”, En Cuadernos de Trabajo Social, n. ° 16, Universidad Complutense de Madrid, 2004, pp.49-71.

¹⁰ GARCÍA CAMPAYO, J. “Trastornos afectivos y género”...Op. cit, p. 3.

En la tercera edad mayor predominio de problemas de salud mental: depresión, demencia ...	Aumento de depresión en la tercera edad para el hombre respecto a otras etapas de su vida
---	---

Fuente: GARCÍA CAMPAYO, Javier; LOU, Salvador. “Trastornos afectivos y género”. *Claves en Salud Mental*, nº 6, Monografía 2006, Zaragoza, p.3.

Los resultados de múltiples estudios sugieren que buena parte de la desigualdad en salud según género forma parte de la desigualdad social: Lewis et al, 1998 y Gove, 1972 en Gloria Poal, 1993; Carme Valls, 2001; Nolen-Hoeksema, 1999 en Esther Calvete, 2005; Isabel Montero, 2004; Javier García Campayo, 2006.¹¹ En los estudios de salud laboral realizados por Violante Martínez Quintana, las mujeres suelen hallarse también en situación de desventaja social: *suelen desempeñar las tareas más monótonas y repetitivas o las de menor promoción, incluso con las peores jornadas o contratos, lo que lleva a unos grados elevados de cansancio y fatiga psíquica que, unido a la tarea adicional de madre y ama de casa, es razonable pensar que su absentismo coyuntural responda coherentemente a tales desajustes.*¹²

Las mujeres trabajadoras tienen menor sueldo que los varones, trabajos inferiores, menores oportunidades para el avance profesional y el sistema legal es lento en reajustar la discriminación laboral, lo que aumenta la frustración, el enojo y la angustia en la mujer. Las ideas de futuro se centran en la desesperanza de sus situaciones y contribuye a la depresión.¹³

Según Bebbington en sus investigaciones sobre las diferencias de género en los trastornos

¹¹ Algunos especialistas que estudian las diferencias entre salud mental y género: Gloria POAL. Psicóloga Social. Fundación CIREM (Centre d'Iniciatives i Recerques Europees a la Mediterrànea). Carmen VALLS. Médico, endocrinóloga y Presidente del CAPS (Centro de análisis y Programas Sanitarios). Directora del Programa Mujer, Salud y Calidad de vida. Esther CALVETE. Departamento de Psicología. Universidad de Deusto.

¹² MARTÍNEZ QUINTANA, M. V. “El absentismo: un indicador de salud laboral”, En *Ábaco: revista de cultura y ciencias sociales*, nº 6 y 7, Segunda Época, 1995, pp. 69-84.

¹³ GOVE, MR. “Mentally illness and psychiatric treatment among woman. In the psychology of women, Harvard University Press, Walsh MR (editor), 1988, pp. 129-138.

depresivos, se ha evidenciado «el beneficio del trabajo remunerado en el estado de salud percibido por las mujeres y la importancia de los factores sociales de carácter estructural, superior a los conductuales, como determinantes de la salud. Una aproximación a través de fuentes de información disponibles, también ha observado que *cuando varones y mujeres se hallan sometidos a condiciones laborales y sociales similares se constatan más similitudes que diferencias en la salud de ambos sexos.* ¹⁴

La opresión traída por el rol puede volverse insoportable para la mujer según Isabel Montero, 2004; Silvia Tubert 1994; Victoria Sau, 2001; Esther Calvete, 2005. ¹⁵ Cuando esto sucede, pero no puede reconocer el origen de su sufrimiento en el rol social, entonces el problema psicológico puede surgir como la única posibilidad de expresión. *El cuidado, en las diversas modalidades, queda para nosotras. Como si fuera una cualidad, o un deber natural; como si lo lleváramos en los genes, y por tanto a nosotras como si no nos costara nada, como si se tratara de una cosa inherente al hecho de ser mujer, por lo cual ni tan solo se nos agradece.* ¹⁶

Se ha descrito la existencia de asociación entre la *prevalencia de depresión* y la *clase social*, tanto en hombres como en mujeres, de manera que la prevalencia es menor entre las clases más favorecidas y las desigualdades de género son superiores en las clases menos privilegiadas por el Instituto Nacional de Salud Mental Americano y las investigaciones de

¹⁴ JENKINS citado por Pilar BRUGULAT, SECULI, E. FUSTÉ, J. En “Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de fuentes de información disponibles”. En *Gaceta Sanitaria*, Vol. 15, nº 1, , Barcelona, 2001, pp. 54-70.

¹⁵ Profesionales que estudian la relación de la salud mental con el rol de las mujeres: Victoria SAU. Doctora en Psicología y licenciada en historia contemporánea. Universidad de Barcelona. Silvia TUBERT. Doctora en Psicología. Universidad Complutense. Madrid.

¹⁶ FREIXAS, A. “Demà més. Dones, vides i temps “. En Institut Català de les dones, vol. 3, nº 8, Barcelona, 2006, pp.43-44.

Pilar Matud.¹⁷ Las mujeres, en general, cualquiera que sea la clase social a la que pertenecen, presentan más enfermedades y declaran peor percepción del estado de salud que los varones de la misma clase social según Javier García Campayo, 2006; Sonia Velasco, 2005; Carme Valls, 2005; Pilar Matud, 2005.¹⁸ Se observa un patrón de salud en Cataluña, similar al resto de España y de los países industrializados cercano al modelo tradicionalmente aceptado basado en que si bien las mujeres viven más que los varones, al considerar la percepción de salud y la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades, aquellas están en situación de desventaja.¹⁹

Según los estudios sobre la depresión de Carmen Ferré, la hipótesis de que los factores hormonales y los diferentes tipos de depresión asociada a ellos -depresión posparto, depresión premenstrual, depresión menopáusica- afectaban en la depresión, debió ser rechazada cuando vieron que los trastornos bipolares -maniaco-depresivos- en los cuales sí estaba demostrado el componente biológico (Ferré, 1999),²⁰ no eran más frecuentes en mujeres que en hombres. Además para que una explicación biológica pueda considerarse científicamente válida cuando se trata de comprobar la diferencia entre dos sexos, se habría de mantener más o menos constante entre diferentes categorías sociales; este último apartado también es defendido por

¹⁷ NIMH –National Institute of Mental Health- “Los hombres y la depresión“, Public Information and Communications Branch, Bethesda, 2004. <http://www.nimh.nih.gov>. MATUD, M.P., GUERRERO, K. y MATÍAS, R. “Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión“. Universidad de la Laguna. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 6, n ° 1, 2006, pp.63-76.

¹⁸ GARCÍA CAMPAYO, J. “Trastornos afectivos y género”... Op.Cit., pp.1-6. VELASCO, S. Atención Psicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud, Instituto de la Mujer. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2006. Disponible en <http://www.mtas.es/mujer> VALLS, C. “La salud de las mujeres: de la invisibilidad a la medicalización“, *Mujeres y Salud*, 2005. MATUD, P. Op.Cit, pp.63-76.

¹⁹ BRUGULAT, P... Op. Cit., pp. 54-60.

²⁰ FERRÉ, C. *Depresión: Pacientes y Familiares*, Cossetania, Valls, 2005. pp. 21.

Emilce Dio Bleichmar ,1991; Bebbington, 1998;²¹ Nolen-Hoeksema, 1990; ²²Weissman y Kerman, 1977. *Las evidencias respecto a que la testosterona sea un factor protector de la depresión también son limitadas para Nolen-Hoeksema.*

Juan Carlos Mingote analiza los factores psicosociológicos que afectan a la salud, para éste desde la perspectiva biomédica el estrés se refiere a *las situaciones experimentadas que son capaces de aumentar las catecolaminas y los glucocorticoides adrenales que provocan alteraciones en el cuerpo.*²³

Algunos autores han relatado que la influencia de los eventos puede depender más de la *vulnerabilidad del sujeto* que de su impacto. Hay varios estudios que correlacionan la existencia de enfermedades psíquicas con el estrés como Zimmerman, Brown and Harris, ²⁴ para los que *los acontecimientos que implican amenaza severa durante cierto tiempo presentan mayor relación con trastornos depresivos*, mientras otros correlacionan los eventos de pérdida con depresión y los de amenaza con ansiedad. *Respecto a la intensidad de los agentes estresores, los eventos de intensidad severa se correlaciona de forma positiva con la sintomatología* según Zimmerman, también se sugiere que *los eventos de intensidad severa están correlacionados con retrasos en la recuperación o mejora de los casos.*

Parece ser que en la depresión donde la herencia y la biología juegan un papel preponderante no existen diferencias entre los sexos -trastornos bipolares-, éstas sí se encuentran en aquella depresión donde juegan más importancia factores externos -trastornos no bipolares, distimia y depresión mayor-. Ello se refleja en los estudios de Emilce Dio

²¹ BEBBINGTON, R., CARPI & MOFFIT. en: COVA, F. “Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos”. Revista *Terapia Psicológica* 2005., Santiago de Chile, pp.43-56.

²² NOLEN-HOEKSEMA, WESMAN y KERMAN En: CALVETE, E. “Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos”. Revista *Ansiedad y estrés*, 2005.

²³ MINGOTE, J.C. *Enfermedades Psicosomáticas. Factores psicológicos que afectan a la salud*, Hospital Universitario 12 de Octubre, Edimsa, Madrid, 2004.

²⁴ ZIMMERMAN citado por BROWN, GW, HARRIS, TO. PETO, J.en: “Life events and Psychiatric disorders”. In *Psychol Med*, n. ° 3, 1973, pp. 159-176.

Bleichmar donde afirma que las formas más graves de depresión que son aquellas que tienen un fuerte componente genético o biológico en su origen -las que forman parte de los trastornos bipolares- no afectan a las mujeres en mayor proporción. En el estudio de Emilce Dio Bleichmar,²⁵ las mujeres tienen más depresiones *No Bipolares* según: Josefina Mas, 1993; Josep Ribes, 1996; Isabel Montero, 2004,²⁶ y dentro de éstas, están más afectadas de *Depresión Mayor y Distimia*. En las depresiones no bipolares, para las que no se ha podido demostrar una causa biológica y que están vinculadas a los problemas psicológicos de la existencia, afectan al doble de mujeres que de hombres. La conclusión resulta clara: *La mayor incidencia de la depresión en las mujeres no debe buscarse en la biología, en su fisiología, en su cuerpo, sino en las condiciones de vida y en las características de su subjetividad.*²⁷

1. Metodología

Se realiza un estudio en una población o comunidad del sur de Cataluña -Terres de l'Ebre- para averiguar la prevalencia de la depresión, así como su distribución y las posibles causas. La muestra se extrae de los datos sanitarios previamente informatizados en el Sistema de Salud. Es un estudio descriptivo estratificado por grupos de edad y sexo en el que se realiza un muestreo sistemático con reposición de las no respuestas. El cuestionario (Anexo 1) es administrado por vía telefónica durante el mes de noviembre y diciembre de 2007. El tamaño de la muestra se calcula con un intervalo de confianza de 95%, con una proporción esperada de 0,25 y una precisión del 0,05. El tamaño total de la muestra es de 317 personas -157 mujeres y 160

²⁵ DIO BLEICHMAR, E. *La depresión en la mujer*, Ediciones Temas de Hoy, S.A, Madrid, 2001, pp. 54.

²⁶ MAS, J.; DESVIAT M. y CABRERA C. "Diferencia de morbilidad psiquiátrica entre géneros". En MAS, J.; TESORO, A. *Mujer y Salud Mental. Mitos y Realidades*, Xiana Color Gráfico, Madrid: S.L, 1993. RIBES J. Estudio epidemiológico de las tentativas de suicidio en la ciudad de Valencia y su área metropolitana. Tesis doctoral. Valencia: Universitat de Valencia, 1996. En .MONTERO I., et al. "Género y salud Mental en un mundo cambiante", *Gaceta Sanitaria*, 2004, pp.175-181.

²⁷ DIO BLEICHMAR, E. Op. cit., p. 54.

hombres-. Se analizan las diferentes variables mediante análisis estadístico, utilizando T-Student para comparar medias, Chi-cuadrado para comparar proporciones y análisis de regresión logística univariante y multivariante; en este último evaluamos la influencia de cada una de las variables independientes en la depresión.

2. Resultados

El 46,7% (148) de la población presenta depresión con el test de Goldberg utilizado, un 53% (84) en las mujeres y un 40% (64) en los hombres.

El porcentaje de depresión para la mujer permanece estable para todos los grupos de edad y aumenta para las mayores de 65 años. En los hombres el grupo de mayores de 65 años destaca sobre los otros. Para todos los grupos de edad el porcentaje de depresión es superior para la mujer. Los hombres mayores de 65 años presentan mayor depresión que otros grupos de edad. El porcentaje de depresión para la mujer permanece estable para todos los grupos de edad y aumenta para las mayores de 65 años. En los hombres el grupo de mayores de 65 años destaca sobre los otros. Para todos los grupos de edad el porcentaje de depresión es superior para la mujer. Los hombres mayores de 65 años presentan mayor depresión que otros grupos de edad ($p \leq 0,005$). Es el momento de la jubilación y donde los cambios físicos y psicológicos afectan con más intensidad a los hombres mayores así como la soledad. Existen diferencias de género en depresión para el grupo de edad de 25-45 años ($p \leq 0,05$).

Tabla 2. Grupo de edad y depresión en hombres y mujeres

Depresión	Hasta 25a	25-45a	45-65a	65 y más	Total	Chi-cuadrado
Mujeres	12 50%	33 50,8%	20 52,6%	19 63,3%	84 100%	p= 0,684
Hombres	9 37,5%	16 26,2%	17 44,7%	22 59,5%	64 100%	p= 0,011
TOTAL	21 14,1%	49 33,1%	37 25%	41 27,7%	148 100%	

La depresión está infradiagnosticada e infraidentificada en hombres y mujeres, pero superior en los hombres por razones culturales y sociales. El no trabajar fuera de casa, es una variable relacionada con la depresión, tanto para los hombres como para las mujeres. Los que trabajan fuera de casa presentan menor depresión.

Tabla 3. Variables relacionadas con la depresión

Mujeres	Hombres
Nivel de Estudios	Pérdidas con la edad
No trabajar fuera de casa	No trabajar fuera de casa
Apoyo Social bajo o inexistente	Apoyo Social bajo o inexistente
Estrés	Estrés
Sobrecarga	Sobrecarga
Violencia	Violencia
Comorbilidad	Comorbilidad
Estado Civil	Estado Civil

Fuente: Montesó, Pilar. Salud mental y género: causas y consecuencias de depresión en las mujeres. (Tesis doctoral), UNED, Madrid, 2009.²⁸

Cuando se analizan conjuntamente las diferencias de género en las diferentes variables que pueden influir en la depresión, parece ser que no hay ninguna que afecte de manera especial a uno u otro sexo por lo que estas diferencias desaparecen. Pierden peso las diferencias que encontramos entre el hombre y la mujer cuando los analizamos de manera

²⁸ MONTESÓ, P. Salud mental y género: causas y consecuencias de depresión en las mujeres. (Tesis doctoral), UNED, Madrid, 2009.

separada que son: las pérdidas relacionadas con la edad para el hombre, y el nivel de estudios para la mujer.

Las causas de la depresión: Violencia de género, sobrecarga, estrés, poco apoyo social afectan a los dos sexos de la misma manera, pero al afectar a mayor número de mujeres la prevalencia de depresión sigue siendo más alta en estas (Tabla 3).

3. Análisis de Regresión Logística Variable

Se realiza análisis univariante y multivariante (Tabla 4). Tal como se observa el riesgo de sufrir depresión es 7,7 superior si se recibe violencia, 4 veces superior si se padece estrés, 5,8 superior si se sufre sobrecarga, 2,24 superior si se padece ansiedad, 2,48 superior si se dispone de poco apoyo social, 5,51 superior si no se dispone de estudios medios, 6,0 veces superior si no se dispone de estudios universitarios y 1,9 veces superior si se es mujer.

Tabla 4. Cuadro Análisis Multivariante

Variable	Factor Adverso	P	Riesgo Relativo	95% IC
Sexo	Mujer	0,038	1,90	1,03- 3,50
Violencia	Si	0,000	7,93	3,34-18,86
Apoyo Social	No	0,043	2,48	1,02- 5,99
Estrés	Si	0,000	4,0	1,94- 8,47
Sobrecarga	Si	0,000	5,84	2,82-12,04
Estudios Medios	No	0,015	5,51	1,65- 18,44
Estudios	No	0,005	6,06	1,71 – 21,44

Univ ersit arios				
Ansiedad	Si	0,038	2,24	1,04 -4,78

Fuente: Montesó, Pilar. Salud mental y género: Causas y consecuencias de depresión en las mujeres. Tesis doctoral, UNED, Madrid, 2009.

4. Conclusiones

a) *La depresión en nuestra sociedad es elevada, y es superior en las mujeres que en los hombres.*

La depresión identificada en la investigación cuantitativa, es elevada sobretudo para las mujeres. La mujer es diagnosticada de depresión el doble que el hombre, el mismo porcentaje se mantiene para la depresión identificada. El *malestar* percibido por las mujeres es identificado por ellas y por los médicos como superior al de los hombres. En la depresión actual y global disminuyen las diferencias entre hombres y mujeres.

La prevalencia mayor que obtenemos para la depresión a nivel comunitario es de 38,6% (Chocrón, Gerona), superando de esta manera los resultados más altos a nivel español que eran los obtenidos por Vázquez-Barquero y cols. en el Valle del Baztán en Navarra que era de 23,8% y a nivel internacional los estudios realizados por Orley y Wing en Uganda con una prevalencia del 25,2%. En Cataluña (1997) la prevalencia es de 36,1% y en Soria (1982) de 34,2% y en Galicia (1989) de 33,6%.²⁹ El exceso de enfermedad psiquiátrica en las mujeres se debe fundamentalmente a la presencia significativamente más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos. Entre los hombres son más frecuentes los trastornos de personalidad y los derivados del consumo del alcohol y de otras sustancias. El incremento de la enfermedad

²⁹ Autores citados por Isabel MONTERO en "Género y Salud mental en un mundo cambiante.", *Gaceta Sanitaria*, 2004, pp.175-181.

psiquiátrica en mujeres casadas de mediana edad, en comparación con las solteras es un caso frecuentemente observado. Las mujeres adoptan formas hasta ahora masculinas de manifestar la depresión; al hacerse a sociedad más igualitaria van aumentando en las mujeres las conductas que antes eran reservadas al sexo masculino. Un ejemplo del efecto de los cambios sociales producidos en mujeres en el mundo occidental es el acortamiento de la distancia entre las frecuencias de tentativas de suicidio en ambos sexos según el estudio de Ribes en Isabel Montero.³⁰

Podríamos intentar establecer una relación del tipo de depresión que se relaciona más con la situación social: sería más la no bipolar que la bipolar, y dentro de la no bipolar: más la distimia y la depresión mayor, en definitiva aquellas depresiones más influenciadas por condiciones sociales.

b) *La mayoría de las depresiones son moderadas o leves, que son las que se asocian mayoritariamente con causas sociales más que con causas hereditarias o endógenas.*

Las depresiones leves representan en nuestro estudio poblacional un 71%, las moderadas un 22% y las más graves un 7%. Estas depresiones más leves son consecuencia del difícil ajuste entre el medio y el individuo. Las depresiones que aumentan son aquellas derivadas de sucesos estresantes, de factores externos, aquellas depresiones más reactivas. Según Carlos Castilla del Pino la depresión verdadera es escasa.³¹ Las depresiones verdaderas -inmotivadas y con inhibición son raras-. Este autor es importante porque recogería una tradición de la psiquiatría más social.

La afirmación de que hay dos tipos de depresiones, una producida por causas biológicas -endógena- y otra por más causas psicosociales -exógena-, es la más aceptada, aunque existen otras más minoritarias que afirman que hay una única depresión. El modelo más aceptado es

³⁰ Ibídem.

³¹ CASTILLA DEL PINO, C. "Un estudio sobre la depresión", *Lecturalia*, 2002.

el modelo dicotómico -endógeno-exógeno- presentado por Eysenck, 1970 y Carney M., 1972 en el libro de psiquiatría de José Antonio Ramos y Cordero que analiza la clasificación de la depresión, aunque algunas se inclinan por las categorías múltiples.³² La *Depresión sicótica, endógena* -de origen interno, hereditario y desconocido con una dimensión sicótica y de falta de contacto con la realidad-, está relacionada con anomalías biológicas. Juan José López Ibor habla de dos caras de la misma moneda. Acuña el término de *reacción cristalizada* para explicar cómo es posible que una depresión desencadenada por un acontecimiento externo - paradigma de depresión neurótica- pudiera ser posteriormente endógena.³³ Y con el mismo esquema explica que también es posible que con la cronificación de las depresiones endógenas, éstas se desvitalizaran y perdieran entidad clínica para adquirir un aspecto más neurótico. También surgen trabajos que apuntan a la causación biopsicosocial de trastornos mentales con causa biológica importante como las esquizofrenias y depresiones endógenas.

c) *Las diferencias de género en la depresión se inician en la adolescencia y aumentan en la edad adulta para disminuir después.*

En el estudio cuantitativo, en la adolescencia ya empiezan a haber diferencias de género en la depresión y éstas se hacen máximas en el grupo de edad de 25-45 años donde la diferencia es abismal; el doble de depresión para la mujer. En este estudio, las diferencias de género en la depresión se hacen evidentes para el grupo de 16-25 años con un 13% de depresión superior para la mujer, al igual que aquellos estudios que reflejan las desigualdades a partir de la pubertad; Cova,³⁴ Nolen-Hoeksema;³⁵ para ellos «las desigualdades ya experimentadas» es el motivo que aumente la depresión en los adolescentes. Para estos

³² RAMOS, J. A. et al. "Clasificación endógeno-exógena neurótica de la depresión: monistas, binarios y secuenciales". *Psiquiatría.com*, v. 1, n° 2, 1997, pp.1-22.

³³ LÓPEZ IBOR, Juan José. "masked depression". In *Brit. J. Psychiatry*, n° 12, 1972, pp.120-245.

³⁴ COVA, F. "Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos", *Op. cit.* pp. 418-424.

³⁵ NOLEN-HOEKSEMA, citado por Pilar MATUD en *Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión*, *Op. cit.*, pp.63-76.

autores las diferencias empiezan en la pubertad pero ya son claramente observables en la adolescencia 15-18 años, para luego estabilizarse y disminuir a partir de la adultez tardía - disminuye la depresión femenina a partir de los 55 años.

En nuestro estudio, la depresión femenina no disminuye al aumentar la edad, ya que ésta aumenta ligeramente hasta pasados los 65 años-. En la investigación comunitaria, la edad media de depresión para la mujer se sitúa en los 48 años.

La depresión en la tercera edad también aumenta también para Javier García-Campayo,³⁶ sobretodo para los hombres, ya que es el grupo de edad en el que aparece mayor depresión. Parece que nos aproximamos a una sociedad con una mayor esperanza de vida y una peor salud mental. Durante el bachillerato, las mujeres presentan mayor prevalencia de trastornos depresivos, trastornos alimentarios, trastornos de ajuste emocional que los hombres. Los hombres presentan mayor comportamiento disruptivo.³⁷

Es importante la depresión que presentan los menores de 25 años 43,8% ya que es mayor que la de los de 25-45 años 38,9% y casi alcanzan a los 45-55 años con 49,7%. Es importante dirigir los esfuerzos de investigación, tratamiento y rehabilitación a este grupo de edad puesto que el consumo de sustancias adictivas y alcohol están aumentando sobretodo para los chicos, pero cada vez más se acortan las diferencias para las chicas.

En nuestro estudio, las diferencias de género aumentan a un 50% en las edades de 25-45 años y van disminuyendo progresivamente; para el grupo de 45-65 años la diferencia es de un 12% superior a la mujer y en el grupo de 65 y más años es superior en un 4%.

³⁶ GARCÍA CAMPAYO, Javier. "Trastornos afectivos y género". Op.Cit., pp.1-6. *Claves en Salud mental*

³⁷ LEWISOHN, PM., HYMAN, H., ROBERTS, RE., SEELEY, JR y ANDREWS, JA. "Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students". In *Journal of Abnormal Psychology*, nº 102, Washington. P.133-44, National Institute of Mental Health (NIMH), 1993.

d) *Las causas que afectan a la depresión son las mismas para los hombres que para las mujeres. La mujer debido a que ha estado sometida a ellas en mayor grado, sufre mayor depresión.*

Si tenemos en cuenta los factores analizados como causantes de la depresión son consecuencia de cómo se ha conceptualizado el rol de la mujer en nuestra sociedad. Las variables asociadas a la depresión a los hombres y a las mujeres en nuestro estudio y en gran parte de los estudios revisados son: 1. Sobrecarga, 2. Violencia de género, 3. Bajo apoyo social, 4. Estrés

Las variables asociadas a la depresión parecen que son las mismas para el hombre y la mujer. Cuando hombres y mujeres se hallan expuestos a éstas, la depresión aumenta para ambos. Las mujeres han estado más expuestas a estos factores por la cultura que les ha tocado vivir, por lo que presentan mayor depresión. En el estudio cuantitativo las mujeres sufren más estos factores: *La depresión es más inaceptable para los hombres porque discrepa del estereotipo masculino.*³⁸

1. Violencia. La violencia está directamente relacionada con la depresión, al igual que la sobrecarga, estrés, poco apoyo social.

2. Sobrecarga. La sobrecarga física y emocional repercute negativamente en su salud. A pesar que las mujeres tengan mayor esperanza de vida, viven con peor salud percibida. Las mujeres responden a aquellos roles que les ha tocado asumir: ser amas de casa, atender a su familia, no tener apoyo de su pareja e hijos, las dobles jornadas, no ser valoradas socialmente como sujetos autónomos. Estos malestares se tornan en enfermedad muchas veces, sobretodo cuando tienen unos horarios rígidos en el mercado de trabajo que no se ajusta a sus necesidades y es fuente de estrés importante.

³⁸ WARREN citado por Carme FERRÉ: *Depresión: Pacientes y Familiares*. Op. cit., p. 21.

Los hombres en un principio, no perciben las dificultades que sufren las mujeres. Y es que los hombres, no tienen la idea de que cuando las mujeres salen a trabajar haya de suponer algún cambio en las relaciones familiares, y sobretodo en sus aportaciones domésticas. Según Los hombres ven el trabajo de sus mujeres *como una oportunidad de disfrute, no como un esfuerzo*.³⁹ Esta imagen idealizada del trabajo de las mujeres, impide valorar el esfuerzo que supone y dificulta que los maridos se responsabilicen en las tareas del hogar. El rol de cuidadora lleva a la sobrecarga y provoca depresión. Para M^a Ángeles Durán⁴⁰ la carga psíquica afecta emocionalmente a los cuidadores: son los sentimientos de miedo, impotencia, responsabilidad, inseguridad y ansiedad que se traducen en términos de *estados depresivos e irritabilidad*. El tiempo dedicado al cuidado de ancianos supera las cinco horas diarias en el 53% de los casos, y entre tres y cinco horas en el 20% de los casos.

3. Apoyo Social. El apoyo social es para Brown y Harris⁴¹ el factor más importante de *vulnerabilidad* en la depresión, además de lo que denomina *factor etiológico* y *factor subyacente*. Según estos autores el bajísimo nivel de apoyo en las mujeres de clase trabajadora cuando tienen un hijo, es suficiente para sugerir una explicación para el mayor riesgo de depresión en esos momentos de su vida.

4. Estrés. El estrés puede alterar la función del sistema inmune de forma que se pueda influenciar el desarrollo o crecimiento de algunas enfermedades agudas, crónicas y neoplásicas. El estrés psicológico tiene un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos depresivos según de la Garza.⁴²

5. Nivel de estudios. Al aumentar los estudios disminuye la depresión, sobretodo en las mujeres.

³⁹ ESCARIO et al, 1978. Citado por Inés Alberdi en: *La nueva familia española*, Taurus, Madrid, 1999, pp. 237-238.

⁴⁰ DURÁN, M. A. *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, Bilbao, 2002, pp. 263-300.

⁴¹ BROWN y HARRIS citado por SÁNCHEZ Esteban. "Por una sociología de la enfermedad mental: Etiología". Op. cit., pp. 49-71.

⁴² DE LA GARZA F, *Depresión, angustia y Bipolaridad*. Guía para pacientes y familiares. Trillas, Sevilla, 2006.

6. Trabajar fuera de casa. Las mujeres que no trabajan fuera de casa tienen mayor depresión que las que lo hacen, esto aparece en el estudio poblacional o comunitario realizado, pero la diferencia no es muy elevada.

Según Teresa Añón, en la última década, la mujer trabajadora entre 35 y 44 años está acusando *patologías tempranas y sobretodo aquellas que se han dado hasta ahora más en el sexo masculino*. Es el precio a pagar por introducirse en un mundo laboral con pautas masculinas que las ha llevado a adoptar roles que les alejan de *su neurofisiología*.⁴³

e) Las depresiones son infradiagnosticadas y en los hombres más porque no reconocen ni manifiestan la depresión.

Existe un 25% de depresiones en la actualidad identificadas mediante el test de Goldberg⁴⁴ que no son reconocidas por las mujeres y un 46% que no son reconocidas por los hombres en nuestro estudio cuantitativo. Los estereotipos de género insertados en nuestra cultura hacen difícil al hombre reconocer el trastorno mental y sobretodo la depresión por las características que lleva asociada -dependencia, pasividad, falta de firmeza o asertividad, gran necesidad de apoyo afectivo, baja autoestima, indefensión, incompetencia-, y mucho más para el hombre, así como la estigmatización de las enfermedades mentales por parte de la sociedad.

*Difícil es su reconocimiento y más difícil aún mostrarla públicamente, ya que no se corresponde con los ideales masculinos de triunfo en nuestra sociedad según Félix Cova.*⁴⁵ En una revisión sobre estudios realizados que relacionan la depresión con el sexo femenino, se defiende la hipótesis que la depresión resulta más inaceptable para los hombres que para las mujeres, porque discrepa del estereotipo masculino.⁴⁶ Este estereotipo se caracteriza por

⁴³ AÑÓN, T. "La depresión se ha triplicado entre las mujeres trabajadoras", Valencia 2008, Jueves 24 enero (Consultado el 12 de marzo del 2008).

⁴⁴ Test para detección de depresión utilizado por los servicios de Atención Primaria de Salud. Incluye también una subescala de ansiedad.

⁴⁵ COVA, F. "Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos". Op. cit., pp. 49-57.

⁴⁶ WARREN citado por Carme FERRÉ en: *Depresión: Pacientes y Familiares*. Op. cit., p. 21.

características como la competencia, la fortaleza, la evitación de cualquier aspecto que denote feminidad, mientras que la depresión es una manifestación de poco valor, de debilidad, de vulnerabilidad, relacionada con la expresividad emocional, el llanto, aspectos tradicionalmente asociadas a la mujer y no al hombre.

Anexo I

Cuestionario

1. Estudio poblacional en una comunidad sobre la depresión 2007-2008

- Sexo.....

- Edad.....

- Estado Civil

Soltera

Casa

Separada o divorciada

Viuda

- Hijos

Si

No

- Salud:

- Tabaco

Si

No

- Alcohol

Si

No

- Edad de inicio del malestar.....

- Edad del diagnóstico de depresión.....

- Estudios

Primarios

Secundarios incompletos

- Secundarios completos
- Universitarios

- Trabaja fuera de casa

- Si
- No

P 1. ¿A qué especialistas acude usted?

.....

P 2. ¿Qué medicación toma diariamente? ¿Cuántas pastillas toma diariamente?

.....

P 3. ¿Cuántos días ha estado de baja en los últimos dos años?

.....

P 4. ¿Qué enfermedades tiene además de la depresión? (crónicas y agudas)

.....

P 5. ¿Ha padecido violencia en el trabajo, familia o ambos? No se refiere sólo a violencia física – malos tratos- sino a sentir que la han tratado mal también psíquicamente: gritarle y hablarle frecuentemente con tono despectivo o amenazador, controlarle, sufrir prohibiciones, controlarle el dinero, no valorarle ni reconocerle su trabajo, darle negativas constantemente y por todo, culpabilizarle continuamente de todo, realizarle chantaje con dinero o emocional...

- No
- Si Familiar Laboral Física Psicológica Sexual

P 6. ¿Ha padecido sobrecarga, es decir, se ha sentido cansado al realizar varias tareas simultáneamente?

- Si
- No

P 7. ¿Ha padecido estrés tanto en el trabajo como en la vida familiar o en ambos?

- Si
- No

P 8. ¿Ha tenido Apoyo social, es decir apoyo psicológico o ayuda para realizar las tareas?

- Si
- No

P 9. Diría que sufre pérdidas físicas o psicológicas relacionadas con la edad? Y ¿Cómo lo vive?

.....

P 10. Especifique las causas de depresión que usted identifica

.....

2. Cuestionario de ansiedad y depresión

Subescala de ansiedad

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total ansiedad

Subescala de depresión

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Total depresión

Criterios de valoración

Subescala de Ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de Depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

* Los cuestionarios son administrados a 317 personas -157 mujeres y 160 hombres- por vía telefónica los meses de noviembre y diciembre de 2007.