

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA III



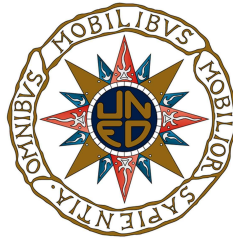
TESIS DOCTORAL

SALUD MENTAL Y GÉNERO: CAUSAS Y
CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES

M^a PILAR MONTESÓ CURTO
Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología, Sección Sociología

2008

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA III



TESIS DOCTORAL

SALUD MENTAL Y GÉNERO: CAUSAS Y CONSECUENCIAS
DE LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES

Autora: M^a PILAR MONTESÓ CURTO

Directora: Dra. D^a M^a VIOLANTE MARTÍNEZ QUINTANA

2008

Agradecimientos:

A mi directora Dra. M^a Violante Martínez Quintana que me ha orientado sobretodo en aquellos momentos más difíciles y me ha brindado en todo momento su apoyo siempre con buen sentido del humor.

A las personas que participaron en los diferentes estudios que componen esta tesis que nos revelaron sus sentimientos, vivencias y percepciones así como las dificultades que percibían en su vida -depresión, fibromialgia, pacientes que acudían a las consultas de Atención Primaria-, también a aquellas que respondieron a la encuesta telefónica.

A los profesionales sanitarios que nos ayudaron a responder algunas de nuestras dudas; médicos de familia, reumatólogo y a los psiquiatras, psicólogo del Centro de Salud Mental Pere Mata y a la psiquiatra Dra. Elena Guimerá.

Al ICS -Institut Català de la Salut- que nos ha facilitado realizar esta investigación -Responsable de Enfermería, Gerencia y Unidad de Investigación-.

A mis compañeros-as del CAP -Centro de Asistencia Primaria- por su comprensión CAP Roquetes y CAP Tortosa.

En especial a Francesc Masià, Ignaci Vidal, Mar Lleixà, M^a Pilar Ongay, Jordi Albacar, Manel Pla, Francesc Belvis, Josep Antoni Nolla, Cinta Sancho, Carmen Martí, Dra M^a Teresa Salvadó y la ayuda indispensable de Carina Aguilar. Al apoyo emocional de Montserrat Soler, Esperanza Herrero, Susana Lletí, M^a Cinta Audí, Nuria Albacar, Rosa Aparicio, M^a Paz Querol y personal de la Escuela de Enfermería.

A mis padres, hermano y resto de familia por el apoyo prestado, en especial a mi madre que me sustituyó en todas aquellas labores “de cuidado” para que pudiera dedicarme a realizar la tesis.

A Toni, Cristina y Laura por su comprensión

"Lo que caracteriza al hombre de ciencia no es la posesión del conocimiento o de verdades irrefutables, sino la investigación desinteresada e incesante de la verdad."
K.Popper

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud. La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud –OMS-. Es usada mundialmente para las estadísticas de mortalidad y morbilidad.

CONICET: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas.

D.P.M: Disforia Premenstrual.

DSM: Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Psiquiátrica Americana). DSM-IV, es la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association. Se trata de una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar, y tratar los distintos trastornos mentales.

E-cap: Base de datos de Atención Primaria de salud en la que se almacenan todos los diagnósticos, tratamientos e intervenciones que se realizan al paciente.

EMEA: Agencia Europea del Medicamento. Su principal responsabilidad es la protección y promoción de la salud pública y animal, mediante la evaluación y supervisión de los medicamentos de uso humano y veterinario.

ESEMED: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders.

FDA: Es la Agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la Administración de Alimentos y Medicamentos –Food and Drug Administration- asegura que los alimentos, medicamentos, aparatos médicos, productos biológicos y productos hemáticos sean seguros para el público.

GHQ: General Health Questionnaire. Cuestionario de Salud General de Goldberg. Cuestionario para evaluar la salud autopercebida. Hay diferentes versiones GHQ-12, GHQ 28.

I.A.M: Infarto Agudo de Miocardio.

I.S.R: Antidepresivo. Inhibidor Selectivo de la Recaptación de la Serotonina. Ej: (prozac).

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PPD: Depresión Posparto.

SSCO: Síndrome Somático sin Causa Orgánica.

T.A.D.G. o E.A.D.G o T.G.A.D.: Test de Ansiedad y Depresión de Goldberg o Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Se utiliza en el estudio para cuantificar la ansiedad y la depresión. Es el utilizado en la investigación empírica de la tesis.

TDM: Trastorno Depresivo Mayor

LISTA DE DEFINICIONES

ALIENACIÓN: Extrañamiento de uno mismo frente a otros individuos, a la sociedad o al trabajo. Por lo general, se atribuyen al término significados con frecuencia contradictorios. Los psiquiatras, por ejemplo, consideran que la alienación es un bloqueo autoinducido o una disociación de sentimientos que produce en la persona una reducción de su capacidad social y emocional con las consiguientes dificultades para ajustarse a la sociedad. Sin embargo, algunos filósofos creen que el origen de la alienación no está en la persona sino en una sociedad vacía y despersonalizada. Tanto para Marx como para Hegel, este concepto describe la siguiente situación que le puede sobrevenir a un sujeto: cuando no se posee a sí mismo, cuando la actividad que realiza le anula, le hace salir de sí mismo y convertirse en otra cosa distinta a la que él mismo propiamente es, decimos que dicho sujeto está alienado; la alienación describe la existencia de una escisión dentro de un sujeto, de un no poseerse totalmente y, como consecuencia de ello, comportarse de un modo contrario a su propio ser. La sociología proporcionó otro punto de vista: la anomia o desarraigo (postulada por el teórico social francés Émile Durkheim).

ALUCINACIÓN: Percepción sin objeto, que surge sin que exista un estímulo sensorial que lo desencadene. Pueden ser auditivas –oyen voces- gustativas y olfatorias –percepción de olores y sabores inexistentes-, de la imagen corporal –percepciones falsas del esquema corporal, de la conciencia del yo- táctiles y visuales.

ANOMIA: Es la ausencia relativa de valores, además de la confusión de valores en una sociedad o grupo. Es un concepto cuyos orígenes se remontan a Durkheim, para éste es un estado extremadamente peligroso para la integridad de las sociedades. Sería el reverso de la solidaridad social, si ésta constituye un estado de integración ideológica colectiva, la anomia constituye un estado de inseguridad y “carencia de normas”. Su origen –según Durkheim- se encuentra en las estructuras sociales y culturales y no en los individuos.

ANSIEDAD: Sentimiento penoso de espera con malestar, suele aplicarse el término a la angustia cuando la tonalidad del temor es únicamente un sentimiento.

ASERTIVIDAD: Es una habilidad personal que nos permite expresar nuestros sentimientos, deseos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Es una manera de llegar a conseguir objetivos que nos proponemos sin sentirnos incómodos por ello ni incomodar a los demás.

CATECOLAMINAS: Término utilizado para denominar la adrenalina, noradrenalina, y dopamina, aminas sintetizadas a partir del aminoácido tirosina. La adrenalina y noradrenalina actúan como neurotransmisores.

CEFALEA: o dolor de cabeza. Es un síntoma que puede obedecer a un trastorno primario o puede deberse a múltiples enfermedades.

CICLOTIMIA: Oscilación del estado de ánimo, que alterna fases de alegría y buen humor con fases de ligera depresión.

CLIMATERIO: Periodo que se extiende desde el inicio del envejecimiento ovárico hasta su completo reposo generativo. Incluye las fases pre- y post menopausia durante las cuales los ovarios funcionan de forma distinta y en proporciones decrecientes respecto a la época de maduración sexual.

CUPOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: Conjunto de pacientes cuya media suele ser de unas 1500 personas que se asignan a un “equipo de salud” compuesto por un médico y una enfermera para atender sus demandas de salud.

DEMENCIA: Deterioro irreversible y crónico de las funciones intelectuales de la persona.

DEPRESIÓN: Estado patológico caracterizado por la alteración de los sentimientos de vitalidad –tristeza, angustia, desesperación, desconsuelo y pesimismo- minusvalía personal y sentimiento de impotencia para obrar y pensar, con disminución de la actividad mental y psíquica.

DEPRESIÓN ENDÓGENA: Síndrome depresivo sin motivo con profunda tristeza vital, desesperación, hipocondría, autodesprecio, autonegación, alucinaciones y tendencia a la autolisis. Se acompaña de síntomas somáticos: insomnio, anorexia, pérdida de peso, trastornos del ritmo deposicional y fatigabilidad. Es por definición endógena – sin desencadenante- y se observa en personas con predisposición genética y constitucional –constitución cicloide-.

DEPRESIÓN REACTIVA: Depresión vinculada a un agente externo físico o químico que ha actuado como desencadenante, con respuesta vivencial depresiva desproporcionada al estímulo en intensidad y duración, abandonándose el paciente en un estado de desconsuelo.

DEPRESIÓN MAYOR: Síntomas De ánimo deprimido o incapacidad para obtener placer de las actividades anteriormente placenteras. Los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, prácticamente todos los días durante al menos dos semanas, y deben causar angustia significativa o alteración del funcionamiento.

DISTIMIA: Es un término que ha recibido muy distintos significados. El DSM-IV considera la distimia como «la forma más leve de patología depresiva», en la que los

síntomas no son tan intensos como en el trastorno depresivo, pero pueden ser crónicos. Según el DSM-IV, los criterios diagnósticos incluyen ánimo deprimido o irritable durante la mayor parte del día, durante al menos dos años.

FIBROMIALGIA: Se refiere a un grupo de trastornos comunes reumáticos no articulares, caracterizados por dolor y rigidez de intensidad variables en músculos, tendones y tejido blando circundante, y un amplio rango de otros síntomas.

GÉNERO: Aspectos sociales adscritos a las diferencias sexuales. Es el equivalente a los modos de comportamiento de los hombres y de las mujeres en una sociedad determinada, que corresponde a una estructura normativa.

HISTERIA: Neurosis caracterizada por la hiperexpresividad somática de las ideas, las imágenes y los afectos inconscientes. La estructura de la personalidad del histérico se caracteriza por la psicoplasticidad, la sugestibilidad, y la formación imaginaria de su personaje. Es una enfermedad que predomina en la mujer. La histeria se divide en histeria de conversión –en la que predomina la sintomatología neuromuscular-, y otras alteraciones somáticas y la histeria de disociación –caracterizada por el estado de desdoblamiento de la personalidad, sonambulismo, amnesia-. En la actualidad y tal como se caracterizaba en el s.XIX tiende a desaparecer.

MANÍA: Alteración afectiva consistente en una excitación del humor, definido este como un tono emocional prolongado que domina el comportamiento del individuo. Para su diagnóstico deben presentarse al menos tres de los siguientes síntomas tomados del DSM –Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, de la asociación estadounidense de psiquiatría- 1) Incremento de la actividad física, social o sexual 2) Verborrea inusual 3) Fuga de ideas, o sentimiento subjetivo de pensamiento extremadamente rápido 4) Aumento de la autoestima, muchas veces incurriendo en grandiosidad 5) Necesidad de sueño disminuida 6) Incapacidad de concentrar la atención 7) desarrollo de actividades que implican riesgo.

MAINSTREAMING DE GÉNERO: Término anglosajón de difícil traducción al castellano, por lo que habitualmente dicho concepto se viene traduciendo en España como “transversalidad”. Aparece por primera vez en Nairobi (1985). Se trata de la integración de la perspectiva de género en todos los ámbitos.

MELANCOLÍA: Psicosis caracterizada por una alteración de la afectividad consistente en tristeza. Es un tipo de depresión. Una tristeza mora, sin motivo, definida por los pacientes «como que viene de dentro». Casi siempre se propaga del estado físico al moral y surge el sentimiento negativo de la propia estimación como culpabilidad, remordimiento, denigración, indignidad, dando lugar a ideas delirantes de fracaso moral, económico y biológico.

NEUROSIS: Trastornos mentales, sin base orgánica demostrable, en los que el paciente tiene indemne el sentido de la realidad, de forma que habitualmente no confunde sus experiencias subjetivas y fantasías con la realidad externa. Es decir, no sufre alucinaciones. La conducta puede estar seriamente afectada, pero la personalidad no está desorganizada.

NEUROTRANSMISORES: Cualquiera de las sustancias químicas que facilitan o inhiben la transmisión de los impulsos nerviosos entre dos células nerviosas o entre una célula nerviosa y otra célula (monoaminas o aminas biógenas: -catecolaminas: dopamina, adrenalina, noradrenalina, -serotonina,...).

PATRIARCADO: Sistema de dominación masculina. Representa la «voluntad general» en orden a la dualidad social, derivada del pacto que excluye a las mujeres y por el cual, los varones se constituyen como género en el sentido del realismo de los universales, definiendo la realidad masculina a través de lo «público» y lo femenino de lo «privado».

PSICOPATÍA: Término general para las enfermedades psíquicas o mentales.

PSICOSIS: Enfermedad mental grave caracterizada por una profunda desorganización de la personalidad con alteraciones del juicio crítico y de la realidad, delirios, alucinaciones y ocasionalmente conducta regresiva.

ROL DE GÉNERO: Corresponde al aprendizaje que comporta y a la puesta en acción de las prácticas sociales aceptadas, que van asociadas a un determinado género, donde las funciones sociales varían enormemente de unas culturas a otras, y que consisten en la conducta institucionalizada por la sociedad de referencia.

SEXO: Diferenciación biológica entre machos y hembras.

SUICIDIO: Para Durkheim es un fenómeno social, surge en las sociedades con uniformidad, y depende de las fuerzas exteriores a los individuos porque son las tendencias de la colectividad las que se introducen en los miembros y los inducen a matarse. Según Durkheim el apego a la sociedad es lo que hace que no nos suicidemos. El suicidio está directamente relacionado con la alienación individual con respecto a la sociedad y a los grupos sociales.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	3
LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS	5
LISTA DE DEFINICIONES	7
ÍNDICE GENERAL	11
ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICOS, TABLAS Y FIGURAS	16
ÍNDICE DE CUADROS	16
ÍNDICE DE GRÁFICOS	17
ÍNDICE DE TABLAS	19
ÍNDICE DE FIGURAS	21
PRIMERA PARTE	
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN GENERAL	22
1.1. CAMBIOS SOCIALES	22
1.2. OBJETIVOS	24
1.3. ESTRUCTURACIÓN DE LA TESIS	28
1.3.1. PRIMERA PARTE: CAPITULO I, II,III	28
1.3.2. SEGUNDA PARTE: CAPITULO IV,V,VI	35
1.3.3. TERCERA PARTE: CAPITULO VII,VIII,IX	40
2. INTRODUCCIÓN SALUD MENTAL Y GÉNERO	46
2.1. CONCEPTO DE SALUD MENTAL	46
2.1.1. SEGÚN PARADIGMAS Y REPRESENTACIONES DOMINANTES EN CADA SOCIEDAD	46
2.1.2. SEGÚN DIFERENTES MODELOS PSICOLÓGICOS O MÉDICOS VIGENTES	53
2.1.3. DIFERENTES CRITERIOS PARA LA DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL	55
2.2. CONCEPTO DE GÉNERO	56
2.3. SALUD MENTAL Y GENERO	62
2.3.1. DEL S.XIX A LA ACTUALIDAD	62
2.3.2. DIFERENCIAS EN SALUD MENTAL Y GENERO	65
2.3.3. CAUSAS DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD MENTAL EN LAS MUJERES	68
CAPITULO II	
2. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA ACTUALIDAD	73
2.1. AFECTACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL MUNDO	73
2.2. DIFERENCIAS EN SALUD PARA LOS HOMBRES Y MUJERES	81

CAPITULO III

3. MARCO TEÓRICO DE LA DEPRESIÓN Y GÉNERO	87
3.1. MEDICINA-PSIQUIATRÍA	87
3.1.1. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN	87
3.1.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA DEPRESIÓN	92
3.1.3. TEORÍAS MEDICO-PSIQUIATRICAS ACERCA DE LA DEPRESIÓN	94
3.1.4. INVESTIGACIONES BIOQUÍMICAS SOBRE SÍNTOMAS SOMÁTICOS SIN CAUSA ORGÁNICA	102
3.1.5. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN	110
3.1.6. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN	115
3.1.7. TIPOS DE DEPRESIÓN EN LAS MUJERES	122
3.1.8. DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES FÍSICAS	126
3.1.8.1. FIBROMIALGIA, ENFERMEDAD FEMENINA	132
3.1.9. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN	140
3.1.9.1. MEDICALIZACIÓN DE LAS MUJERES Y OTRAS TERAPIAS	143
3.1.10. PREOCUPACIÓN SOCIAL	149
3.2. PSICOLOGÍA-SOCIOLOGÍA	151
3.2.1. TEORÍAS PSICOLÓGICAS	151
3.2.1.1. PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA HUMANISTA	152
3.2.1.2. PERSPECTIVA CONDUCTUAL	152
3.2.1.3. PERSPECTIVA COGNITIVA	152
3.2.1.4. PERSPECTIVA SISTÉMICA	152
3.2.1.5. PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA	154
3.2.1.5.1. INVESTIGACIONES PSICOANALÍTICAS	158
3.2.1.5.2. LA PSICOTERAPIA	159
3.2.2. TEORÍAS SOCIOLÓGICAS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	161
3.2.2.1. TEORÍAS FUNCIONALISTAS	163
3.2.2.2. TEORÍA DEL ETIQUETAJE	169
3.2.2.3. TEORÍA DE LOS ESTILOS DE VIDA DE MAX WEBER	169
3.2.3. TEORÍAS SOCIOLÓGICAS DE GÉNERO	178
3.2.3.1. TEORÍAS FUNCIONALISTAS	183
3.2.3.2. TEORÍAS FEMINISTAS	187
3.2.4. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD	193
3.2.5. DEPRESIÓN Y GRUPOS DE EDAD	197
3.2.5.1. PUBERTAD	198
3.2.5.2. EDAD ADULTA	199
3.2.5.3. ANCIANIDAD	202
3.2.6. DEPRESIÓN EN EL HOMBRE Y SUICIDIO	204
3.2.7. IGUALDAD Y SALUD EN LA MUJER	207
3.2.8. ROLES FEMENINOS Y MASCULINOS	211
3.2.8.1. DEPRESIÓN Y ROL EN LAS MUJERES	217
3.2.8.1.1. SÍNDROME DEL AMA DE CASA	222
3.2.8.1.2. NUEVO ROL EN LAS MUJERES	224
3.2.9. VIOLENCIA SOBRE LAS MUJERES	230

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO IV

4.1. HIPÓTESIS GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	234
4.2. OBJETIVOS	235
4.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO	236

CAPITULO V

5. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS	237
5.1. ESTUDIO EXPLORATORIO EN PROFESIONALES DE LA SALUD CON TÉCNICAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS 2005-2006	241
5.1.1. DISEÑO Y ANÁLISIS	241
5.2. FASE CUALITATIVA: ENTREVISTAS A HOMBRES Y MUJERES (PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD) EN ATENCIÓN PRIMARIA 2007	242
5.2.1. ENTREVISTAS A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN	244
5.2.2. ENTREVISTAS A PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD NO DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN	245
5.2.3. ENTREVISTAS A PACIENTES CON FIBROMIALGIA	246
5.2.4. ENTREVISTAS A MÉDICOS, PSIQUIATRAS, PSICÓLOGO, REUMATÓLOGO	246
5.3. FASE CUANTITATIVA: ESTUDIO POBLACIONAL –EN UNA COMUNIDAD- SOBRE LA DEPRESIÓN 2007-2008	246

CAPITULO VI

6. RESULTADOS	247
6.1. RESULTADOS ESTUDIO EXPLORATORIO EN EL COLECTIVO DE PROFESIONALES DE LA SALUD CON TÉCNICAS CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS 2005-2006	247
6.2. RESULTADOS FASE CUALITATIVA: ENTREVISTAS A HOMBRES Y MUJERES (PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD) EN ATENCIÓN PRIMARIA 2007	261
6.2.1. ENTREVISTAS A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN	263
6.2.1.1. DEPRESIÓN EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE EDAD	283
6.2.1.2. INCERTIDUMBRE Y CAMBIO DE VALORES EN LA SOCIEDAD ACTUAL	292
6.2.1.3. MECANISMOS PARA AFRONTAR LA DEPRESIÓN	294
6.2.1.4. PRINCIPALES CAUSAS DE DEPRESIÓN EN LAS MUJERES	300
6.2.1.4.1. INFANCIA Y/O ADOLESCENCIA PROBLEMÁTICA	300
6.2.1.4.2. EDUCACIÓN RECIBIDA	302

6.2.1.4.3. DIFICULTAD PARA AFRONTAR LA MATERNIDAD	309
6.2.1.4.4. VIOLENCIA	313
6.2.1.4.5. REALIZAR MÚLTIPLES ROLES CON POCAYUDA	321
6.2.1.4.6. FIGURA DEL MARIDO	326
6.2.1.5. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN	329
6.2.1.5.1. PRINCIPALES PATOLOGÍAS ASOCIADAS CON LA DEPRESIÓN	338
6.2.1.5.2. CAMBIO DE CARÁCTER	339
6.2.1.5.3. IDEAS DE SUICIDIO	340
6.2.1.5.4. I.T. (INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA)	342
6.2.2. ENTREVISTAS A PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD NO DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN	343
6.2.3. ENTREVISTAS A PACIENTES CON FIBROMIALGIA	349
6.2.3.1. MAS ALLÁ DE LA DEPRESIÓN; LA FIBROMIALGIA	349
6.2.3.1.1. ASPECTO FÍSICO	360
6.2.3.1.2. FIGURA DEL MARIDO	360
6.2.3.1.3. CAUSAS DE LA FIBROMIALGIA	361
6.2.3.1.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES CON FIBROMIALGIA	362
6.2.4. ENTREVISTAS A PSIQUIATRAS, PSICÓLOGO, REUMATÓLOGO, MÉDICOS DE FAMILIA	365
6.3. RESULTADOS FASE CUANTITATIVA: ESTUDIO POBLACIONAL -EN UNA COMUNIDAD- SOBRE LA DEPRESIÓN 2007-2008	371
6.3.1. TIPOS DE DEPRESIÓN	375
6.3.2. FACTORES RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN	385
6.3.3. DEPRESIÓN EN MUJERES	388
6.3.4. DEPRESIÓN EN HOMBRES	390
6.3.5. DIFERENCIAS EN LAS CAUSAS DE DEPRESIÓN EN HOMBRES Y MUJERES	393

TERCERA PARTE

CAPÍTULO VII

7. DISCUSIÓN	397
7.1. HIPÓTESIS	397

CAPITULO VIII

8. CONCLUSIONES	418
8.1. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	418
8.2. CONCLUSIONES GENERALES	437
8.3. LÍNEAS DE MEJORA	465
8.4. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	477

CAPITULO IX

9. PROGRAMA PARA AUMENTAR LA IGUALDAD EN LAS MUJERES: CONCILIACIÓN LABORAL-FAMILIAR Y NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN LABORAL	478
---	-----

CAPITULO X

10. ANEXOS	493
10.1. ANEXO 1. ESTUDIO EXPLORATORIO EN EL COLECTIVO DE PROFESIONALES DE LA SALUD CUANTITATIVO Y CUALITATIVO 2005-2006 (CUESTIONARIO)	493
10.2. ANEXO 2. ESTUDIO CUALITATIVO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN 2007 (CUESTIONARIO Y ENTREVISTA)	500
10.3. ANEXO 3. ESTUDIO CUALITATIVO EN PACIENTES NO DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD 2007 (CUESTIONARIO Y ENTREVISTA)	503
10.4. ANEXO 4. ESTUDIO CUALITATIVO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2007 (CUESTIONARIO Y ENTREVISTA)	506
10.5. ANEXO 5. ESTUDIO CUALITATIVO. ENTREVISTA A MÉDICOS, PSIQUIATRAS, PSICÓLOGO, REUMATÓLOGO 2007	510
10.6 ANEXO 6. ESTUDIO POBLACIONAL –EN UNA COMUNIDAD- SOBRE LA DEPRESIÓN 2007-2008 (CUESTIONARIO)	511
10.7. ANEXO 7. EVALUACIÓN PROGRAMA DE IGUALDAD (CUESTIONARIO)	514
10.8. ANEXO 8. BIBLIOGRAFÍA	516

CUADROS

Cuadro 2.2.1. Actuaciones y propuestas en materia de igualdad de oportunidades	62
Cuadro 2.3.2.1. Diferencias en salud entre mujeres y hombres	66
Cuadro 3.1.3.1. Factores Biológicos que influyen en la depresión	95
Cuadro 3.1.3.2. Intensidad del acontecimiento estresante y casos psíquicos	101
Cuadro 3.1.4.1. Síndromes funcionales somáticos descritos por especialidad	104
Cuadro 3.1. 4. 2. Prevalencia psiquiátrica en estudios comunitarios según sexo	108
Cuadro 3.1.5.1. Análisis de algunas variables sociodemográficas y su influencia en el padecimiento de trastornos afectivos	113
Cuadro 3.1.5.2. Prevalencia de depresión para toda la vida	114
Cuadro 3.1.6.1. Clasificación de los trastornos depresivos	119
Cuadro 3.1.8.1.1. 18 puntos de dolor en fibromialgia	133
Cuadro 3.1.9.1.1. Diagnósticos de enfermería asociados a la depresión	147
Cuadro 3.2.2.1. Causación social de la depresión	173
Cuadro 3.2.2.2. Cuatro zonas básicas en el proceso de exclusión social	175
Cuadro 3.2.6.1. Factores de riesgo de suicidio en el anciano con depresión	207
Cuadro 3.2.8.1. Características depresión, feminidad y masculinidad	215
Cuadro 5.1. Relación de objetivos generales y tipo de estudios	240
Cuadro 5.2.1.1. Metodología utilizada en entrevistas en enfermos con depresión	244
Cuadro 5.2.2.1. Metodología utilizada en entrevistas en pacientes con problemas de salud	245
Cuadro 6.3.5.1. Variables relacionadas con la depresión actual y global	393
Cuadro 6.3.5.2. Causas de depresión actual y global	393
Cuadro 6.3.5.3. Resultado análisis univariante	395
Cuadro 6.3.5.4. Análisis de Regresión	396
Cuadro 7.1.1. Prevalencia depresión global en estudios comunitarios según localidad e instrumento de medición	399
Cuadro 8.1.1. Variables que influyen en la depresión	427
Cuadro 8.2.1. Causa de depresión y fibromialgia	463

GRÁFICOS

Gráfico 2.1.1. Carga de enfermedades en el mundo	73
Gráfico 2.1.2. Carga de las enfermedades en el Servicio Nacional de Salud 1996.	75
Gráfico 2.1.3. Puntuación en la subescala de vitalidad del S-F	77
Gráfico 2.1.4. Salud mental positiva por sexo, medida por la subescala de vitalidad (SF-36)	77
Gráfico 3.2.2.1. Sintomatología depresiva según número de hijos	176
Gráfico 3.2.2.2. Sintomatología depresiva según el estado civil	176
Gráfico 3.2.4.1. Sospecha diagnóstica según sexo del paciente	195
Gráfico 3.2.4.2. Sospecha diagnóstica en pacientes según el sexo del médico	195
Gráfico 6.2.1.1. Causas de depresión en mujeres	267
Gráfico 6.2.1.2. Tipos de depresión en las mujeres	268
Gráfico 6.2.1.3. Violencia en pacientes con depresión	268
Gráfico 6.2.1.4. Otras causas de depresión en mujeres	269
Gráfico 6.2.1.5. Salud percibida de las mujeres diagnosticadas de depresión	270
Gráfico 6.2.1.6. Causas de depresión en hombres	276
Gráfico 6.2.1.7. Percepción de la salud en los hombres diagnosticados de depresión	276
Gráfico 6.2.1.5.1.1. Enfermedades crónicas más frecuentes en depresivos-as	338
Gráfico 6.2.1.5.1.2. Enfermedades agudas más frecuentes en depresivos-as	339
Gráfico 6.2.3.1.1. Ansiedad actual en mujeres diagnosticadas de depresión	358
Gráfico 6.2.3.1.2. Depresión actual en mujeres diagnosticadas de depresión	358
Gráfico 6.2.3.1.3. Ansiedad actual en mujeres diagnosticadas de fibromialgia	359
Gráfico 6.2.3.1.4. Depresión actual en mujeres diagnosticadas de fibromialgia	359
Gráfico 6.2.3.1.3.1. Causas de fibromialgia	361

Gráfico 6.2.3.1.3.2. Percepción de la salud en las mujeres con fibromialgia	362
Gráfico 6.3.1. Distribución por grupos de edad	372
Gráfico 6.3.1.1. Tipos de depresión	377
Gráfico. 6.3.1.2. Puntuación en depresión según EADG	378
Gráfico 6.3.1.3. Depresión leves-moderadas-graves	378
Gráfico 6.3.1.4. Depresión a lo largo de la vida	380
Gráfico 6.3.1.5 Depresión según género	383
Gráfico 6.3.2.6 Ansiedad según género	383
Gráfico 6.3.1.7. Depresión total según estado civil	383
Gráfico 6.3.1.8. Depresión y nivel de estudios	384
Gráfico 6.3.1.9. Depresión y trabajo fuera de casa	384
Gráfico 6.3.1.10. Depresión e hijos	384
Gráfico 6.3.2.1. Falta de Apoyo social, estrés, violencia y sobrecarga en personas con depresión	386
Gráfico 6. 3.2.2. Ansiedad en personas con depresión	387
Gráfico 6. 3.2.3. Comorbilidad –enfermedades asociadas a la depresión- en personas con depresión	387
Gráfico 6.3.2.4. Depresión y consumo de alcohol en personas con depresión	387
Gráfico 6.3.5.1. Depresión y trabajo según género	393
Gráfico 6.3.5.2. Depresión y nivel de estudios según género	394
Gráfico 6.3.5.3. Depresión y estado civil según género	394
Gráfico 8.2.1.1. Tipos de depresión y género	398
Gráfico 8.2.1.1. Depresión en grupos de edad según género	400

TABLAS

Tabla 5.2.1. Pacientes entrevistados	244
Tabla 6.1.1. Satisfacción carrera personal de enfermería según sexo	252
Tabla 6.1.2. Satisfacción carrera personal de enfermería según grupo de edad	252
Tabla 6.1.3. Vida en pareja, maternidad y familia	252
Tabla 6.1.4. Empleada de hogar en grupos de edad	254
Tabla 6.1.5. Trabajo compartido	254
Tabla 6.1.6. Gratificación con el nuevo rol según sexo	259
Tabla 6.1.7. Gratificación con el nuevo rol según grupo de edad	260
Tabla 6.1.8. Días de baja laboral según sexo	260
Tabla 6.1.9. Percepción de salud según sexo	260
Tabla 6.1.10. Discriminación de género según sexo	261
Tabla 6.2.1.1. Factores identificados como causantes de depresión de depresión	268
Tabla 6.3.1. Muestra necesaria para estudio depresión	371
Tabla 6.3.2. Violencia según género	372
Tabla 6.3.3. Factores asociados a la depresión y género	373
Tabla 6.3.4. Consumo de medicación habitual de salud mental y otra medicación según sexo	373
Tabla 6.3.5. Consumo de medicación según grupo de edad	374
Tabla 6.3.6 Salud percibida	374
Tabla 6.3.7. Salud percibida según depresión o no	375
Tabla 6.3.8. Depresión y salud percibida según género	375
Tabla 6.3.9. Edad Media depresión	375
Tabla 6.3.10. Edad Media depresión en hombres y mujeres	375
Tabla 6.3.1.1. Depresión actual y grupos de edad	378
Tabla 6.3.1.2. Ansiedad actual y grupos de edad	379
Tabla 6.3.1.3. Depresión actual o de goldberg	379
Tabla 6.3.1.4. Depresión global -a lo largo de la vida-	379
Tabla 6.3.1.5. Ansiedad o depresión global -a lo largo de la vida-	380
Tabla 6.3.1.6. Grupo de edad y depresión en hombres y mujeres	381
Tabla 6.3.1.7. Sexo y depresión en grupo de edad	381
Tabla 6.3.1.8. Ansiedad en grupo de edad	382

Tabla 6.3.1.9. Ansiedad o depresión global en hombres y mujeres	382
Tabla 6.3.1.10. Depresión según presencia de hijos	383
Tabla 6.3.3.1. Depresión y nivel de estudios en la mujer	388
Tabla 6.3.3.2. Trabajar fuera de casa y depresión	388
Tabla 6.3.3.3. Depresión y violencia en las mujeres	388
Tabla 6.3.3.4. Depresión y sobrecarga en las mujeres	389
Tabla 6.3.3.5. Depresión y estrés en las mujeres	389
Tabla 6.3.3.6. Depresión y apoyo social en la mujer	389
Tabla 6.3.3.7. Depresión y comorbilidad -enfermedades asociadas a la depresión- en las mujeres con depresión	390
Tabla 6.3.4.1 Trabajan fuera de casa y depresión	390
Tabla 6.3.4.2. Depresión y pérdidas relacionadas con la edad en los hombres	391
Tabla 6.3.4.3. Depresión y violencia en los hombres	391
Tabla 6.3.4.4. Depresión y estrés en los hombres	392
Tabla 6.3.4.5. Sobrecarga y depresión en los hombres	392
Tabla 6.3.4.5. Depresión y apoyo social en los hombres	392
Tabla 8.1.1. Depresión actual y género	420
Tabla 8.1.2. Depresión global y género	420
Tabla. 8.1.3. Variables asociadas con la depresión	426
Tabla 8.1.4. Variables asociadas con la depresión según género	426
Tabla 8.1.5. Violencia y depresión	428
Tabla 8.1.6. Sobrecarga y depresión actual	429
Tabla 8.1.7. Apoyo Social y depresión actual	430
Tabla 8.1.8. Estrés y depresión	431
Tabla 8.1.9. Ansiedad y género	432
Tabla 9.1. Cronograma talleres de formación	486
Tabla 9.2. Cronograma aula formativa	489
Tabla 9.3. Promoción de las mujeres el año anterior a la formación	490
Tabla 9.4. Promoción de las mujeres el año siguiente de la formación	490

FIGURAS

Figura 3.1.1.1. La depresión es percibida por una mujer	90
Figura 6.2.1.1. Secuencia de la depresión en la mujer	279
Figura 6.2.1.2. Falta de autonomía como causa de depresión	281
Figura 6.2.1.3. Estrés como causa de depresión	281
Figura 6.2.1.4.1. Causas más frecuentes de depresión en mujeres	306
Figura 6.2.1.5.1. Aparición de los síntomas de la depresión	336
Figura 6.2.2.1. Violencia	347
Figura 9.1.1. Objetivos generales	482
Figura 9.1.2. Objetivos específicos y acciones	484

PRIMERA PARTE

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

La tesis se interesa, desde una perspectiva de género, sobre cómo las mujeres caen en depresión, sus probables causas y consecuencias. Este es el *objetivo general* que guiará la investigación. La incluiremos dentro de «los estudios de género, denominados también estudios de la teoría feminista, que constituyen una nueva rama del saber que tiene como objeto de estudio las diferencias de roles, las identidades de masculinidad y feminidad, las desigualdades, la subordinación de las mujeres en muchos órdenes, y los modos de ser, actuar y sentir según el sexo y el género que se inscriba en las sociedades» (Martínez Quintana, 2007:390). Se trata de hacer relevantes aquellas causas «sociales» que muchas veces se olvidan fácilmente en el campo de la medicina o, como se denomina actualmente, el campo de «la salud».

Partir de la medicina para analizar las causas sociales de la depresión en la mujer es el campo en el que se desarrolla nuestro trabajo puesto que es el que conocemos y que experimentamos diariamente. Pero a la vez es importante ampliar el marco teórico a diferentes disciplinas y evitar así que la investigación caiga en un reduccionismo teórico y conseguir que el enfoque sociológico guíe la investigación. Además, al analizar las causas de la depresión de las mujeres, no se ha querido dejar de lado en cómo éstas afectan a los hombres.

1.1.CAMBIOS SOCIALES

Parece que las sociedades actuales tienen las características idóneas para que la depresión y otros trastornos en la salud mental se instalen en ellas; los cambios sociales que se producen en las sociedades postindustriales son tan rápidos que apenas dejan tiempo para la reflexión, en este contexto de «*desintegración de valores, creencias y pérdida de solidaridad e integración*» aparece el suicidio como principal consecuencia de la depresión, su origen -según Durkheim- se encuentra en las estructuras sociales y culturales. Las sociedades actuales se enfrentan a los fenómenos de *globalización y nuevas tecnologías*, que si bien han llevado a mejoras en el nivel de vida, también han abierto importantes fisuras en desigualdades sociales, conflictos sociales, en las sociedades que ya habían perdido el sentido de pertinencia comunitaria con la llegada de la sociedad industrial (Martínez Quintana, 2007:145).

Aparece la «*anomia*» como consecuencia de un conflicto de normas, de manera que los individuos no pueden orientar con precisión su conducta. Conflicto de normas, significa *vacío normativo* para quienes se encuentran en medio de él. En tal situación «el individuo experimenta psicológicamente la anomia como una *confusión moral y mental*». Pero la anomia no acaba aquí, en el mero conflicto de normas. Tanto Durkheim como, más tarde, Merton han subrayado el hecho de que la anomia surge de la «discrepancia que existe entre las necesidades del hombre y los medios que le ofrece una sociedad determinada para satisfacerlas». «*La crisis anómica surge en el conflicto entre fines culturales y normas institucionales*». «*La consecuencias de todo esto puede quedar reducida a neurosis y psicosis individuales, tan típicas del mundo moderno*» (Giner, 1985:233-234). La sociedad americana es un claro ejemplo de este conflicto. Los individuos son socializados en su juventud para que se esfuercen por conseguir el éxito. Pero la estructura institucional no permite a la mayoría que lo consiga. ¿Acaso no se da este fenómeno en las mujeres?

Además, parcialmente, a causa de la ideología individualista, el inconformismo con la propia situación social no se traduce en acción colectiva de clase, sino en una lucha individualista por el éxito. Además de la «depresión» puede surgir también un tipo especial de «delincuencia», «una conducta desviada que quiere alcanzar los mismos objetivos –el éxito social– por caminos distintos del trabajo honesto». Según este autor el gansterismo norteamericano puede ser explicado por la anomia. (Ibídem: 234).

Estamos en la sociedad de la ciencia y la tecnología donde los conceptos de «*duradero*» y «*para siempre*», que ya se quebraron, continúan desapareciendo a un ritmo vertiginoso y ya no hay verdades absolutas -familia, trabajo...-. Si algo caracteriza la sociedad en que vivimos es la fragmentación de las trayectorias afectivas y laborales... Vivimos en aquello que Ulrich Beck (2002) ha denominado «*la sociedad del riesgo*», en la que hemos de estar preparados para el cambio, para lo efímero, para la ruptura de las carreras familiares o profesionales de larga duración.

«Nos enfrentamos ante un cambio social de muy hondo calado. La triple revolución de la *microinformática*, la *biotecnología*, la *física cuántica*..., introduce cambios tan vertiginosos en las nuevas formas de vivir, de trabajar, de relacionarnos y de pensar, que las sociedades en que vivimos resultarán irreconocibles dentro de pocos años» (Tezanos, 2004:61). La ciencia progresa a tal ritmo que es difícil incluso predecir sus efectos sociales. «Existe una *transformación de los procesos de producción*, cada vez con mercados más globalizados y con una aplicación de robots industriales y sistemas automáticos en el sector servicios, que dan lugar a grandes cambios en las demandas de puestos de trabajo y a un *paro estructural*,

especialmente entre los jóvenes, las mujeres y los sectores sociales menos cualificados» (Ibídem:168).

Según Salvador Giner, «los cambios bruscos, como el de la industrialización rápida y desordenada son los que producen índices mayores de anomia, sobretodo si no van acompañados de medidas adecuadas de política social» (Giner, 1985:234)

El trabajo es un elemento fundamental de integración social: el trabajo ubica en la sociedad, y por medio del vínculo del salario, proporciona una lógica de «sujeciones» sociales y brinda un modo de vida y unos ingresos. Además hay un predominio -mundial- de enfoques políticos neoliberales que alientan tendencias de *desregulación* y de *desprotección social*. Existe también una tendencia de «*desvertebración social*», en el marco de un aumento de las dualizaciones y un clima reascentente de *violencia* y *malestar social*, con cambios -y crisis- importantes en las instituciones sociales, los valores, las pautas culturales y las funciones de integración de las redes sociales - familia, grupos de pares,...-, con procesos de «*anomia*».

El que las mujeres, en los estudios revisados como son los de García Campayo y Arnal (2006), Velasco (2006), Valls (2005), Matud (2006) tengan mayor depresión que los hombres y que ésta no sea la misma para todas, sino que varíe dependiendo de circunstancias sociales como nivel socioeconómico, nivel de estudios, número de hijos, tipo y condiciones de trabajo, nos hace plantear *la hipótesis principal del estudio* que es que la mujer está claramente en *desventaja*. Esta desventaja se encuentra en la estructura social donde la feminidad tal y como ha sido conceptualizada en nuestra cultura ha hecho que la mujer fuera dependiente, sumisa y haya adoptado roles -maternal y de cuidadora de la familia- que significan un factor de riesgo para la depresión. *Los roles de género afectan a los modos de enfermar de las mujeres*, sobretodo cuando las desigualdades que se producen son importantes.

1.2. OBJETIVOS

El primer objetivo de la tesis, por tanto, se desdobra en dos: 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 y fibromialgia; 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 en prevalencia entre géneros en los trastornos mentales con una fuerte carga genética asociada como los trastornos psicóticos. García Campayo y Lou (2006) afirman que el predominio de prevalencia de trastornos mentales en la mujer se sitúa en trastornos psiquiátricos menores como depresión, ansiedad y fobias¹.

Las desigualdades experimentadas por la mujer por el hecho de ser socializada en una cultura androcéntrica, hacen que la mujer tenga una peor Salud Mental que el hombre pues tiene unas condiciones de vida más desfavorables -acceso a recursos, poder-, una educación en valores diferente donde las mujeres han desarrollado más la capacidad para afrontar la vida desde la afectividad y los hombres desde la acción.

La investigación de los diferentes estudios de las diferentes disciplinas, así como el análisis de la investigación empírica deberá responder a todas las preguntas planteadas. Bajo el mito que vivimos en una sociedad igualitaria, seguimos actuando con viejos guiones vinculados al género. Las diferencias en el acceso y control de los recursos económicos, el reparto de roles, tareas en la pareja y la socialización según roles de género tradicionales crean desigualdad entre hombres y mujeres.

La tesis trata de conocer aquellas causas que en la mayoría de estudios han llevado a la depresión siendo identificadas las siguientes como principales: *violencia de género* –laboral y familiar-, *sobrecarga familiar, profesional o ambas, bajo apoyo social y estrés*. *Es nuestro segundo objetivo*. Estas cuatro causas han sido las que han guiado toda la investigación empírica que se ha materializado en la elaboración de un cuestionario administrado tanto en la fase cuantitativa como cualitativa. Se trata de investigar cómo estas causas de depresión afectan a las mujeres, pero también a los hombres. Es importante tener en cuenta la biografía de las personas entrevistadas para ir mostrando cómo va apareciendo la depresión en sus vidas y cómo se va gestando el proceso depresivo, analizando también si este proceso es único o se repite varias veces a lo largo de la vida.

La mujer se encuentra sometida a *violencia de género* debido a las desigualdades anteriormente mencionadas. Desde la OMS destacan los posibles efectos de la violencia sobre la salud de las mujeres: trastornos crónicos -síndromes de dolor crónico, síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales, enfermedades

¹ Psiquiatras que realizan investigaciones sobre salud mental y género, así como depresión, género y fibromialgia. Javier García Campayo, doctor en psiquiatría. Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

somáticas, fibromialgia, cansancio crónico, asma, alergias...-, conductas de riesgo para la salud -fumar, abuso de alcohol y drogas-, consecuencias sobre la salud reproductiva -embarazos no deseados, trastornos ginecológicos, abortos espontáneos, complicaciones del embarazo, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedades de transmisión sexual-.

Analizar las diferentes variables sociodemográficas que se relacionan con la depresión en las mujeres es el *tercer objetivo de la tesis*. El género, la edad, el estado civil, el nivel de estudios, la realización de actividad remunerado o no son importantes para analizar aquellas situaciones que provocan malestar en la mujer y pueden provocar depresión.

Las mujeres son diagnosticadas más frecuentemente de depresión que los hombres pues las características atribuidas a la cultura y los roles desempeñados se identifican con la depresión -sumisión, pasividad, dependencia...- Conocer si se ha diagnosticado y medicalizado más a las mujeres que a los hombres es, por todo ello, el *cuarto objetivo del estudio*. Este objetivo pretende también conocer la prevalencia de la depresión.

El quinto objetivo del estudio pretende identificar la tipología de las mujeres que padecen depresión en los últimos años y que parece que va cambiando -de mujer cuidadora a mujer que compatibiliza los dos roles-. «El rol de género corresponde al aprendizaje que comporta, y la puesta en acción de las prácticas sociales aceptadas, que van asociadas a un determinado género, donde las funciones sociales varían enormemente de unas culturas a otras, y que consisten en la conducta institucionalizada por la sociedad de referencia» (Martínez Quintana, 2007:392). Los estudios de roles se adaptan a lo que es «normativo» en la sociedad. Hasta hace tres o cuatro décadas lo habitual para la mujer era que sólo realizara el trabajo doméstico, por tanto los estudios estaban mayoritariamente dedicados a este campo. En la actualidad las mujeres que trabajan representan un porcentaje elevado, por lo que las investigaciones se centran en el ámbito profesional. Las mujeres incorporadas a los espacios públicos todavía siguen encontrando múltiples dificultades y barreras a la hora de desarrollarse como personas.

Si las causas sociales han influido en «*la forma de enfermar las mujeres*» seguro que también influyen en los hombres. Éste es el *sexto objetivo de la tesis*; conocer si los hombres que presentan mayor depresión tienen valores más femeninos, identificar

si tienen una manera diferente de manifestar la depresión y si el sistema sanitario diagnostica más a las mujeres que a los hombres debido a las características más femeninas que se asocian con la depresión. Tener en cuenta la perspectiva de género, ayuda a observar la realidad de forma diferente, prestando una especial atención a las relaciones de poder entre las personas.

Desde la sociología de la medicina se ha dado importancia a «*las causas sociales como causantes de enfermedad*». El *objetivo séptimo* se centra en identificar la relación entre depresión y diversas enfermedades físicas. Prevenir la depresión es importante para evitar la aparición de otras enfermedades crónicas como Dolor crónico, Diabetes, Hipertensión, algunos tipos de Cáncer, Parkinson, Alzheimer, Accidentes cardiovasculares...

Pero las mujeres asumen otros roles diferentes al de sus madres, realizan trabajos remunerados, han conseguido independencia, en definitiva tienen mejor salud mental ¿Por qué no se traducen estos factores de mejora en una disminución en la depresión en la mujer? Seguramente, porque las mujeres siguen en desventaja y siguen experimentando dificultades a la hora de compatibilizar los dos roles. De ahí que en el *objetivo octavo* trate de conocer si las mujeres profesionales experimentan malestar porque encuentran dificultades a la hora de progresar en sus carreras «techo de cristal», discriminación laboral y violencia psicológica y esto se manifiesta en una mala salud mental y depresión. Vivimos en un momento apasionante de cambios rápidos, en una sociedad que no necesita de la misma manera que antes de la división rígida de roles de género. Las mujeres con unos niveles de formación altísimos, todavía no son reconocidas en el ámbito laboral. Este factor junto con otros como precariedad laboral, emigración, pobreza, ancianidad, paro, «*doble presencia*» -trabajo doméstico y laboral-, violencia... seguirán produciendo depresión en las mujeres al menos en la actualidad.

Cuando las mujeres acuden a la consulta médica encontrándose nerviosas, lo más frecuente es que el médico les recete tranquilizantes cuando tienen un estado de ánimo bajo y así lo manifiestan. Se les recetan antidepresivos en todos los rangos de edad. Según la Encuesta Nacional de Salud elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (1997) las mujeres españolas consumen más tranquilizantes que los hombres y en la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) las mujeres tienen una valoración menos positiva de su salud que los hombres y a partir de la adolescencia tienen más riesgo de tener una mala salud mental. Muchas mujeres parecen haber desarrollado una dependencia a la medicación que ni

siquiera sospechan, pues toman esta medicación desde hace largos periodos de tiempo.

El *objetivo noveno de la tesis* es conocer cuáles son las terapias más frecuentes para abordar la depresión desde los diferentes campos así como su efectividad.

Nos hemos de preparar para afrontar estas dificultades o «enfermedades» como son conceptualizadas por los clínicos desde un concepto integrador, aprovechando los conocimientos de las diferentes disciplinas pero eliminando prejuicios tanto de los profesionales como de los enfermos para experimentar «nuevos tratamientos» no basados sólo en fármacos sino en la construcción de una comunidad más preparada para integrar a las mujeres en igualdad de oportunidades aumentando todos aquellos conocimientos, valores, actitudes ... que les han sido negadas -autoestima, pensamiento positivo, independencia, derechos, reconocimiento...-. Estas cuestiones se plantean en el *objetivo décimo del estudio*: identificar las tendencias de futuro que se perciben en la depresión, tanto a nivel sanitario como social.

Los objetivos se intentan conseguir con la revisión bibliográfica y lectura de diferentes manuales sobre depresión y género correspondientes a las diferentes disciplinas como medicina, psiquiatría, psicología y sociología junto con la investigación empírica.

Se ha querido ofrecer una visión global de la depresión combinando diferentes disciplinas teóricas, no ha sido una labor fácil pues no sólo cada una de ellas ofrece una diferente explicación de la depresión, sino que en cada una de ellas existen diferentes teorías, corrientes o maneras de interpretarla. Desde una visión integradora en cuanto a la depresión y género se eliminan barreras conceptuales incorporando el enfoque de género y haciendo visible cómo éste puede contribuir a la depresión.

1.3. ESTRUCTURACIÓN DE LA TESIS

La tesis se divide en tres partes, en la primera se establece el Marco Teórico en el que se conceptualiza la depresión, la segunda parte se refiere a la Investigación Empírica y la tercera a las Conclusiones, Discusión y Líneas de Futuro.

1.3.1. PRIMERA PARTE: CAPITULO I, II, III

CAPITULO I

Define el concepto de salud, salud mental, salud mental y género y la forma en la que estas definiciones influyen en la manera de definir los estados patológicos en las

sociedades y en el mundo, estos conceptos son fundamentales para conceptualizar la depresión. Desde una perspectiva de género, se pretende analizar la manera en que se ha definido la salud mental a lo largo de la historia y cómo los cambios sociales han ido configurando la salud mental de la época, al igual que las desigualdades y los diferentes roles sociales. Las diferencias de género en todas las culturas definen el concepto de «masculinidad» y de «feminidad», así como las actitudes y comportamientos que son propios de cada uno de ellos.

La tesis está ubicada en los llamados estudios de género, denominados también de la teoría feminista. «Estos estudios se han incorporado a las ciencias 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» (Martínez Quintana; 2007: 203-214).

El surgimiento de la agricultura conlleva el surgimiento de patriarcados que consolidan el dominio del hombre sobre la mujer. El Estado Moderno institucionaliza el patriarcado y en plena Revolución Industrial aparecen tres tipos de roles de género para las mujeres: las que caen en depresión, las que transforman su parálisis en ira convirtiéndose en activistas de movimientos reformistas y las que se dedican plenamente a la producción en la industria con unas jornadas laborales larguísimas junto con el cuidado de su hogar y familia. En la actualidad desde las diferentes Conferencias Mundiales de Naciones Unidas -de México 1975 a Beijing +2000- se intenta lograr la Igualdad de Oportunidades para hombres y Mujeres.

«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» (Calvete, 2005:203-214). 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 a nivel social. Posiblemente la depresión y las enfermedades han sido la única posibilidad de expresión de las mujeres.

CAPITULO II

Analiza la afectación de los problemas de Salud Mental en la Actualidad.

Las Instituciones Sanitarias y sobretudo la OMS (2001) reflejan la gran preocupación por el gran volumen de enfermedades mentales y fundamentalmente por la depresión en el Mundo, ya que aunque esta enfermedad no es la primera en

producir una elevada mortalidad, su *impacto social* es importante pues produce un elevado número de años perdidos -una parte importante de los suicidios sufren depresión- o vividos con discapacidad. La depresión se presenta como un problema importante de Salud Pública no sólo por el importante gasto farmacéutico que representa, sino porque sus costes indirectos son todavía mucho mayores debido a su tendencia a la cronicidad y a que se identifique como la primera causa de Incapacidad Laboral. «El absentismo es un indicador indirecto que mide la salud laboral de las empresas porque además de la causa de la enfermedad verdadera incluye la enfermedad prolongada y la simulada». Según Klaric (1976: 385-393) «el absentismo es un elemento utilizado para aliviar la ansiedad o la depresión».

La O.M.S. –Organización Mundial de la Salud- afirma que «las mujeres presentan habitualmente cuadros de ansiedad y depresión mientras que los varones se les diagnostica más abuso de sustancias, derivados del alcohol y trastornos de la personalidad» (WHO, 2001).

«Las mujeres muestran peor percepción de la salud en todos los grupos de edad, tienen peores oportunidades de empleo y no han podido tomar decisiones libremente por el rol femenino que les ha tocado asumir» (Freixas, 2006:27-28), «manifiestan mayor proporción de enfermedades crónicas, discapacidades y una mayor prevalencia de trastornos mentales» (Brugulat, Seculi, Fusté; 2001:54-60).

En el Capítulo II nos referimos a los problemas de Salud Mental en la actualidad que sirven como marco de referencia para adentrarnos en el Capítulo III en la Depresión como tema principal de la tesis.

CAPITULO III

Se destaca la antigüedad del concepto de depresión y la novedad del término. Para Rigol y Ugalde (2007) es importante la relación de ansiedad y depresión, y ya desde antiguo se sospechaba la relación entre melancolía y manía. La depresión se define como un Trastorno del Afecto, que define el aspecto emocional de la persona. Se define el trastorno bipolar que alterna fases de alegría y tristeza patológicas como un tipo de depresión. Pero según Vallejo (2005) «la depresión que reconoce la sociedad no es la del trastorno bipolar –fases de euforia alternadas con tristeza-, sino la depresión propiamente dicha que es la unipolar -sólo tristeza -»; aquella que se manifiesta con síntomas somáticos como *tristeza, desmoralización, desinterés,*

pérdida de autoestima, llanto, y síntomas somáticos como anorexia, astenia, pérdida de peso, trastorno del sueño, dolores, inhibición.

La «depresión unipolar» se clasifica en «depresión mayor» y «distimia», estos dos tipos de depresiones se dan más frecuentemente en mujeres.

Para Torres (2006) «el diagnóstico de los trastornos depresivos es difícil de realizar pues el sujeto, puede que no lo identifique y además puede adoptar diferentes manifestaciones».

En este Capítulo nos centramos en el tema concreto de la Depresión como principal patología dentro de la Salud Mental. Se describe también el enfoque metodológico seguido por la medicina-psiquiatría y psicología-sociología, sin perder de vista el *enfoque de género* en sus numerosos estudios y aportaciones como determinante de numerosas desigualdades.

Se elabora un marco teórico sobre la depresión, las diferentes clasificaciones, las terapias utilizadas para su tratamiento, y las diferentes teorías desarrolladas por las diferentes disciplinas -medicina, psiquiatría, psicología, sociología- e investigaciones. Estas teorías y estudios revisados son importantes para conocer como la depresión ha afectado a los hombres, pero fundamentalmente a las mujeres a lo largo de la civilización occidental y sobretodo a partir del siglo XIX.

Según Rigol y Ugalde (2007) la evolución histórica de la depresión a lo largo de la historia es importante para conocer los términos utilizados a lo largo de ella y su diferente sintomatología. Se habla no sólo de depresión sino de «melancolía» «trastorno maníaco-depresivo» «trastorno bipolar».

Las teorías médicas-psiquiátricas así como las diferentes clasificaciones tienen gran peso en la tesis ya que desde este ámbito se enfocan la mayor parte de estudios sobre la depresión. Se intenta demostrar que incluso desde estas disciplinas tan médicas, la explicación social de la depresión es importante, sobretodo cuando se analizan las diferencias de género. Los principales estudios de género desde la psicología, psiquiatría² en los que se ha apoyado la investigación son: Matud (2005), Montero (2004), Cova (2001), González Duro (1999), García Campayo (2006); éstos

² Psiquiatras y psicólogos que estudian las diferencias de depresión según género:

Pilar Matud: Facultad de Psicología, Universidad de las Palmas.

Isabel Montero: Psiquiatra, Universidad de Valencia.

Félix Cova: Psicología Universidad de Concepción, Chile

Enrique González: Médico, Servicio de Psiquiatría Hospital General "Gregorio Marañón", Madrid.

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, tema que se analiza en profundidad, 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. Un concepto fundamental que se puede extraer de estos estudios es que aquellas depresiones definidas por los clínicos como «menos graves», «neuróticas», «que tienen mayor componentesocial», son las que afectan en mayor porcentaje a las mujeres. En aquellas depresiones más graves, con un componente genético importante las diferencias entre los sexos no son tan evidentes. Se evidencia la diferencia de género en la depresión y es reconocido por la mayoría de disciplinas médicas.

Los tests que se utilizan para etiquetar si una persona tiene depresión o no desde la ciencia médica son múltiples, diferentes y las Organizaciones que evalúan la salud a nivel Internacional o Nacional utilizan una u otras según la preferencia de sus «asesores», por lo tanto que se diagnostique a una persona de depresión dependerá de «aquello que se ha establecido como correcto» en un momento dado». El concepto en que todos los clínicos parecen estar de acuerdo es que la depresión es una enfermedad crónica con la que habremos de aprender a vivir en el siglo XXI.

Se ha tratado también con profundidad el tema de las enfermedades asociadas con la depresión en algunos estudios como el de Pomeroy (2005:59-60), que analiza como la depresión va íntimamente ligada a la aparición de otras enfermedades. Este campo se estudia con moderación y la mayor parte de investigaciones se realizan en los EE.UU. Lo cierto es que la mayoría de las personas que han tenido depresión identifican unos factores causales a la perfección la mayoría de las veces. Es evidente que depresión y estrés están íntimamente relacionados. Las respuestas de nuestro organismo al estrés se mantienen desde la creación del hombre. Se asocia la

depresión a una baja tolerancia al estrés. En un mundo que cambia tan rápidamente estamos continuamente expuestos al estrés. Y ¿existe cambio mayor que en una generación la mujer se haya incorporado al mercado laboral con las repercusiones que esto comporta?

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» (Pomeroy, 2005:59-60). 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.

«Están aumentando las formas “*enmascaradas*” de depresión y las depresiones monopolares, manteniéndose la frecuencia de las bipolares» (Romeu, Cuadras, Peris, 1997:41-47). Para aquellas enfermedades que «no encuentran causa médica posible se crea el término de «*equivalente depresivo*» para identificarlas, las manifestaciones son inespecíficas y variadas» (López Ibor, 1999:120-245). Las más frecuentes: algias, parestesias, cefaleas, vértigos, trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, neurovegetativos, etc. Según Burín (1990) se denominan también SSCO -Síntomas somáticos sin causa orgánica-.

La prevalencia de depresión varía en los diferentes estudios y depende también del tipo de test utilizado y del tipo de población a quien se le aplique.

En cuanto a la clasificación de las depresiones, los autores no están totalmente de acuerdo. La controversia es sobre si la clasificación de las depresiones ha de ser unitarias -una sola depresión- o múltiples. Según Ramos y Cordero (1997) las depresiones más neuróticas -más dependientes de las condiciones psicosociales- reciben principalmente psicoterapia en un 72% frente al 2% de las más endógenas. La importancia de la clasificación de las depresiones es de cara a la importancia y a los estudios de los tratamientos.

Para el psiquiatra Castilla del Pino (2002) parece que las depresiones que están aumentando son aquellas más reactivas, derivadas de sucesos estresantes. Las depresiones que predominan en las mujeres son aquellas depresiones más influenciadas por causas sociales según Ribes (2004).

Se introduce un apartado sobre la fibromialgia por ser una enfermedad casi en exclusiva femenina que presenta gran cantidad de síntomas similares a la depresión pero además dolor, fatigabilidad, ansiedad.... El signo característico es la presencia de múltiples puntos dolorosos en la palpación digital. «Existen importantes relaciones

entre factores psicosociales y dolor en pacientes con fibromialgia» (Galindo, 2004:171-187).

Dentro de la Psicología aparecen las diferentes perspectivas; la perspectiva fenomenológica, el movimiento humanista en psicoterapia, la perspectiva conductual, la cognitiva y la sistémica. El mayor número de estudios se encuentran dentro de la perspectiva psicoanalítica. La psicoanalista argentina Dio Bleichmar (1991), niega el complejo de masculinidad afirmado por Freud. Para la perspectiva psicoanalítica el sentimiento de culpa que aparece en las mujeres puede ser fuente de malestar de su salud mental, por eso vale la pena analizarlo. Según Méndez y Muñoz (2006), la psicoterapia ayuda a modificar comportamientos y pensamientos establecidos y puede ayudar a las mujeres a disminuir la depresión.

La importancia de los factores sociales y su influencia en la salud es estudiada por la «Sociología de la medicina, más popular en EE.UU» (Cockerman, 2001:12-18).

Destacamos el *Enfoque Funcionalista* -Comte, Durkheim- para los que la enfermedad mental es disfuncional porque amenaza el sistema social. En este enfoque aparece el concepto de anomia y de alienación. En la *Teoría del Etiquetaje* la enfermedad o desviación es creada por grupos sociales que elaboran normas; en la *Teoría de los estilos de vida de Max Weber*, los individuos más desfavorecidos tienen peor salud ya que tienen menos acceso a información, alimentación y hábitos saludables. Un trabajo importante que desde la sociología estudia las causas sociales de la depresión es el de Brown y Harris (1978) y en Tezanos (1991), aparece la definición de situaciones de exclusión social que parecen tener bastante similitud con los factores que guardan relación con la depresión.

Las teorías sociológicas de género, explican como éste puede influir en que la mujer tenga unas desventajas sociales importantes que puedan llevar a la depresión. El feminismo surge con fuerza para reivindicar la opresión de la mujer. Los tres enfoques principales son el liberal, el radical y el feminismo negro. Para ellos, las mujeres han estado discriminadas al igual que otros colectivos minoritarios. En las mujeres hay diferentes variables de estigmatización, según Osborne (1996) y según Giddens (2002) «no existe sociedad conocida en que las mujeres sean más poderosas que los hombres».

Simone de Beauvoir hubiera dado más protagonismo al tema de la sexualidad, tema tabú en los años cuarenta. Betty Friedan consideraba que lo que tenían que hacer las mujeres era ponerse a trabajar a favor de la liberación de la mujer. Para

Martínez Quintana (2001) «el concepto de igualdad es en el ámbito del derecho y de la filosofía donde deben buscarse las fuentes conceptuales».

El concepto de «rol» ha sido analizado desde la sociología. Hablar de roles, es hablar de poder, y según Amorós (2005) quien tiene el poder, define lo que es valioso. Por ello es condición necesaria que el poder de los recursos deje de estar monopolizado por un solo sexo. «Es la modificación sexual del trabajo con el reparto equitativo de las tareas en el ámbito doméstico y extradoméstico, lo que hará que las definiciones sexuales varíen» (Amorós, 1995:293-294).

La violencia es una de las principales causas de depresión, ésta se desencadena porque el agresor teme perder el control y el dominio que ejerce sobre la mujer. Según Pérez (2006) «se trata de fomentar la dependencia de la víctima, dándose un proceso de anulación de la mujer».

1.3.2. SEGUNDA PARTE: CAPITULO IV, V, VI

CAPITULO IV

En Este capítulo se establecen los Objetivos y las Hipótesis de trabajo de la investigación.

La Hipótesis principal que se plantea es que la Feminidad tal como ha sido conceptualizada por la cultura vigente es uno de los riesgos principales para que la mujer caiga en depresión porque la sitúa en una situación social de desventaja. A partir de esta hipótesis van apareciendo otras relacionadas con las probables causas y consecuencias que produce la depresión en las mujeres. Si las desigualdades de género disminuyen en una población, disminuirán también las diferencias en depresión, por lo tanto trabajar para reducir las desigualdades en todos los ámbitos, es trabajar para mejorar la salud mental y disminuir la depresión.

Hipótesis 2. La depresión es elevada en nuestra sociedad pero son las depresiones leves las mayoritarias.

Hipótesis 3. Las mujeres presentan mayor depresión que los hombres. Éstas presentan “mayor malestar físico y mental”, “peor percepción de la salud”, “menor autoestima y menor asertividad”, “mayor violencia de género”, “poca valoración social” características del rol de género asignado.

Hipótesis 4. La violencia de género y la sobrecarga o “realizar múltiples roles con poca ayuda” influye en la depresión y en la fibromialgia.

Hipótesis 5. Existe en la actualidad un sobrediagnóstico e hipermedicalización de los trastornos mentales en la mujer - depresión, fibromialgia-.

Hipótesis 6. La mujer que tiene peor salud mental ha pasado de ser la mujer exclusivamente cuidadora a aquella que realiza los dos roles por la tensión y los conflictos que le supone.

Hipótesis 7. Los hombres que presentan depresión y fibromialgia presentan valores más femeninos que son los que se han identificado fundamentalmente con la depresión. Los que tienen depresión y no han sido diagnosticados presentan diferentes pautas de búsqueda de ayuda y diferentes maneras de canalizar la depresión.

A la hora de elaborar las hipótesis se ha tenido en cuenta que estructurar una hipótesis no consiste simplemente en imaginar una relación entre dos términos o dos variadas aisladas. «Lo que sucede con más frecuencia es que se estructure un cuerpo de hipótesis. Éstas deben estar articuladas entre sí integradas de manera lógica a la problemática» (Quivy, R y Van Campedhoud, 1992; 131-132).

También se ha tenido en cuenta que para ser falsificable una hipótesis debe revestir un «*carácter de generalidad*» y además puede ser falsificable sólo si «*acepta enunciados contrarios que son teóricamente susceptibles de verificarse*», como ejemplo la proposición de Durkheim “*Mientras más fuerte sea la cohesión social, más débil es el índice de suicidios*” acepta al menos un contrario: “*Mientras más fuerte es la cohesión social, más alto es el índice de suicidios*” (Ibídem: 140-142).

La Metodología utilizada contiene las siguientes fases:

1 - PRIMERA FASE: ESTUDIO EXPLORATORIO EN EL COLECTIVO DE PROFESIONALES DE LA SALUD CON TÉCNICAS CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS.

1.1. Estudio Cuantitativo (183 encuestas en el colectivo de personal sanitario 2005-2006) (véase Anexo 1).

1.2. Estudio Cualitativo que se realiza en paralelo con el anterior (183 encuestas en el colectivo de personal sanitario 2005-2006).

2 - SEGUNDA FASE CUALITATIVA: Entrevistas en Atención Primaria 2007 (112 pacientes y 16 profesionales de la salud –médicos, psiquiatras, psicólogo y reumatólogo). Total entrevistas realizadas (128).

- 2.1. Entrevistas a pacientes diagnosticados de depresión. (66) (véase Anexo 2)
- 2.2. Entrevistas a pacientes no diagnosticados de depresión con problemas de salud. (26) (véase Anexo 3)
- 2.3. Entrevistas a pacientes con fibromialgia. (20) (véase Anexo 4)
- 2.4. Entrevistas a médicos de familia, psiquiatras, psicólogo, reumatólogo. (16) (véase Anexo 5)

3 - TERCERA FASE CUANTITATIVA

- 3.1. Estudio poblacional –en una comunidad- sobre la depresión 2007. Se realizan encuestas telefónicas en una muestra de 317 personas.
Encuestas realizadas (317) (véase Anexo 6).

CAPITULO V

Este Capítulo describe las diferentes investigaciones utilizadas en la tesis. Primeramente, se incorpora un estudio exploratorio realizado en 2005-2006 dirigido a los profesionales de la salud donde se recoge el “malestar” percibido de las mujeres; la insatisfacción superior para las mujeres; el bajo reconocimiento profesional y cómo el malestar influye en su percepción de la salud. Este estudio se basa en la administración de un cuestionario a un total de 183 profesionales -122 mujeres y 61 hombres- que se analiza de manera cuantitativa, pero algunas preguntas abiertas de éste se interpretan de forma más cualitativa.

Para analizar la depresión como tal, se realizan entrevistas –a pacientes diagnosticados de depresión, a pacientes con patologías crónicas, a pacientes con fibromialgia y a profesionales sanitarios- y también se realiza un estudio poblacional o comunitario con un cuestionario administrado por vía telefónica a población general. Las entrevistas corresponderían a un diseño cualitativo y el cuestionario a un diseño más cuantitativo.

Investigación realizada:

1- Entrevistas en profundidad a 66 pacientes -14 hombres y 52 mujeres- diagnosticados de depresión a través de una muestra extraída de los registros informatizados de Atención Primaria de Salud.

2- Entrevistas en profundidad a 26 pacientes no diagnosticados de depresión -12 hombres y 14 mujeres- , siguiendo un muestreo aleatorio de los enfermos crónicos que acuden a la consulta de enfermería y con problemas de salud que acuden a la consulta médica durante tres días. A estos entrevistados también se les administra un cuestionario. El cuestionario está compuesto por los datos sociodemográficos, respuestas sobre causas de depresión y «test de Godberg de ansiedad y depresión – TGAD» (Montón, 1993: 345-9).

3- Entrevistas en profundidad a 20 mujeres diagnosticadas de fibromialgia.

4- Entrevistas en profundidad a 16 profesionales sanitarios - 10 médicos de medicina general, 4 psiquiatras, 1 reumatólogo, 1 psicólogo- .

5- Estudio poblacional –en una comunidad- a una muestra de 317 personas -160 hombres y 157 mujeres-. Realizamos un muestreo sistemático del Censo Sanitario - tarjetas médicas identificadas- y administramos un cuestionario por vía telefónica. El cuestionario administrado es igual que el que se utiliza en las entrevistas.

Las entrevistas son registradas con grabadora y se realiza un exhaustivo análisis de los acontecimientos que causaron depresión a las personas a lo largo de su vida, identificando la edad de inicio de la primera depresión así como de las recaídas. También se analizan las consecuencias identificadas de la depresión.

Las tres primeras investigaciones sobre depresión se centran en aspectos más cualitativos, utilizando la entrevista como la principal técnica para recoger la información, pero en ellas se incluye también un cuestionario y la aplicación del «Test de Goldberg para la ansiedad y depresión -TGAD-» (Montón, 1993: 345-9). Se trata de una escala sencilla, con una buena sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo -si da positiva existe una alta probabilidad de padecer ansiedad (≥ 4 respuestas positivas) o depresión (≥ 2 respuestas positivas)- realizada por Godberg. La define como «una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio» (Goldberg et al, 1988:897-899).

Las entrevistas a los profesionales sanitarios se refieren a las posibles causas que identifican en la depresión, consecuencias y tratamientos utilizados. En el estudio comunitario sobre depresión la implementación del cuestionario es prioritaria, así como el TGAD, pero no olvida un pequeño espacio donde las personas pueden expresar libremente su opinión sobre las causas y consecuencias de la depresión.

Éste intenta conocer la prevalencia de depresión según género y grupos de edad, así como los factores de riesgo predisponentes.

La forma en que las mujeres y los hombres *conceptualizan y reconocen las causas y consecuencias de la depresión*, se analiza mediante las entrevistas en profundidad a mujeres y hombres con depresión y con fibromialgia que constituye el “mayor malestar experimentado por la mujer”, superando incluso al estado depresivo.

La finalidad de unir los resultados de estas investigaciones con los datos recopilados de fuentes secundarias de las diferentes disciplinas en el marco teórico, es dar respuesta a todos los objetivos planteados en el estudio.

CAPITULO VI

Este Capítulo se refiere a *Resultados de la Investigación*. El que se pueda desarrollar la depresión dependerá de cómo se integren todos estos cambios en la estructura mental del sujeto, teniendo en cuenta que existen unos factores biológicos predisponentes, pero también unos riesgos psicosociales importantes. La depresión es menor para aquellos que presentan riesgos bajos de exclusión social: trabajo estable, nivel razonable de ingresos, vivienda propia, buena integración social - familiares y amigos- pero también para aquellos que tienen buenos recursos psicosociales para hacer frente a las dificultades y para todos ellos, siempre la depresión es más elevada en las mujeres.

Es importante conocer las características de la depresión en los diferentes grupos de edad, ya que cada grupo presenta unas características propias. Conocer los mecanismos que utilizan las mujeres y hombres es importante a la hora de recomendar pautas futuras a seguir. En las entrevistas intentamos conocer las causas a las que atribuyen la depresión los entrevistados-as, cuál ha sido la educación que han recibido -valores, principios, normas-. También analizamos las dificultades que han identificado como causantes de depresión; dificultad para afrontar la maternidad, la violencia laboral y familiar, así como las principales patologías asociadas con las depresiones tanto agudas como crónicas.

Este mismo capítulo analiza las consecuencias de la depresión que han identificado como ha sido el cambio de carácter, ideas de suicidio, Incapacidad Laboral Transitoria, enfermedades.

Hay un apartado que se centra exclusivamente en la fibromialgia en el que se intenta buscar las causas probables que estas mujeres identifican como causantes de su enfermedad, las características de estas mujeres, la educación recibida, relaciones, otras enfermedades relacionadas, alternativas y modos de tratamiento que utilizan para calmar el dolor y el malestar. Son entrevistas en profundidad de larga duración pues estas mujeres presentan muchos problemas asociados a la enfermedad y en su historia de vida.

En el estudio poblacional o comunitario, distinguimos cuatro tipos de depresiones que hay que tener en cuenta a la hora de analizar los resultados; *“la depresión diagnosticada”*, que es aquella que ha sido diagnosticada por el sistema médico; *“la depresión identificada”* en la que tenemos en cuenta la percepción y identificación del individuo sobre la depresión aunque no se haya diagnosticado; *“la depresión identificada mediante el TGAD”* que es el que utilizamos para medir la ansiedad y la depresión en un momento dado -Test de Goldberg de Ansiedad y Depresión-, a ésta depresión la llamaremos también *“depresión actual”*, y la *“depresión total o global”*, que es la suma de las tres anteriores.

Se analizan las variables que influyen en la depresión y si existen diferencias entre los sexos -salud, número de hijos, nivel de estudios, estado civil, trabajo remunerado, comorbilidad, apoyo social, sobrecarga, pérdidas relacionadas con la edad- analizándolas separadamente y conjuntamente.

Pese a que el diagnóstico de depresión es mayor para la mujer, continúa estando infradiagnosticada ya que un porcentaje alto de las personas con depresión desconocen que la tienen; mayoritariamente los hombres reconocen menos la depresión que las mujeres. Es una enfermedad ocultada en una sociedad donde lo importante es estar «dentro» de la sociedad «ser», en la que se valora por lo que se es, por lo que se tiene, por lo que se puede consumir. La enfermedad mental en la que incluimos la depresión es una exclusión del mundo real, de la sociedad, es estar fuera del entorno social, se adquiere el rol de persona con enfermedad mental. Según Foucault (1984) las personas con enfermedad mental ponen de manifiesto las contradicciones de la sociedad, en la depresión las mujeres así diagnosticadas son el estereotipo de lo que no es el *«ideal»* de triunfo en nuestras sociedades occidentalizadas.

En esta situación de transición en la que se encuentran las mujeres, las exigencias sociales para la mujer son y serán muy fuertes; *«debe ser guapa, seductora, siempre joven, cuidar de su familia, ser una competente trabajadora...»* En su vida cotidiana

debe mantener un difícil equilibrio entre las distintas facetas en un momento de cambio, en que los antiguos valores se quiebran, pero no han surgido otros que los reemplacen de una forma contundente. La existencia de apoyo social será importante para afrontar este nuevo reto para la mujer que es el *camino hacia la igualdad* en todos los aspectos.

TERCERA PARTE

CAPITULO VII

Este Capítulo se refiere a la Discusión, y se analiza si las hipótesis se han cumplido o no. Las mujeres que sufren depresión han tenido poca valoración social y los efectos de una sociedad patriarcal que les ha impedido tener reconocimiento y expectativas de futuro, creándoles un malestar interior que unido a las pocas válvulas de escape o mecanismos defensivos las ha hecho enfermar. Han sufrido violencia de género como consecuencia de esta educación tanto en el hogar como en el trabajo. En la actualidad se diagnostica poco la depresión, sobretodo en los hombres pues es una enfermedad que sigue considerándose dentro del estereotipo femenino. Se diagnostica más a mujeres que a hombres porque éstas buscan más ayuda, exteriorizan más los sentimientos, los médicos también las diagnostican más y los hombres buscan menos ayuda en el sistema sanitario. Los hombres a los que se les diagnostica depresión presentan valores más femeninos -sensibilidad, emotividad...- , quizás por ello se les ha diagnosticado.

Es difícil reconocer la depresión. A veces no es reconocida ni por hombres ni mujeres ni por los médicos. En los hombres cuesta más identificarla. La mujer ha sido más medicalizada que los hombres. A los hombres se les realizan más pruebas exploratorias y se les envía más al especialista. Las diferencias de salud entre géneros son evidentes en la depresión.

La mujer que no trabaja fuera de casa tiene mayor depresión, pero en la actualidad las dificultades que experimenta la mujer que compatibiliza los dos roles son importantes. Aparece la dificultad de progresar a nivel laboral.

CAPITULO VIII

En la tercera parte de la tesis, en el capítulo VIII, se presentan las Conclusiones y Líneas de futuro.

En la Conclusión general destaca la importancia del rol de género en nuestra cultura como factor causal de la depresión en las mujeres por la desvalorización que

ha tenido y éste se encuentra en conflicto con las nuevas demandas que la sociedad espera de las mujeres. Todo ello les crea culpabilidad y malestar y les produce depresión.

La depresión en las mujeres no puede desligarse del contexto cultural global. Todas las dificultades que se encuentran en la sociedad a igualdad de condición socioeconómica, son peores para las mujeres provocando mayor depresión en ellas. Los datos empíricos muestran un significativo deterioro de las sensaciones de seguridad y de la capacidad de motivación social y laboral, incluso en los sectores de población que disponen de trabajo. En el plano individual aparecen los fenómenos de *crisis de valores, pérdida de los niveles de autoestima personal y del sentido positivo de la pertinencia social* -alienación o extrañamiento social-, al tiempo que a nivel global, los problemas se manifiestan en términos de un aumento de «desvertebración, la exclusión, la dualización, en sociedades cada vez más anómicas e inseguras, impregnadas por un clima ascendente de violencia y malestar» (Tezanos, 2004:60-200). Todos estos factores crean un caldo de cultivo que hace que los individuos puedan entrar en el «complejo círculo de la depresión». Si tenemos en cuenta todos estos factores que influyen en la depresión general, al analizar a las mujeres se hacen más evidentes por las circunstancias sociales que las han condicionado.

Entre las Conclusiones de la Investigación destacan las siguientes;

1. Las depresiones que aumentan son aquellas que son más leves. La depresión encontrada es de un 46,5%, siendo un 40% para el hombre y un 53% para la mujer.
2. Existen diferentes tipologías de depresión que difieren según quien las haya identificado o catalogado –depresión diagnosticada (sistema sanitario)-, -depresión identificada (la persona)-, -depresión actual (un test o entrevista)-, -depresión total o global (la suma de todas)-.
3. Los problemas que encuentran en la actualidad las mujeres y hombres en el Ámbito Laboral son importantes y provocan depresión. Muchos-as de los que tienen depresión realizan absentismo laboral y refieren unas causas diferentes como motivo de incapacidad -lumbalgias, vértigo, cefalea-.
4. Al aumentar el nivel de estudios disminuye la depresión.
5. La incidencia de depresión superior para las mujeres se ha relacionado con los roles de género tradicionales asignados en nuestra cultura que les han llevado a sufrir Violencia familiar y laboral, Sobrecarga, Estrés, Falta de Apoyo Social en mayor frecuencia que sus compañeros varones y también les ha llevado a

asumir ciertos comportamientos y actitudes –sumisión, pasividad, dependencia- que han favorecido su aparición.

6. La depresión una vez instaurada tiende a la cronicidad, por lo que serán importantes sobretodo las medidas psicosociales para tratar este tipo de depresiones sin olvidar la medicación para las depresiones más graves.
7. La Fibromialgia es un apartado que se ha introducido como un nuevo campo de investigación, que incorpora los elementos que contiene la depresión pero llevados al extremo -somatización, ansiedad, depresión, enfermedades, baja percepción de la salud-. Es una entidad clínica caracterizada por dolor crónico. No hay pruebas diagnósticas para clasificarla ni evidencia de algunos tratamientos. En las entrevistas en profundidad realizadas a estas mujeres se ha observado unas dificultades psicosociales importantes ya desde la infancia, superiores a la depresión, otras las han sufrido en la edad adulta creándoles un malestar interior que se ha manifestado en su cuerpo donde se ha instalado esta enfermedad que las inutiliza y paraliza. No se ha podido entrevistar a ningún hombre porque en el contexto de la investigación no se ha encontrado. Existe relación entre “el dolor”, la ansiedad y depresión experimentada por ellas. El principal problema con que se encuentran es que la “sociedad” y “el sistema sanitario” no reconoce la enfermedad como tal, es una enfermedad estigmatizada al igual que la depresión y resto de enfermedades mentales. Se cree que “simulan la enfermedad”, que intentan buscar “beneficios de ella”, y eso no es así, al menos conscientemente y provocado por ellas. Se sienten muy mal porque no se las comprende. Lo que sí hemos observado en las entrevistas es que sienten dolor e identifican tener una baja calidad de vida, en general.

En cuanto a Líneas de Futuro para disminuir la depresión va desde Políticas Sociales para mejorar las condiciones de vida en la mujer a Políticas Sanitarias que integren más al paciente en sus decisiones, como en una formación médica más integradora donde se tenga en cuenta al paciente de manera biopsicosocial y se pueda integrar el cuerpo con la mente.

Es importante mejorar en la Igualdad para disminuir la depresión en las mujeres. Según un estudio publicado por la Comisión de la Unión Europea (2007), «las mujeres que trabajan tienen más probabilidad de estar empleadas en posiciones de menor relevancia». Las mujeres sólo cubren el 32% de las posiciones de liderazgo de la Unión Europea como las de presidentes ejecutivos, directores y gerentes de pequeñas empresas. Existe una baja representatividad de las mujeres en los niveles más altos

de los puestos de dirección en las principales compañías, donde los hombres ocupan el 90% de los puestos de dirección. La participación de las mujeres en los Parlamentos se sitúa por debajo del 30%.

Desde la psicología se incorporan nuevas técnicas para tratar la depresión, entre ellas destacan las *técnicas cognitivo-conductuales* que no son nada más que una forma de ayuda para reestructurar el pensamiento, eliminar los pensamientos negativos y las rumiaciones tan frecuentes en las mujeres. Cada vez se están incorporando más *terapias complementarias* a la medicina tradicional, superando poco a poco las dificultades de introducirse en un sistema donde son poco conocidas, pues la formación del personal sanitario no ha sido sobre ellas sino mayoritariamente sobre fármacos y donde la industria farmacéutica y las grandes multinacionales generan amplios beneficios.

En cuanto a Líneas de Futuro, es prioritario mejorar y trabajar para la igualdad de las mujeres y eliminar los estereotipos de género ya desde la infancia, implicando a toda la estructura social; escuela, familia, medios de comunicación, empresa..., de esta manera disminuiríamos la depresión, fibromialgia y otras enfermedades psicosomáticas.

Se observa un descontento tanto en las mujeres –depresivas, fibromiálgicas– cuando desde el Sistema Sanitario no se les puede resolver sus problemas. Este sentimiento es igualmente compartido por los médicos cuando no “pueden” hacer que estas mujeres se sientan mejor. Este sentimiento es experimentado sobretodo en la “Fibromialgia” donde médicos y pacientes experimentan una gran insatisfacción porque no pueden mejorar los síntomas de la enfermedad. Este campo ofrecería múltiples opciones de trabajar para mejorar la relación terapéutica. Realizar un abordaje “integral” de la persona y no sólo biológico, centrado no solo en los síntomas sino también en la historia de vida de las pacientes será indispensable para que la medicina recuperara la credibilidad en estos pacientes, ya que se encuentra muy deteriorada. Preguntar a estas mujeres no sólo sobre los síntomas sino sobre los problemas y dificultades experimentados en sus vidas, mejoraría la relación terapéutica.

Es importante para estas mujeres basar su tratamiento no sólo en la medicación, sino en otras Terapias Psicosociales de ayuda y otras Medidas para fomentar la Igualdad y reforzar la Integración Social, fomentadas desde Ayuntamientos o Asociaciones Comunitarias que ayuden a la Integración de la Mujer. Quizás haya

diversos mecanismos de apoyo que puedan servir a las mujeres para mejorar su salud mental además de los antidepresivos, psicoterapia y otras terapias de ayuda. Una forma de aumentar la salud mental, así como la autoestima y que pueda funcionar como mecanismo de “apoyo social” para disminuir la depresión en las mujeres, son las *Asociaciones*. Las mujeres han necesitado asociarse para el intercambio de opiniones, la confirmación de objetivos, la puesta en marcha de la lucha contra la discriminación y la desigualdad de oportunidades, y finalmente para el desarrollo de unos derechos que las protegiese de la incultura, la desigualdad, la opresión y, en suma, la limitación de sus potencialidades.

Una de las funciones del asociacionismo es la creación de talleres para mujeres; se trata de una socialización secundaria, en la que se incorporan nuevas adquisiciones, y se ejerce el aprendizaje en formas de pensar y sentir diferentes de las ya conocidas. «En los talleres se desarrolla el trabajo grupal a partir de las experiencias personales vividas por las participantes, nacen para facilitar el acceso a la vida social, política y económica en igualdad de oportunidades y sirven como cauce de participación y integración» (Martínez Quintana, 2006)

CAPITULO IX

Se incluye un Programa para aumentar la Igualdad en las mujeres: Conciliación laboral-familiar y nuevas formas de Organización Laboral, y de esta manera poder disminuir la depresión.

CAPITULO X

En este Capítulo hemos añadido los Cuestionarios administrados, las Guías de las Entrevistas y la Bibliografía.

2. INTRODUCCIÓN SALUD MENTAL Y GÉNERO

2.1. CONCEPTO DE SALUD MENTAL

El concepto de salud mental al igual que el de género no es un concepto estable sino que varía a lo largo de la historia. Es de difícil definición. Varias son las causas: la primera es que se trata de un concepto cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos, tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como

sano o enfermo *varía según las representaciones y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y en cada periodo*, por tanto no son estables.

2.1.1. SEGÚN PARADIGMAS Y REPRESENTACIONES DOMINANTES EN CADA SOCIEDAD

Según Casco (1996: 33-38) cuando se revisan históricamente las definiciones de salud aparece una constante que consiste en proyectar sobre el individuo, la visión idealizada de la sociedad que cada época ha tenido de si misma. El concepto de salud es diferente para los diferentes grupos y responde a aspectos sociales, culturales y a necesidades específicas. Para los adolescentes, la salud está ligada a con un modelo que responde al estereotipo occidental: «guapo, joven, atlético». Para el anciano, la salud es «no tener enfermedad ni invalidez», y «tener dinero», para las amas de casa es «sentirse bien», y en segundo lugar «comer bien» (Isla, 2008:114).

Los individuos y las sociedades tienden a responder a los problemas de salud de acuerdo con su cultura, sus normas y sus valores. La asistencia médica y los servicios sanitarios son expresiones de una filosofía política. Por tanto, los valores sociales y políticos influyen en las decisiones que hacen los individuos y las instituciones que se crean y también en los niveles de financiación de la sanidad. La salud no es sólo un asunto biológico, sino que implica factores culturales, sociales, políticos y económicos. Tradicionalmente los sociólogos han considerado la enfermedad como una *conducta desviada*. Esta perspectiva se formuló inicialmente por Talcott Parsons (1951) en su concepto de *sick role* -rol del paciente o rol del enfermo-.

La conformidad a las normas se suele recompensar con la aceptación del grupo y la aprobación de la conducta, en cambio, la desviación de la norma, puede conducir a la desaprobación de las conductas, castigos u otras formas de sanción social. Las primeras causas sobre desviación provenientes de la sociología eran básicamente modelos biológicos que definían el origen de la desviación como algo intrínseco de los individuos.

Se pensaba que la conducta indeseable tenía orígenes genéticos de rasgos criminales o quizás una combinación genética aleatoria. «La perspectiva biológica sobre la desviación ha sido rechazada por los sociólogos contemporáneos como un enfoque que se centra exclusivamente en la fisiología del individuo y no tiene en cuenta la implicación de las normas y valores sociales sobre su conducta»

(Cookerman, 2001:179). Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza. Goffman (1993) define la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino como una «*incorrección situacional*». Según Álvaro, Torregrosa y Garrido (1992) estas incorrecciones situacionales reflejarían una ruptura de las reglas sociales que definen la interacción comunicativa.

La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS -Organización Mundial de la Salud, 2000-: «*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*». Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Por tanto, vemos que la salud mental no puede aislarse del resto de componentes pues si falla uno de ellos la salud global también lo hace. Ha sido definida como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades.

Es una definición de objetivos de difícil alcance, por ello en lo que a salud se refiere, se continúan planteando reflexiones y desde el Instituto de Investigación en Atención Primaria de Salud en Cataluña, en octubre de 2008 se intentará redefinir aquel concepto de salud que se aprobó en 1976 y fue recogido en el libro de actas: «*Proponemos (...) la siguiente definición breve: la salud del hombre es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa*» (X Congreso de Médicos y Biólogos de Cataluña; 1978) . Hay que tener en cuenta el periodo histórico en que se realizó la definición, en plena transición, y probablemente reflejara las aspiraciones que eran prioritarias en aquel momento. Treinta y dos años después se celebrará el XVIII Congreso en octubre de 2008 proponiendo, no necesariamente buscar otra definición de salud, sino reflexionar y colaborar en una mayor maduración de los términos que componen dicha definición en la sociedad actual, donde los términos de autonomía, solidaridad y felicidad no son los mismos que en aquel momento.

Salud mental se refiere a la posibilidad de aumentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar *sus propios objetivos*. Salud mental es

materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental.

Progresivamente la idea de bienestar se sustituye por la de calidad de vida, concepto relacionado con la capacidad que tienen los grupos de satisfacer sus necesidades, y la percepción que no se le ponen obstáculos para su realización personal y felicidad. Casco (1996:33-38) advierte sobre la sospecha de «querer diseñar un ciudadano inmaduro, incapaz de reaccionar ante la menor contrariedad y de manejar la frustración, ya que enfrentarse con la realidad y con la resistencia que impide la realización de los deseos y aspiraciones, es una condición imprescindible, para acceder al significado y al sentido de las cosas y para su evaluación moral».

La diversidad de modelos explicativos -psiquiatría organicista, modelos psicosomáticos, psicodinámicos, psicoanalíticos, conductistas, cognitivos, sociogenéticos, comunitarios, etc.- y la persistencia de diferentes representaciones sociales de enfermedad mental hacen inviable un modelo integrativo o un criterio de definición único de salud o enfermedad mental.

Los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto, constituyen un desafío importante para el desarrollo general. «No hay grupo humano inmune, pero el riesgo es más alto en los pobres, los sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los inmigrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado . Los que tienen peor salud mental son *los sectores más desfavorecidos de la sociedad, en los que incluimos a las mujeres*» (Cabruja, 1998: 183-202).

En todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente unidas. Con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones. Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, no se da a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la física y ha sido más bien objeto de ignorancia o desatención. Según la sociedad en que se viva, una persona tendrá mejor o peor salud mental dependiendo del grado de consecución de aquello se asigne como valioso o no por la sociedad en aquel momento. Por tanto puede que aquellas actitudes o valores que tenían nuestros

antepasados-as del siglo pasado no se ajusten a las expectativas actuales y pueda crear conflicto interior, cosa que producirá malestar.

La percepción del bienestar depende de un binomio representado por el individuo y por la capacidad de desarrollarse en un contexto social determinado por tanto no se puede reducir a un concepto único. Para el Grupo de Estudio del GAPS –Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud- (1985:13), «en líneas generales se suele aceptar que todas las enfermedades causantes de la muerte de los individuos en las sociedades desarrolladas, un 50% son derivadas del tipo de vida que les caracteriza, un 20% debido a factores ambientales, otro 20% a factores individuales y el 10% restante a diversos factores relacionados directa o indirectamente con el sistema sanitario».

El concepto de salud mental está ligado en la actualidad a la *felicidad y satisfacción vital*, y cada vez más a aspectos sociales. El aspecto económico es importante, pero R.Inglehart y Hans-Dieter Klingemann observaron que a partir de los 15.000 dólares anuales per cápita, «la correlación entre el aumento de ingresos y la mejora en la satisfacción vital era prácticamente inexistente» (Inglehart, 1988: 45-66). La satisfacción ante la vida es parte de un síndrome amplio de actitudes que refleja si se tienen o no actitudes positivas hacia el mundo en que se vive. La satisfacción ante la vida, la felicidad, la confianza interpersonal y el que se esté a favor de un cambio social radical o se defienda la sociedad existente, forman parte de un conglomerado cultural que está estrechamente relacionado con las instituciones democráticas que hayan existido durante mucho tiempo en una sociedad determinada.

Aquellas naciones que ocupan un nivel más alto en satisfacción ante la vida son aquellas que presentan niveles altos de lo que denomina «*Cultura Cívica*» que se caracteriza por una coherente satisfacción ante la vida, satisfacción política, confianza interpersonal y apoyo social al orden existente. Las naciones que ocupan un lugar elevado de este conjunto de actitudes también muestran una predisposición mucho mayor a ser democracias estables que las que se sitúan al final de este ranking. Según Inglehart (1988) los países que presentaban mayor satisfacción eran los países nórdicos y Suiza seguidos de Holanda, Canadá, Luxemburgo, EE.UU., Gran Bretaña, Bélgica, a continuación Austria, Alemania, seguidos de España, Francia e Italia y los últimos puestos eran para Italia, Grecia.

Uno de los últimos estudios realizados por Luisa Corrado (2005) que ha obtenido uno de los premios científicos obtenidos por la Comunidad Europea 2008 y que ha estudiado la relación entre la felicidad y riqueza en quince países europeos corrobora los resultados de Inglehart y afirma que *“el crecimiento económico proporciona la felicidad hasta cierto punto, si además de facilitar la vida, la hace además satisfactoria”*, El crecimiento económico afecta al bienestar social si se acompaña de un *incremento de capital social, de reformas estructurales profundas y de políticas que vayan dirigidas a reducir las desigualdades y a promover la inclusión de todos los ciudadanos*. Aquellos ciudadanos que consiguieron un nivel más alto de felicidad fueron aquellos que confiaron más en su gobierno y en sus instituciones, además tenían un grupo numeroso de amigos, conocidos y como mínimo un amigo íntimo o en su defecto pareja. Los países nórdicos siguen a la cabeza de los que tienen mayor felicidad.

- En cuanto a las *representaciones populares de salud mental* según de Rosa (1993:1-192) podríamos distinguir cuatro grandes fases: la primera consideraría la enfermedad mental como *posesión diabólica o inspiración divina*, la segunda como *desviación social*, la tercera como *enfermedad física*, y finalmente tendríamos una concepción basada en *diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos* .

1. El hombre primitivo atribuyó un *origen sobrenatural* a la enfermedad mental, los síntomas que el sujeto presentaba orientaban hacia la clase de espíritus -buenos y malos- que intervenían. El exorcismo se convirtió entre los antiguos hebreos, los griegos, los chinos y los egipcios en una práctica frecuente, que primero realizaron los hechiceros y después los sacerdotes, con el fin de expulsar los espíritus malignos del cuerpo enfermo.

Dependiendo de la idea de enfermedad mental predominante en la época se utilizaba una terapéutica o modo de tratar la enfermedad diferente, así en esta primera época «los restos de cráneos trepanados encontrados en Perú eran una manera de que escaparan los espíritus malignos del interior del cuerpo» (Vallejo, 2006: 4-9).

2. La concepción extranatural de las enfermedades mentales se mantiene hasta Hipócrates (460-377 a. de C.), que fue el primero en señalar el *origen natural de ésta*. En la antigüedad Clásica los desordenes mentales se explicaban a partir de los trastornos producidos en el cerebro por *desequilibrios humorales*, este tipo de explicaciones perdurará hasta el siglo XVI.

En los escritos hipocráticos, la enfermedad gira en torno a la interacción de cuatro humores del cuerpo -sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema-, resultado de la combinación de las cuatro cualidades básicas de la naturaleza -calor, frío, humedad y sequedad-. Este autor elabora una clasificación basada en cuatro temperamentos -colérico, sanguíneo, melancólico y flemático- que se pensaban que indicaban la orientación emocional predominante. Clasifica los trastornos mentales en tres categorías: manía, melancolía y frenitis, clasificación pionera que se mantiene durante toda la civilización griega y romana. Para Hipócrates «si el miedo y la tristeza perseveran mucho tiempo, hay melancolía».

3. Areteo de Capadocia (30-90 d. de C) fue el primero en describir que las enfermedades mentales eran procesos normales exagerados, subrayar el papel de los *factores emocionales* fue una observación brillante para su época. Galeno (130-200 d. de C.) hizo una síntesis de los conocimientos existentes, dividiendo los trastornos mentales en *orgánicos*-lesiones craneoencefálicas, alcohol, cambios menstruales- y *mentales* -temores, contratiempos, desengaños amorosos-, sostiene que la *salud psíquica depende de la armonía adecuada de las parte racional, irracional y sensual del alma*.

4. Con la muerte de Galeno termina una etapa esperanzadora en la consideración teórica y práctica de estos trastornos y empieza una larga época de oscurantismo y en ocasiones de horror que salvo algunas excepciones, se extiende hasta el siglo XVIII. Tras la caída del imperio romano, las prometedoras ideas de las culturas griega y romana sufren una involución. Renace el primitivismo y la brujería, *reapareciendo el modelo sobrenatural de enfermedad mental*. Se observan ya hacia el siglo X, verdaderas manías epidémicas de danzas frenéticas colectivas donde se saltaba y bebía, éstas se prolongaron hasta el siglo XV y XVI durante las épocas de mayores calamidades y pestes.

En este periodo el tratamiento de los enfermos mentales se realiza fundamentalmente, por los monjes en monasterios. Hacia finales del siglo XV empeora la situación y al pretendido poseso se le atribuye una alianza satánica por lo que se le considera a priori hereje y brujo. En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con el apoyo del Vaticano, publicaron el «Malleus maleficarum» -el martillo de las brujas- dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, sobretodo mujeres. La gran mayoría de «personas embrujadas» o que tenían pacto con el diablo eran mujeres.

Según León (2005:33-42) en *Estigma y enfermedad mental*, el tratamiento para la enfermedad mental era la tortura, y si se llegaba a la muerte era considerado ante todo un acto de piedad cristiana «para liberar el alma del poseído». Esta situación sigue en los siglos XVI-XVII, siendo la última ejecución por brujería en 1782, aunque las ideas básicas de la época sobre la locura se extienden a nivel popular hasta bien entrado el siglo XIX.

5. Durante el siglo XVII se desarrollan *interpretaciones naturalistas* de la enfermedad mental como la iatrofísica y iatroquímica.

6. En los siglos XVII-XVIII los trastornos mentales son considerados como un *alejamiento voluntario de la razón* que debía ser corregido mediante el internamiento y severas medidas disciplinarias. Durante ambos siglos, los enfermos mentales eran encerrados y apartados de la vida comunitaria. Según Foucault (1976) la finalidad de su aislamiento no era el tratamiento sino proteger a la sociedad de aquellos que infringían normas sociales; una situación que persistirá bien avanzado nuestro siglo.

7. En el siglo XIX predominan las *explicaciones somáticas* de la enfermedad mental; objeto de estudio médico. Entre los siglos XVIII-XIX cabe destacar una figura importante en la psiquiatría francesa, Pinel (1745-1826) quien convirtió los sanatorios en centros dignos tanto en los aspectos materiales -decoración, habitaciones soleadas, jardines- como morales. Elaboró una sencilla y adecuada clasificación de los trastornos mentales: *melancolía* -alteración de la función intelectual-, *manía* -excesiva irritación nerviosa, con delirio o sin él-, *demencia* -alteración de los procesos del pensamiento- e *idiocia* -detrimento de las facultades intelectuales y afectos-. Esquirol, discípulo de Pinel en 1820, se esforzó por eliminar la reminiscencia humoral

así como la palabra melancolía del lenguaje médico, pues era más propia del vulgo y de los poetas por otras palabras como monomanía triste o lipemanía.

8. El siglo XX se caracteriza por la introducción y desarrollo del *psicoanálisis*, la expansión de la clasificación nosológica de las enfermedades mentales iniciada por Emil Kraepelin (1856-1926), el *desarrollo de la neurología, fisiología, y la bioquímica*, bases del desarrollo de la psiquiatría organicista, auge de la psicofarmacología, y finalmente el inicio de las concepciones psicosociológicas de la enfermedad mental.

2.1.2. SEGÚN DIFERENTES MODELOS PSICOLÓGICOS O MÉDICOS VIGENTES

En segundo lugar, la salud mental puede ser definida de forma diversa según los *diferentes modelos psicológicos o médicos vigentes*.

Las enfermedades cambian del mismo modo que cambia nuestro concepto sobre ellas y la legitimación que se hace desde la ciencia y la propia opinión pública. En el siglo XIX dentro de la sociedad victoriana occidental, dominada por varones, las mujeres podían terminar con locura, depresión o suicidio. Todas las enfermedades mentales, físicas y todo desvío del comportamiento tenían su origen tradicionalmente en la matriz.

La histeria era la explicación al comportamiento desviado, era una forma de sufrimiento donde lo que se presentaba era una incapacidad o un déficit sensorial o motor. Había parálisis, sordera, ceguera y calambres de tipo histérico, sin ninguna lesión que lo justificara. Ya Hipócrates habló sobre la histeria al descubrir las enfermedades femeninas. A las mujeres se las veía como víctimas de su periodicidad y susceptibles de padecer locura refleja como resultado de sus funciones femeninas. Así en nombre de la biología se las apartaba de la educación o de la fuerza laboral, su inferioridad intelectual se consideraba evidente, resultante de la especialización reproductiva de la mujer. Las histerias desaparecieron del panorama clínico de manera lenta pero inexorable.

Los trastornos mentales propios de la burguesía emergente han estado las neurosis -*ansiedad, depresión, manía*-, un caso típico es la histeria femenina, mientras que la desviación del comportamiento social de las clases bajas adquiría la forma de la *psicopatía* -locura- y a veces se teorizaba en teorías como la de Lombroso con el delincuente nato.

Para Vallejo (2006:9-11) en su libro *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*, a partir de Freud será cuando se abren las puertas de los fenómenos inconscientes que llevará incorporado una transformación semántica y que en el ámbito de la medicina incorporará el conflicto, el malestar, la angustia, la insatisfacción, el deseo, la incapacidad de alcanzar la felicidad, y por tanto la medicalización, en lugar de los manicomios. «Con la aportación de Freud el centro de interés se desplaza de la psiquiatría pesada -psicosis- a la psiquiatría ligera –neurosis-, por lo que el campo de la psiquiatría deja de circunscribirse a la locura y se extiende a otros campos más separados de ésta, abre nuevos cauces de enfoque terapéutico a través de técnicas que se irán desarrollando en posteriores décadas, la exactitud puede ser referida a fenómenos no observables y no es patrimonio de la cuantificación propia de los métodos científico-naturales». Al margen de la verdad o falsedad de la teoría psicoanalítica, lo cierto es que con ella se propugna un modelo de enfermar que, en contra del modelo médico, contempla la enfermedad como una desgraciada conjunción de factores psicológicos y sociales, alejados de la base neurobiológica de la posición médica.

La tercera figura emergente a finales del siglo XIX fue Paulov (1844-1936), quien con los estudios fisiológicos sobre los reflejos posibilitó los planteamientos de Watson (1879-1958), el cual a partir de las investigaciones pavlovianas aplica la teoría al llamado conductismo. Así pues, desde un posicionamiento fisiológico, se estableció un modelo psicológico científico de notable importancia en el s.XX. El *conductismo*, se ha ido fortaleciendo a lo largo del s.XX, reforzado en sus últimos años por la *corriente cognitivista*, que amplía las posibilidades conceptuales y terapéuticas del conductismo.

El psicoanálisis ha ido perdiendo vigencia en las últimas dos décadas. Como complemento de la psiquiatría más médica, psicoanalítica y conductista aparece la *psiquiatría social* iniciada después de la Segunda Guerra Mundial. Ésta se radicaliza con el movimiento antipsiquiátrico en las décadas de 1970 y 1980 y se consolida a través de un enfoque humano y social del enfermo y la enfermedad en la década de 1990 con la psiquiatría comunitaria, permitiéndole reinsertarse adecuadamente en su entorno. «La buena convivencia de estas corrientes y modelos, que no son necesariamente excluyentes, garantiza la buena salud de la futura psiquiatría» (Vallejo, 2004:2). El siglo XX, era del psicoanálisis se ha caracterizado por la emergencia de *trastornos afectivos, ansiedad y depresión y las toxicomanías*.

«El siglo XXI será el siglo de los *trastornos alimentarios y de los trastornos complejos de la personalidad*, afectados por tóxicos de síntesis» (Pérez, 2004:103-107) cuyos efectos a largo plazo son difíciles de predecir, pero cabe reflexionar que en el origen de la anorexia para Bleichmar (2000:93-107) se encuentra la depresión, al igual que en el consumo de sustancias.

2.1.3. DIFERENTES CRITERIOS PARA LA DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL

Para Cockerman (2001) en el libro *Sociología de la medicina* analiza que la mayoría de definiciones sobre salud han sido dadas por la medicina, pero es importante conocer cómo es conceptualizada por la Sociología de la Medicina - también llamada Sociología de la Salud- que «estudia las causas sociales y las consecuencias de la salud y enfermedad, la conducta social del personal de asistencia sanitaria y los usuarios, las funciones sociales de las organizaciones e instituciones de salud, y la relación de los sistemas de asistencia sanitaria con otros sistemas con los que interrelaciona». Primero se denominó enfermedad a aquellas *funciones desordenadas del cuerpo humano como máquina físico-química*. Se creó una categoría denominada enfermedad para -la fiebre tifoidea, los carcinomas, las fracturas...-. La atención del médico ha sido desviada de este criterio y se ha centrado en la *discapacidad y en el sufrimiento* como nuevos criterios de selección; la histeria, la hipocondriasis, las neurosis obsesivas y la depresión fueron candidatas a la categoría de enfermedades.

Posteriormente, y sobretodo psiquiatras empezaron a denominar enfermedad a cualquier cosa que pudiese detectar algún signo de mal funcionamiento, basándose en cualquier norma. Unos actos que pudieran calificarse como pecados y delitos -y por tanto controlados por la ley o por la Iglesia- son considerados enfermedad y deben controlarse por la asistencia sanitaria; por tanto la *agorafobia*, se considera una enfermedad porque las personas no deberían tener miedo a los espacios abiertos. La homosexualidad se consideraba enfermedad porque la norma social es la heterosexualidad, y así otras como la drogadicción, el alcoholismo, adicción al sexo...

Algunos sociólogos de la medicina (Conrad 1975, Conrad y Schneider 1980, Freidson 1979, Twadle 1969, Zola 1972) en Cockerman (2001) han dejado patente su preocupación de que la «medicina es un instrumento para el control de las desviaciones y que está asumiendo cada vez más la responsabilidad de un mayor

número de conceptos definidos como desviados. Hoy existen pocos problemas de la conducta humana que algún grupo no considere problemas médicos, para ellos la regulación del cuerpo humano está en el interés de la sociedad debido a la necesidad de proteger la salud pública, la economía y el orden social (Bryan Turner; 1992, 1995, 1996). Las enfermedades pueden controlarse a través de la higiene social y la educación en estilos de vida adecuados» (Cockerman, 2001:183-186).

En la actualidad los criterios de diagnóstico de enfermedades mentales para la psiquiatría, si bien varían, tienen, un punto de referencia básico en los criterios diagnósticos del *DSM-IV* «Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales». Los criterios para el diagnóstico son la existencia de sintomatología, comportamiento social desajustado y la duración prolongada de los síntomas. Las categorías de diagnóstico, son además mutuamente excluyentes. Este tipo de detección de trastornos mentales ha sido objeto de críticas: la primera hace referencia a que la división en categorías de los trastornos mentales no refleja adecuadamente la realidad. Diversos estudios en los que se analiza la agrupación de síntomas según la técnica del escalamiento multidimensional, muestran un elevado grado de solapamiento entre los síntomas que caracterizan los trastornos mentales. La segunda crítica enfatiza el hecho de que los criterios de diagnóstico comúnmente utilizados excluyen a un importante número de personas con problemas psicológicos.

Hay una *confusión entre salud mental y enfermedad*. Una persona puede tener problemas de salud mental y no estar mentalmente enferma. Son muchas personas que padecen o han padecido un trastorno del ánimo como así lo califica el DSM IV, como *depresión bipolar* -estado maniaco-depresivo que se alterna- o un *trastorno depresivo mayor* -episodio único- o distimia -depresión más crónica- y llevan una vida completamente saludable pues conocen su problema y saben como afrontarlo, condición indispensable para una salud mental positiva.

2.2. CONCEPTO DE GÉNERO

El concepto de género al igual que el de salud mental tampoco es estable sino varía a través de la historia, tiene también un alto contenido valorativo pues aquellos contenidos que definen lo que es o lo que debe ser un hombre y/o una mujer varía a través de la historia y en las diferentes culturas, si bien en la sociedad occidental sigue un modelo homogéneo fruto del patriarcado y de la tradición judeocristiana.

Para Giddens (2002:152-153) «en todas las sociedades encontramos diferencias importantes entre los hombres y las mujeres, entre lo masculino y lo femenino, además de sus diferentes aspectos anatómicos o fisiológicos». En palabras de Giddens «Tenemos que hacer una distinción entre sexo y género», esta distinción es fundamental, ya que muchas diferencias entre hombres y mujeres no son biológicas en origen. En todas las sociedades se marcan distinciones para los hombres y las mujeres pero no necesariamente las mismas. Las diferencias a las que nos referimos cuando hablamos de género son las construidas socialmente, las que son producto de la cultura y se aprenden con ella, se transmiten de generación a generación por los procesos de socialización y se marcan muchas veces de forma tan indeleble que no es raro que incluso hoy en día se crea que se trata de rasgos biológicos y naturales. Los estudios de género y de la sexualidad son una de las dimensiones de la sociología contemporánea que más rápidamente está creciendo y también una de las más fascinantes.

En general los sociólogos utilizan el término sexo para referirse a las diferencias anatómicas y fisiológicas que definen el cuerpo del varón y el de la mujer. «Mientras que el género afecta a las diferencias psicológicas, sociales y culturales que existen entre el hombre y la mujer» (Giddens, 2002:152-153). El género tiene que ver con los conceptos de masculinidad y feminidad construidos socialmente, no tiene porqué ser consecuencia directa del sexo biológico del individuo. De esta manera ponemos por ejemplo el transexual que naciendo en un cuerpo definido se siente identificado con el otro sexo, y la mayoría de las veces no descansará hasta que realice un cambio de sexo para sentirse a gusto con aquello que piensa que es. Lo mismo sucede con la homosexualidad o el lesbianismo.

El género es una «categoría central de la teoría feminista». Surge a partir de la idea de que lo «femenino» y lo «masculino» no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales.

Los estudios de género surgen en Estados Unidos en la década de los setenta del siglo XX con el resurgir del movimiento feminista, y en España llega como corriente teórica una década después. Cobo (1985:55-83) indica que los estudios sobre género se han incorporado a todas las ciencias sociales en el transcurso de las décadas de los setenta y ochenta del siglo XX.

En el siglo XVII con la Ilustración el término de género como construcción social se consolida con el descubrimiento de que la desigualdad no es un hecho natural sino histórico.

Martínez Quintana (2001:54-55) en *Estudios y políticas sociales para mujeres* señala que en el siglo XIX se frena la rebelión de las mujeres feministas de la Revolución francesa, al tiempo que adquieren fuerza las ideas de Rousseau acerca de la naturaleza femenina «-las mujeres tienen como tareas naturales la de ser esposa y madre-» que se afianza en la misoginia romántica que chocará fuertemente con las movilizaciones sufragistas de finales del siglo XX.

Uno de los grandes cambios en la sociedad actual, es el cambio de las funciones que llevaba inmerso el género en sí, comenzó en la sociedad industrial con la quiebra del rol tradicional de la mujer, al incorporarse definitivamente en el mundo laboral.

Las mujeres a lo largo de la historia han contribuido al mantenimiento del hogar, en las sociedades de caza y recolección la mujer se situaba en condiciones de igualdad con los hombres pues contribuían de forma manifiesta a la subsistencia. Lo mismo sucede con las sociedades agrarias, al hacerse posible la combinación de tareas agrícolas en pequeñas parcelas de tierra con el cuidado de los niños. Esta situación se quiebra con el desarrollo del cultivo con el arado, que cambia el status de las mujeres, lleva a la creación de los patriarcados, que institucionalizan el dominio de los hombres sobre las mujeres. Pero será «con la sociedad industrial cuando se consolida la posición masculina fuera del hogar y se relega lo femenino a la esfera de la familia donde realiza tareas esenciales pero no remuneradas, y se convierte a las mujeres en seres dependientes de los hombres» (Martínez Quintana, 2001:23-25). Entrar en el mercado como trabajadora podía significar salarios bajos y condiciones miserables de trabajo, soledad e inseguridad, pero también significaba la posibilidad de independizarse del dominio familiar.

Para Ehrenreich y English (1990:12-25) en *Por su propio bien. 150 años de consejos de los expertos* señalan que el «capitalismo industrial liberó a las mujeres de la rutina del trabajo productivo casero, pero al mismo tiempo les arrebató las atribuciones que habían constituido su peculiar motivo de dignidad. Soltó las ataduras del patriarcado, pero impuso las cadenas del trabajo asalariado».

En el antiguo orden, las mujeres se habían ganado la supervivencia participando en el trabajo compartido de la familia. La mujer tejía, curaba pues conocía las hierbas capaces de sanar, plantaba la huerta, alimentaba el ganado, hacía mantequilla y queso, hacía conservas... era subordinada pero no dependiente y desamparada. Con la nueva economía de mercado, la unidad entre trabajo, hogar y reproducción se rompe y quedan completamente divididas las dos vidas «*pública y privada*». Todo lo anterior fue derrocado y las mujeres entraron en confusión.

El nacimiento de las sociedades industrializadas terminó con la división sexual del trabajo pues la mujer salía del hogar para realizar jornadas abrumadoras en la fábrica...El ejercicio directo del poder patriarcal de los hombres sobre las mujeres y niños de las sociedades agrarias pasaría a ser más institucional. El Estado moderno sería quien ratificara legalmente sus obligaciones para la familia.

Según Ehrenreich y English (1988) en *Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad*, es en el comienzo de la revolución industrial cuando se abre la posibilidad del trabajo de la mujer y con ella encontramos tres tipos de «roles de género» que adoptaban las mujeres; aquellas que caían en «*depresión nerviosa*» y que solían ser muchachas inteligentes con una buena educación, pero que durante cierto tiempo fueron incapaces de ir hacia delante, la indecisión les paralizaba. Este sufrimiento se extendió en los siglos XIX y XX a miles de mujeres, mujeres formadas para un «*nuevo rol*» pero con una educación tradicional para ser madres y cuidadoras de su hogar, cárcel para muchas de ellas, cayendo la mayoría de ellas en manos de la *nueva clase de expertos*: médicos, psicólogos, expertos en puericultura...Nunca fue una relación entre iguales, sino nada más que la ideología de una sociedad machista disfrazada de verdad objetiva.

Una minoría transformó su parálisis en ira y se convirtieron en «*activistas de movimientos reformistas, escritoras, conferenciantes*» como *Charlotte Perkins Gilman* que se preguntaba si podía haber dignidad en la vida doméstica y que las mujeres como resultado del confinamiento en el hogar padecían un «desarrollo detenido» hasta el punto de que se habían convertido en una especie separada y *Betty Friedan* que consideraba el hogar «como una trampa que atrofiaba a las amas de casa en mente y espíritu» (Ehrenreich y English, 1990:28-35).

Un tercer tipo de mujeres eran «las que realizaban largas jornadas laborales en las fábricas casi en condiciones inhumanas y al llegar a casa debían seguir la jornada atendiendo a la casa, los hijos y el marido».

A mediados del siglo pasado y sobretodo en los años 60, un número importante de mujeres entra en el sector de la producción. Pero las formas culturales, no cambian solo por el hecho de que existan unas posibilidades de cambio. Para que se de en realidad, se han de vencer las resistencias al cambio, fruto de los modelos interiorizados por hombres y mujeres a lo largo del proceso de socialización, modelos que muchas veces son aprendidos de manera inconsciente, en el día a día de la vida cotidiana. «En los hombres encontramos más resistencias a cambiar el modelo tradicional, pues esto implica perder sus cuotas de poder institucionalizado» (Giddens, 2002:165-166).

El término *género* engloba la multiplicidad de funciones que los hombres y mujeres desempeñan en cada una de las sociedades, y los referentes básicos de sus conductas sociales, y es un ámbito de conocimiento que ha llegado a constituir los calificados como estudios de Género que han llegado a constituir una nueva rama del saber, y tratan las relaciones entabladas entre hombres y mujeres en cada una de las sociedades, tanto desarrolladas como en desarrollo. «Tienen como objeto de estudio las diferencias de roles, las identidades de masculinidad y feminidad, las desigualdades, la subordinación de las mujeres en muchos órdenes de la vida, la homosexualidad -gays y lesbianas- las situaciones de dominación y servidumbre entre los sexos, las ubicaciones de vida de los transexuales y, en definitiva, los modos de ser, sentir y actuar de los seres humanos en sociedad según el sexo y el género que se inscriba en las sociedades» (Martínez Quintana, 2007:390).

Todavía no se ha logrado alcanzar la igualdad entre los sexos y las relaciones de género reproducen los roles sociales a través de la organización social de cada una de las sociedades. Para ellos surge una nueva terminología denominada *mainstreaming de género* que serían aquellas estrategias, enfoques y métodos para lograr la igualdad de género -Gender mainstreaming, igualdad de género- .

El concepto *mainstreaming de género* aparece por primera vez en la Tercera Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre mujer -Nairobi, 1985-, donde se afianzó el compromiso gubernamental para la implementación de las Estrategias

orientadas hacia el Futuro para el adelanto de la mujer, que incluirían todas las organizaciones dependientes de la ONU. Es en la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres de Naciones Unidas (Beijing, 1995), donde se promocionó una política activa para la igualdad en todas las políticas y programas.

El grupo de mainstreaming constituido por el Consejo de Europa en 1995 analizó la falta de progreso y comprensión de la igualdad de género, y «descubrió que la igualdad seguía siendo limitada y no protegía del todo la discriminación. Este nuevo concepto contiene en si mismo una meta, unos objetivos, unos sujetos siendo los objetos todas las políticas que puedan desarrollarse en todos los niveles y en todas las etapas, tanto en el mundo desarrollado como en desarrollo» (Ibídem: 394-395).

Según Martínez, Parceró y Aguinaga (2006:83-86) en *Agentes de igualdad de oportunidades*, «la llegada de la democracia a España (1975) comporta la creación de un organismo dependiente del Ministerio de Cultura, denominado de Condición Femenina». En 1983 se crea el Instituto de la Mujer. Se inician las relaciones con los países del entorno europeo, a través de la asistencia a las conferencias internacionales de Naciones Unidas y la adhesión a las propuestas de dichas Conferencias, a la vez que la entrada en la Unión Europea en 1989, exige una respuesta a los planteamientos y estrategias de la Unión.

Es importante tener en cuenta el contexto social y histórico de partida con relación a la igualdad, para comprender lo que todas estas organizaciones supusieron para las mujeres españolas, así, una mujer en España, no pudo tener una cuenta corriente ni sacarse el pasaporte sin permiso de su marido hasta 1981, los anticonceptivos estuvieron penalizados hasta 1978 y el aborto no se despenalizó en España hasta 1986.

La legislación por tanto era lo primero que debía abordarse para conseguir la igualdad formal, tanto de cara a las propias ciudadanas españolas como para cumplir los compromisos exigidos por la Unión Europea.

En 1988 sale a la luz el Primer Plan de Igualdad de Oportunidades. Hasta el momento se han elaborado 4 Planes en España (Ibídem).

Cuadro 2.2.1. Actuaciones y propuestas en materia de igualdad de oportunidades

Naciones Unidas	Unión Europea	España
Primera Conferencia México 1975	Primer Programa Comunitario 1982-1985	Creación del Instituto de la Mujer 1983
Segunda Conferencia Copenhagen 1980	Segundo Programa Comunitario 1986-1990	I Plan de Igualdad de Oportunidades 1988-1990
Tercera Conferencia Nairobi 1985	Tercer Programa Comunitario 1991-1995	II Plan de Igualdad de Oportunidades 1993-1995
Cuarta Conferencia Beijing 1995	Cuarto Programa Comunitario 1995-2000	III Plan de Igualdad de Oportunidades 1997-2000
Asamblea en Nueva York Beijing+ 2000	Quinto Programa Comunitario 2001-2005	IV Plan de Igualdad de Oportunidades 2003-2006

Fuente: Aguinaga J, «Los planes de igualdad» en: Martínez, R., Parcero, C., Aguinaga, J. (2006): Agentes de Igualdad de oportunidades: Acciones positivas en el marco de la cooperación, Universitas Internacional S.L, Madrid, pp.85.

2.3. SALUD MENTAL Y GÉNERO

2.3.1. DEL S.XIX A LA ACTUALIDAD

El estado de salud percibido refleja «la percepción que tienen las personas sobre su propia salud, tanto desde un punto de vista físico como psicológico» (Raya, Ortega 2004:117-27). La mujer aparece como lo otro, lo negado. Modelo de confinamiento. Se excluye por medio del encierro, ya sea físico o ideológico. Se manifiesta el ejercicio del poder en cuanto el grupo intenta ejercerlo sobre otros individuos separándolos: aislándolos en su propio seno, así han nacido las instituciones psiquiátricas, penitenciarias y todos los grupos marginados, así se han censurado todas las ideologías peligrosas. Todas sus funciones fisiológicas: menstruación, parto, menopausia... son consideradas como enfermedad -en la actualidad y contrariamente reina el terrorismo de la naturalidad que torna histéricas sus quejas-. La permanente enfermedad femenina llega a constituir durante el Romanticismo el criterio de belleza

de la época: apariencia frágil, palidez, ojeras, languidez... pero prontamente este lugar de encierro se convierte en el centro de los discursos -medicina, psiquiatría, pedagogía-, y aparece la mujer histérica.

Para Rodríguez Magda (1994) en *Femenino fin de siglo*, el hogar burgués es el perfecto reducto de paz y tranquilidad para el esposo que retorna de la fatigada lucha de su trabajo. Pureza, abnegación, pulcritud, desconocimiento del entorno, y meticuloso cuidado de la precaria salud, son los requerimientos que se hacen a esta salud, privada también de discurso. Si hace sonar su voz en un tono estridente, no permitido, si tan solo reclama un derecho a la palabra, ésta será interpretada y recogida por el oído experto del médico, del psicoanalista, del psiquiatra -esta configuración acomodada presente en el s. XIX, de donde van a arrancar la mayor parte de los discursos clínicos que sobre la mujer llegan a nuestros días-.

La razón de hacer un enfoque de género sería que las mujeres expresan parte de su malestar -de rol, feminidad tradicional...-a través de su cuerpo, mediante una serie de síntomas inespecíficos. Estos síntomas corresponden con manifestaciones de conflictos internos que viven en relación al género -baja autoestima, sumisión, violencia de género.

Según Ehrenreich y English (1981:41) la principal contribución de la medicina a la ideología sexista ha sido su definición de las mujeres como personas enfermas y potencialmente peligrosas para la salud de los hombres. La noción de que las mujeres son «*enfermas*» se remonta al Paraíso bíblico. En el pensamiento occidental tradicional, el hombre representa la perfección, el vigor y la salud. Desde que Hipócrates definió a las mujeres como «perpetuas enfermas», la medicina no ha hecho más que repetir la reacción masculina dominante, tratando el embarazo y la menopausia como enfermedades, las menstruaciones como una afección crónica y el parto como un problema quirúrgico. Pero al mismo tiempo la «*debilidad de la mujer*» nunca le ha impedido realizar trabajos pesados ni realizar la crianza de los hijos.

La mayoría de las mujeres de clase alta o media alta en el s. XIX tenían muy pocas posibilidades de llevar una vida autónoma, pues dependían de sus maridos o de sus padres. Este aislamiento favoreció un culto hacia la hipocondría -la invalidez femenina- cuyos orígenes se remontan a inicios del siglo XIX y que no desapareció por completo hasta la década de 1920.

La mujer obrera sin embargo debía de gozar de buena salud para poder ocuparse de todas las tareas que tenía encomendadas y por lo tanto no podían ponerse enfermas. Como señaló con alivio el doctor Warner: «Las negras africanas que trabajan duramente junto a sus maridos en las plantaciones del Sur, y las criadas que lavan, barren y hacen la limpieza en nuestras casas del Norte, en general gozan de buena salud y son inmunes a las molestias uterinas». Aunque la mujer obrera no se desmayara y no sufriera «molestias uterinas» sí era portadora de los gérmenes del tifus, cólera y diversas enfermedades venéreas.

Las mujeres de clase alta y media estaban «*enfermas*»; las mujeres obreras «*portadoras de enfermedades*». Para estas mujeres el «sentirse indispuesta» era algunas veces un mecanismo de control de la natalidad, otras una manera de ejercer cierto poder en el ámbito familiar. «*La histeria* en el s.XIX constituyó una verdadera epidemia -convulsiones, desmayos, pérdida histérica de la voz, pérdida del apetito, toses y estornudos histéricos, gritos, risas y llantos histéricos...- y debía de ser la única manera en que las mujeres desarrollaban su rabia, su indignación ya que sus formas de rebelión eran muy limitadas» La conducta de las mujeres era similar a todas; las trabajadoras representaban un modelo, las de clases altas y media-alta otro, estaban socializadas para cumplir su rol. Según J.F. Tezanos cuando una persona ha sometido mucha de su autonomía fisiológica al dominio cultural, cuando se comporta la mayor parte del tiempo al igual que lo hacen los demás, en la ejecución de las rutinas culturales, está ya socializada (Tezanos, 1991:81).

Para Kluckhohn en su obra *Cultura y personalidad* en Tezanos, *La explicación de la teoría sociológica: Una introducción a la sociología*, «*los que conservan demasiada independencia se encuentran recluidos en el manicomio o en la cárcel*», y así acabaron muchas mujeres en el manicomio o en la cárcel que fueron sus propios hogares, recluidas la mayor parte de las veces por los expertos médicos o por sus propios maridos, creyendo que realizaban lo correcto para su pronta mejoría pues esta era la norma social a seguir en la época (Ibídem).

La minoría de ellas, aquellas que escaparon al futuro que tenían encomendado, entrarían dentro del concepto de que los seres humanos poseen importantes márgenes de libertad e independencia que , a un nivel global, garantizarían las posibilidades de desarrollo dinámico, innovador y creativo de las culturas, y a un nivel particular haría posibles las propias singularidades, e incluso las mismas

«desviaciones», por muy fuerte que sean las presiones sociales y por muy sutiles que puedan ser los procesos de endo-culturación (Ibídem).

Para Rodríguez Magda (1994) en *Femenino fin de siglo 67-75*, Esquirol fue uno de los primeros médicos que hipotetizó sobre la *influencia del género en las enfermedades psiquiátricas*, pero no llegó a desarrollar ningún estudio científico sobre el tema. A partir de los años 60 empieza a plantearse que sí existen diferencias entre hombres y mujeres en ciertos aspectos del enfermar, pero la causa de estas desigualdades están exclusivamente basadas en las *diferencias socioculturales y económicas* en que se desarrollan ambos sexos. Hacia la década de los 80, la idea predominante es que existen diferencias, pero algunas de ellas basadas en aspectos genético -hereditarios, básicamente en relación con aspectos hormonales-, y otras se deben a causas adquiridas-ambientales, condicionada por factores culturales. Por último, a principios de los 90 y hasta la actualidad, se acepta que existen diferencias de género.

En este momento la investigación se orienta hacia la *investigación multidisciplinar*, en la que a parte de profesionales sanitarios se incluyen profesionales de otras disciplinas como sociólogos, antropólogos, historiadores.

2.3.2. DIFERENCIAS EN SALUD MENTAL Y GÉNERO

Según Moreno A (2007) los problemas de salud mental tienen gran importancia en la actualidad y son considerados de gran importancia por los costes económicos que producen y por el malestar psicosocial que afecta no a solo quien lo padece sino a la familia, a la comunidad.

Esta tesis tiene como finalidad investigar la salud mental desde una *perspectiva de género*. La razón de hacer un enfoque de género sería que las mujeres expresan parte de su malestar -de rol, feminidad tradicional...-a través de su cuerpo, mediante una serie de *síntomas inespecíficos*. «Estos síntomas se corresponden con manifestaciones de conflictos internos que viven en relación al género -baja autoestima, sumisión, violencia de género-» (Piqué, 2003:51-53). Para García Campayo y Lou (2006) en *Trastornos afectivos y de género*, existen amplias diferencias entre mujeres y hombres en aspectos de salud.

Cuadro 2.3.2.1. 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
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: Elaboración propia según García Campayo, J., Lou Arnal, S., *Trastornos afectivos y género (2006). Claves en Salud Mental*, Monografía.

Freixas (2006:27-28) en *Mañana más. Mujeres, vidas y tiempo*³, analiza «*El malestar de las mujeres*», que sería una de las maneras en que las mujeres identifican una mala percepción de la salud mental y salud en general, lúcidamente definido por autoras como Betty Friedan y Mabel Burín. Este malestar, es una de las incógnitas más grandes para una parte de los profesionales de la salud que miran a las mujeres como maquinarias exclusivamente fisiológicas, sin darse cuenta de que lo que falla es precisamente su vida de máquinas. «La interpretación médica de que las quejas de las mujeres se deben a la ansiedad o a la hipocondría es una manera de enmascarar su desconocimiento o desinterés sobre la complejidad de la vida de las mujeres. No son extrañas las quejas por parte de la clase médica de que las mujeres sean una pesadilla». Hasta ahora, no se ha identificado ningún mecanismo biológico que pueda ser la causa de las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la depresión.

³ Traducción de : «Demà més. Dones, vides i temps».

En la definición de la *salud mental* ha habido un doble estándar para el hombre y la mujer. Una mujer sana se ha descrito, como *conformista, sumisa, dependiente, emocionalmente expresiva*. Un hombre sano se ha definido como lógico, racional, agresivo y no emocional. Estos estereotipos han tenido consecuencias desafortunadas tanto para hombres como para mujeres. En la actualidad hay un avance hacia una definición *andrógina de salud mental*; esta perspectiva destaca las cualidades humanas positivas tales como *asertividad, confianza en si mismo, sensibilidad hacia los demás, intimidad y comunicación abierta*, cualidades tanto masculinas como femeninas. La socialización en la cultura occidental ha enseñado a las mujeres los valores tradicionales femeninos. La mujer no debe expresar enojo ni comportarse asertivamente. Debe ser cumplidora, desamparada y pasiva cuando interacciona con los demás adultos. «Las mujeres que interiorizan estas expectativas culturales desarrollan pocas técnicas de afrontamiento para tratar el estrés y son más vulnerables a los estados depresivos. Las rígidas expectativas sobre el rol de género siguen persistiendo y contribuyen a los índices más elevados de depresión en las mujeres» (Cook, Fontaine; 2003).

Pero es importante describir que los problemas de salud mental entre hombres y mujeres no son más que una prolongación de diferencias en problemas de salud a nivel global. Los hombres tienen una esperanza de vida menor. El hombre está en desventaja biológica con la mujer, como está demostrado por las tasas de mortalidad elevadas más altas para los hombres en los periodos prenatales, neonatales y posteriores de la vida. Otro factor que contribuye a la mayor tasa de mortalidad masculina puede ser la competición profesional y la mayor presión asociada con el trabajo por el estrés que comporta. El consumo de alcohol mayor en el hombre es factor de riesgo de otras enfermedades y muertes por accidentes. Esta situación está cambiando al incorporarse la mujer a ocupaciones de riesgo y experimentar mayor presión profesional.

Para Cockerman (2001:45-52) en *Sociología de la medicina*, mientras que los hombres tienen mayores tasas de mortalidad, las mujeres sufren más enfermedades crónicas. «Las mujeres sufren mayor número de dolencias, problemas y discapacidades, mayor pérdida de productividad, pasan más días en cama enfermas, experimentan una morbilidad más alta, experimenta una *vida menos cómoda y satisfactoria*, simplemente no se siente bien con la misma frecuencia que los

hombres». Aunque biológicamente están más sanas al nacer, están menos expuestas a ocupaciones estresantes y de riesgo, sin embargo son más sensibles al estado de su cuerpo y posiblemente aumente su esperanza de vida mediante el mayor uso de servicios médicos. La ansiedad y la depresión son mayores para las mujeres como hemos visto anteriormente.

2.3.3. CAUSAS DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD MENTAL EN LAS MUJERES

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 Poal (1993), Valls (1994), Nolen-Hoeksema (1999) en Calvete (2005:203-214), Montero (2004); García Campayo (2006)⁴, incluso en estudios de salud laboral de Martínez Quintana V (1995:69-84), 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. También las mujeres tienen, en general, índices de ausencias y de inestabilidad en el trabajo más elevadas que los hombres, pero no sólo es debido a las responsabilidades familiares, sino también al tipo de trabajo que por regla general, suele ser poco especializado, carente de mejoras y ascensos, por lo que se produce un bajo rendimiento y un índice elevado de abandonos laborales».

«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» (Gove, 1988:129-138).

⁴Algunos especialistas que estudian las diferencias entre salud mental y género:

Gloria Poal. Psicóloga Social. Fundación CIREM (Centre d'Iniciatives i Recerques Europees a la Mediterrania).

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.

Según Bebbington en sus investigaciones sobre las diferencias de género en los trastornos 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 (Cova, 2005:49-57)».

Jenkins en *Estado de salud y género en Cataluña. 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 (Brugulat, 2001:54-70)».

El papel que el trabajo desempeña en la salud mental de las mujeres es complejo y depende de una serie de variables ligadas a la naturaleza de éste, su valoración social y las posibilidades que ofrece en su proceso de desarrollo personal según Montero (2004) y Ayuso Mateos (2001) en sus estudios sobre género, salud mental y depresión respectivamente⁵. En los estudios de Montero, Aparicio, Gómez-Beneyto, Moreno: Küstner, Reneses, Usall, Vázquez-Barquero et al (2004) sobre salud mental y género, la aparente contradicción de los resultados de los diferentes estudios hay que establecerla en el significado que el trabajo adquiere en cada cultura. «Es necesario avanzar en la investigación dedicada a analizar los factores biológicos, culturales, sociales, económicos y políticos de la sociedad que producen riesgos diferenciales para la salud en varones y mujeres, y explicar no sólo las razones de los cambios en las diferencias, sino también las de la estabilidad de éstas» (Brugulat, 2001:54-60).

Según Moreno A (2007), bajo el mito que vivimos en una sociedad igualitaria, seguimos actuando con viejos guiones vinculados al género. Las diferencias en el acceso y control de los recursos económicos, el reparto de roles y tareas en la pareja y la socialización según roles de género tradicionales crean desigualdad entre hombres y mujeres. También están vigentes estereotipos de feminidad que acentúan en las mujeres la necesidad de estar siempre atendiendo las necesidades de los demás «*la prohibición del egoísmo en las mujeres*».

⁵ Jose Luis Ayuso Mateos JL. Catedrático de psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid, realiza también estudios sobre salud mental y género.

Se quiere poner en tela de juicio el tema de la salud mental analizado y clasificado desde un paradigma biomédico y determinista que ha hecho del malestar de las mujeres una patología, a la vez que las ha medicalizado. Adquieren importancia los problemas de salud mental en la mujer. Los problemas de las mujeres han continuado encubiertos: interpretados como demandas psicosomáticas o como problemas psicológicos, permanecen invisibles para la medicina que ha continuado recetando psicofármacos en las primeras visitas de cualquier paciente de sexo femenino, antes incluso de cualquier exploración, y como consecuencia de todo ello, invisibles para las mismas mujeres que han continuado dudando de sus propios síntomas, de su propia salud mental.

Para Valls (2005) en sus estudios sobre la salud de las mujeres, aparece la pregunta de cómo un mundo que se cree científico ha podido «olvidar» los problemas reales de la mitad de la población, mientras medicaliza y controla los procesos naturales que precisamente no son ningún problema. Para las mujeres siempre ha sido duro y difícil construirse como personas y sujetos en medio de una sociedad que las limita, margina y en ocasiones niega radicalmente. En un mundo diseñado por hombres y ajustado a su medida, las mujeres muchas veces, no han respondido a las expectativas y proyecciones de los varones. Esto por generaciones y generaciones. El desajuste y malestar de las mujeres en su propia construcción como personas y sujetos y en la búsqueda de su destino, se ha manifestado, en su cuerpo y en su psiquis, a lo largo de la historia de occidente, de diferentes maneras. Podemos señalar tres formas principales: la histeria, la llamada melancolía femenina y la locura.

La histeria, estudiada principalmente por el psicoanálisis, convierte el cuerpo femenino en receptáculo principal de las angustias y frustraciones.

La llamada melancolía femenina estudiada detenidamente por Julia Kristeva, que convierte a la mujer en un ser pasivo, sin potencialidad de vida. Su incapacidad de someterse al rol, se expresa en incapacidad para vivir: «Centrarnos en la vida cotidiana de las mujeres nos sumerge en un mundo de secretos, invisibilizaciones, silenciamientos, placeres no descubiertos, importancias no suficientemente registradas ni exploradas. Es un mundo de interacciones, donde las protagonistas tienen escrito gran parte del libreto que tienen que representar...» «las influencias particulares para las mujeres pueden ser resumidas en la noción sociológica de rol

femenino. Este resulta de un número de reglas de comportamiento interno y externo, con el propósito de crear e incrementar una subordinación social y psicológica».

«La opresión traída por el rol puede volverse insoportable para la mujer⁶ según Montero (2004), Tubert (2006), Sau V (1996), Calvete E (2005). 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». - Y finalmente la locura, estudiada ampliamente por Marcela Lagarde.

Navia (2006) en sus investigaciones sobre *la construcción de la identidad femenina*, afirma que ésta se da en medio de coordenadas espacio/temporales muy precisas, por eso mismo el problema se agrava cuando algunas mujeres empiezan a luchar por convertirse en sujetos autónomos, con proyectos de vida propios y/o diversos. Ese ser para otros, introyectado por siglos en las mujeres y dictaminado social y religiosamente, se interpone en sus deseos y posibilidades de felicidad, causando en ocasiones, verdaderos estragos. En este sentido la identidad femenina, en el interior de nuestras formaciones sociales camina, con pequeñas variantes, por senderos muy similares de madres a hijas, de abuelas a nietas... ocasionando más o menos los mismos daños: «El ser mujer implica una valoración social objetiva inconsciente que opera en el imaginario social de: sexo débil y por tanto inferior, suprasensible, delicada, condescendiente, pasiva, madre desvivida, con un sexo silenciado llegada esa condición esposa- madre, protectora, dueña de un feudo y única concedora de los movimientos del hogar».

Para Navia (2006) «este imaginario indudablemente se incorpora en el imaginario grupal -familiar, escolar, marital- y en el individual a través de las asignaciones sociales a los roles que actúan como exigencias o requisitos ideales para ser buena mujer, buena madre, buena esposa. Ellas se refractan en la subjetividad y llegan a convertirse en parámetros de autoevaluación que permiten conformar y corregir la autoimagen, dejando en ocasiones profundas heridas cuando la realidad es muy diferente de lo ideal».

⁶ 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 Tuber. Doctora en Psicología. Universidad Complutense. Madrid.

El proceso de socialización estereotipado para las mujeres, las ha animado a ser pasivas, no agresivas, no competitivas. Las técnicas de afrontamiento no se enseñan a menudo a las mujeres asumiendo que avanzarán de la dependencia de los padres a la del esposo. Esta expectativa de dependencia, refuerza la idea de desamparo. Cuando los hombres se ven como cabezas de familia, las mujeres a menudo se sienten impotentes y temerosas de afirmarse y por tanto son más susceptibles de depresión (McBride, 1998:41-47).

Ese *ser para los otros*, podría identificarse con el rol universal de la mujer que es y ha sido el de suministrar cuidados. La ética del cuidado del que nos hablaba Carol Gillian, se sustenta en una virtud moral que va más allá de asumir una simple responsabilidad, como una obligación o una rutina. Implica un compromiso personal. Como afirma Joan Tronto en sus estudios sobre «el cuidado», «ellos han disfrutado del privilegio de la irresponsabilidad» tanto en lo que hace referencia al propio cuidado como al de los demás (Tronto, 2007:41-47).

«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» (Freixas, 2006:43-44).

El rol del cuidado es un punto importante a tener en cuenta pues hay numerosos estudios en que las mujeres que tienen peor percepción de su salud, incluso más enfermedad mental son las mujeres cuidadoras, y a medida que aumenta la «complejidad» de las personas a las que se cuida «aumenta» también su mala salud.

Todas estas áreas de desigualdad provocan una situación de desventaja de la mujer y esta situación puede contribuir al maltrato. Más bien diríamos a la violencia, pues no nos referiremos al maltrato físico sino a aquel que es más sutil, que no apreciamos y que se da en toda la estructura social, tanto en el ámbito laboral como en el doméstico. El problema es que estas desigualdades son tan comunes que no las percibimos y se convierten en invisibles. Todas estas desigualdades influirán en la salud mental de la mujer. Es necesario «identificar la violencia, definirla, hacerla visible e inaceptable».

CAPITULO II

2. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA ACTUALIDAD

2.1. AFECTACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL MUNDO

En los estudios de la OMS sobre la salud en el mundo – WHO (2001)- se resalta la importancia de la prevalencia de los trastornos mentales en la población y prevé que uno de cada cuatro habitantes del planeta sufrirá algún tipo de trastorno mental o neurológico a lo largo de su vida. También señala que dos terceras partes de los afectados por un Trastorno Mental no llegan a pedir ayuda a un profesional sanitario.

En los estudios y bibliografía consultada son las mujeres las que tienen peor salud mental; García Campayo (2006), Velasco S (2005), Valls C (2005), Matud P (2006). Según Barcía (2000) en sus trabajos sobre salud realizados para la OMS (2001), dentro de los trastornos neuropsiquiátricos, los trastornos depresivos se presentan en la actualidad como los trastornos psíquicos más frecuentes en el mundo occidental, tanto en la población general como en la población clínica, y aparecen como la primera causa de suicidio en el mundo occidental.

Gráfico 2.1.1. Carga de enfermedades en el mundo.



Fuente: WHO (2001): World Health report: mental health: new understanding, new hope, Geva.

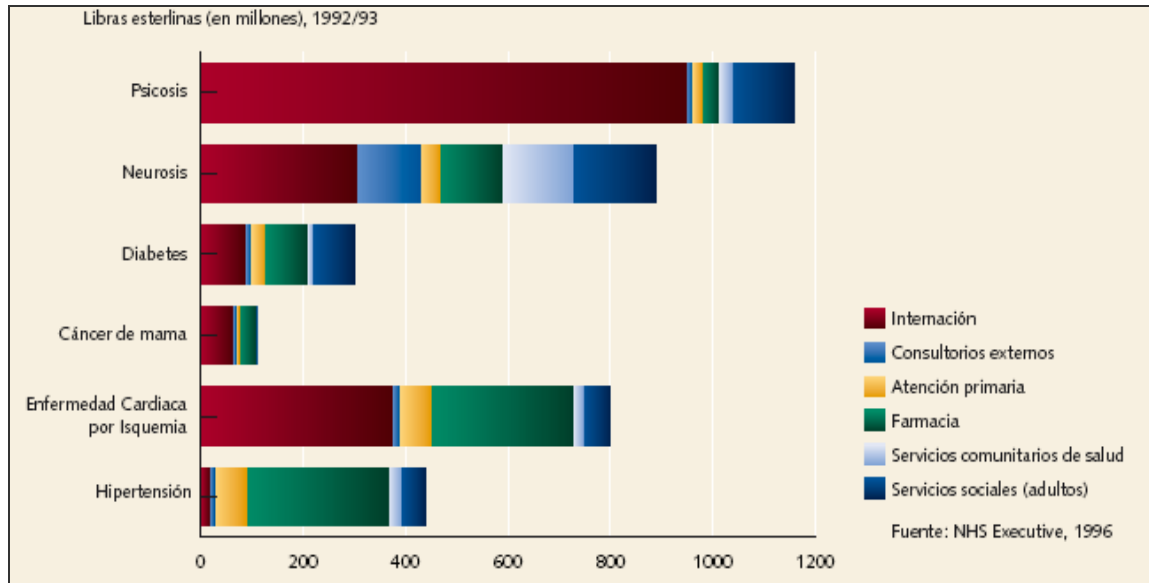
Evidencias epidemiológicas sugieren que su incidencia se halla en aumento. Se calcula que entre el 20 y el 25% de los pacientes que acuden a su médico de cabecera por problemas psíquicos corresponden a alguna forma de trastorno depresivo.

Según Vallejo (2006), los trastornos de ansiedad también son frecuentes y heterogéneos. Por otra parte la investigación transcultural ha demostrado que se encuentran ampliamente por toda la geografía mundial, sin que puedan ser considerados en palabras de Marks (1986), un privilegiado producto del estrés del oeste, dado su alta y uniforme distribución por todo el planeta. Se estima que unos 450 millones de personas en el mundo padece un trastorno de salud mental o de comportamiento en un momento dado de su vida.

La OMS considera que un tercio de los años vividos con discapacidad puedan atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se debe únicamente a depresión. Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Según el estudio de Salud Mental realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*, «el impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias». Los trastornos mentales también aumentan la morbilidad que se deriva por padecer otras enfermedades como son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes o SIDA. El no tratar o controlar los trastornos mentales acarrea peor cumplimiento de los regímenes terapéuticos y peor pronóstico en estas patologías.

Gráfico 2.1.2. Carga de las enfermedades en el Servicio Nacional de Salud 1996



Fuente: WHO (2001): World Health report: mental health: new understanding, new hope, Geva.

Según la Conferencia ministerial europea de la OMS sobre salud mental Who (2005) -celebrada en 2005 donde se estableció un marco de acción global y se contrajo un compromiso político firme-, en el documento publicado *Libro verde. Mejorar la salud mental de la población, Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*, se estima que más del 27% de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica en algún año de su vida. En la Unión Europea, las formas más comunes son trastornos de ansiedad y la depresión. En este documento también se «espera que en el 2020 la depresión sea la *causa de enfermedad número uno* en el mundo desarrollado». Existen muchas desigualdades entre los Estados miembros, lo cual es reflejo de la diversidad existente entre los países en cuanto a situación, tradiciones y culturas.

Según Lewis en mismo documento de de la OMS, las capas *social y económicamente bajas* de la población son más vulnerables a las enfermedades mentales. La Comisión Europea ayudará a poner en práctica este marco de acción de acuerdo a sus competencias y con las expectativas del Consejo y en asociación con la OMS. Los contenidos se basan en los de la Declaración de Helsinki en Salud Mental,

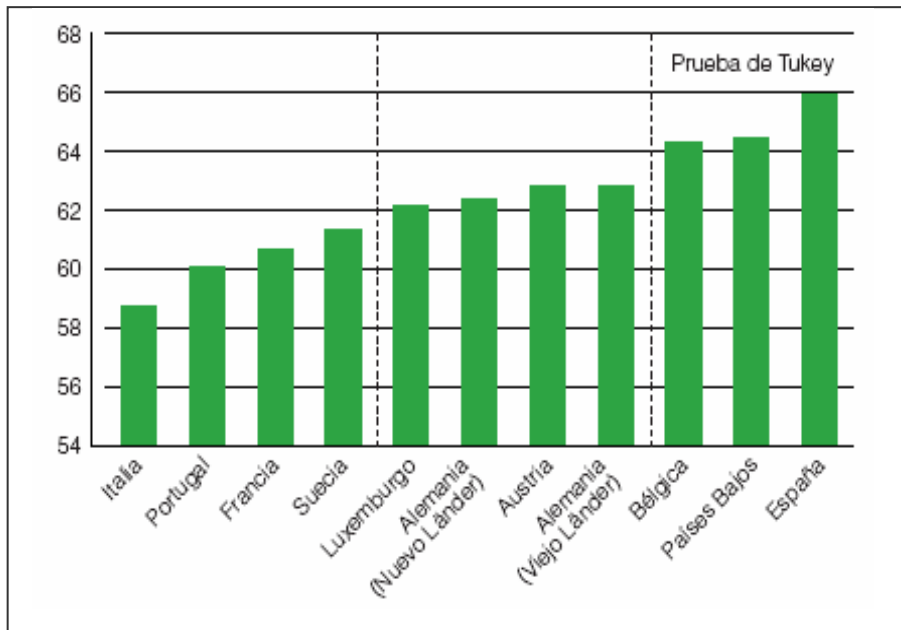
auspiciada por la Oficina Regional Europea de la OMS y que fue suscrita por España en 2005. La Estrategia adopta, pues, un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, así como adoptar medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen estos trastornos.

En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad, que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida y que estas cifras se incrementarán considerablemente en el futuro. La distribución de la prevalencia-vida por Comunidades Autónomas es relativamente uniforme, oscilando entre el 15,71% de Andalucía y el 23,68% de Cataluña.

En España para medir el nivel de salud percibido destaca la *encuesta del Eurobarómetro* que entre los 15.531 ciudadanos estudiados incluye 951 españoles. En este estudio se ha realizado una de las ocho subescalas del SF-36, que mide bienestar psicológico y la energía y la vitalidad percibidos (EVI). Esta subescala incluye cuatro preguntas con un rango de 0 a 100 (a mayor puntuación, mayor nivel de salud mental positiva). Este cuestionario fue desarrollado a principios de los 90, en Estados Unidos, para su uso en el estudio de resultados médicos (Vilagut, et al, 2005:135-50). Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 -el peor estado de salud para esa dimensión- hasta 100 -el mejor estado de salud-. El cuestionario SF-36 ha sido también adaptado y validado también en España (2.1.3. y 2.1.4.)(Alonso et al, 1995:771-776). Italia, Portugal y Francia son los países con menores puntuaciones, a diferencia de Bélgica, Holanda y España que presentan el nivel más alto de salud mental positiva.

Según la Estrategia en Salud Mental (2007:40-41) del Ministerio de Sanidad y Consumo, las diferencias entre los países son muy significativas.

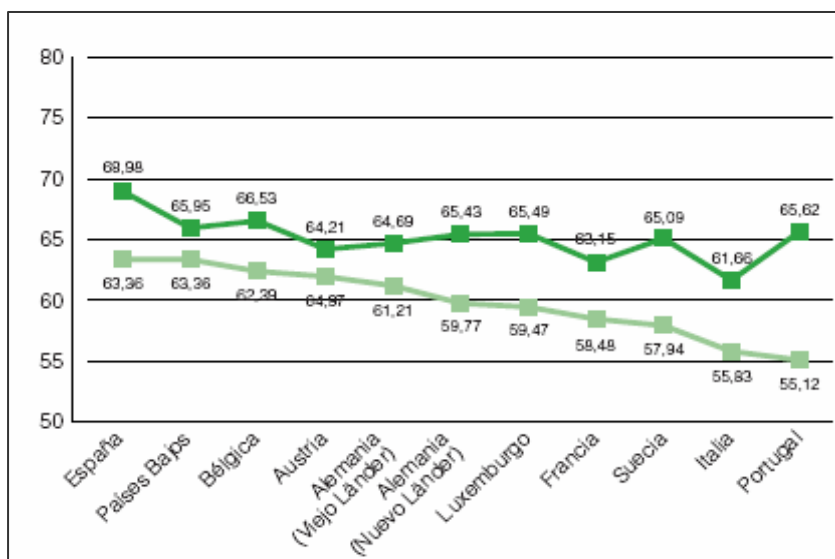
Gráfico 2.1.3. Puntuación en la subescala de vitalidad del SF-36



Fuente: Eurobarómetro 2002. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, pp.40.

En cuanto a *la distribución por sexo*, en España los hombres obtienen puntuaciones significativamente más altas que las mujeres en salud mental positiva. Esta diferencia se mantiene en todos los países incluidos en el estudio, siendo mínima en Holanda y Austria y máxima en Portugal, ocupando España un lugar intermedio.

Gráfico 2.1.4. Salud mental positiva por sexo, medida por la subescala de vitalidad (SF-36)



Fuente: Eurobarómetro 2002, Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, pp.41.

A diferencia de EE.UU. y de muchos países europeos que disponen de datos sobre prevalencia a nivel estatal, en España los datos epidemiológicos son incompletos y tienen una utilidad muy limitada para valorar la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población general. Han sido escasos los estudios realizados sobre la epidemiología psiquiátrica, y los que se han llevado a cabo se han centrado en áreas geográficas pequeñas, con muestras relativamente pequeñas y/o no representativas de la población española. El estudio más reciente sobre la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la población general de España es la participación en el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders - ESEMED-(2002). Este estudio determinó que la tasa de prevalencia-vida en Europa para los trastornos mentales comunes -incluyendo en este caso los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo- era del 25% (IC 95% 24,2-25,8) y la de prevalencia-año del 9,8% (IC 95% 9,1-10,1).

Según la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo (2007: 40-41) los estudios comparativos entre los países europeos demuestran diferencias significativas en las tasas de prevalencia de casos probables de trastornos mentales, incluso después de realizar un análisis ajustado por diversos factores sociodemográficos. Italia y España presentan las tasas más bajas, prácticamente la mitad que Francia⁷.

En cuanto a trastornos del ánimo –depresión- existen diferencias significativas entre países europeos. Francia, tiene una tasa 2 veces superior a las de Alemania e Italia, mientras que España se sitúa en una posición intermedia según el estudio ESEMED (2002:49). Pero parece que los países mediterráneos aumentan en depresión y el proyecto SHARE (2007): *Encuesta de salud, envejecimiento y jubilación de Europa. Perfiles y tendencias*, realizado por la Secretaria de estado de servicios sociales, familias y discapacidad financiado por la Unión Europea afirma que «son los países de la «*Europa Latina*» España, Francia e Italia tienen más depresión sobretodo en los mayores de 50 años y las mujeres».

⁷ La puntuación de la subescala de vitalidad del SF-36 del Eurobarómetro que aparece en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 2007, está realizada en el año 2002.

En España, Francia e Italia las posibilidades de sufrir depresión son el doble de altas que en otros países de Europa como Suecia, Dinamarca, Alemania, Austria, Suiza y Holanda y curiosamente más que en Grecia. La población en estos países tiene un menor nivel de educación que sus vecinos del norte, por tanto han tenido dificultades para conseguir un buen trabajo, ahorrar o construir reservas financieras sólidas a lo largo de su vida, la dependencia económica de la familia y amigos es mucho mayor.

Las diferencias de cifras en cuanto a prevalencia psiquiátrica son altas (Montero I; 2004) dependiendo de la gran variedad en el instrumento metodológico empleado. Así el GHQ -Cuestionario de detección de morbilidad psiquiátrica, validado para diferentes poblaciones y ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos- genera unas cifras más uniformes, pero generalmente más elevadas, al incluir manifestaciones subclínicas, que las detectadas mediante entrevistas psiquiátricas... «A las mujeres se les diagnostica con mayor frecuencia trastornos relacionados con la *ansiedad y depresión*, mientras que los varones se les diagnostica *más abuso de sustancias y trastornos de personalidad*» según los estudios de salud mental y género de Montero et al (2004).

En los estudios revisados hasta el momento parece que haya consenso sobre el «predominio en las mujeres de los llamados *trastornos psiquiátricos menores*, y en los varones de *los trastornos de personalidad y dependencia alcohólica*» (Romo et al, 2003:374).

Un indicador indirecto que mide la *salud laboral de las empresas* es el absentismo laboral. La causa más frecuente de absentismo es la de "*Enfermedad*" según los estudios del absentismo laboral de Comamala A, Puyol D (1964) en Martínez Quintana (1990:127-150). El absentismo encubre otras razones además de la causa verdadera: "*Enfermedad Simulada*" y "*Enfermedad Prolongada*" por otros motivos que nada tienen que ver con el proceso patológico inicial. Para ellos el absentismo debe ser considerado como un síntoma de alteración de la salud, del bienestar completo: físico, mental y social. *La empresa* sería objeto de estudio ya que es el lugar donde se produce y aparece el absentismo. Los factores que más intervienen son: la situación geográfica, el tipo de actividad, el tamaño -pequeña,media,grande-, las relaciones humanas, el nivel de salarios, la seguridad e

higiene en el trabajo, la disciplina, el control, la vigilancia del personal, los premios y sanciones, etc...

En las investigaciones de Violante Martínez Quintana sobre el absentismo y sus tendencias en España, se concretan también ocho características del absentismo; «existe un mayor absentismo entre las mujeres, explicable tanto por razones fisiológicas como por el carácter auxiliar que con frecuencia el trabajo femenino tiene en nuestra cultura; el absentismo es mayor en las labores rutinarias; es menor a mayor responsabilidad, casi nulo en los mandos; aumenta en los empleados y es mayor todavía en los obreros; depende de la zona; se señalan como relevantes: conciencia obrera y actividad sindical; disminuye con la presión económica; los periodos de ausencia se amplían con la edad; existen días señalados como de gran absentismo -lunes-; el absentismo al igual que la rotación de puestos de trabajo, están relacionados con la satisfacción».

Danilo Klaric (1976) en los estudios sobre el absentismo de Martínez Quintana (1994:137-152), analiza desde la sociología que «la monotonía y la falta de iniciativas en ciertas tareas laborales, aumentan el absentismo como consecuencia de la organización del trabajo». *La posibilidad de ausentarse* llega a ser el sustituto de la falta de iniciativa personal. Se produce una desmitificación del absentismo, cuando se explica como una consecuencia de la estructura de la civilización occidental, constituyendo la única respuesta posible a las tensiones de la vida profesional e incluso individual y familiar.

Conceptuando el «absentismo» como factor que influye en la «salud», podría considerarse como un factor positivo para aliviar la ansiedad o depresión, como «un mecanismo que actuaría como válvula de escape» o como conceptualiza Henri Simon en Martínez Quintana (1994:137-152), «como una conducta colectiva social que ha presentado una defensa contra la presencia creciente de la explotación en la fábrica, y una autodefensa elemental contra la amenaza psicofísica de las condiciones de trabajo, que actuaría colectivamente ante los profundos desajustes que el capitalismo moderno genera».

El absentismo se sitúa en sus motivaciones en una encrucijada dialéctica que va desde las reacciones psicofísicas de la dominación moderna de los trabajadores, a las expectativas constantes de las posibles evasiones que la sociedad actual contiene.

Según un informe de la O.C.D.E. las *ausencias* en el trabajo, son un fenómeno universal, algunas pueden ser imputadas al empleador -malas condiciones de trabajo- mientras otras se generan porque los interesados no están contentos de su situación profesional. No sucede lo mismo con el *absentismo*, que se ha traducido como «*repugnancia al trabajo*». La diferencia entre ausencia y absentismo, es que las primeras son «*de derecho*», y las segundas «*de no derecho*» y no están protegidas por la ley ni por los convenios de la empresa.

La *ausencia en el trabajo* se podría considerar como un «mecanismo para eliminar la tensión acumulada en el trabajador, un mecanismo compensador, similar al de otras conductas efectuadas por el ser humano que intentaría mantener el equilibrio o eliminar el estrés insoportable de la vida diaria». Sería quizás un «*equivalente depresivo*» similar a otros como -*alcoholismo, conductas de riesgo, bulimia, anorexia, adicción al trabajo, juego patológico, consumo de sustancias, enfermedad...*-. Implicaría, en muchos casos, el abandono o el escape de la vigilancia, y la resistencia individual y grupal hacia un sistema inflexible. De este modo, «la ausencia puede también ser considerada como una estratagema en las relaciones intergrupales o un acto de defensa y agresividad en el conflicto que en este ámbito se produce» (Ibídem).

2.2. DIFERENCIAS EN SALUD PARA LOS HOMBRES Y MUJERES

No obstante, «la probabilidad de que a las mujeres se les receten psicofármacos es *más elevada*»; en Valls (2005), Montero (2004), de Miguel (1978). Existen diferencias en los *patrones de búsqueda de ayuda* para tratar un trastorno mental o del comportamiento. «Es más probable que las mujeres *soliciten ayuda y refieran que tienen problemas a su médico o médica de atención primaria*, en comparación con los hombres»; en Montero I (2004), de Miguel J (1978), Brugulat P (2000). En los cuestionarios utilizados para analizar «la morbilidad psiquiátrica en los estudios comunitarios, ésta es superior para las mujeres en diferentes porcentajes según los cuestionarios utilizados, aparece el sesgo que se produce a la hora de diagnosticar depresión más a mujeres que a hombres, aunque se detecten resultados similares en ambos sexos cuando se realizan evaluaciones precisas -por ejemplo mediante cuestionarios clínicos o entrevistas estructuradas-, en cuyo caso los síntomas que presentan hombres y mujeres vienen a ser idénticos y de intensidad equiparable (Montero et al, 2004:175-181).

La definición de salud mental no difiere de la salud en general, pues la salud mental influye en la salud general y viceversa. La esperanza de vida ha aumentado para varones y mujeres, pero es la de éstas la que ha experimentado mayor incremento. Las tasas de mortalidad, para las causas y período estudiados, han descendido en ambos sexos, excepto la mortalidad por tumor pulmonar y suicidio, pero el diferencial favorable a las mujeres se mantiene.

Los varones presentan *mayor frecuentación hospitalaria* para la mayoría de grupos diagnósticos, mientras que las mujeres utilizan más los *servicios de atención primaria* según el Observatorio de Salud de la Mujer (2005) y Montero (2004). Según Alonso (1997:365-370) y Fernández (1996:52-57) un aspecto controvertido de estos estudios es si la mayor prevalencia encontrada en mujeres podría ser debida a que «las mujeres *busquen ayuda con mayor frecuencia*» o a la existencia de sesgos diagnósticos con tendencia a *diagnosticar con mayor frecuencia de depresión a las mujeres* que a los hombres según Coryell (1992) y, por tanto, a medicarlas. Lo cierto es que una mayor prevalencia de depresión en mujeres se ha encontrado de forma persistente tanto en estudios epidemiológicos como clínicos según Ussall y Rodié (2001) en los estudios sobre trabajo y salud de García (1995:59-68).

Dos factores parecen contribuir al descenso del suicidio: los antidepresivos modernos, menos letales -forma común de suicidio entre mujeres- y una mayor detección de la depresión, como resultado de su mayor tendencia a solicitar asistencia. Un ejemplo del efecto de los cambios sociales producidos en las mujeres en el mundo occidental es la creciente diferencia en las tasas de suicidio desde la década de los 70, con un acortamiento de la distancia entre las frecuencias de tentativas de suicidio en ambos sexos. Aparecen diferencias de género en los *patrones de búsqueda de ayuda para tratar un trastorno mental*.

Las mujeres declaran, en todos los grupos de edad, una peor percepción del estado de salud; en Brugulat (2001), García M (1995), Calvete (2005), también tienen peores oportunidades de empleo y muchas «no han podido tomar sus decisiones libremente por el rol femenino que les ha tocado asumir» (Freixas, 2006:43-44), presentan en *mayor proporción enfermedades crónicas y discapacidades* y una prevalencia más elevada de trastornos mentales según Brugulat P (2001).

Las conductas poco saludables, como el hábito tabáquico, el consumo excesivo de alcohol y la accidentabilidad son más frecuentes en los varones que en las mujeres según los estudios sobre salud de Brugulat (2001). Tanto el exceso de mortalidad como de morbilidad masculina observado en enfermedades cardiovasculares, cáncer, bronquitis crónica y accidentes, están relacionados con hábitos que son más frecuentes en los varones.

Se ha descrito 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; en NIH (1997) y Matud (2006).

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 García Campayo (2006), Alonso (1995), Velasco (2005), Valls (2005), Matud (2005), Cortés (2004). 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 (Brugulat, 2001:54-60).

Teniendo en cuenta la naturaleza de los problemas de salud, los varones presentan *enfermedades más graves y fatales* y, en cambio, las mujeres acumulan *problemas crónicos* a lo largo de la vida que repercuten negativamente en la valoración de su salud. Las desigualdades de salud entre sexos se han atribuido a razones diversas, tales como diferencias biológicas, exposición a determinados riesgos, forma de percibir y expresar las necesidades de salud, utilización de servicios sanitarios, así como la respuesta de los servicios sanitarios. Se considera que las diferencias de género en salud son complejas, por lo que no se debe caer en una sobregeneralización y aceptación no crítica del tópico, según el cual los varones mueren antes pero las mujeres presentan más enfermedades crónicas y discapacidades.

La *autovaloración del estado de salud* es peor cuanto más desfavorecida es la clase social, patrón común para ambos sexos, si bien en las clases más

desfavorecidas la diferencia entre varones y mujeres es más pronunciada. El 68,2% de las mujeres y el 56,0% de los varones declaran presentar problemas de salud crónicos. Los más frecuentes son los del aparato locomotor, tanto en varones como en mujeres, aunque éstas manifiestan presentarlos en un porcentaje superior.

Un 12% de la población declara alguna discapacidad, entendiéndose como tal los problemas de salud que suponen restricciones funcionales para desarrollar las actividades de la vida diaria. *Las discapacidades* son más frecuentes en las mujeres (14,1 %) que en los varones (9,6 %) y en los grupos de mayor edad. Las mujeres (14,2%) declaran con mayor frecuencia que los varones (9,7%) haber restringido, por problemas de salud, sus actividades habituales algún día en las dos últimas semanas, especialmente a partir de los 65 años.

En los registros de enfermedades cardíacas del Departamento de de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña (1998), la incidencia de infarto agudo de miocardio - IAM- presenta diferencias entre sexos, es superior para los varones en una proporción de 1 a 5. La incidencia en los varones aumenta progresivamente con la edad, mientras que en las mujeres hay un incremento abrupto a partir de los 55 años. La letalidad entre los pacientes con IAM es superior en las mujeres que en los varones. «Las mujeres desarrollan IAM más graves que los varones y requieren mayor tratamiento después del alta, incluso después de un ajuste por comorbilidad y diferencias de edad entre sexos» (Marrugat et al, 1999: 1405-1409).

La prevalencia de trastornos mentales es del 15,8% en varones y del 18,9% en mujeres. A partir del GHQ-12 de la ESCA, se estimó que la probabilidad de presentar un trastorno mental es mayor en las mujeres en todos los grupos de edad, en las clases sociales más bajas, en los grupos de población de menor nivel de estudios y en los desempleados de ambos sexos (Brugulat, 2001:54-60). Las desigualdades de salud entre sexos se han atribuido a razones diversas, tales como *diferencias biológicas, exposición a determinados riesgos* (Wingard, 1984:433-458), forma de percibir y expresar las necesidades de salud, utilización de servicios sanitarios según La Encuesta de Salud de Cataluña (1996) y los estudios sobre necesidades de salud de (Alonso et al, 1997:365-370 y Fernández et al, 1996:52-57)

Se considera que las *diferencias de género en salud son complejas*, por lo que no se debe caer en una sobregeneralización y aceptación no crítica del tópico, según el cual los varones mueren antes pero las mujeres presentan más enfermedades crónicas y discapacidades. Movidos por la necesidad de disponer de mayor evidencia en torno a las diferencias de salud según género, se han producido numerosos trabajos que han profundizado en la explicación de las mismas. Así, el sexo, la edad, la ocupación, los ingresos, el contexto social y familiar, los hábitos y la utilización de servicios sanitarios, entre otros, han sido estudiados en relación con las desigualdades en salud. Los resultados sugieren que buena parte de la desigualdad en salud según género, forma parte de la *desigualdad social*.

En los estudios de Rohlf et al (1997:566-571) sobre la influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido en las mujeres, 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 (Denton y Walters, 1999:1221-1235).

También se ha observado en estudios realizados sobre salud, género y trabajo 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 (Lahelma et al, 1999:7-19) y (Emslie, 1999:33-48).

La riqueza de los datos procedentes de fuentes rutinarias de mortalidad y morbilidad o de las encuestas de salud permite progresar en el análisis de las desigualdades sociales y de género en salud. Sin embargo, a menudo las fuentes de información presentan limitaciones para llevar a cabo investigaciones orientadas a explicar estas diferencias, desde la perspectiva de la desigualdad. Es el caso, por ejemplo, de los registros de mortalidad en España, que se ven afectados por la ausencia o pobre calidad de la información sobre características socioeconómicas en los certificados de defunción, junto con una legislación más restrictiva para el uso de datos individuales que en los países del centro y norte de Europa (Borrell y Pasarín, 1999:388-389).

Movidos por la necesidad de disponer de mayor evidencia en torno a las diferencias de salud según género, se han producido numerosos trabajos que han profundizado en la explicación de las mismas. Así, *el sexo, la edad, la ocupación, los*

ingresos, el contexto social y familiar, los hábitos y la utilización de servicios sanitarios, entre otros, han sido estudiados en relación con las desigualdades en salud.

CAPÍTULO III

3. MARCO TEÓRICO DE LA DEPRESIÓN Y GÉNERO

3.1. MEDICINA-PSIQUIATRÍA

3.1.1. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

No hay una única cara para la depresión, ninguna característica en particular dará cuenta de toda la historia. Algunas de las consecuencias de la depresión son más fáciles de reconocer por el paciente, como el estado de ánimo bajo y las dificultades de concentración. Otras suelen ser más difíciles de aceptar porque sus principales efectos reducen la habilidad del paciente para interactuar con sus seres queridos y otros miembros de la familia, por ejemplo la preocupación referida a ideas y temas negativos. Asimismo la depresión es raramente observada por si misma. «El problema adicional más frecuente es la ansiedad» (Segal et al, 2006).

El origen de la depresión no se debe a que la persona sea débil, perezosa o no tenga suficiente fuerza de voluntad. Es la manera de pensar lo que contribuye a crear y mantener un estado depresivo. Los pensamientos negativos son automáticos y se repiten indefinidamente, y pueden ir minando la alegría de vivir. El futuro se ve muy oscuro y solemos pensar que hemos fallado. Los éxitos se ven como fracasos y damos más importancia a nuestros defectos o limitaciones, los pequeños contratiempos se perciben como barreras insuperables. Las personas que tienden al pesimismo se deprimen más a menudo, su depresión dura más tiempo y recaen con más frecuencia después del tratamiento.

La herencia tiene un papel importante en ciertos tipos de depresión. Pero en la mayoría de los casos surge a raíz de una compleja interacción de factores psicológicos, sociales y ambientales entre los que se incluyen; *la soledad y la falta de relación social, el aburrimiento, experiencias traumáticas recientes, sucesos que comportan estrés y dolor, falta de apoyo emocional durante la infancia, padres que sufrían ya depresiones, enfermedades y medicaciones, falta de luz -trastorno depresivo estacional-, consumir alcohol y drogas.*

Para Sobel y Ornstein (2000:173-184) todos estos factores, junto con otros pueden ocasionar un desequilibrio en la química del cerebro -neurotransmisores-. Dicho

equilibrio puede revelarse en la manera de pensar, sentir y reaccionar. Cambiar la manera de pensar y de comportarse puede contribuir también a cambiar la química cerebral, aligerar la depresión y contrarrestar el desánimo.

Para Vallejo (2004) la depresión tiene su expresión en dos formas clínicas bien diferenciadas y extensamente estudiadas; «*la depresión y la manía*», que son los dos extremos del estado anímico y van de la tristeza a la alegría patológica. Pero más comúnmente se conoce a la depresión, por la alteración del ánimo que provoca tristeza, a ésta se refiere la siguiente definición: «*la depresión es un trastorno de la afectividad, que expresa una claudicación psíquica y neurobiológica del sujeto y se manifiesta a través de síntomas psíquicos -tristeza, desmoralización, desinterés, pérdida de autoestima, llanto- y síntomas somáticos -anorexia, astenia, pérdida de peso, trastorno del sueño, dolores, inhibición-*».

El concepto de depresión es diferente si nos referimos al *trastorno bipolar* que alterna *-fases de alegría y tristeza patológicas-*, que a la depresión propiamente dicha *-unipolar-* que es como la conocemos en la actualidad. Primero nos referiremos al trastorno bipolar para pasar al unipolar, más identificado por la sociedad en general como depresión. Para (Vieta, Colom, Martínez-Arán, 2002) que estudian fundamentalmente el trastorno bipolar, afirman que éste «es más frecuente que otras patologías mentales más conocidas como la anorexia nerviosa o esquizofrenia, especialmente si incluimos las formas leves y moderadas, como el trastorno bipolar II y la ciclotimia». Se han realizado estudios en el mundo y no se han observado grandes diferencias entre ellos.

Algunos genios consiguen aplicar sus periodos depresivos a la recapacitación y el descanso, y los maníacos a la realización de sus grandes proyectos

Estudios europeos consideran que las formas leves de la enfermedad pueden llegar al 5%. «Los casos más leves suelen manifestarse por simples variaciones periódicas de humor, quizás sólo un poco más marcadas que las experimentadas por un sujeto normal, mientras que las más graves alternan tiempos de profunda depresión con otros de alegría desproporcionada». En cambio, en las depresiones

más graves además de profunda tristeza y abatimiento se produce un «sentido de pérdida de la realidad» (González de Rivera, 1981:5-8). Esta definición de depresión, se está refiriendo al «*trastorno bipolar*» que en algunas clasificaciones se suele situar aparte de la depresión propiamente dicha que es la «*depresión unipolar*». La enfermedad, bien tratada, acostumbra a tener un pronóstico bueno. Aunque no es posible curarla en el sentido estricto, si que se puede mantener completamente asintomática en gran porcentaje de los casos. Algunas personas han aprendido a sacar provecho de esta enfermedad, y han desarrollado los aspectos de creatividad y de liderazgo.

Es conocido que numerosos artistas, poetas, escritores y músicos han sufrido esta enfermedad. Entre ellos están Van Gogh, Lord Byron, Blake, Shelley, Virginia Wolf, Heminway, Shuman y Txaicovski. También algunos políticos como Cromwell o Churchill sufrían ciclotimia (Ibídem).

La depresión es un *Trastorno del Afecto*, que es término utilizado para describir el tono emocional de una persona. La «*depresión unipolar*» o «*depresión mayor*» es diez veces superior al trastorno bipolar anteriormente citado. Esta depresión se da cuando junto a la falta de interés por la vida, una persona experimenta un humor que no responde, que se mueve de severo a leve, durando el severo al menos dos semanas.

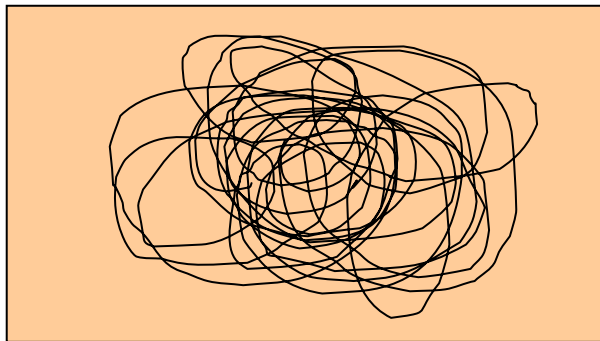
La *depresión mayor* hace referencia a un estado de ánimo de intensa tristeza y desánimo con posible pérdida de interés o placer por casi todas las actividades. El término «*mayor*» se utiliza para dejar constancia de que es un cuadro clínico con manifestaciones de intensidad elevada, y que comporta un deterioro respecto al funcionamiento previo. Este deterioro afecta a diferentes cambios de la vida del sujeto -profesional, familiar y social-. La evolución de la depresión mayor tiene lugar en fases, alternándose episodios patológicos con episodios asintomáticos de mejora. Hay depresión mayor con un episodio único, pero son frecuentes las recaídas o episodios recurrentes y también las variaciones diurnas y estacionales de humor.

La «*distimia*» es otra clasificación dentro del trastorno unipolar, y es similar a la depresión mayor, pero permanece en el grado de leve a moderado y no dura tanto como aquella. La distimia sería una forma suave pero prolongada del trastorno depresivo. La característica principal es la presencia crónica de un humor depresivo durante la mayor parte del día, al menos durante dos años. La característica principal

de la distimia no es tanto la tristeza vital, más bien aparece cierto malestar psicológico y desánimo general.

Otro rasgo diferencial respecto al trastorno depresivo mayor es la asociación con síntomas de ansiedad. Según Torres (2006) en *Psicología y Salud: Una visión integradora de los conflictos*, el trastorno distímico generalmente sigue un curso crónico -no en fases- con un comienzo primario e insidioso, por ello el sujeto puede decir «yo siempre he sido así» o «he estado así» a diferencia de la depresión mayor, donde hay una consciencia más grande de cambio. Se piensa que el 8-12% de los hombres y el 18-25% de las mujeres sufrirán una depresión mayor en su vida. Se estima que solo el 25-50% de estos reciben tratamiento.

Figura 3.1.1.1 La depresión es percibida por una mujer



Fuente: Cook; 1993

Definición de la depresión según una mujer en Cook; 1993: “Cuando estoy deprimida cada pensamiento se mueve tan lentamente que a veces lo pierdo. Es como estar encerrado en un cubo de hielo. No hay salida de un lugar frío y oscuro”.

Características Cognitivas; El humor se altera empezando por una sensación de tristeza o bajo ánimo. Al hacerse más profunda la depresión, las personas se vuelven más tristes, melancólicas, abatidas y se hace más difícil responder a estímulos agradables.

La culpa es una experiencia afectiva común en la que se centran las personas deprimidas.

Periodos de llanto, en las depresiones leves y moderadas, no en las graves; hay una *pérdida de interés por aquellas actividades agradables* en la depresión leve, en las más graves la persona puede refugiarse en actividades que le resulten en una gratificación inmediata como tomar drogas, comer en exceso o beber, en las depresiones más graves las personas se vuelven anhedónicas -incapaces de experimentar placer-, las personas maníacas intentan participar en todas las actividades disponibles, hay una constante necesidad de alegría, emoción, estimulación; *pérdida de vínculos emocionales*, comienza con la insatisfacción de las relaciones familiares, se vuelven indiferentes a los demás, al intensificarse la relación puede producirse una separación de todos los miembros de la familia, en un estado maníaco forman rápidamente vínculos emocionales, se enamoran en cuestión de minutos y se preocupan por el sexo.

«Se altera la *autoevaluación*, las *expectativas sobre si mismo, los demás y el futuro, la autocrítica, la capacidad de toma de decisiones* -hay una disminución de la capacidad de concentración -que interfiere en la solución de problemas, *se interrumpe el flujo de pensamiento*, hay un retraso gradual en el número de pensamientos y aparece un discurso lento, en una depresión grave puede tardar uno o dos minutos en responder; *se distorsiona la imagen corporal*, hay una preocupación excesiva por el aspecto físico, en el estado maníaco, la exagerada autoestima contribuye a que crean que se parecen a personas famosas.

Características Fisiológicas; cambio en el apetito, o aumento o pérdida, en la depresión grave aborrecen la comida y hay que forzarles a comer; *alteración del patrón del sueño, del deseo sexual, del nivel de actividad, aparecen enfermedades físicas*, por alteración del sistema inmunitario, alteración del aspecto físico» (Cook y Fontaine, 1993).

El diagnóstico de los trastornos depresivos es difícil de establecer y frecuentemente se hace tardíamente. Los principales motivos que hace que sean difícilmente diagnosticados para Torres et al (2006:156) son; «la *falta de consciencia del sujeto* de lo que le pasa, atribuyendo a veces la causa de su malestar a cualquier situación o circunstancia extraña a ésta -por ejemplo síntoma físico-; *múltiples formas clínicas que puede adoptar* en diferentes etapas de la vida, según sexo, cultura...; elevada tasa de comorbilidad que presenta con otras alteraciones, ya sea como trastorno primario o secundario».

Los síntomas clínicos de la depresión pueden incluir manifestaciones emocionales, motivacionales, cognitivas y físicas. No hemos de olvidar la gran variabilidad en la que cada persona expresa este estado de ánimo patológico.

«En ocasiones la depresión se presenta bajo formas que hace difícil su identificación». Es el caso de lo que se ha denominado «*depresiones enmascaradas*» -las máscaras de la depresión son las cefaleas y los trastornos digestivos-. También puede haber «*máscaras conductuales*». La conducta observable puede constituir la expresión del menosprecio por la vida o una manera de escapar u ocultar la profunda tristeza que la envuelve -conductas autodestructivas, adicciones, juego patológico, predisposición a los accidentes o conductas temerarias, delincuencia...-. En el caso de la adicción al trabajo, ésta es una forma de apartar de la mente su propio sufrimiento psicológico y se busca el sentimiento de valía personal, que no tiene, por medio del rendimiento profesional (Torres, 2006:157-158).

3.1.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA DEPRESIÓN

Para hablar de depresión a lo largo de la historia es importante identificar como se refieren a ella las diferentes investigaciones o los propios pacientes. No se habla simplemente de depresión o ánimo decaído o depresivo sino muchas veces de «*trastornos del ánimo*» «*melancolía*» «*trastorno maníaco-depresivo*» o «*trastorno bipolar*» elementos que definen la depresión en sí, muchas veces compuestas por elementos no solo de decaimiento, tristeza o apatía sino a veces alternando con episodios de mayor excitación, manía o alegría patológica. «Desde antiguo se sospecha una relación entre la melancolía y la manía pues se observa que ambos trastornos cursaban en periodos continuos» (Rigol y Ugalde, 2007:345).

Ya Homero en el VI canto de la *Ilíada* expone la pena de Belofonte al sufrir cólera y el abandono de los dioses, a la vez que ensalza las virtudes terapéuticas de mezclas de hierbas egipcias, «secreto de reinas» (Vallejo, 2006:489-487). Las primeras referencias conceptuales corresponden a Hipócrates (460-377 a. de C.), este tipo de trastornos se incluía en la llamada melancolía vocablo que en algunos libros aún perdura. Este concepto guarda relación con la teoría que las enfermedades eran causadas por humores corporales, cuya excesiva producción era causa directa del estado melancólico, que estaría caracterizado por: «tristeza manifiesta, desvelo e

inapetencia, con sed y desasosiego, miedos, aflicción y displicencia de ánimo, con ligera calentura. Delirar cosas torpes y a un tiempo dolores fuertes y continuos». En el Corpus hippocraticum se reconoce un tipus melancholicus inclinado a padecer este trastorno, de especial incidencia en primavera y otoño. Aristóteles dedicó un estudio monográfico a este problema y en el siglo I, Areteo de Capadocia ofrece una de las mejores descripciones de la melancolía.

En la Edad Media Alejandro de Tralles (525-605) observa tres formas causales diferentes: exceso de sangre, sangre acre y biliosa, y bilis negra. Este autor aprecia como ya había reflejado Areteo, no siempre la tristeza y el temor son los síntomas característicos de estos pacientes, sino que en otras prevalecen la ira y la ansiedad, fenómenos cercanos a los estados maníacos. En el siglo XVII Thomas Willis (1621-1675) hace la misma referencia al referirse a la sucesión de estados maníacos y melancólicos en el mismo paciente. A través de su experiencia personal como enfermo supo exponer con acierto las vivencias de su situación que a veces se caracterizaba por alegría desbordante y otras por depresión.

La aportación más importante española fue de Andrés Piquer (1711-1792) quien describió con suma perfección la enfermedad maníaco-depresiva del rey Fernando VI. Ya a principios del siglo XIX Pinel (1745-1826) destaca cuatro formas de enfermedades mentales anteriormente citadas: manía, melancolía, demencia e idiocia. En la misma línea, su discípulo Esquirol (1772-1840) incluye la melancolía que el denomina lipemanía, entre las monomanías o locuras parciales. Esquirol afirma: «La melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre determinada y mantenida por una pasión triste, debilitante o depresiva...». Hasta mediados del siglo XIX no se efectúa la descripción específica de una locura circular sobre las bases de los ya conocidos episodios de manía y melancolía. Falret (1794-1850) habla de folie circulaire.

Durante el siglo XIX se producen importantes transformaciones de las viejas categorías de manía y melancolía, gracias a los profundos cambios que acontecen a la medicina de la época -desarrollo del punto de vista clínico anatómico e implantación del lenguaje descriptivo y posibilidad de estudiar las funciones mentales separadamente según tres agrupaciones: intelectual, emotiva y volitiva; cambios que propician las clasificaciones basadas en principios empíricos-.

Según Vallejo (2006) en *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*, el concepto clásico de melancolía va perfilando su contenido hacia un trastorno primario

de la afectividad, y el término depresión ya se incluye en los diccionarios médicos de 1860, va ganando adeptos pues evoca unas bases más fisiológicas. Kraepelin (1856-1926) en Alemania expone la diferencia entre la psicosis maniaco-depresiva (PMD) hoy denominada Trastorno Bipolar y la demencia precoz. Dentro de este siglo Leonhart en 1957 distingue las formas unipolares -únicas- y bipolares -maníaco-depresivas- de la depresión.

Distintas son las clasificaciones que han ido apareciendo pero todas giran alrededor de estos dos conceptos anteriormente conocidos como melancolía o manía.

3.1.3 TEORÍAS MEDICO-PSIQUIATRICAS ACERCA DE LA DEPRESIÓN

Para Vallejo (2007) tanto la Medicina como la Psiquiatría actual consideran diferentes aspectos como causantes de la enfermedad mental pues creen que es necesaria una visión holística e integradora de la persona que pueda considerar los factores bio-psico-sociales de la enfermedad, si bien en el paradigma científico que ha seguido la ciencia médica, el modelo biológico es el más desarrollado. Si no se tuvieran en cuenta todos estos factores causales de la depresión, de otra manera no se explicaría cómo los factores externos serían capaces de poner en marcha cuadros depresivos de tipo endógeno.

Según González et al (2007:74-75) parece que determinadas depresiones - endógenas- *«pueden iniciarse espontáneamente o a partir de eventos ambientales que al incidir sobre el terreno genético desencadenan los procesos neurobiológicos propios de este trastorno»*. La depresión también sigue este modelo identificando los factores *biológicos, psicológicos y sociales*. Dentro de los *factores biológicos* la alteración de los factores bioquímicos, genéticos, fisiológicos y anatómicos parecen ser los causantes.

Cuadro 3.1.3.1. Factores biológicos que influyen en la depresión

Factores etiopatogénicos para el padecimiento de depresión	
Factor etiopatogénico propuesto	Hallazgos destacables
Factores Genéticos	Predisposición genética. Relacionada con los cromosomas 5, 10,11 y varios HLA.
Factores Bioquímicos	Disbalance Serotonina-Noradrenalina Disminución de Dopamina Hipersecreción de cortisol y CRF Hiperplasia hipofisaria y suprarrenal Alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo Alteración en la secreción de GH. Neuropéptidos en estudio: somatostatina, colecistoquinina, vasopresina, occitocina, endorfinas...
Factores Fisiológicos	Trastornos del sueño y del ritmo circadiano
Factores Anatómicos	Mediante estudios de neuroimagen se han propuesto algunas alteraciones del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo

Fuente: González S; 2007. Variables predictoras de los resultados de un programa de prevención secundaria de la depresión. Universidad de Oviedo.

En cuanto a la mayor prevalencia de la depresión en mujeres que en hombres, ha llevado a pensar de que sean diferentes en cuanto a su anatomía, funcionamiento a nivel bioquímico y hormonal por ello su respuesta ante diferentes estímulos también pueda serlo, pero no hay estudios que lo hayan demostrado. Desde las hipótesis biológicas, se ha planteado la posibilidad de *transmisión genética ligada al cromosoma X* y de *la fisiología endocrina femenina* como responsables de la mayor tasa de depresión, aunque no se ha demostrado evidencia suficiente para cada una de ellas según Bebbington (1998) Nolen-Hoeksema (1990) Weissman y Kerman (1977) en Matud (2006).

Lo que se identificaría según M^a José Barral es «*la predisposición genética para desarrollar una enfermedad*», es decir, el riesgo de padecer esa enfermedad, pero no la certeza que se vaya a desarrollar, ya que para ello el factor ambiental es otro determinante. En las dos últimas décadas del siglo XX el determinismo genético se ha puesto de moda, «*hemos sido bombardeados con información que identificaba genes*

responsables de distintos comportamientos: el gen de la homosexualidad (masculina), el de la criminalidad, el de la búsqueda de la novedad, el de la enfermedad maníaco-depresiva, el del alcoholismo, es de la inteligencia, el de la masculinidad, el de la feminidad... de modo que todos los tipos de comportamientos dependan del DNA». La ciencia con esta práctica ha contribuido al mantenimiento de la cultura androcéntrica y a confirmar estereotipos sociales ya que afirmamos que los comportamientos son naturales, es decir, están en los genes se justificarían políticas de ayudas a los sectores más desfavorecidos (inmigrantes, mujeres...). «Cuanto más reflexiono sobre mi relación con las ciencias biomédicas y más profundizo en la genética más claras veo las conclusiones a las que he llegado internándome en otras –endocrinología o neuroanatomía-, por lo que puedo resumir lo ya concluido en otros discursos: *no sólo somos hombres o mujeres, blancos o negros, heterosexuales u homosexuales, somos mucho más, somos únicos. La herencia genética y el ambiente hormonal y social cooperan combinándose de infinitas maneras, contribuyendo a que la diversidad sea una de las características de la especie humana y del resto de las especies vivas del planeta»* (Barral, 2001:150-157).

Entre los trabajos cuyas hipótesis se decantan por las causas bioneuropsíquicas la teoría hormonal más clásica, es la de la activación-inhibición según la fase del ciclo de estrógenos y progesterona. Según González de Chávez (1993:138) en *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*, «los estrógenos, ampliamente utilizados en los años 60 en la menopausia, han pasado a ser considerados un peligro para las mujeres normales». Los partidarios de la teoría sociocultural no apuntan a un factor sino varias causas. Para Seward (1944-46) en González de Chávez (1993:134-135) la menstruación tiene mínimo efecto en la función psíquica, lo importante es la influencia cultural de «enfermedad» que se le atribuye. Para Paige (1973) en un trabajo en mujeres de tres religiones distintas, encontró que las que tenían molestias físicas y estrés psicológico lo tenían también en otras ocasiones. Había correlación entre malestar menstrual y su manifestación y las creencias propias de su religión.

Los estudios principales que atribuyen la *influencia hormonal* en la depresión vienen de la medicina-psiquiatría. En Ezcurra et al (2006) en *Psiquiatría y mujer*, de la Gándara (1994) sí afirma que los cambios de la conducta o del humor que

experimentan algunas mujeres a lo largo del ciclo menstrual se han relacionado con las fluctuaciones de las hormonas esteroideas. Hay autores como Frankiewicz y cols (2000) en Ezcurra (2006) que sí apoyan la hipótesis del efecto que las hormonas tiene sobre la depresión, defienden la mayor prevalencia de los trastornos depresivos coincidiendo con acontecimientos relacionados al ciclo reproductivo como periodo premenstrual, puerperio, etc.

Se habla de la influencia del *ciclo vital reproductivo* en el estado afectivo de la mujer. Se habla del *síndrome premenstrual* y del trastorno disfórico *premenstrual, del blues postnatal, de la depresión post-parto, de la disforia oral-contraceptiva y de la depresión perimenopáusica*.

Según el DSM-IV, se estima que al menos un 75% de las mujeres experimentan alteraciones premenstruales menores, entre el 25-50% sufren el llamado «síndrome premenstrual» y que entre el 3-5% cumplen los criterios de investigación para el llamado «trastorno disfórico premenstrual» caracterizado por ansiedad, irritabilidad, labilidad afectiva y humor depresivo. Las tasas de depresión posparto se aproximan al 18% en madres primerizas (Ezcurra, 2006).

Según los estudios sobre la depresión de Carmen Ferré en *Depresión: pacientes y familiares* afirma que *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 tuvo que descartarse cuando vieron que los trastornos bipolares -maniaco-depresivos- en los cuales sí estaba demostrado el componente biológico, 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 Bleichmar D (1991), Bebbington (1998), Nolen-Hoeksema (1990), Weissman y Kerman (1977). «Las evidencias respecto a que la testosterona sea un factor protector de la depresión también son limitadas para Nolen-Hoeksema» (1990).*

Según Evans et al (2007:232), «la disforia premenstrual -DPM- no evoluciona a otra patología psiquiátrica o médica». Hay estudios como los de Dwight et al (2007) que «no relacionan la posmenopausia con el aumento de desarrollar depresión en las mujeres, en otros se han observado más depresión en las mujeres alrededor de la menopausia que después de ella». Se considera que nuestro cuerpo podría estar gobernado por los trastornos ciclotímicos. La mayor parte de la alteración del humor en las mujeres se explicaría por su naturaleza biológica. Sin embargo, las *depresiones bipolares*, como hemos citado anteriormente en las cuales el factor biológico juega un

papel principal, no presentan diferencias estadísticas entre hombres y mujeres; en cambio en las *neurosis depresivas*, en las cuáles la causa biológica no ocupa un lugar destacado es donde se encuentra que las cifras se duplican para las mujeres. Esta línea de razonamiento posicionaba al ciclo biológico de la mujer como responsable de la depresión, se considera a la menopausia y el climaterio, junto con la alteración hormonal que conlleva como causa de depresión que aparece en este periodo.

La depresión en la menopausia era hasta no hace muchos años un diagnóstico muy al uso, pero muchos estudios estadísticos han desterrado esta categoría por dos razones: -No existe mayor número de mujeres depresivas en la menopausia, al contrario, los datos muestran una cierta disminución durante estos años. Cuando la depresión se desencadena en la menopausia, los motivos precipitantes y la mayor o menor severidad de sus síntomas no se apartan de los patrones que caracterizan a otras formas de depresión. Respecto al supuesto efecto de las hormonas sexuales en la depresión, los estudios controlados realizados con los anticonceptivos hormonales actuales no muestran asociación entre su uso y un mayor riesgo de depresión.

Tampoco se ha encontrado incremento de riesgo de depresión en la perimenopausia en los estudios de Bleichmar (2001:43-49) sobre la depresión en las mujeres. Para esta autora, «la depresión en la menopausia no tiene peculiaridad que permita distinguirla de las otras etapas de la vida».

En los estudios longitudinales donde se ha realizado un correcto seguimiento de mujeres para establecer «la relación entre depresión y menopausia, tampoco se ha demostrado» (Bleichmar, 2001:84).

Para Cova (2005:49-57) que estudia las diferencias de género en la depresión sí hay estudios que relacionan la *vulnerabilidad genética y su relación con la depresión*. «Los trastornos depresivos de inicio temprano parecen tener un menor componente hereditario que los de inicio en la adolescencia. Los factores genéticos pueden tener un rol significativo en la vulnerabilidad diferencial a la depresión en forma indirecta, a través de su influencia en características con un componente hereditario, tales como un *temperamento ansioso o un neuroticismo más elevado*, más frecuente en mujeres».

Según Saarni (2007) que estudia la influencia de los trastornos psiquiátricos en la calidad de vida, cada vez más aparece la importancia dentro de la medicina y psiquiatría de los factores sociales. Aparece cada vez más en los trastornos de *ansiedad crónicos y la distimia* -dos tipos de trastornos psiquiátricos relacionados con la mujer- su asociación con una calidad de vida más pobre -factores socioeconómicos

- .

Ezcurra et al (2006) en *Psiquiatría y mujer* afirma que la mayoría de estudios sobre las diferencias de género, muestran que «las mujeres presentan más *intensidad emocional que los hombres* así como mayor expresividad». En el estudio Gross y John (1988), «las emociones que se recogieron más intensamente o frecuentemente por las mujeres fueron; *alegría, afecto, amor, cordialidad y sentimiento de bienestar*». Estas emociones positivas surgieron fundamentalmente en las relaciones íntimas interpersonales. Resultados similares obtienen Lenon (1987) en Ezcurra (2006); «las mujeres también puntúan más alto en variables como la *empatía y la simpatía*».

Por otra parte analiza las diferencias de género sobre la *ira y el enfado*. Obtiene que los hombres expresan el enfado más con modalidades vocales, faciales y conductuales, sin embargo, las mujeres expresan más intensidad y duración en el enfado que los hombres. Además se muestran decepcionadas u ofendidas ante situaciones de enfado.

En cuanto a la *verbalización de las emociones*, las mujeres expresan verbalmente y de manera escrita las emociones positivas y negativas, entre ellas hablan más de sentimientos que los hombres. Las mujeres casadas están más dispuestas a contar a sus maridos sus sentimientos que al revés. Para algunos autores, los hombres se han acostumbrado a evitar la crítica y el conflicto mediante *tácticas obstruccionistas*, esto implica inhibición facial y minimizar la escucha y el contacto visual.

Dentro de la explicación de las diferencias psicológicas en la biología según el sexo, desde la psiquiatría se han hecho investigaciones sobre *las emociones*. Respecto a como manifiestan las emociones el hombre y la mujer, Manstead (1991) en Ezcurra (2006) sugiere que los hombres son más «*internalizadores*» -muestran alteraciones fisiológicas sin expresiones emocionales patentes-, mientras que las mujeres son más «*externalizadoras*» -muestran expresiones emocionales más evidentes sin correlato fisiológico-. Las mujeres son superiores en el reconocimiento y decodificación de expresiones afectivas faciales, no verbales y de voz según Brody (1999) (Ibídem). «Esta *mayor capacidad de reconocimiento y expresión de las emociones* les otorgaría mayor vulnerabilidad en los trastornos afectivos». El precio que pagan las mujeres por esa mayor capacidad empática sería un aumento en la prevalencia de depresión y ansiedad.

El estrés parece ser un factor importante para activar la depresión. La vivencia de estrés puede ser equivalente a la experiencia de emociones negativas. La activación

fisiológica durante el estrés psicológico es igual a la producida durante estados de ira, miedo, ansiedad o depresión.

El estrés puede definirse como una amenaza real o percibida a la integridad física de una persona que produce una serie de respuestas fisiológicas y/o conductuales características: el estrés es también una experiencia subjetiva que puede o no corresponder con las respuestas fisiológicas mencionadas, ya que la palabra estrés se usa en el lenguaje cotidiano como sinónimo de ansiedad, malestar y estado de tensión personal, con miedo a perder el control y enfermar.

Mingote (2004) 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». Según Villaverde et al (2008:1-5) que analiza la relación entre estrés psicosocial y patología física afirma que aunque los factores externos sobre la enfermedad han sido ampliamente descritos, es evidente que no todos los sujetos que los sufren enferman, ni todos necesitan de la misma cantidad de estrés en sus vidas para que la enfermedad se desencadene en ellos .

«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 (1985), Brown and Harris (1973:159-176) 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 (1985) en Brown and Harris (1973), también se sugiere que «los eventos de intensidad severa están correlacionados con retrasos en la recuperación o mejora de los casos».

Cuadro 3.1.3.2. Intensidad del acontecimiento estresante y casos psíquicos

Sexo	Intensidad Agente Estresante	Total	Proporción %
Hombre	Ligera	43	7
	Moderada	67	17
	Severa	13	69
Mujer	Ligera	52	17
	Moderada	37	35
	Severa	29	85
Total	Ligera	12	12
	Moderada	25	24
	Severa	34	81

Fuente: Villaverde, M.L, Gracia, R., Morera, A. (2008): *Relación entre el estrés psicosocial y la patología psíquica: un estudio comunitario*, Actas Esp Psiquiatr.

Según Bebbington (1996) en Ezcurra (2006) afirman que en cuanto a la naturaleza del estímulo, los varones presentan mayores niveles de cortisol al enfrentarse a desafíos o amenazas -estrés psicofisiológico-, mientras que las mujeres experimentan dicho incremento ante situaciones de rechazo social o estrés interpersonal. Se ha hipotetizado que la respuesta del hombre tiende a ser de lucha y huida *fight and flight*, mientras que la mujer presenta una reacción caracterizada por el cuidado y establecimiento de relaciones de amistad *tend and befriend*, incluyendo la creación de mayores redes sociales.

Dependiendo de la naturaleza del estímulo se han descrito diferentes vías de activación hormonal, podría ser la explicación de las diferencias halladas entre géneros en función del mecanismo de activación. Así, estresores psicológicos activarían el eje HHA -hipotálamo-hipófiso-adrenal- a través del sistema límbico -córtex prefrontal, hipotálamo amígdala-, mientras que el estrés más fisiológico desencadena una vía de activación del Núcleo paraventricular del hipotálamo (PVN). Por tanto el estrés psicológico requiere de un procesamiento a niveles cerebrales superiores (Ibídem).

Dentro del *modelo sociológico* en psiquiatría, existen diferentes ramificaciones - *psiquiatría comunitaria, psiquiatría institucional, antipsiquiatría...*- no constituyen un frente único con una línea teórica unitaria, sino desde el denominador común que supone considerar los factores medioambientales en la génesis o mantenimiento de los trastornos psíquicos, cada corriente mantiene sus propias bases teóricas y su praxis particular. «La *antipsiquiatría* ha volcado una feroz crítica sobre la psiquiatría institucional. Para ésta la génesis fundamental de la enfermedad mental es social». La enfermedad como tal es negada de forma explícita o implícita. Las críticas principales son que las inducciones ideológicas de sus escritos pueden apelarse a todo tipo de trastornos psíquicos: esquizofrenias, psicosis maniaco-depresivas, neurosis, toxicomanías, problemas de personalidad, enfermedades psicosomáticas... lo cual resulta una generalización excesiva cuya aportación al conocimiento de hombre enfermo apenas tiene utilidad. Según Ramos (2001) en Vallejo (1998:26-27), «estos modelos sociológicos han sido incorporados, con mayor o menos énfasis a la psiquiatría, y su contribución es evidente para todo profesional que mantenga una actitud profesional abierta».

3.1.4 INVESTIGACIONES BIOQUÍMICAS SOBRE SÍNTOMAS SOMÁTICOS SIN CAUSA ORGÁNICA

Dentro de estos síndromes incluimos a la depresión manifiesta o no. En los estudios realizados por Romeu et al (1997:41-47) sobre la «*depresión enmascarada*» afirman que la depresión ha aumentado en las últimas décadas, haciéndose más frecuentes las formas llamadas «*enmascaradas y monopolares*», manteniéndose la frecuencia de las bipolares. Este aumento de algunos tipos de depresiones sería a cuenta de las antiguas neurosis y en particular las consideradas como histerias, que hoy se diagnostican cada vez menos. Se han planteado dos explicaciones para este fenómeno: - «El hombre occidental moderno estaría perdiendo su capacidad de vivir y expresar sus emociones, trasladando esta expresión de sus conflictos a lo somático. - El materialismo imperante hace más aceptables síntomas físicos médicos que trastornos psiquiátricos, lo que provocaría esta tendencia a somatizar».

Haciendo una relación cronológica, debemos destacar que en 1947 Schinuk habría descrito la Depresión Enmascarada. En 1966 López Ibor crea el término «*Equivalente Depresivo*». En 1969 Walcher habla de «*Depresión Larvada*». Desde 1973 se logra consenso al definir Depresión Enmascarada como «*aquellas manifestaciones de*

depresión en que los síntomas somáticos están en primer plano o en que los síntomas psíquicos están enmascarados» y se denominó Equivalentes Depresivos o «Depressio Sine Depressione» cuando faltan totalmente los síntomas depresivos. Las manifestaciones somáticas de la «Depressio Sine Depressione» son inespecíficas y variadas. Entre las más frecuentes se describen: Algias, Parestesias, Cefaleas, Vértigos, Trastornos Gastrointestinales, Cardiovasculares, Respiratorios, Neurovegetativos, etc. López Ibor (1972:120-245) en sus estudios sobre depresión enmascarada, estableció 4 grupos fundamentales de formas de presentación de Depresión Enmascarada o Equivalentes Depresivos: - Dolor y parestesias - Trastornos psicósomáticos - Vértigos agorafóbicos y Agorafobia - Anorexia nerviosa e histeria.

Para Martínez et al (2003) en los estudios realizados, afirman que estos casos también se han denominado «Síndromes Somáticos Disfuncionales» y su característica común es la «presencia de más síntomas, discapacidad y sufrimiento que anomalías demostrables en la función o estructura orgánica» -nos referimos a las enfermedades citadas anteriormente como Sd. Del intestino irritable, Sd. De fatiga crónica, Sd. De piernas inquietas, Cefalea tensional, Fibromialgia etc-.

La consulta de pacientes con Síntomas Somáticos sin una explicación clínica definida es frecuente tanto en Atención Primaria como en diferentes especialidades, serían un 25% de las consultas de Atención primaria y un 30 a 70% de estas consultas seguiría sin explicación después de hacer una evaluación, alcanzando este porcentaje al 45-95% en el estudio internacional patrocinado por la OMS en Atención Primaria «Psychological in General Care» donde los pacientes expresarían síntomas de tipo emocional con menor frecuencia que en el ámbito psiquiátrico. Este fenómeno representaría un serio obstáculo para el reconocimiento por parte del médico del trastorno depresivo subyacente y para la instauración y mantenimiento del plan terapéutico orientado (Simon et al, 1999:1329-1335).

Han sido descritas tres formas para categorizar los posibles cuadros clínicos: «Síndromes clínicos en relación a los síntomas», «Categorías psiquiátricas» y «Visión integradora».

- *Síndromes clínicos en relación a los síntomas:* Una primera alternativa es categorizar a los pacientes desde el punto de vista de la descripción de síntomas definidos que van configurando patrones clínicos para los que cada especialidad describe sus síndromes en relación al órgano, aparato o sistema de su incumbencia. Sin embargo, la explicación que ofrece es limitada. Si bien este tipo de visión es correcta desde un punto de vista descriptivo, revela un artificio de la especialización médica, con una tendencia a objetivar las diferencias y no las similitudes «podría

existir una superposición de varios síndromes al mismo tiempo, por ejemplo muchos pacientes con intestino irritable, también cumplen criterios para dolor pelviano crónico o fibromialgia» (Granel, 2006:176-180).

Para Martínez E et al (2003) «*también existe un alto grado de solapamiento entre ellos*». Los estudios han mostrado una asociación entre -fibromialgia, fatiga crónica e intestino irritable-.

Cuadro 3.1.4.1. Síndromes funcionales somáticos descritos por especialidad

Síndromes Funcionales Somáticos	
Gastroenterología	Colon irritable, dispepsia no ulcerosa
Urología	Dolor pelviano crónica, Prostatodinia
Reumatología	Fibromialgia
Neumología	Síndrome de hiperventilación
Neurología	Cefalea tensional, acúfenos
Otorrinolaringología	Globus faringeo, tinnitus idiopático
Cardiología	Dolor precordial atípico
Ortopedia	Dolor lumbar crónico
Miscelánea	Síndrome de fatiga crónica

Fuente: Elaboración propia según Granel, A. (2006): *Pacientes con síndromes somáticos no explicables*. Evid. Actual pract. Ambul.; 9(6), pp. 176.

- *Categorías psiquiátricas*: La segunda forma de caracterizar a estos pacientes es «*intentar incluirlos dentro de las categorías psiquiátricas, del manual DSM-IV que incluye los trastornos somatomorfos*». Serían aquellos trastornos en los que aparecen síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, efectos de una sustancia u otro trastorno mental. Además los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El valor de esta visión ofrece la ventaja de «*correlacionar los síntomas psíquicos con los somáticos y pensarlos como patologías potencialmente tratables como la depresión y la ansiedad*». Entre los trastornos somatomorfos están el

«*trastorno por somatización*»- síntomas o quejas físicas de años de duración, desde antes de los 30 años de edad, que implican disfunción social, laboral u otras-, «*trastorno por dolor*» -dolor en uno o más lugares del cuerpo, que predomina como motivo de consulta y se asocia con factores psicológicos., «*hipocondría*»- Preocupación y temor de tener una enfermedad seria basada en malas atribuciones de síntomas o funciones corporales., «*trastorno dimórfico corporal*»-Preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico- entre otros (Granel, 2006:176).

- *Visión integradora*: Una tercera vía «*integra las clasificaciones anteriores en forma práctica, agrupando los diferentes síntomas*» -Dolor lumbar, Dolor Articular, Dolor de Piernas, Cefaleas, Debilidad, Fatiga, Insomnio, Desatención, Pérdida de Peso, Inquietud, Pensamiento Enlentecido, Dolor de Pecho, Respiración Superficial, Palpitaciones, Mareo, Cuerpo Extraño en Faringe, adormecimiento/Enlentecimiento, Nauseas, Diarrea, Distensión Abdominal y Gases, Constipación, Dolor Abdominal - «*en factores comunes como son*» -*Fibromialgia, Fatiga Crónica, Depresión con Síntomas Somáticos, Ansiedad con Síntomas Somáticos, Síndrome del Colon Irritable*-. En ocasiones puede ser más claro y conveniente utilizar las «etiquetas» los cuadros clínicos y en otras, las de la terminología psiquiátrica. Se debe recordar que se trata de variantes de un mismo síndrome somático general (Velasco, 2006: 177).

Las investigaciones feministas de depresión –en cuanto a insatisfacción y malestar- y enfermedades de salud mental se realizan en el ámbito de la psicología y sociología, pero también cada día son mayores en el ámbito de la medicina y psiquiatría. *Los límites entre las diferentes disciplinas se difuminan* y aparece un tema común a todas ellas que la búsqueda de aquellos factores que por razón de género han hecho enfermar a la mujer, no obstante cada disciplina orienta hacia su campo propio del saber los resultados encontrados.

Sara Velasco y cols (2006) los Síndromes Somáticos Sin Causa Orgánica pueden clasificarse dentro de tres teorías según sean tratados de una manera o de otra en las diferentes investigaciones en las que han sido estudiados: «*el modelo biomédico-psicosocial*», «*el modelo biopsicosocial-psicoanalítico*» y «*los modelos feministas*».

- *Modelo Biomédico y Psicosocial*

Los términos definitorios para los síntomas y síndromes somáticos sin causa orgánica -SSCO- que utilizan los trabajos que se encuadran dentro del *paradigma biomédico*, entre los que incluimos a la depresión, son siempre diagnósticos según clasificaciones vigentes de enfermedades generales y mentales *CIE* -Clasificación Internacional de enfermedades- y *DSM* -*Diagnostical and Statisticam Manual* de la

American Psychiatric Association-, o trastornos fisiopatológicos psiquiátricos: «depresión y ansiedad, somatización o trastornos somatoformes y síndromes funcionales de otras especialidades»: «Síndrome de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome de colon irritable, síndrome de piernas inquietas, disfunción temporomandibular, cefalea tensional».

De manera accesoria se recogen términos como pacientes «*simuladores, somatizadores hiperfrecuentadores*» de servicios sanitarios, y se les califica de «*pacientes difíciles, insatisfechos, hiperdemandantes, frustrantes para el médico*».

En la *teoría Psicosocial* se les llama «*síndromes psicógenos, y enfermedades del espectro*».

Si los factores causales son desconocidos para el *enfoque biomédico* y las hipótesis expuestas como no demostradas, son de «mecanismos fisiopatológicos» que causen daño orgánico -neuro-endocrino-inmune o viral-, bajo *la teoría psicosocial* se apunta a «factores causales psicológicos como respuesta al estrés». Estilos de vida, aprendizajes y creencias, y características como personalidad histriónica en mujeres, antisocial en hombres o dependiente en ambos se consideran predisponentes. Se señala que estos pacientes se niegan a reconocer o atribuir sus síntomas a causas psicológicas, y los trabajos refieren este punto como una fuente de frustración y desconcierto para los médicos que desemboca en el rechazo de los pacientes. El modelo de atención biomédico se puede sintetizar como «*directivo, centrado en la visión médica, dirigido a la adaptación del enfermo a su estado y su entorno y no hace visibles el contexto, el sexo de la persona ni factores socio-culturales y de género*». «*Se basa en la anamnesis de los síntomas, -que en el modelo psicosocial se completa con escalas autoadministradas de exploración psicopatológica-, seguidos de un diagnóstico sintomático que clasifica al paciente para desembocar en un tratamiento farmacológico de mantenimiento -analgésicos y antidepressivos-*». Las quejas médicas apuntan precisamente a las «*dificultades de clasificación de los pacientes porque los síntomas son numerosos, diversos, cambiantes, inespecíficos y solapados*». Cuando se plantea el abordaje psicológico del paciente, que precisamente niega este aspecto, el objetivo de la intervención es «reatribuir» el padecimiento del paciente a su causa psicológica (Ibídem:317-333).

- *Modelo Psicoanalítico y Psicosocial*: El modelo de atención se centra en el paciente y el conocimiento sobre sí mismo, incluyendo su biografía, su contexto personal y social. Describe «*no el síntoma*» que el médico explora sino «*las quejas*», lo que el paciente siente, incluyendo así la escucha del sujeto. Encuadran los trastornos estudiados

como un equivalente de la histeria del siglo XIX, en la medida en que lo consideran producto del malestar en la cultura.

- *Modelo Feminista*: Buscan explicación a la mayor prevalencia de SSCO en mujeres y su peor evolución, teniendo en cuenta que esos hechos han de tener un significado relacionado con la condición social y subjetiva de las mujeres. Las categorías feministas hablan sistemáticamente de «quejas y malestar» (Velasco: 2006).

Para la investigación médica, los *factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos* se muestran insuficientes para explicar su distinto comportamiento frente a estos síndromes o enfermedades. Por el contrario las teorías ambientalistas defienden que son las variables socioculturales, que actúan a través de roles y patrones de conducta socialmente impuestos, las que en última instancia «condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan su comportamiento psicológico y las estrategias que adoptan para satisfacer sus necesidades de atención psiquiátrica» (Montero et al, 2004).

Vemos en la tabla siguiente la clara diferencia encontrada en diferentes estudios en cuanto a prevalencia psiquiátrica superior para la mujer. En las mujeres de todas las comunidades investigadas llevadas a cabo en España en las últimas décadas, la prevalencia de depresión oscila entre el 18,7% y el 36,1% dependiendo de la gran variedad en el instrumento metodológico empleado. Así el GHQ -Cuestionario de detección de morbilidad psiquiátrica, validado para diferentes poblaciones y ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos- genera unas cifras más uniformes, pero generalmente más elevadas, al incluir manifestaciones subclínicas, que las detectadas mediante entrevistas psiquiátricas. En los estudios de Montero et al sobre salud mental y género, afirman que 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 psiquiátrica en mujeres casadas de mediana edad, en comparación con las solteras es un caso frecuentemente observado (Ibídem: 175-81).

Cuadro 3.1.4. 2. Prevalencia psiquiátrica en estudios comunitarios según sexo

Autor	Lugar	Hombre	Mujer
Muñoz et al (1982)	Navarra	11,6	23,6
Vázquez-Barquero et al (1982)	Navarra	19,2	28,3
Seva-Díaz et al (1982)	Soria	-	34,2
Vázquez-Barquero et al (1987)	Cantabria	8,1	20,6
Herrera et al (1987)	Cataluña	15,9	30,8
Mateos et al 1989)	Galicia	20,8	33,6
Canals et al (1997)	Cataluña	21,7	36,1
Rajmil et al (1998)	Cataluña	15,8	18,7
Roca et al (1999)	Formentera	15	23,6

Fuente: Elaboración propia según Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., Vázquez-Barquero, J., et al. (2004): «Género y salud Mental en un mundo cambiante», Gaceta Sanitaria, pp.176.

Los estudios de medicina y psiquiatría en la actualidad analizan muchos aspectos psicológicos y sociales pues han visto que éstos se encuentran interrelacionados y pueden influir en el origen de la enfermedad mental. Por ello, es difícil establecer una clasificación de muchos estudios y situarlos en una disciplina determinada pues desde una visión propia analizan otros campos.

Según Valls (2002:4-8), todos los artículos bajo teoría feminista diferencian el sexo de los y las pacientes y de los y las médicas, lo cual interviene en los padecimientos. Buscan explicación a la mayor prevalencia de SSCO -Síntomas somáticos sin causa orgánica- en mujeres y su peor evolución, teniendo en cuenta que esos hechos han de tener un significado relacionado con *la condición social y subjetiva de las mujeres*. Los artículos feministas-biomédicos conservan los términos de síndromes funcionales a la par que tienden a rechazar los términos psiquiatrizantes de los síntomas, especialmente la antigua neurastenia.

En el «Modelo Feminista», La observación de factores causales, asociados, predisponentes y también protectores se basan en un núcleo central explicativo que es la opresión de las mujeres por su «*condición social subordinada*», analizando las diferentes formas en que se manifiesta su privación de poder social y familiar (Velasco, 2006).

El feminismo-biomédico añade a los factores estresantes generales, *la violencia, el abuso continuado y los abusos infantiles* en la historia personal de las mujeres con síndromes somáticos. *El feminismo-socialista* destaca el contexto histórico, y socioeconómico en que viven las mujeres, incorporando los factores sociales de género: la situación marital, múltiples roles, ser madre de niños pequeños y el trabajo asalariado. *El feminismo-psicosocial* añade a los posibles factores estresantes generales los mismos factores sociales de género anteriores, detectando además factores protectores de género como el empoderamiento de las mujeres a través de la autonomía y el control de eventos vitales, acceso a recursos materiales y apoyo y soporte del entorno. *El feminismo-biopsicosocial, ecosocial y psicoanalítico* se diferencian del *socialista y psicosocial* en que añaden a la fenomenología social de género, la importancia de la experiencia vivida.

Por último, lo específico del feminismo-psicoanalítico son los factores que dependen de la construcción de la subjetividad bajo las influencias de los consensos sociales de género, relaciones de dominación social y familiar, la desvalorización de los roles femeninos y conflictos de identidad, las pérdidas y el aislamiento.

El modelo de terapia de orientación feminista se basa siempre en influir en los factores de opresión de género, familiar y social. Se sintetiza como centrado en la paciente. Prácticas de empoderamiento de la paciente y construcción del significado subjetivo de los síntomas por la paciente con activación de la autonomía y autorresponsabilidad. Desde los trabajos que se han ubicado en el *feminismo ecosocial*, categoría que contiene y sintetiza los conceptos de las anteriores, se apoyan en un modelo general de salud de las mujeres basado en un «trabajo consciente de dar cuidado a mujeres visualizando los problemas relacionados con su socialización y su posición como mujeres en esta sociedad, y ayudarlas a desarrollar estrategias para conseguir más autoridad y responsabilidad sobre sus propios cuerpos y sus vidas».

Se sintetiza en: 1) consideración de la identidad de género de la paciente y de los roles de género; 2) consideración de la situación personal y social de la paciente; 3) trato respetuoso; 4) encaminar a la paciente a enfrentarse con sus problemas de salud y estimular su autorresponsabilidad; 5) evitar la medicalización. Este modelo general de atención a la salud de las mujeres, cuya estrategia para los SSCO se basa en: «empoderamiento de la mujer redistribuyendo el poder, reconociendo la experiencia de la paciente, retando a la relación entre poder y género y autoridad profesional». Estrategia de comunicación que invite a la paciente a utilizar su conocimiento y

experiencia diaria, manteniendo el rol de la paciente como fuente de conocimiento. «*Hacer emerger los significados de interacciones de género y poder como explicaciones significativas de la paciente para sus síntomas. Posibilidad de tratamiento en grupos de mujeres*». En la relación médico-paciente «las teorías feministas analizan la interacción de los estereotipos de género y su efecto sobre las actuaciones diagnósticas y terapéuticas de los médicos y médicas» (Velasco et al, 2006:317-333).

3.1.5. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN

Según Ayuso Mateos (2004:181-196) «existen marcadas diferencias en los patrones epidemiológicos entre las *regiones ricas y pobres del mundo*». Así en los países desarrollados, la proporción de carga de enfermedades debida a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales oscila en torno al 5%, frente al 70-75% en África. La contribución de la *depresión* a la carga total en África en el año 2000 era de un 1,2%, mientras que en América representaba el 8% del total. Globalmente en países con alta renta per cápita, la carga de enfermedad era de un 8,9%, mientras que en los de rentas bajas y medias era de un 4,1% del total de AVAD - años de vida ajustados por discapacidad o Disability adjusted life years-.

En España, la depresión es el trastorno mental más prevalente, si bien los estudios comparativos europeos reflejan algunas cifras de depresión en la población general, menores que otros países del continente europeo. Se estima que entre un 5 y un 10% de la población presentará un episodio depresivo a lo largo de su vida. La depresión se asocia a niveles significativamente más bajos de de salud percibidos por la población general, además de tener una carga social importante derivada del sufrimiento que produce en los pacientes, familiares y de las muertes prematuras como consecuencias de suicidios, los trastornos depresivos tienen un alto impacto social derivado de los costes vinculados con su morbilidad y su asistencia.

Las investigaciones que estudian la distribución de la depresión en zonas, países, comunidades ofrecen resultados muy dispares según el *tipo de test que se utilice, la población a la que vaya dirigido* -si se trata de población que acude a un centro de salud, consultorio psiquiátrico, hospital...-

En los estudios de depresión en población atendida por *los equipos de salud mental* hay una alta obtención de prevalencia psiquiátrica, no reflejan la morbilidad existente en la comunidad.

En los estudios de pacientes que acceden a los *servicios de Atención Primaria de salud*, se han obtenido diferentes porcentajes según la comunidad del estudio o según

el tipo de test diagnóstico utilizado. Su prevalencia oscila entre el 10 y el 50%; 52% en mujeres atendidas en medicina familiar en la ciudad de México con el test utilizado (CES-D) Center for Epidemiologic Studies Depresión Scale (Peralta et al, 2006:409-414).

En nuestro medio, el estudio que ofrece uno de los porcentajes más altos es el de Chocrón et al (1995:586-593) en Gerona, con una prevalencia del 38,8%, el de Vázquez-Barquero (1997:529-535), ofrece el 31,5% en cuatro centros urbanos de Cantabria, Fernández (1997) el 34,7% en un centro de salud de Granada. La cifra aumenta para el estudio de Dwait et al (2007) en EE.UU. señalando que en 30-40% de la población cumple criterios de trastornos depresivos a lo largo de la vida, principalmente *trastorno depresivo mayor* y en su mayor parte eran mujeres.

Existe un infradiagnóstico. En los estudios existe lo que se denomina “morbilidad psiquiátrica oculta” en la que los pacientes con patología psiquiátrica no son identificados correctamente-. Para Martín (2005) las cifras de detección de la depresión no suelen superar el 50% de los casos.

Los estudios comunitarios; son los que reflejan una aproximación más fidedigna de la realidad: se puede obtener un conocimiento exacto de la morbilidad en un momento dado. La prevalencia mayor que obtiene 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%. Según Montero et al (2004) en Cataluña (1997) la prevalencia es de 36,1%, en Soria (1982) de 34,2% y en Galicia (1989) de 33,6%. En España, la depresión afectaría a menos personas que en otros países de nuestro entorno, como el Reino Unido o Irlanda, donde alcanza tasas del 17% y el 12,8%, respectivamente.

Según los estudios de Vázquez-Barquero y Torres (2005:21-44) afirman que con una prevalencia de la depresión, diagnosticada o no, del 10% de la población, en España habría en el año 2001 casi cuatro millones de personas con esta enfermedad (3.946.530 personas) y en el supuesto más conservador (prevalencia del 5%), llegarían casi a los dos millones. Las cifras de prevalencia difieren según estudios. Es de un 17%, si bien las diferencias en Europa son notables (8,8-23,6%), pero siempre mayor en mujeres que en hombres.

En una revisión de 2002 de Body y Weissman, la prevalencia es de 13-20%. Factores de riesgo: mujeres, varones jóvenes y viejos, clase social baja, divorciados y separados (Vallejo, 2006:486-487).

Depresión Unipolar: prevalencia: varones, 3,2 mujeres, 4,5-9,3%. Factores de riesgo: mujeres de 35-45 años, historia familiar de alcoholismo y depresión, marco ambiental desfavorable, escasa interrelación interpersonal y parto en los 6 meses precedentes al episodio depresivo. La vejez no empeora el pronóstico.

Trastornos Bipolares: riesgo de morbilidad: 0,6-0,88%. Para Vallejo (2006:186-487), los factores de riesgo son: muy ligero predominio en la mujer, historia familiar de trastorno bipolar, primer episodio por debajo de los 50 años en el 80% de los casos y alto nivel socioeconómico, según Vara (2006), en población adulta oscila entre el 0,5-1,2%. En los *países asiáticos* es algo menor. La distribución es igual en ambos sexos. La edad media del comienzo es en los 21 años, con bastantes casos que aparecen antes de la adolescencia. El principal factor de riesgo son los antecedentes familiares.

En España la población más afectada por la depresión, es la comprendida entre los 18 y los 44 años, por lo que los costes indirectos asociados a las pérdidas de productividad para la sociedad son, en esta enfermedad, más acusados que en otras. Por lo que respecta a la composición de los costes indirectos, a pesar de que la mortalidad prematura es elevada, las pérdidas de productividad por incapacidad temporal en los pacientes depresivos son algo mayores que los derivados de la muerte (54,8% versus 45,2%, respectivamente). Además, la depresión es uno de los problemas concomitantes más frecuentes en los enfermos que padecen otros trastornos, como demencias. En el caso, por ejemplo, de los enfermos de Alzheimer, la depresión afecta hasta a un 90% de los afectados. En España, la depresión es el trastorno mental más frecuente.

Según la OMS, la depresión supone la primera causa de discapacidad en el mundo. En España, las depresiones leves (52%) y las moderadas (36%) son las más prevalentes, aunque las depresiones graves, más discapacitantes y difíciles de tratar, afectan a un 11% de todos los pacientes con depresión. El 1% restante tendría depresión no clasificada por nivel de gravedad.

Los factores de riesgo que favorecen la aparición de problemas depresivos han sido ampliamente estudiados. Entre otros: ser mujer, tener entre 25 y 44 años, estar en paro, ser soltero, vivir en un entorno urbano y en países occidentales desarrollados, experimentar algún evento vital doloroso y siempre que éste confluya con un escaso apoyo social o con esquemas cognitivos depresógenos, tener antecedentes familiares de depresión según los estudios de Belloch, Sandín y Ramos (1995); Tsai y Chentsova-Dutton (2002); Kessler (2003) en (González S, 2007:13-26).

Cuadro 3.1.5.1. Análisis de algunas variables sociodemográficas y su influencia en el padecimiento de trastornos afectivos

Variable estudiada	Hallazgos destacables
Edad de inicio	Más frecuente en la 2ª, 3ª, década de la vida
Sexo	Más frecuente en mujeres que en hombres (2:1)
Clase social	Los síntomas depresivos y disforia son más frecuentes en las clases sociales con menos recursos. Mas frecuentes en áreas rurales
Estado civil	Más frecuentes en personas solteras, separadas o divorciadas
Biografía	Más frecuente en personas con antecedentes de acontecimientos vitales estresantes

Fuente: González, V.M. (2003): *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. Atención Primaria de Calidad*, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se sabe desde hace tiempo que la tasa de morbilidad psiquiátrica en la población general se sitúa en torno a un 15% Vázquez-Barquero et al. (1987), cifra que se duplica en los pacientes que acuden a Atención Primaria, Goldberg (1995). Sin embargo, las investigaciones realizadas en este nivel asistencial ponen de manifiesto que más de la mitad de los pacientes con patología psíquica no son correctamente diagnosticados por su médico según Vázquez-Barquero et al. (1997); este porcentaje de infradiagnósticos se conoce con la denominación de *morbilidad psiquiátrica oculta para Goldberg y Blackwell (1970)*. Según el National Institute of Mental Health (2001), si extrapolamos estas observaciones a los trastornos depresivos, «es fácil de entender que con frecuencia se hable de enfermedad invisible» (Segal, 2006:30-31).

Según los estudios sobre la terapia cognitiva de la depresión en Segal (1970), se sugiere que «hasta un 50% de los casos de depresión no son identificados clínicamente en atención primaria», y que «cuando se realiza el diagnóstico, no es infrecuente que el tratamiento se plantee de forma inadecuada, tanto en atención primaria como en atención especializada» (Dawson, Lavory, Coryell, Endicott y Keller, 1999; Keller, 2001; Simon, 2002; WHO, 2001). Quienes se han deprimido saben que no hay una única cara para el trastorno, ninguna característica en particular dará cuenta de toda la historia.

«Algunas de las consecuencias de la depresión son más fáciles de reconocer por el paciente, incluyendo el estado de ánimo bajo y la dificultad de concentración. Otras pueden ser más difíciles de captar porque sus principales efectos reducen la habilidad del paciente de interactuar con sus seres queridos y otros miembros de la familia, por ejemplo la anergia o preocupación referida a ideas y temas negativos». «Además la depresión es raramente observada por si misma». «El problema adicional más frecuente es la ansiedad» (Segal, 2006:30-31).

«Un 50% de los pacientes que se recuperan de un primer episodio depresivo presentan, como mínimo *un nuevo episodio en los dos años siguientes a la recuperación*. El riesgo de episodios depresivos parece incrementarse con el número de episodios previos. Con el incremento de episodios, los intervalos libres de síntomas se acortan, y la calidad de vida decrece con cada nuevo episodio». Las cifras también difieren si nos referimos a la depresión en un momento puntual o a lo largo de toda la vida; estas últimas son más elevadas pero son pocos estudios los que se refieren a ellas (Vázquez y Torres, 2005:83).

Cuadro 3.1.5.2. Prevalencia de depresión para toda la vida

Autor	Año	Lugar	Prevalencia
Vicente	2002	Chile	36%
Kessler	1994	EE.UU.	48%
Fournier	1996	Canadá	40%
Gorneman	2002	Andalucía	42%
Jacobi	2004	Alemania	43%
Halldin	1983	Suecia	47%
Kringlen	2001	Noruega	52,4%

Fuente: Elaboración propia según Martín C (2005:14): *Prevalencia y Atención a los Trastornos mentales en una comunidad rural*, [Tesis Doctoral], Universidad de Granada.

En el proyecto europeo Share desmiente la idea de que los habitantes de la llamada «Europa Latina» -*España, Francia e Italia*- sean más alegres y despreocupados y señala que los síntomas de depresión son mucho más altos en

estos países entre personas mayores de 50 años que entre sus equivalentes en los países «Germánicos» -Suecia, Dinamarca, Austria, Suiza y Holanda- y curiosamente más que en Grecia. Tras analizar 22.000 encuestas de personas de todos los status sociales en todos los países europeos (Castro-Costa, 2007:193-401). Los factores relacionados con la depresión se agruparon en dos; aquellos llamados de «sufrimiento afectivo» manifestados por tristeza, culpabilidad, impulsos suicidas o con la ausencia de motivación; y los que implican desgana, falta de interés e incapacidad de proyectarse en el futuro.

Hay una gran repercusión asistencial, estimándose que «en las consultas de *Atención Primaria* casi un 30% de los pacientes presentan algún cuadro depresivo, ya sea aislado o como síntomas asociados a otro trastorno» (González, 2003).

El infradiagnóstico de ansiedad y depresión en Atención Primaria tienen múltiples explicaciones: La estigmatización de la enfermedad mental hace que el paciente y su entorno prefieran negar su existencia y consultar por síntomas somáticos. -Los mismos profesionales tienen dificultad para reconocer los síntomas leves-moderados, más frecuentes en Atención Primaria. -La existencia de problemas organizativos en el Primer Nivel -Presión asistencial, dificultades de coordinación con el segundo nivel...- puede ser otra de las razones que pueden explicar esta situación.

3.1.6. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

El tema de la clasificación de las depresiones no está totalmente resuelto. Las controversias se centran en si las clasificaciones han de ser *unitarias*- una sola depresión- , *binarias* –dos tipos de depresiones- o *múltiples*. Algunos defienden una *posición unitaria* de los trastornos depresivos; Paykel (1971), Kendell (1974), Zimmerman (1987), Bech (1980), Akiskal (1978) en Ramos (1997) partiendo de un modelo continuo en que las depresiones psicóticas -más biológicas- y neuróticas -más reactivas a acontecimientos psicosociales- ocupan dos polos, en función de una distribución más unimodal que bimodal.

La posición secuencial se alía con la binario-dimensional en el sentido de admitir que existen dos síndromes clínicos, uno identificable con el *tópico neurótico* con predominio de sintomatología ansiosa y otro con el *tópico endógeno* con predominio de inhibición y la conciencia de estar deprimido.

Lo nuevo de las hipótesis secuencial es que «*sólo hay una depresión*», es decir, una enfermedad, que puede presentar un aspecto neurotiforme-ansioso o endogeiforme- inhibido según el momento evolutivo en el que se encuentre, esta hipótesis es defendida por: Ramos JA, Cordero A (1986) y Akiskal MS (1978) quien realiza un seguimiento de pacientes durante cuatro años ofrece un aspecto diferente dentro de la hipótesis secuencial; mostrando que los sujetos fueron etiquetados de forma diferente en dos momentos evolutivos diferentes de la enfermedad: neurotiformes en los momentos iniciales y endogeiformes en los momentos siguientes. También un número elevado de casos mantienen el diagnóstico de depresión neurótica en los años de seguimiento. El cambio de depresión neurótica a endógena se da en proporciones entre 24-50% y lo contrario sucede solo en un 2,5% de las depresiones. Se ha encontrado un componente hereditario en las depresiones endógenas, pero también en las neuróticas, en Zimmerman M (1986).

En las investigaciones sobre la clasificación de Ramos et al (1997) aparecen diferentes estudios, entre éstos, los estudios Paykel (1971) que sigue esta posición unitaria, la mayoría de los pacientes aparecen en una posición intermedia del continuo y sólo unos pocos en los extremos. Entre los que defienden la posición binaria-dimensional se encuentran: Eysenck (1970), Carney M (1972) para quienes la depresión sería endógena o neurótica; habría muchos casos puros y muy pocos mixtos, al revés de Paykel (1971), Carney M (1972) que encontraba lo contrario: una elevada proporción de casos mixtos y pocos casos puros.

Los síntomas ansiosos-neurotiformes- son más evidentes en las primeras fases –con más desencadenantes y menor conciencia de depresión- y ceden en los episodios sucesivos para permitir que los síntomas inhibido-endogeiformes- afloren tal como son; ellos constituyen la depresión desnuda, sin aditivos

Las depresiones neuróticas reciben principalmente psicoterapia en el 77% de los casos, frente al 42% de las endógenas. Cuando se prescriben fármacos a las depresiones neuróticas suelen ser ansiolíticos preferentemente. «El aspecto

neurotiforme de la depresión motiva a que no se den antidepresivos, cosa que sucede en las fases iniciales y a lo que contribuirá a que los sujetos no se reconozcan a sí mismos como deprimidos, facilitando así su cronicidad». *Depresión neurótica, reactiva o psicógena* -rasgos neuróticos de personalidad, ansiedad, pronóstico más favorable, más sensible a la psicoterapia- (Ramos, 1997).

Para Vieta et al (2002:43-47) que estudia la depresión bipolar –maniaco-depresiva-, afirma que «*se manifiesta más precozmente (25-30 años), son episodios más cortos y presentan más recaídas. Son más frecuentes los actos suicidas. Van asociados con más problemas matrimoniales. Una vez recuperados del trastorno, no manifiestan rasgos patológicos de personalidad y se muestran extrovertidos, afectuosos y seguros de sí mismos*». La herencia juega un papel fundamental en la aparición de la *Depresión Bipolar*. Los estudios de mellizos comprueban que si el hermano es idéntico -monocigótico, que por tanto comparte el mismo código genético- la probabilidad que desarrolle la enfermedad es del 60%, si es dizigótico -mellizos diferentes- la probabilidad es de un 25%. Aunque se han realizado muchos avances en genética molecular, todavía no se conoce la localización de los genes que comportan el riesgo de sufrir la enfermedad.

El modelo más aproximado parece ser el que explica la diabetes, el cáncer de mama y muchas otras enfermedades: un conjunto de genes, presentes en gran parte de la población, pero que combinados de cierta manera y bajo la influencia de factores ambientales específicos desencadenarían el trastorno *Depresión Bipolar*. «La herencia tiene un papel fundamental, pero *¿Significa que los hijos de los afectados tendrán necesariamente la enfermedad? No, los factores genéticos sólo conllevan un riesgo, no la enfermedad en sí*. Aunque depende de muchos factores, se puede calcular en el 15% de transmitir la enfermedad a los hijos. Muchas veces se puede heredar un cierto grado de enfermedad, no necesariamente la forma completa. A veces, la enfermedad puede saltar unas generaciones y venir de un antepasado desconocido. Otros casos minoritarios, la enfermedad se debe exclusivamente a factores ambientales -».

«*Los factores externos actúan como chispa que enciende el combustible, que es el conjunto de factores genéticos*. De la misma manera que los factores psico-sociales pueden actuar de manera negativa, también pueden actuar de manera positiva -unas buenas relaciones familiares, una situación económica favorable o un buen apoyo

social- influyen positivamente en el curso del trastorno» (Vieta, 2002:43-47). Esta es el tipo de depresión donde la herencia juega el papel más importante. En la actualidad Ramos (1997) asigna a la *depresión endógena* atributos de depresión *psicótica* - mayor gravedad- y los de *autónoma* -ausencia de desencadenantes y reactividad de los síntomas-. A la *depresión neurótica o reactiva*, se le atribuye un cuadro de menor entidad clínica con sintomatología leve, desencadenada por algún factor psicológico y/o ambiental y ligada a factores personales que responden en exceso a determinadas condiciones del entorno.

Según Vallejo (2006:486-792) *la Depresión Bipolar* se manifiesta entre (25-35 años), las somatizaciones y la ansiedad son más frecuentes, están más cerca de las personalidades neuróticas. En la última clasificación en el DSM-IV (2000) se mantienen los mismos apartados que su predecesor, el DSM III: *Trastornos bipolares* y *trastornos depresivos* (Depresión mayor y distimia).

Es importante conocer la tipología de las depresiones porque los estudios epidemiológicos que nos pueden ofrecer una explicación de la enfermedad en cuanto a sexo están realizados en base a ellas. Pero el hecho de que haya muchas clasificaciones y diferentes tipos de estudios -comunitarios, en consultas de Atención Primaria, Consultas de psiquiatría...- hace que sea difícil establecer una tipología única. Nos referiremos a la actual clasificación diagnóstica utilizada por la medicina y psiquiatría que es el DSM IV -Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- de 1995 aunque a veces también se utiliza el manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición -CIE 10-. Desde al año 1980 todos los trabajos de investigación de todos los países siguen estos criterios.

Cuadro 3.1.6.1. Clasificación de los trastornos depresivos

<p><i>A. Trastorno Bipolar</i></p> <p><i>B. Episodio depresivo</i></p> <p><i>C. Trastorno depresivo recurrente</i></p> <p><i>D. Trastorno del humor persistente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciclotimia - Distimia <p>Otros trastornos del humor</p> <p>Episodio de trastorno del humor mixto</p> <p>Trastorno depresivo breve recurrente</p>	<p><i>A. Trastornos depresivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - T. depresivo mayor - T. distímico - T. distímico no especificado <p><i>B. Trastornos bipolares</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno bipolar I - Trastorno bipolar II - Trastorno ciclotímico - Trastorno bipolar no especificado <p><i>C. Otros tra. Del estado de ánimo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tra. del e. a. a causa de enf. Medica - Tra. del e. a. inducido por sustancias - Tra. Del e. a. no especificado
---	---

Fuente: CIE 10, 1993⁸

Fuente: DSM-IV, 1995

La depresión contiene en su naturaleza unas dicotomías o dualidades que aunque hayan sido eliminadas de las últimas clasificaciones de la OMS y del DSM-IV tienen una larga tradición en la clínica: *Endógena-exógena*; es una categoría definida por la causa, si es de causa más bioquímica o de más psicosocial. En la «*depresión endógena*», también denominada *melancolía*, aparecen los siguientes síntomas somáticos-pérdida de hambre, de peso, insomnio la última parte de la noche, variación diurna con agravamiento a la mañana, inhibición psicomotriz, dificultad de concentración y falta de reactividad de los síntomas frente a los estímulos ambientales.

En la «*depresión reactiva*» se produce insomnio inicial, agravamiento de los síntomas en la tarde, más reacciones de los síntomas frente a las presiones del entorno y más rasgos histéricos y obsesivos. «*Unipolar-Bipolar*»; en los estados bipolares hay una alternancia de episodios de alegría patológica-manía- y de tristeza-

⁸ CIE 10. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima de edición, apartado de psiquiatría, recogido por la Organización Mundial de la Salud.
 DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnósticos propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría, cuarta versión, año 1995.

depresión- presentan dos tipos de síntomas afectivos con características opuestas. En el episodio maníaco hay un estado de ánimo de euforia, un optimismo desmesurado, un aumento de la actividad, más ganas de hablar que aquello que es habitual y una articulación rápida y descontrolada, así como una disminución de la necesidad de descanso. Al contrario el episodio depresivo presenta características opuestas. «*Primaria-Secundaria*»; se basa en criterios como la cronología y la presencia o ausencia de enfermedades asociadas. Se considera un trastorno afectivo primario cuando se presenta en una persona sin antecedentes psiquiátricos ni enfermedades somáticas anteriores al trastorno depresivo o evoluciona paralelamente a ellas. El trastorno secundario, al contrario, es el que está asociado a otras enfermedades psíquicas o somáticas. Según Ferré (2005) en el DSM IV, «la depresión está incluida dentro de los trastornos del ánimo e incluye todos los trastornos mentales que tienen como característica principal una alteración del humor».

Según Vallejo (2005:89) el DSM-IV establece como subgrupos de la *depresión unipolar*, el «trastorno depresivo mayor» y la «distimia», sin embargo tienen muchos puntos de solapamiento, por esta razón parece más claro seguir la tipología clásica que establece tres tipos de *depresión unipolar*:

- Depresiones somatógenas u orgánicas- Depresiones endógenas o melancólicas.
- Depresiones de causa psicosocial o psicógenas

«*La melancolía o depresión endógena*» constituye una enfermedad multisistémica, en la que se afectan los sistemas neuroendocrinos, neuroinmunológicos y las funciones tisulares periféricas. Las pérdidas significativas, separaciones, cambio de domicilio pueden provocarlas siempre que se trate de sujetos predispuestos.

«*Las depresiones psicógenas o neuróticas*» discurren por otro cauce a las endógenas. En este caso son más defendibles las causas psicosociales. Un fracaso persistente y crónico en las relaciones personales y las vivencias de incapacidad pueden conducir a la depresión. Las pérdidas irreparables, las separaciones y un entorno social conflictivo y punitivo afecta a los sujetos menos hábiles psicológicamente lo que se refleja en la mayor incidencia de trastornos depresivos no endógenos entre mujeres de clase social baja y con déficit de soporte y relacional. Probablemente la culpa y la incapacidad de expresión de los sentimientos hacia el exterior actúen como motor generador del trastorno. La agresividad en la mayor parte de estas situaciones no puede proyectarse hacia el exterior y se introyecta en el sujeto

provocando vivencias de impotencia y fracaso, característico de estos estados. La clara menor eficacia de los antidepresivos o la inoperancia de los electrochoques indican que tienen un sustrato biológico diferente. Funciona mejor la psicoterapia.

Cuando leemos estas noticias alarmantes sobre el aumento de la depresión enunciada por organismos internacionales creemos que la sociedad está realmente enferma. Pero al analizar otras fuentes vemos que no es que la depresión esté aumentando de manera desorbitada, sino que lo que aumentan son aquellas formas más leves de depresiones que no dejan de serlo, pero que tienen mejor pronóstico.

Según Castilla del Pino (2002), «la psiquiatrización de la sociedad en gran parte está promovida por la industria farmacéutica». Las depresiones serias, las que tienen un carácter casi psicótico, son realmente escasas y en ellas los factores genéticos son decisivos. Mientras que hay otras depresiones que se han llamado reactivas, que están muy ligadas a circunstancias biográficas, y sobretodo a la culpa y al sentimiento de fracaso personal, por no haber podido llegar a lo que se ha querido ser en esta vida, porque no estamos hablando de una ambición imposible. Para este psiquiatra y escritor interesado por la dimensión Psicosocial y inspirado en George M. Mead, Gordon, Allport, Durkheim, Marx, Simmel, Weber, K. Mannheim pone de relieve dos componentes epistemológicos de la psiquiatría: por un lado el fundamento biológico y por otro los fundamentos psicológicos y sociológicos y confecciona dos artículos: la Vieja y la Nueva psiquiatría. Para él, el diagnóstico es la referencia a una cuestión patológica que tiene lugar en la biografía del sujeto.

El gran fracaso es «*no poder realizarse*». Hay muchos tipos de deseos, pero el deseo fundamental que puede llevar a la depresión, es el que afecta al proyecto vital de cada uno, la carrera por construir su propia identidad: ése es el logro básico. Los otros deseos si no se satisfacen pueden acarrear frustraciones pasajeras. Luego existe lo que denomina «frustraciones por balance» que son las que se producen al constatar la indiferencia entre lo que somos y lo que pensamos que íbamos a ser. Este tipo de visiones, cuando se suscitan a los 40, 50,60 años sumen a la persona en una frustración irremediable.

«Es típico que la depresión se presente en Atención Primaria con una amplia variedad de quejas somáticas y psicosociales» (Evans et al, 2007:7) incluyendo algunas o todas las siguientes: *cansancio, dolor como cefalea o lumbalgia, quejas de distintos sistemas orgánicos, como mareo y debilidad, trastorno del sueño, disfunción*

orgánica vaga, como náuseas o estreñimiento, diagnósticos coexistentes pero relacionados como síndrome de intestino irritable, fatiga crónica o fibromialgia, mala recuperación de la comorbilidad médica grave -incapacidad de volver a trabajar después de un infarto de miocardio-, disfunción de memoria y cognitiva, problemas de aprendizaje y atención, rotura de relaciones.

Es raro que los pacientes deprimidos se quejen de un trastorno del estado de ánimo en la primera consulta o de la posibilidad de un diagnóstico depresivo, a pesar del hecho de que entre un 30-40% de estos pacientes tendría un resultado positivo de síntomas depresivos.

3.1.7. TIPOS DE DEPRESIÓN EN LAS MUJERES

«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 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 Bleichmar (1994:54) *La depresión en la mujer*, las mujeres tienen más depresiones «No Bipolares» según: Mas J (1993), Ribes J (1996), Montero I (2004) 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 -es decir, 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» (Bleichmar, 1999:54).

Siguiendo a Weissman y Kleiman (1991) se puede afirmar que «los trastornos depresivos son más frecuentes en mujeres que en hombres, ya que en la distimia y en la depresión mayor, la morbilidad es doble en mujeres. En el trastorno bipolar es igual para ambos sexos» Mas et al (1993:61-77).

En las investigaciones de Ezcurra (2006) sobre psiquiatría y mujer, «el consumo de sustancias es muy alto en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar». Se señalan tasas del 38% para consumo del alcohol y 25% para otras sustancias. Las mujeres con trastorno bipolar consumen cuatro veces más alcohol y siete veces más, otras sustancias (Hendrick y cols; 2000). Pese a esto, el consumo de tóxicos es significativamente mayor en hombres que en mujeres con trastorno bipolar (Fyre y cols; 2003, Arnold 2003; Kessing; 2004)⁹.

Según González-Pinto y cols (2006) en las investigaciones de Ezcurra (2006) afirma que el consumo de sustancias multiplica por siete el riesgo suicida. En los Amish, comunidad religiosa de origen suizo, situada en EE.UU. que son pacifistas y tienen culturalmente prohibido el consumo de alcohol, drogas y las expresiones de hostilidad y agresividad, se observó que el 71% de los enfermos mentales presentaba una depresión mayor y que la prevalencia de *trastornos unipolares* era similar en las mujeres y los hombres. Las tasas de depresión se multiplicaban por tres, y esto se relacionó con su doctrina de no hostilidad y abstemia. Es una población muy homogénea a nivel cultural y genético que ha sido objeto de muchos estudios epidemiológicos y genéticos sobre trastornos afectivos, fundamentalmente sobre trastornos bipolares y suicidio. (Mas y Tesoro, 1993).

Mas y Tesoro (1993) en su estudio *Diferencia entre morbilidad psiquiátrica entre géneros*, basándose en todas estas afirmaciones, Walinder y Rutz (2001) han propuesto un «*síndrome depresivo masculino*» caracterizado por la *baja tolerancia a la frustración, conductas de acting-out, bajo control de impulsos y abuso de sustancias*.

⁹ Fyre y cols; Arnold, Kessing, autores citados por Ezcurra en: Psiquiatría y mujer.

«*Depresión Mayor*»; La prevalencia es de 3,7-20% según los estudios. Los estudios de Europa y los EE.UU. indican que en la población adulta el 18-23% de las mujeres y del 8-11% de los hombres tienen o han tenido en algún momento algún episodio depresivo mayor. Las mujeres buscan ayuda médica con más frecuencia que los hombres que solo consultan al médico cuando su depresión es muy severa. No existe diferencia entre las clases sociales, sí difieren en los cuadros clínicos: los de nivel socioeconómico bajo, expresan su malestar con múltiples somatizaciones, se quejan de dolor, de alteraciones gastrointestinales como náusea y vómito, cefalea... ya que son incapaces de expresar sus síntomas mentales y subjetivos que acompañan a este padecimiento. Mayor incidencia de 20 a 45 años. La prevalencia parece decrecer a partir de 65 años. Parece que el riesgo de sufrir depresión mayor se incrementa para los nacidos tras la Segunda Guerra Mundial, teniendo mayor probabilidad de sufrir el trastorno los sujetos menores de 45 años. No ocurre lo mismo con la distimia, cuya morbilidad aumenta con la edad.

Los estudios epidemiológicos pese a resultar a veces áridos, proveen de gran información sobre la diferencia entre hombres y mujeres, información que resulta muy sugerente y permite pensar sobre las características de los dos géneros desde una situación más cercana a la realidad y menos a la especulación. En el estudio de Leganés efectuado por Delgado et al (1993:205-232) con una muestra constituida por 1140 sujetos, las mayores diferencias significativas entre géneros en la depresión se dan para en grupo de 40-59 años. Tanto las amas de casa como las mujeres con empleo tienen igual representación en el trastorno depresivo.

La «*Distimia*» tiene menos severidad pero su duración debe ser continua durante dos años. «Se considera un trastorno afectivo crónico, con un estado del humor depresivo que persiste la mayor parte del tiempo. Suele iniciarse en la infancia, adolescencia o en la edad adulta temprana» (Vara, 2006). La distimia es la enfermedad depresiva más frecuente y su prevalencia se estima entre el 2-4% a nivel mundial, representando casi un tercio de los trastornos depresivos según Vázquez-Barquero et al (1986), con una distribución por sexos de 1,72 para hombres y 5,57 para mujeres según Vázquez-Barquero, (1987) en los estudios de Montero (2004) sobre género y salud mental.

Para el Instituto Nacional de Salud (NIH) (1997) en su programa de trabajo para la investigación de la salud mental de la salud de la mujer en el siglo XXI, la *depresión*

mayor se diagnostica casi en el doble de mujeres que de hombres. Además, cada vez hay más pruebas de que la depresión puede expresarse de diferente manera en el hombre y la mujer. En la última década, la investigación ha permitido comprender mejor la carga que supone la enfermedad mental en las mujeres. Debido a que con frecuencia las mujeres se encargan del cuidado tanto de los padres como de los hijos, sus problemas mentales pueden afectar a dos o tres generaciones de miembros de su familia. Por otra parte, las mujeres tienen varias responsabilidades que crean estrés y amplifican la enfermedad mental. Asimismo, las mujeres tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia, una experiencia que se ha asociado a la aparición de distintos trastornos mentales.

"Las mujeres víctimas de la violencia doméstica presentan más síntomas de depresión y más casos de depresión mayor que otras mujeres. "

Jacquelyn Campbell, Ph.D., R.N., F.A.A.N. The Johns Hopkins University School of Nursing.

Según las investigaciones de salud mental y género de Montero (2004), hoy en día es aceptado que el desarrollo psicológico humano tiene particularidades diferenciales según el género, que la vivencia psicológica de la reproducción y de la paternidad y maternidad es distinta en hombres y mujeres, y que el perfil psicopatológico y de morbilidad psiquiátrica presenta diferencias tanto cualitativas como cuantitativas entre los sexos.

3.1.8. DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES FÍSICAS

No debe olvidarse que la depresión tiene un fuerte impacto en la familia y en la comunidad y va más allá de los costes directos vinculados con el uso de los servicios sanitarios. La depresión afecta al rendimiento laboral del individuo de una manera muy marcada.

Según Ayuso Mateos (2004:181-196) debe destacarse «el *curso insidioso y crónico de la depresión*, pues sólo un 25,8% de los afectados evoluciona positivamente a corto plazo y hasta un 70% recae después de un periodo de mejoría». También se señala la importante repercusión que tiene en la vida profesional, social y familiar de los enfermos. Las cifras del coste de depresión varían, pero un trabajo lo ha cifrado en 745 millones de euros anuales, de los que 535 corresponderían a costes directos, derivados del manejo y del tratamiento del paciente, y el resto a pérdidas de la productividad generadas por la incapacidad laboral por la depresión. En los últimos años, la evidencia ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales.

Enfermedades tales como accidentes cerebrovasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida -situaciones deseadas o no deseadas- también pueden precipitar un episodio depresivo.

Para Strok et al (2000) las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

«Las personas que sufren depresión ven incrementado el riesgo de muerte por múltiples causas y no sólo por enfermedades cardiovasculares». En el estudio de (Arnstein) con una muestra de 61.349 individuos que tuvieron un periodo de seguimiento desde 1995 hasta 2001, demostraron que los pacientes con depresión tuvieron mayor riesgo de morir por causas frecuentes, entre ellas la enfermedad cardiaca, ictus, enfermedades respiratorias y enfermedades del sistema nerviosos central -parkinson, esclerosis múltiple- (Arnstein, 2007:323-331).

Las consecuencias de la depresión no sólo se limitan a una peor salud cardiaca o a un mayor riesgo de suicidio, sino que nos encontramos ante un importante problema de salud pública, asociada a una tasa de mortalidad de similar nivel a la asociada al tabaco. También se ha evidenciado que la depresión se presenta con más frecuencia en adultos con diabetes que en la población general. Y conocemos que la diabetes es uno de los factores de riesgo principales para la enfermedad cardiovascular.

Las razones no están completamente claras. Hallazgos recientes sugieren una relación entre depresión y diabetes tipo 2: el Trastorno Depresivo Mayor -TDM- y la sintomatología depresiva puede aumentar el riesgo para desarrollar diabetes tipo 2. Para el caso de diabetes 1, el TDM sigue típicamente el diagnóstico de diabetes. El primer año del diagnóstico de diabetes es el de mayor riesgo para el inicio de TDM.

Según Talbot (2000:1556-1562) «hay evidencia de que los niveles de glucosa en individuos con diabetes mejoran con la remisión de la depresión».

Un concepto importante es el que relaciona la depresión como *factor de riesgo de enfermedad física*. Es el efecto que podrían causar los trastornos del humor en las enfermedades físicas. «Hasta hace poco no se ha demostrado una relación causal entre depresión y el desarrollo de enfermedades físicas; se ha identificado esta relación con la aparición de hipertensión, enfermedad arterial coronaria, infarto de miocardio» (Pomeroy, 2005:59-60).

Pomeroy (2005) en *Complicaciones médicas de los trastornos psiquiátricos*, analiza dos estudios importantes, el estudio de Jonas y cols. (1997), uno de los más amplios realizados en el seguimiento de la depresión en un periodo de tiempo, estudió 3000 sujetos durante 7 y 16 años corroboró como los niveles altos de ansiedad y depresión en la evaluación inicial fueron predictivos de hipertensión al final del periodo de seguimiento. Se identificó en un estudio en el Johns Hopkins Precursors Study por Ford y cols. (1998) en un amplio estudio de 1190 pacientes con un seguimiento de 40 años, «demostró que los sujetos que habían experimentado clínica de depresión tenían un riesgo elevado de haber desarrollado tanto enfermedad arterial como coronaria».

Y no es de extrañar de cómo cuerpo y mente están relacionados porque no pueden separarse. En medicina, psiquiatría, psicología hay muchos estudios de cómo las enfermedades físicas producen ansiedad o depresión pero no de manera inversa, los últimos estudios demuestran esta última afirmación; Pedregosa et al (2005) en

Depresión y cáncer de mama. ¿Hay alguna relación?; Jethà C (2002) en Aspectos psicológicos del dolor. Realidad de hoy, reto para el futuro.

«En las últimas décadas se ha definido una disfunción bioquímica y/o histológica en varios sistemas, tanto dentro como fuera del sistema nervioso central. Muchos de estos trastornos de la función normal parecen incluir a sistemas no relacionados directamente con el Sistema Nervioso Central, como por ejemplo, las alteraciones del sistema inmunológico». Numerosos parámetros de función inmunológica se alteran en la depresión. La proliferación de linfocitos mitógeno-estimulados está embotada. La actividad fagocítica de los neutrófilos está disminuida aunque la de los monocitos puede estar incrementada. Los marcadores de inmunidad humoral estarán elevados, y así diferentes componentes del sistema inmunológico se alterarán. Enfermedades más frecuentes relacionadas con la depresión (Vallejo, 2004:88); «endocrinas: hipertiroidismo, hipotiroidismo, enf.de Addison, enf. de cushing, diabetes, hipo e hiperparatiroidismo, hipoglucemia, anemia, síndrome adiposo-genital. Infecciones: víricas -gripe, hepatitis, neumonía vírica-, tuberculosis, fiebre tifoidea, mononucleosis infecciosa, infección por colibacilos, infecciones urogenitales, encefalitis. Cáncer: carcinoma de cabeza de páncreas. Trastorno del sistema nervioso central: enfermedad de parkinson, arteriosclerosis cerebral, demencia senil, miastenia, esclerosis múltiple, miastenia degenerativa. Trastorno incapacitante de cualquier tipo.

Artritis reumatoidea: lupus eritematoso. Intoxicaciones: medicamentos, plomo, benceno, bismuto, monóxido de carbono».

Otra investigación a la inversa, es que «el dolor crónico puede provocar depresión al alterar a largo plazo mecanismos cerebrales» (Marwan, 2008:1398-1403). Esta «situación bidireccional dolor-depresión o depresión-dolor», es la que aparece en diferentes estudios teniendo cada uno sus defensores, y es la misma que aparece en todos los procesos de enfermedad -depresión o depresión-enfermedad. «Hasta ahora en la medicina han sido más estudiados los efectos que la enfermedad orgánica puede afectar a la “depresión”, pero desde diferentes disciplinas médicas ya se están realizando estudios en que es la “mente” -depresión- la que puede afectar al “cuerpo” produciendo enfermedades».

En Jethà et al (2002:391-340) «*se considera la hipótesis de la bidireccionalidad*». Y es que el dolor es mucho más que una interacción estímulo-respuesta en la que está implicado el sistema nervioso; «*el dolor es una compleja interacción en la que están implicados la estructura de la personalidad, los sentimientos, las creencias y las emociones*». Los sentimientos inconscientes pueden estar implicados en el dolor - miedo, ansiedad, ira, tristeza-, sobretodo en el crónico.

El orden de aparición depresión -diabetes puede ser bidireccional. El hecho de fumar también está ligado a la depresión. Puede resultar como una automedicación para aliviar el estrés o los síntomas depresivos. El riesgo de enfermedad cardiaca es del doble si se padece depresión, hay una correlación positiva entre cáncer y depresión. El orden de aparición puede ser bidireccional. Existe relación entre menor ingreso socioeconómico y problemas físicos y mentales.

Diabetes; la diabetes, no es la excepción junto con la obesidad y la depresión. Zheng, en un estudio de 1810 pacientes realizado en 1999 desarrolló los siguientes factores que eran comunes en la depresión y diabetes en el estudio sobre depresión (de la Garza, 2006):

- Juventud
- Ser mujer
- Tener ingresos bajos
- Pobre escolaridad
- Tabaquismo

La relación entre cáncer y depresión *fue descrita desde la antigüedad*. Ya Hipócrates hablaba de las personalidades melancólicas y el cáncer. En la depresión se ha mostrado la existencia de un perfil bioquímico a nivel endocrino e inmunológico similar al observado en el estrés. A este hecho se le debe añadir que las personas sometidas a situaciones de estrés psicológico suelen mostrar hábitos «menos saludables»-falta de sueño, mala nutrición, poco ejercicio, mayor consumo de alcohol, tabaco y otras drogas-, que les condicionan aún más a padecer ciertas enfermedades.

Para Sirera et al (2006:35-48) en *Inmunología, estrés, depresión y cáncer* afirma que las intervenciones terapéuticas para reducir el estrés pueden influir el curso de la enfermedad neoplásica. La reducción del estrés mediante la provisión de ayuda social

se ha asociado con una mejoría en el curso de la enfermedad neoplásica. Existen otros estudios que corroboran que tanto el estrés, como la depresión y la inflamación son capaces de activar el equilibrio de las citocinas -producidas por el sistema inmunológico-.

Según Pedregosa (2005:20-23) «la modulación del sistema inmunológico por el sistema nervioso central está mediada por una compleja red bidireccional de señales entre el SCN -Sistema Nervioso Central-, el endocrino y el inmunológico». Por este mecanismo la depresión puede intervenir en el cáncer de mama.

La relación entre funcionamiento tiroideo y depresión se ha constatado en deferentes contextos. «Se ha descrito una asociación entre la *manía* y el hipertiroidismo, entre la depresión y el hipotiroidismo» (Ezcurra, 2006).

La pérdida de memoria es una alteración frecuente en pacientes con depresión, parece ser que la depresión pueda mermar la capacidad de procesar información, según un estudio que ha analizado la onda eléctrica cerebral P 300 (Collault-Valera, 2008).

En los estudios de González (1999) sobre el dolor crónico afirma que dentro de la comorbilidad física, la depresión se asocia con *dolor crónico*. «*El dolor crónico es un síntoma somático; pero también una defensa frente a conflictos, una forma de manifestar el fracaso o las necesidades, una manifestación de afectos o relacional, una conducta resignada frente a la indefensión, una rendición ante la monotonía*».

En los enfermos con dolor crónico, la patología depresiva y ansiosa, la patología dolorosa, el cansancio, los síntomas somáticos y el insomnio es lo más frecuente, convergiendo, a través de factores físicos en los que se apoyan, en el nacimiento del dolor crónico (Ballina et al,1995:326-34), para este autor, un 30% de las enfermedades crónicas conllevan alteraciones psiquiátricas, un 20%-80% de cuantos acuden a MG aquejan entre otros síntomas dolor, un 40% presentan patología psiquiátrica, a un 25% se le describe trastornos psiquiátricos definidos, un 75% de los depresivos acuden por síntomas somáticos y casi un 70% de cuantos padecen dolor crónico presentan alteraciones psicológicas/psiquiátricas de aquí la importancia de situar a la psiquiatría en los Centro de primaria: la Psiquiatría de enlace. En los enfermos con dolor crónico, la patología depresiva y ansiosa, la patología dolorosa, el cansancio, los síntomas somáticos y el insomnio es lo más frecuente (Goldengerg, 1988).

López Ibor (1972:120-245) en los estudios que realiza sobre depresión enmascarada, considera a algunos síntomas somáticos como dolor, fatiga o cansancio como «*equivalentes psiquiátricos*», en las últimas décadas se hacen más frecuente la «*depresión enmascarada*» y «*depresiones monopolares*», manteniéndose la frecuencia de las bipolares.

El aumento de este tipo de depresiones sería a cuenta de las anteriores neurosis y en particular histerias, que hoy se diagnostican cada vez menos. El hombre-mujer occidental moderno estaría perdiendo la capacidad de expresar sus emociones, trasladando la expresión de los conflictos a lo somático.

En la sociedad actual son más aceptables socialmente los síntomas físicos que los trastornos psiquiátricos lo que provocaría esta tendencia a somatizar. Desde 1973 se logra consenso al definir *Depresión Enmascarada* como «*aquellas manifestaciones de depresión en que los síntomas somáticos están en primer plano, o en que los síntomas psíquicos están enmascarados*» y se denominó *Equivalentes Depresivos* cuando faltan totalmente los síntomas depresivos. Las manifestaciones somáticas de esta depresión sin depresión serían: algias -dolor-, Parestesias -hormigueo-, Cefaleas -dolor de cabeza-, vértigos, trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, neurovegetativos, etc.

Burín (1996) y Bleichmar (2001) han considerado los *aspectos subjetivos y normativos* de género como elementos subyacentes a la enfermedad mental, particularmente relacionados con la depresión en las mujeres. En ambos casos, se incorporan elementos que trascienden la noción de los problemas orgánicos como causa de la enfermedad mental, a la vez que se recupera la complejidad de sus determinantes.

Según Bleichmar (1991) la enfermedad depresiva es dos veces más frecuente en las mujeres como hemos visto anteriormente, lo que ha generado explicaciones asociadas a los ciclos biológicos de las mujeres como el *síndrome premenstrual o posparto, el climaterio y la menopausia*.

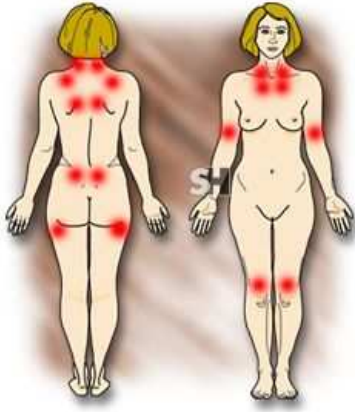
Los estudios realizados por Burín (1996) y Bleichmar (1991), demuestran que no existe evidencia entre el cambio hormonal y el desarrollo de la depresión, como sucede en el estudio de la depresión en la menopausia que pone en evidencia el

desarrollo de la depresión no específicamente asociada con los cambios hormonales de la menopausia fisiológica sino con otros factores: menopausia quirúrgica, depresión previa, estado de salud, estrés social o familiar y actitudes negativas hacia la menopausia. No está claro si sólo se debe al déficit brusco hormonal, a la situación Psicosocial o a la enfermedad que provocó la depresión.

Aparecen diferentes factores asociados a depresión como son las tensiones familiares y sociales, así como el pensamiento negativo asociado, estos factores parecen más implicados en la etiología de los trastornos depresivos en la menopausia que el cambio biológico-hormonal (Sempere, 1998:49-50).

3.1.8.1. FIBROMIALGIA, ENFERMEDAD FEMENINA

La palabra fibromialgia significa “*dolor en los músculos, ligamentos y tendones*” - partes fibrosas del cuerpo-. La fibromialgia es un estado doloroso no articular que afecta predominantemente a los músculos; sus características principales fueron enunciadas como *dolor generalizado y una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos* (tender points o puntos gatillo).



**Cuadro 3.1.8.1. 1. Cuadro
18 puntos de dolor en fibromialgia**

- Puntos dolorosos:
- Occipucio
 - Cervical Bajo
 - Trapecio
 - Supraespinoso
 - Segunda costilla
 - Epicóndilo
 - Glúteo
 - Trocánter mayor
 - Rodillas

Fuente: Galindo Parres C. Fibromialgia. Dolor 2004.

Según García-Campayo (2004:157-168) es «una enfermedad caracterizada por dolor generalizado, fatiga, trastorno del sueño, trastornos afectivos y/o del estado de ánimo -ansiedad-depresión-, acompañada de trastornos cognitivos: dificultades de atención, memoria y concentración, y otros como colon irritable, cefaleas, disfunción temporomandibular, trastornos vegetativos...» Un 90% de los diagnosticados son mujeres. La edad de inicio más frecuente es entre los 30-60 años, aunque puede empezar en todas las edades, incluyendo la, adolescencia y la vejez. Son periodos de cambio o transición donde el síntoma predominante es el dolor generalizado, aunque a veces el inicio del mismo es localizado. El dolor puede aumentar en diferentes en diferentes circunstancias como puede ser el frío, estrés, alteraciones del estado del ánimo o aumento del ejercicio físico, lo que hace que la intensidad de los síntomas sea fluctuante y pueda variar desde molestias leves a un dolor invalidante para realizar cualquier actividad.

Típicamente se asocia con fatiga persistente, sueño no reparador, rigidez generalizada que frecuentemente se acompaña de otros síntomas somáticos (Consensus Document on Fibromyalgia, 1993) como hormigueo en las extremidades, trastornos abdominales, necesidad de orinar con frecuencia, ansiedad y depresión. Se estima una prevalencia en población general entre 1% y 11% según Carme Valls (2002), 6% en las consultas de medicina general; es primer diagnóstico en el 14% al

20% de las consultas de reumatología; el 90% son mujeres según Bonifacio Álvarez (1996) (Velasco, 2006:32).

La fibromialgia o síndrome fibromiálgico se podría definir como un trastorno en la modulación del dolor, de etiología desconocida, que se caracteriza por un cuadro de dolor crónico musculoesqueléticos, generalizado, benigno, de origen no articular, con afectación de los músculos, y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos definidos, sin alteraciones orgánicas demostradas .

Pascual et al (2004):71-72 afirman que aunque la fibromialgia ya fue descrita desde hace un siglo por Gowers con el término de «*fibrositis*», no ha sido reconocida como enfermedad hasta que el American Collage of Reumatology en 1990 definiese los criterios de la misma. En 1993 la OMS la incorporó en su lista de enfermedades. «*A pesar de esto no ha escapado a una cierta controversia entre los que creen que la enfermedad existe como tal y los que no lo creen*» (García-Campayo, 2004:157-168). El primer estudio epidemiológico sobre fibromialgia en población general fue realizado en Suecia en 1989. Desde entonces se han llevado a cabo distintos estudios de prevalencia en Europa, Sudáfrica, Israel y EE.UU. Sin embargo dichos estudios sólo estudian, la prevalencia de la enfermedad, lo que no permite observar el curso de la fibromialgia en la comunidad. La *calidad de vida de estas pacientes* es menor que la que tienen pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis, y mucha menor si se compara con sujetos sanos según Wolfe et al (1995).

Hay una serie de factores que se encuentran asociados a la fibromialgia:

- Dolor Crónico
- Eventos traumáticos en la infancia
- Sintomatología depresiva y ansiosa
- Modos de afrontamiento y otras variables cognitivas

Según Galindo (2004:171-187) *en Dolor*, «existen importantes relaciones entre factores psicosociales y dolor en pacientes con fibromialgia. Los factores que tienden a aumentar el dolor son: la presencia de ansiedad y depresión, el estrés, los trastornos del sueño y las estrategias de afrontamiento maladaptativas». Los síntomas más frecuentes son: *dolor muscular generalizado*; la paciente, habitualmente es una mujer de 30 a 50 años de edad que refiere que le «duele todo» o que «le duele de la cabeza a los pies». El dolor es difícil de definir, en ocasiones de localización imprecisa o cambiante, de intensidad variable, y puede cambiar día a día... Se agrava con el ejercicio físico intenso o con el reposo prolongado. El dolor crónico, es un síntoma

somático, pero también una defensa frente a conflictos, una forma de manifestar el fracaso o las necesidades, una conducta resignada frente a la indefensión, una rendición ante la monotonía, una experiencia emocional ante una lesión inexistente (González, 1999).

«El dolor tiene un componente afectivo irreductible y existen importantes relaciones entre factores psicosociales y dolor en pacientes con fibromialgia» (Martínez E, 2003). El dolor es controlado de forma natural por el organismo a través de las distintas estructuras del SCN -Sistema Nervioso Central- implicadas en su neurotransmisión e integración. Desde el punto de vista neuroquímico algunas sustancias como los opiáceos endógenos -encefalinas y endorfinas- y distintas monoaminas como la serotonina son responsables de dicha modulación. El papel de dichas sustancias en procesos emocionales como el estado de ánimo, la depresión, el afrontamiento psicológico de determinados problemas... destaca la importancia que tienen los factores emocionales en la percepción del dolor. De los factores psicosociales desencadenantes, quizás el más frecuente sea el estrés. El que la persona carezca de las adecuadas habilidades para afrontar dichas situaciones con éxito, incrementa su valor estresante y las repercusiones del problema (Comeche, 1998:362).

Fatigabilidad; incapacidad para realizar las tareas cotidianas. Expresiones típicas «siempre estoy cansado». *Rigidez*, sensación de rigidez generalizada preferentemente en manos. Suele mejorar al iniciar el ejercicio. *Sensación de tumefacción matutina en las manos*, casi el 50%. Parestesias en los miembros inferiores y superiores. *Alteraciones del sueño. Depresión, estrés o ansiedad* entre un 50-70% de los pacientes. Contrastando con la multitud de síntomas, la exploración física es normal. «El signo más característico es la presencia de múltiples puntos de dolor con aumento de sensibilidad a la palpación digital -tender points-» (Galindo, 2004:171-187).

En muchas ocasiones, en estos pacientes contrasta la intensidad de las quejas expresadas y la percepción de incapacidad que manifiestan, con la conservación del apetito, el buen estado general y la excelente capacidad funcional hallada en la exploración.

Algunos autores consideran que la fibromialgia y otros Síntomas Somáticos Funcionales cumplen con la descripción clásica de *la histeria* (Barrera, 2005) - ganancias secundarias, dramatización, poca tolerancia...- pero su sintomatología se ha transformado culturalmente, los pacientes señalan aquellos síntomas que pudieran resultar más apropiados para obtener tanto la protección de los profesionales de la salud como de su entorno sociocultural.

Modelos de Afrontamiento; otra teoría propuesta es *la teoría del aprendizaje* que daría cuentas del proceso de instalación y mantenimiento de los síntomas. Las conductas inducidas por traumas dolorosos pueden incluir mecanismos mediados autonómicamente, así, respuestas de músculos lisos, glandulares y algunas bioquímicas pueden ser evocadas y mostrar gran persistencia en su respuesta al estímulo reminiscente del trauma original.

Las manifestaciones escritas por las pacientes en su registro diario de los sucesos, emociones y pensamientos asociados al dolor y la fatiga confirman la presencia de la sintomatología clásica que caracterizó el constructo de la histeria. *Estas pacientes son vulnerables al entorno, con historia de sufrimiento en la niñez y asumieron el rol de adultos desde muy temprana edad. Los síntomas parecen ser el único mecanismo que en algún momento de su vida les permitió liberarse de las responsabilidades que asumieron desde niñas. Desafortunadamente, al parecer este síntoma fue asociado al entorno de acuerdo a las leyes del aprendizaje. La fibromialgia como entidad nosológica cumple con las características de la histeria, pero como etiología se establece por aprendizaje (Ibídem). Un paciente con vulnerabilidad psicológica debida a la exposición en la niñez a maltrato físico, psicológico o sexual, que haya desarrollado algún trastorno de la personalidad cuando adulto joven, con antecedentes de ansiedad y depresión y cuyo rol en la sociedad se caracteriza por el presentarse como una persona ordenada, trabajadora y responsable, en algún momento de su vida en presencia de un dolor real asocia, por condicionamiento, el dolor con la posibilidad de descanso y relajamiento.*

Así, ante la posibilidad de descanso se evoca el dolor. Por otra parte la búsqueda de tratamiento para el dolor y su cansancio asociado, le proporcionan al paciente aprendizaje operante, donde la atención por parte del entorno y la liberación de presiones laborales y familiares funcionan como reforzadores de la primera

asociación. La repetida exposición a estos estímulos generaliza el aprendizaje y la misma sintomatología se mantiene y amplifica, generándose un círculo vicioso que la perpetúa.

Depresión; la depresión influye en la percepción del dolor musculoesquelético, haciendo que este se perciba con mayor intensidad. Algo similar ocurre con respecto a los trastornos de ansiedad siendo en estos pacientes más frecuentes (Pascual et al, 2004). La atención al dolor y el miedo a sufrimiento son factores frecuentemente asociados a las enfermedades que, como la fibromialgia, producen dolor crónico. Desde un punto de vista evolutivo, la atención es definida como selección para la acción. Esta excesiva atención al dolor es lo que se denomina *hipervigilancia* y es lo que hace que los pacientes tengan una más alta sensibilidad al dolor, con un menor umbral de tolerancia.

Con el síndrome ya instalado y fortalecido, los pacientes evitan la actividad, y algunos se involucran en litigios para conseguir incapacidad o buscan facilidades laborales. Las distorsiones, no deben considerarse como intentos conscientes del paciente de presentar un cuadro falso; estas distorsiones son generalmente efectos naturales del aprendizaje o la experiencia y no conllevan necesariamente implicaciones de simulación. Las conductas aprendidas de dolor no deben considerarse erróneamente como simulación, lo que implicaría un propósito consciente de imitar un síntoma para lograr algunos beneficios.

En el caso de las conductas aprendidas de dolor, no sugieren engaño consciente, sino que las conductas no son a propósito y se dan como resultado del reforzamiento ambiental. La mayoría de los pacientes que muestran conductas aprendidas no son conscientes de lo que hacen, ni están conscientemente motivados a obtener reforzamiento positivo por tales conductas, mientras que los simuladores pueden intencionalmente exhibir conductas exageradas indicativas de dolor.

En González A (2003) aparecen tres hipótesis para explicar la asociación entre fibromialgia y depresión; «*La fibromialgia puede ser simplemente una manifestación de la depresión*», pero no se da en todos los pacientes; hay escasa respuesta a tratamientos antidepressivos.

«*La depresión es causada por la fibromialgia*», pero normalmente la precede y, además, hay historia de depresión familiar; existe una anormalidad fisiopatológica común. «*Además de la depresión, las/os pacientes con FM suelen tener una alta prevalencia de trastornos mentales pasados y/o actuales como trastorno de pánico, fobia simple, distimia, ansiedad e hipocondría*». En cuanto a manifestaciones físicas, generalmente hay contracciones en la zona del cuello y hombros, pero también las hay en otras zonas del cuerpo. La paciente debe aprender a identificar las zonas, a relajarlas y a no sobrecargarlas. Esto puede hacerlo mediante el masaje, la rehabilitación global, el yoga, el tai-chi y otros recursos similares. Se ha observado una relación entre la tensión muscular y una tensión psíquica sostenida, que aconseja realizar técnicas de relajación o psicoterapia.

El uso de fármacos debe ser controlado e ir disminuyéndolos, en lo posible, para ir tratando la manifestación profunda y que no quede oculta por la reducción de los síntomas.

Se calcula que los costos sociosanitarios -directos e indirectos- son el doble de otras enfermedades. Probablemente sería necesario la existencia de una Unidad Multidisciplinaria -médicos, psicólogos, fisioterapeutas, asistentes sociales, enfermeras-os....- implicados en la atención de estos pacientes, según la evidencia científica que existe o se dispone. Los pacientes son atendidos por múltiples especialistas -Médicos de familia, Reumatólogos, Psiquiatras, Rehabilitadores.....- y sería importante una coordinación entre ellos. La educación a estos pacientes es la piedra angular del éxito. Se les ha de explicar el proceso. Es importante explicarles lo siguiente:

- La causa es desconocida.
- El proceso es muy frecuente.
- Los síntomas que nota el paciente son reales, aunque no se encuentran hallazgos objetivos.
- No se producen lesiones, por tanto, nunca habrá una invalidez física o alteraciones por esta causa.

No hay ningún fármaco que esté aprobado por la FDA o EMEA. La utilización de medicamentos irá dirigida a mejorar aspectos parciales, pero que puedan dar una más buena sensación de salud y calidad de vida. Se intentará sobretodo mejorar el sueño y calmar el dolor dentro de lo posible. Hay evidencias de que el ejercicio físico mejora el

dolor, la salud mental -grado de ansiedad y depresión- y el impacto global sobre la vida del paciente según el protocolo de Arasa (2005).

Se trata de pacientes que visitan múltiples especialistas sobretodo Reumatólogos y Psiquiatras afectadas de largos periodos de IT -Invalidez Laboral Transitoria- y con un nivel bajo de salud identificado por ellas-os. Son pacientes a las que se les ha recetado gran cantidad de medicación para aliviar los síntomas, aunque, hasta el presente no disponemos de ningún tratamiento efectivo de la fibromialgia. De todos modos se recetan:

- Analgésicos
- antiinflamatorios
- Psicofármacos y miorrelajantes: antidepresivos
- Tratamiento no farmacológico: terapias alternativas -balneoterapia, crioterapia, electroacupuntura, fototerapia, masoterapia, ejercicio...-
- Psicoterapia (Galindo, 2004:171-187). El objetivo de la mayoría de técnicas psicológicas no es abordar y eliminar directamente el dolor. Una de las características del dolor crónico es, su resistencia a los procedimientos analgésicos convencionales. Los procedimientos psicológicos no aportan ninguna «solución analgésica» que de forma mágica elimine el dolor. Por el contrario, la intervención psicológica deberá centrarse en conseguir que el individuo acepte el trastorno crónico que padece y aprenda una serie de estrategias para reintegrarse en su vida normal, a pesar del dolor. Referirnos al dolor crónico es referirnos a un conjunto de variables -fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales- implicadas en la percepción del dolor (Comeche, 1998).

¿Quizás la mujer esté realmente sobrecargada o experimente algunas emociones negativas que no pueda canalizar y aparezca la enfermedad? Es donde el género femenino alcanza el protagonismo más importante y también es una de las situaciones más insatisfactorias en la relación enfermo/médico. No hay duda que la Sanidad Pública ha de actuar de una manera protocolarizada para intentar conseguir resultados mejores, de hecho ya se está actuando puesto que estos enfermos son de los que más recursos sanitarios piden y consumen. Está claro que existe una sintomatología, pero analizar cómo la mujer afectada identifica o manifiesta las posibles causas de su «malestar» sería importante para avanzar en una visión no tan biológica y desde una perspectiva de género.

La enfermedad ha estado estudiada desde el punto de vista de los signos y síntomas pero muy poco desde el discurso de estas mujeres relativo a su “feminidad” y a los “estereotipos de género” impuestos o culturalmente aceptados y con los que la mujer le ha tocado vivir y desarrollarse como persona.

3.1.9. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Los medicamentos antidepresivos empleados en los años 50 habían sido perfeccionados hasta tal punto que habían demostrado su eficacia y evidencia. La mayoría de estos fármacos actuaba sobre la función cerebral de los neurotransmisores -mensajeros químicos que permiten que los impulsos neuronales del cerebro crucen de una fibra nerviosa a otra por sus hendiduras o sinapsis-. A finales de los 80 los antidepresivos se habían convertido en el tratamiento de primera línea para la depresión clínica.

Los antidepresivos presentan efectos adversos que están en relación con las dosis administradas. Pueden aparecer al inicio del tratamiento, o tras aumentar la dosis. Muchos de los efectos adversos aparecen antes de alcanzarse el efecto antidepresivo. Entre ellos pueden producirse sequedad de boca, sedación, somnolencia, hipotensión ortostática. También se pueden originar temblores y trastornos del ritmo y de la conducción cardíaca. Por lo general se trata de fármacos peligrosos en sobredosis (Méndez et al, 2006).

Los tratamientos psicológicos también empiezan a tener éxito. Existen al menos cuatro abordajes para la depresión:

- *Abordajes Conductuales*; enfatizan la necesidad de incrementar la participación de las personas deprimidas en actividades reforzantes o placenteras, mientras que el incremento en habilidades sociales corrige los déficits conductuales que incrementan el rechazo y el aislamiento social de las personas con depresión.

- *Terapia Cognitiva*; el objetivo común es cambiar el modo en que los pensamientos, imágenes e interpretaciones de la realidad, contribuyen a la aparición y mantenimiento de los trastornos emocionales y conductuales asociados a la depresión.

- *Terapia Interpersonal*; afirma que aprender a resolver disputas interpersonales y a cambiar roles alivia la depresión.

Las terapias han sido evaluadas en múltiples estudios, y cuando se examinan sus resultados frente a la medicación antidepresiva, su eficacia se considera similar (Zinder, et al, 2006 : 29-30). También pueden ser útiles los *métodos de autoayuda* tanto en una depresión incipiente como en una avanzada. Se pueden aprender sistemas para cambiar el pensamiento negativo, desviar la atención hacia actividades placenteras y desarrollar progresivamente la confianza en uno mismo y la ilusión. Al igual que todos los tratamientos, cuanto antes se empiece será mejor. Las técnicas de autoayuda pueden contribuir a la mejoría ya evitar recaídas.

Según Sobel (2000:176-177) «la medicación puede ser de especial utilidad en casos de depresión profunda, pero por sí sola, no puede producir los cambios necesarios en la manera de pensar, sentir y percibir el mundo. La terapia y/o autoayuda pueden enseñarnos métodos para controlar nuestro estado de ánimo».

Se comprobó que uno de los *principales problemas* de la enfermedad es el *retorno* de nuevos episodios de depresión en personas que ya han experimentado uno. La magnitud del problema había cambiado. Las estimaciones sugieren que al menos un 50% de los pacientes que se recuperan de un episodio inicial de depresión, padecen al menos un episodio posterior y los pacientes con dos o más episodios anteriores presentaran una probabilidad de recaída situada entre el 70-80%.

Se comprobó que la «depresión unipolar» era una *enfermedad crónica*, para toda la vida, donde el riesgo de episodios reincidentes supera el 80% y los pacientes experimentarían una media de cuatro episodios depresivos mayores de veinte semanas de duración. Hasta finales de los años 60 y principios de los 70, el objetivo se situaba en desarrollar tratamientos efectivos para la depresión aguda, se había dedicado una atención muy relativa al riesgo de recaída del paciente.

Uno de los primeros estudios longitudinales fue el realizado por Keller (1983) que realizó un seguimiento de 141 pacientes diagnosticados de un episodio depresivo mayor durante 13 meses e informaron que 43 sujetos (33%) habían recaído después de sentirse bien al menos durante ocho semanas. Los datos sugerían una gran diferencia en cuanto al pronóstico de aquellos que carecían de una historia pasada de depresión, de aquellos que habían padecido al menos tres episodios previos. Estos

grupos recaían con tasas significativamente diferentes -22% para los primerizos, frente al 67% de los pacientes con una historia de tres o más episodios-. Se comprobó también que quienes recaen con prontitud tras una recuperación se convierte en un trastorno de larga duración. «Demostró que la psicoterapia al igual que la medicación antidepresiva podía disminuir las posibilidades de que retornara la depresión. Se demostró también que existía un vínculo entre las habilidades específicas enseñadas a los pacientes y la prevención de recaídas/recurrencia depresiva». Cuantos más elementos de la terapia personal se habían aprendido, más tiempo los pacientes permanecían en un buen estado emocional (Ibídem).

En los años 80 uno de los temas de discusión era el escaso reconocimiento de la depresión, y el uso inadecuado de estos fármacos al emplearse en dosis infraterapéuticas y por periodos de tiempo que muchos autores criticaban de excesivamente breves por lo que desde organismos oficiales -como el Instituto Nacional de la Salud Mental estadounidense o el Colegio Oficial de Psiquiatras y Médicos británico-, se plantearon campañas de sensibilización para su diagnóstico. En este contexto apareció en el mercado el Prozac, (fluoxetina), primer ISRS -Inhibidor de la recaptación de la Serotonina-comercializado. Desde su lanzamiento los ISRS se pusieron de moda, experimentando un extraordinario crecimiento en su prescripción y alcanzando durante esta década cotas de ventas espectaculares. En 1990 la fluoxetina se convirtió en el número uno de los fármacos más recetados por los médicos y en 1994 era el número dos de los fármacos más vendidos en el mundo, detrás del Zantac, (ranitidina).

La popularización de los antidepresivos sobrepasó el contexto clínico asistencial y se convirtieron en productos más de consumo, definidos en términos de *«píldora de la felicidad» «píldora de la timidez»*. Simultáneamente, han aparecido cada vez más estudios que hablan de su eficacia y han aumentado las indicaciones de estos antidepresivos a una amplia gama de trastornos.

Los ensayos clínicos estiman una eficacia del 70 % para los antidepresivos y del 40 % para el placebo y algunos autores señalan que no hay evidencia de mejoría en el tratamiento de la depresión a pesar del aumento en la prescripción de antidepresivos. Por otra parte parece que los antidepresivos son superiores al placebo en la depresión mayor, pero esto no ha podido ser demostrado en el tratamiento de la depresión leve, lo que puede significar un gasto sanitario innecesario. Autores como Sirching en Lozano (2004:83-96) señalan además el aspecto iatrogénico, ya que con los nuevos

antidepresivos mucha gente con depresión menor está recibiendo un placebo con efectos secundarios. «Además, en un estudio realizado en Atención Primaria se ha mostrado que alrededor del 50% de las prescripciones se realizan en sujetos que no cumplen los requisitos necesarios para establecer un diagnóstico psiquiátrico».

Otro indicador indirecto de la repercusión clínica del uso de antidepresivos serían las tasas de suicidio. Algunos autores relacionan directamente la depresión no tratada con el alto riesgo de suicidio y aunque algún estudio sugiere una bajada de la tasa de suicidios con el aumento de la prescripción de antidepresivos. «El incremento en la prescripción de antidepresivos para otros autores como Barbui no ha ayudado a prevenir el suicidio (Ibídem)».

3.1.9.1. MEDICALIZACIÓN DE LAS MUJERES Y OTRAS TERAPIAS

Carmen Valls (2005) en sus estudios sobre la salud de las mujeres expone que «a lo largo de la vida de las mujeres y cada vez a edad más temprana, es más probable que una mujer reciba un ansiolítico o un antidepresivo en las primeras consultas que hace a un especialista». Los psicofármacos son los primeros fármacos que incrementan la factura del estado español. En el 2003, según el Ministerio de Sanidad, los médicos de la Seguridad Social, recetaron en España más de 20 millones de cajas de fármacos antidepresivos. Por cada diez personas que toman psicofármacos 8,5 son mujeres y 1,5 son hombres. Para Carmen Valls (2001) *«las consecuencias a largo plazo de administrar ansiolíticos y antidepresivos cuando no se ha realizado un correcto diagnóstico biológico o social, no han sido todavía analizadas, pero deberían ser incluídas en el capítulo de mala práctica profesional»*.

La expansión del mercado farmacéutico ha tenido profundas consecuencias en la vida y en la salud de las personas. Por un lado, el descubrimiento de nuevas drogas facilitó progresos significativos en la terapéutica de muchas enfermedades; por otro lado, la transformación de los medicamentos en mercancía común dentro del mercado de consumo, hizo que su demanda fuese estimulada artificial e intensivamente, con el resultado de que la nueva tecnología de producción industrial de medicamentos

presenta, de manera creciente, graves problemas, ya sea respecto de la seguridad y la eficacia de los fármacos, ya se respecto de la efectiva necesidad de consumo.

La transformación de los medicamentos en bienes de consumo, promovida por las empresas productoras, y muchas veces con poco o ningún control por parte de las autoridades sanitarias ha terminado por engendrar una sociedad medicalizada. Para el estudio de la problemática de las mujeres y los psicofármacos he partido de algunos interrogantes básicos. Uno de ellos es ¿por qué el doble de mujeres que de varones consumen psicofármacos?, y otro es: los tranquilizantes... ¿son un remedio para nuestros conflictos como mujeres? El problema es la prescripción abusiva por parte de los médicos, y el consumo excesivo de tranquilizantes entre las mujeres. Los psicofármacos a los que nos referimos comprenden los ansiolíticos - utilizados para combatir estados de ansiedad-; los antidepresivos -que se prescriben para tratar estados depresivos, estados caracterizados por sentimientos de tristeza, abatimiento, llanto, etc-; y los somníferos -indicados para situaciones de insomnio-. Se trata de drogas legales, es decir, de fabricación permitida y de distribución lícita. Ésta constituye la forma específicamente femenina de tomar drogas. Nos referimos al amplio grupo de las Benzodiazepinas, denominas «*drogas maravillosas*» cuando fueron descubiertas, ya que parecía que tenían todas las ventajas de las drogas que se había utilizado hasta ese momento -las llamadas barbitúricos-, y ninguna de las desventajas, principalmente que no tenían los efectos adversos de las anteriores.

Los países que estudiaron más a fondo esta problemática con las mujeres fueron Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y Australia. Las pautas de consumo de estos psicofármacos fueron coincidentes en todos ellos: «la relación entre hombres y mujeres recetados con tranquilizantes ha sido siempre de dos a uno. Esto significa que la tendencia internacional indica que *el doble de mujeres que de hombres consumen psicofármacos*».

Las cifras indican que entre las mujeres de 18-29 años, el 12% utiliza tranquilizantes, entre las de 30-44 años, el 21%, y la cifra se eleva al 25% en las mujeres mayores de 60 años. El problema de la medicalización aumenta con la edad de las mujeres. Se medicaliza la menstruación, este hecho resulta obsoleto y perjudicial, dicen ahora, y al igual que el síndrome premenstrual, el parto, la menopausia. «*Cuando la mujer llega a la consulta médica se ve a la medicación como una solución. Más que buscar las causas que originan los síntomas, se les ofrece la droga para silenciarlos*». Si se escucha con atención a las mujeres y se investiga con

detalle la vida cotidiana podremos acercarnos demasiado a otros diagnósticos y a otras prácticas.

«Es importante que las mujeres puedan participar críticamente de las decisiones que se toman en el entorno de su salud; activar sus recursos personales; manifestar mecanismos de resistencias, cuestionar o rechazar la ingestión de los fármacos prescritos; ayudarse una misma mediante un conocimiento mayor de la propia persona incluyendo el cuerpo; informarse y desactivar el poder de la medicina» (Red feminista de Cataluña, 2007:228-249).

En Argentina los datos con que contamos para evaluar el abuso de psicofármacos entre las mujeres son escasos, fragmentarios y desactualizados. Existe una investigación desarrollada entre 1979 y 1981, por el Programa de Epidemiología Psiquiátrica con investigadoras del CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas- que indica que en Buenos Aires y el conurbano, entre las personas encuestadas el 9,72% de las mujeres revelaba haber consumido psicofármacos en el último año, junto con el 6,60% de los varones encuestados, o sea que se repite la misma proporción que se revela en los estudios internacionales; Según Tubert (2005) *«eso nos haría pensar que algo no debe andar muy bien en nuestra sociedad para que una de cada diez mujeres necesite consumir sustancias para empezar cada día o para poder irse a dormir cada noche»*. En estas investigaciones y siguiendo diferentes estudios sociales se plantea la salud mental de las mujeres no como una categoría diagnóstica típica del paradigma biomédico, no se define como enfermedad sino como *«malestar en la cultura»*. Al no definirlo como enfermedad no se buscará resolverlo con más medicación, más psiquiatrización.

Mabel Burín (1991:60), plantea que *este sufrimiento femenino expresa el «malestar de las mujeres»* entendiendo a éste como una «sensación subjetiva de padecimiento psíquico que no se encuadra dentro de los clásicos criterios de salud o enfermedad». La salud mental se caracteriza más bien, «en términos de conflicto, los que son siempre situaciones contradictorias, incompatibles entre sí, que pueden ser registrados por el sujeto tanto de forma consciente como de forma inconsciente; en este último caso, el sujeto percibe la tensión o ansiedad, pero no reconoce ni discrimina los términos de conflicto que la producen».

Se ha demostrado que la terapia de grupo, es positiva para mejorar los síntomas depresivos. Lara (2003:225-227) en el estudio de intervención psicosocial para las

mujeres con depresión que realizaron, se desarrolló una intervención psicoeducativa e grupo y en otro grupo individual. La disminución de los síntomas antidepresivos se da en los dos grupos y no se da ninguna diferencia significativa en cuanto a la técnica individual o grupal. Además del componente educativo, en la terapia se incluyen algunas técnicas utilizadas en psicoterapia y otras derivadas de la terapia cognitivo-conductual. «Entre ellas se encuentran aquellas relacionadas con temas de género como: incrementar las conductas positivas, ampliar el repertorio conductual, mejorar su autoestima, cambiar la percepción de su entorno, mejorar la solución de problemas y la expresión de sentimientos de tristeza, miedo y enojo». Otra técnica realizada es el *tratamiento de la depresión basado en el logro de objetivos* (Antonini, 2007), mediante su aplicación, se ha logrado que pacientes con depresión remitan su sintomatología depresiva en un corto periodo de tiempo. Los terapeutas trabajan la consecución de determinados objetivos a cumplir, algunos de manera secuencial en el tratamiento. Los pacientes remiten la sintomatología entre el tercer y quinto mes de tratamiento, dependiendo del nivel de depresión -leve, moderado, grave- que presenten y de la frecuencia del tratamiento pactada con el paciente. El tratamiento está dividido en tres etapas, las dos primeras dirigidas a la remisión de la sintomatología y la última enfocada al fortalecimiento del nuevo sistema de pensamiento aprendido y en el refuerzo de la autoestima, hasta alcanzar ambos el nivel adecuado.

Vemos que hay diferentes tendencias a la hora de administrar medicación y/u otras terapias. Según de Maat et al (2007), el tratamiento de la depresión depende de la severidad y la cronicidad de ésta. La terapia combinada sólo superó a la psicoterapia en la depresión crónica moderada. No se encontraron diferencias en la depresión no-crónica moderada y leve.

La profesión de enfermería en Atención Primaria y en Salud Mental puede ofrecer ayuda para disminuir la depresión en los pacientes, desde «*ofrecer una relación de ayuda reorientando el discurso de la persona a ayudar a identificar situaciones que generan ansiedad*» (Méndez, 2006). Algunas de las ayudas que podrían mejorar la depresión se refieren a la alteración en alguna necesidad en las necesidades básicas de las personas -teoría de las necesidades básicas de Maslow que parte del individuo biopsicosocial- y la ayuda que se puede prestar no es sólo en la consulta sino también a nivel grupal y comunitario. Las políticas realizadas para mejorar estos servicios han sido pocas, al igual que las que se han llevado a cabo para mejorar la asistencia psiquiátrica.

3.1.9.1.1. Cuadro diagnósticos de enfermería asociados a la depresión

Diagnósticos de enfermería asociado a la depresión	Objetivos	Actividades
"Trastorno de la autoestima, relacionado con sentimientos de minusvalía/inferioridad."	El paciente expresará sentimientos positivos hacia sí mismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Relación de ayuda, que enfoque la intervención hacia la reorientación del discurso sobre sí mismo, dando tiempos limitados a los aspectos negativos y resaltar los elementos realistas y positivos. • Fomentar el interés por cuidar el aspecto externo. <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda en el arreglo. • Trabajar la imagen propia delante del espejo. • Excluir valoraciones sobre la imagen en los momento inadecuados (antes de arreglarse, tras levantarse, etc.).
Intolerancia a la actividad, relacionada con aporte nutricional insuficiente / fatiga / inhibición psicomotriz"	El paciente recuperara el nivel previo de actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Consensuar con el paciente/familia un plan de recuperación progresiva de la actividad habitual, comenzando por las actividades de preferencias con criterio realista en función de la relación aporte/consumo de energía: <ul style="list-style-type: none"> - Paseo diario. - Actividades de aseo y arreglo personal. - Colaboración en actividades domésticas. - Actividades de ocio elegidas. <ul style="list-style-type: none"> • Marcar tiempos para la expresión de sentimientos de negatividad e impotencia, reduciéndolos progresivamente. • Alentar expresiones de logro en la recuperación de la actividad
"Déficit de actividades recreativas, relacionado con apatía, anhedonía o falta de motivación"	El paciente expresará actividades de ocio y participará progresivamente en algunas de las seleccionadas, reconociendo sentimientos positivos	<ul style="list-style-type: none"> • Consensuar actividades de ocio de preferencias que sean viables, en cuanto a nivel de energía y posibilidades de realización. • Se seleccionaran actividades de corta duración y variadas al principio, y que produzcan

	en su realización.	<p>resultados positivos a corto plazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar elementos de ocio: TV, libros de fácil lectura, etc. • Enseñar localización de recursos de ocio y forma de acceso. • Orientar sobre técnicas en habilidades sociales para establecer relaciones positivas
Alteración de la nutrición por defecto, relacionado con inhibición psicomotriz / fatiga / pasividad”.	El paciente recuperará los niveles ponderales previos a la aparición del trastorno.	<ul style="list-style-type: none"> • Consensuar el peso ideal a conseguir. • Marcar tiempos de progresión. <ul style="list-style-type: none"> • Establecer dieta de preferencia, que se atenga a criterios de equilibrio nutricional. • Establecer periodicidad de control de peso. • Valorar niveles de actividad en relación con la dieta. • Reforzar aumento de peso dentro de los límites. • Reforzar autoimagen en la mejora del peso. • Instruir sobre necesidades energéticas para realizar actividades. <ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre nutrición, características del trastorno en relación con la nutrición. • Instruir sobre elaboración de dietas.
“Aislamiento social, relacionado con autoconcepto negativo y/o percepción pesimista del entorno”	El paciente recuperará confianza en sus posibilidades de relación y percibirá adecuadamente las interacciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar programa de recuperación de relaciones, que incluirá: <ul style="list-style-type: none"> - Personas de mayor afinidad. - Formas o temas de interés común. - Técnicas de habilidades sociales que favorezcan la interacción. - Limitar la temática de corte negativo. • Favorecer en la interacción la expresión adecuada al trastorno, para permitir la ayuda de otros. • Estimular y acompañar en las primeras interacciones. <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo en las carencias
Riesgo de violencia: autolesiones, relacionado con desesperanza / ideas autolíticas.”	El paciente no se hará daño a si mismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la capacidad de expresar sentimiento y emociones. • Ofertar disponibilidad continua. <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar e identificar las

		<p>situaciones que desencadenan o agravan los sentimientos negativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover interacciones con connotación positiva. • En situaciones de alto riesgo, y con antecedentes previos de intentos autolíticos, controlar elementos y objetos de riesgo para autolesiones: fármacos, objetos punzantes, seguridad en ventanas, etc. <ul style="list-style-type: none"> • Control de estímulos ambientales
<p>Impotencia, relacionada con sentimientos de inutilidad". "Desesperanza relacionada con impotencia."</p>	<p>El paciente manifestará la utilidad de su participación constructiva en su proceso de recuperación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a identificar aquellos aspectos de su vida sobre los que puede influir para mejorar su situación. • Ayudar a reconocer el efecto que tienen sobre su realidad las intervenciones pautadas en otras áreas de cuidado. • Evaluar conjuntamente el desarrollo del plan, destacando logros de cualquier nivel.
<p>"Ansiedad relacionada con pensamientos de daño, enfermedad."</p>	<p>El paciente verbalizará mayor control de la ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a identificar las situaciones que desencadenan o agravan la ansiedad. • Proporcionar ayuda para la relajación. • Favorecer el control de pensamientos inquietantes. • Relación de ayuda en la reorientación del discurso interno. <ul style="list-style-type: none"> • Control de estímulos ambientales. • Favorecer la disposición de espacios para el aislamiento.

Fuente: Méndez, M.A., Muñoz, M., Sevilla, L. (2006): *Enfermería ante la depresión. Boletín de enfermería de Atención Primaria.*

3.1.10. PREOCUPACIÓN SOCIAL

Según el estudio de la OIT -Organización Internacional del Trabajo- (2000), los costes en el trabajo cada día son mayores por el aumento del estrés y la depresión.

Las tendencias son preocupantes. Phyllis Gabriel, especialista en rehabilitación profesional y una de las principales autoras del mencionado informe, expresó su alarma por la magnitud que están adquiriendo los costes de estas preocupantes tendencias: «*Los empleados sufren desánimo, cansancio, ansiedad, estrés, pérdida de ingresos e incluso desempleo, con el agravante, en algunos casos, del inevitable estigma que lleva asociado la enfermedad mental*». Para los empleadores, los costes se traducen en términos de baja productividad, disminución de los beneficios, altas tasas de rotación de plantilla y mayores costes de selección y formación del personal sustituto.

Para los gobiernos, los costes incluyen gastos de atención sanitaria, pagos por seguros y merma de renta a nivel nacional. La serie de estudios detallados por países aborda cuestiones como la productividad laboral, la pérdida de rentas, los costes de la asistencia sanitaria y de la seguridad social, el acceso a los servicios de salud mental y las políticas de empleo para quienes se encuentran mentalmente enfermos. La OIT emprendió el estudio porque, «*el lugar de trabajo es un ambiente adecuado para educar a los individuos y concienciarlos de las dificultades a que se enfrenta la salud mental, con el fin de identificar los problemas e impedir que se desarrollen*». El informe calcula que, en los países de la Unión Europea, entre un 3 y un 4% del PIB se gasta en problemas de salud mental. En Estados Unidos, el gasto nacional asociado con el tratamiento de la depresión se sitúa entre 30.000 y 44.000 millones de dólares al año. En muchos países crece la jubilación prematura debida a problemas mentales, hasta el punto de estar convirtiéndose en el motivo más común para la asignación de pensiones de incapacidad.

Cinco Países como ejemplo

Entre los principales resultados del informe, que alerta acerca de cómo están aumentando los costes de incapacidad mental, se avanza un modelo de los crecientes problemas personales y psiquiátricos que sufren las personas en edad laboral de todos los países estudiados. Por ejemplo: en *Estados Unidos*, la depresión clínica se ha convertido en una de las enfermedades más comunes, que llega a afectar cada año a una décima parte de los adultos en edad de trabajar, con el resultado de una pérdida de aproximadamente 200 millones de días de trabajo anuales; en *Finlandia*, más del 50% de los trabajadores sufre algún tipo de síntomas relacionados con el estrés, tales como ansiedad, sentimientos depresivos, dolor físico, exclusión social y

trastornos del sueño; el 7% de los trabajadores finlandeses padece un cansancio severo, que puede llevar al agotamiento, a actitudes cínicas y a una drástica reducción de la capacidad profesional, y los trastornos de la salud mental son ya la principal causa de pensiones por incapacidad en Finlandia; en *Alemania*, los trastornos depresivos son responsables de casi el 7% de las jubilaciones prematuras y la incapacidad laboral por motivos relacionados con la depresión se prolonga dos veces y media más que la incapacidad provocada por otras enfermedades; la cuantía total de la producción perdida por el absentismo atribuible a trastornos de la salud mental se estima en más de 5.000 millones de marcos anuales; en el *Reino Unido*, casi 3 de cada 10 empleados sufren anualmente problemas de salud mental y numerosos estudios indican que son comunes el estrés provocado por el trabajo y las enfermedades que causa; la depresión, en particular, es un problema tan extendido que, en cualquier momento que se considere, uno de cada 20 británicos en edad de trabajar está padeciendo una depresión importante. Las estadísticas de sanidad pública en *Polonia* indican la existencia de un número creciente de personas que están recibiendo asistencia sanitaria mental, especialmente individuos aquejados por trastornos depresivos: una tendencia que puede estar relacionada con la transformación socioeconómica del país y con los consiguientes aumento del paro, inseguridad en el empleo y descenso de los niveles de vida.

En *Finlandia* se han empezado a abordar las cuestiones de salud mental tanto a nivel nacional como internacional: «*el concepto finlandés de salud mental no se refiere sólo a promover la salud física de los empleados, sino también tiene que ver con su salud mental en organizaciones en que el trabajo sea saludable*».

3.2. PSICOLOGÍA-SOCIOLOGÍA

3.2.1 TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Según Torres (2006:17-74) dentro de la psicología podemos destacar varios enfoques o perspectivas en las que se engloba la depresión y su posible tratamiento: perspectiva psicoanalista, fenomenológica humanista, conductual, cognitiva, sistémica y modelos de integración. El que hoy entendemos por *psicoanálisis* es el conjunto de teorías derivadas de la obra freudiana (1856-1939) en la que el terapeuta debe resolver un conflicto intrapsíquico.

3.2.1.1. PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA HUMANISTA

Surge en Europa a principios del siglo XX, tiene como representantes a Brentano, Husserl, Heidegger, enfatiza el carácter activo del sujeto y el carácter intencional de la actividad psíquica. Defiende que la experiencia es la mejor forma de conocimiento. Coincide con una visión holística y no fragmentada del ser humano, el cual conciben como ser único, creativo, libre y responsable, en contraste con los determinismos psicoanalíticos y conductual. Una de las características de esta perspectiva es el reconocimiento de la tendencia humana hacia la autorrealización. La posibilidad de desarrollo del hombre depende de la satisfacción de las necesidades más básicas como las fisiológicas y las afectivas, según Maslow (1954) hasta que estas no están satisfechas no pueden desarrollarse las que están en la parte superior de la jerarquía.

El *movimiento humanista* en psicoterapia se extendió por toda la civilización occidental con sus teorías y procedimientos pero sin un marco conceptual integrador. Algunos de sus representantes fueron Jean Paul Sastre para quien el individuo no tienen una naturaleza determinada sino que se ha de ir definiendo a medida que vive, y aunque sea de manera inconsciente, el sentido de la vida, Carl Rogers, Fritz Perls, Eric Berne, J. Moreno, Reich, Lowen.

3.2.1.2. PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Aparece a comienzos del siglo XX; en contraste con enfoques anteriores que consideraban la introspección, la terapia o modificación de la conducta, se centran en la conducta observable y la consideran una cosa aprendida y por tanto modificable dependiendo de las teorías del aprendizaje. Algunos de sus representantes fueron Watson, Eysenk.

3.2.1.3. PERSPECTIVA COGNITIVA

Surge con fuerza en los años 60. Como su nombre indica, la cognición se centra en el centro de este modelo, entendido como pensamiento, creencia, expectativa, atribución, constructo personal. Se trata de todo lo que está relacionado con otorgar significado a la experiencia. Sus representantes fueron George Nelly, Ellis Beck, Albert Ellis.

3.2.1.4. PERSPECTIVA SISTÉMICA

La perspectiva sistémica; en la que su estudio no es el individuo, sino el sistema socioafectivo en el que se encuentra (familia, organización, red...), se desarrolla a mediados del siglo XX. Empieza en 1952 por un equipo multidisciplinario liderado por un antropólogo Bateson y otros estudiosos de la salud mental –Haley, Weakland,

Jackson, Fry-, este equipo fue conocido por la localidad californiana donde se ubicaban de Palo Alto. La idea fundamental de esta escuela internacional es que el desarrollo humano y su ciclo vital significa superar muchas dificultades –control de esfínteres, independizarse de los padres, nido vacío- y a veces la solución aplicada fomenta más el problema, por lo que sin una solución, a veces se soluciona más el problema con los propios recursos del sistema. Lo que intentan los terapeutas es romper el círculo intentando aplicar soluciones que no sean «más de lo mismo » y no entren en el circuito de retroalimentación, más que actuar sobre la propia dificultad.

El *modelo de integración*; los terapeutas no se identifican con una escuela, existe una pluralidad de enfoques.

Cada perspectiva utiliza diferentes tipos de psicoterapia para el tratamiento de la depresión:

La *terapia cognoscitiva* se ayuda al paciente a reconocer la forma en que interpreta los acontecimientos como consecuencia de sus pensamientos negativos. El objetivo es analizar el contenido de los pensamientos, valoraciones y creencias adoptando una postura incrédula que cuestione cualquier tipo de interpretación que se hace de la realidad mientras no se encuentre un apoyo empírico. De esta manera se logrará cuestionar y eliminar el carácter verdadero que para el paciente tienen sus pensamientos, al tiempo que surgen alternativas más acorde con la realidad y más adaptativas para el paciente. Es evidente que las experiencias emocionales negativas forman parte de la historia de cada persona y han podido configurar una forma particular y estable de interpretar la realidad.

Que estas emociones pasadas, esas memorias negativas no se activen es un objetivo terapéutico. La intervención cognitiva va dirigida a la detección y modificación de estos pensamientos automáticos, negativos y de las creencias disfuncionales que ejercen un efecto favorecedor del problema, y que son, en gran medida característicos del trastorno depresivo (Beck y cols 1989; Rehm, 1977; Swallow y Segal, 1995 y Seligman, 1981) en Comeche et al (1998).

La *terapia conductual* es un método en el que se enseña al paciente las conductas desadaptativas que lo llevan a la depresión y se le enseña la manera de recordarlas, registrarlas y cambiarlas. Puede hacerse mediante la realización de actividades placenteras que son de gran utilidad para programar al paciente. También incluye mejorar las habilidades del paciente para obtener más y mejores estímulos positivos. «El entrenamiento en habilidades sociales, en la búsqueda del refuerzo social, control

de la ansiedad que puede interferir en la puesta en marcha de habilidades existentes, son fundamentales» (Comeche et al, 1998:484).

La *psicoterapia breve* es una intervención en el momento de crisis, con métodos psicodinámicos de apoyo y educacionales. Está indicada para los pacientes que son capaces de interactuar con el terapeuta y de tolerar los afectos intensos como la culpa, ansiedad y la depresión. El aspecto psicodinámico se basa en el empleo de la transferencia, del análisis de los sueños, de las fantasías, de las asociaciones verbales y de la conducta no verbal, con el fin de investigar las dificultades.

Las *psicoterapias de grupo, de pareja, y de familia* tienen como base las teorías de las relaciones interpersonales, pueden definirse psicodinámicamente de forma cognitivo-conductual, o basarse sólo en dinámicas de grupo y de sistemas (López et al, 2005:53-61).

3.2.1.5. PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Esta perspectiva es tratada aparte porque es la que más ha estudiado el conflicto de las mujeres debido a su «género» o «rol establecido» destacando sobretodo «la evitación de la culpa para cumplir con los mandatos de género».

Aunque en la actualidad se realicen diferentes terapias para tratar la depresión que no siguen esta escuela, el modelo psicoanalítico cuando surgió dio un enfoque nuevo al que había seguido mayoritariamente tanto la medicina como la psiquiatría –modelo biológico- dando un giro tanto a la psiquiatría como a la medicina convencional y planteando nuevas hipótesis sobre las causas de las enfermedades mentales. Todo comenzó a cambiar a partir del francés Charcot, que conceptualizó a la histeria como una enfermedad del sistema nervioso, influenciada por el hipnotismo. La teoría uterina quedaba definitivamente desterrada, y al filo del siglo XX Sigmund Freud fue más allá, definiendo la «*histeria como síntoma de un conflicto intrapsíquico del paciente*». Así la histeria se alejaba del naturalismo etimológico del que provenía, desplazándose del útero a la subjetividad de la enferma, a la reminiscencia de la memoria, a la sexualidad reprimida, a la fantasía y a la dinámica del subconsciente. Pero cuando el psicoanálisis trató de explicar por qué la histeria se encarnaba preferentemente en el cuerpo de la mujer, sorprendentemente reintrodujo la causa anatómica. De nuevo, la diferencia anatómica del sexo marcaba el destino diferencial de la mujer. Según Freud la posesión de un clítoris, al que se adjudica sin mayor reflexión filiación masculina,

predeterminará la organización de una fantásmica fálica que gobernará el vínculo de la niña con su madre en tanto mujer. Toda niña será como un muchachito sin saberlo -tesis de la masculinidad primaria-, hasta que descubre la diferencia de sexos, momento a partir del cual, ahora ya con la certeza de no ser varón, deseará serlo el resto de su infancia o de su vida. Y eso explicaba la proclividad de la mujer hacia la *histeria*, este núcleo fuerte de masculinidad en la mujer (Bleichmar, 1991:33-35).

La feminidad no era sino la expresión de la mujer de obtener el pene a través de un hijo. De este modo, la mujer prefería ser amada a amar, elegía objetos según el ideal narcisista que le habría gustado ser y el hijo venía a satisfacer todo aquello que desde su complejo de masculinidad esperaba. «La teoría freudiana de la feminidad ha sido siempre el talón de Aquiles de la doctrina psicoanalítica, habiendo sido severamente criticada y revisada por feministas y diversos psicoanalistas».

El escándalo surge entre las mujeres analistas, especialmente entre las mujeres psicoanalistas de niños, quienes observando a las niñas, las encuentran en franca contradicción con lo que la teoría sostiene, ya que se revelan mucho más femeninas cuanto más pequeñas son. Melanie Klein aunque establece la bandera de la feminidad primaria, una nena que conoce su vagina y desea el pene del padre prácticamente desde que nace, «*desvirtúa todo el remanente de masculinidad inicial en el determinismo de la histeria, pero también entroniza más aún el naturalismo contenido en el modelo teórico pues tal feminidad se concibe surgiendo de la anatomía, en este caso corresponde a su sexo, la vagina*» (Ibídem).

En «*El feminismo espontáneo de la histeria*», su autora la psicoanalista argentina Dio Bleichmar, niega el complejo de masculinidad, afirmando que la aspiración de la mujer a su autonomía pulsional, requisito esencial para una buena salud mental, se opone al tradicional modelo de feminidad, reforzado por el freudismo. Afirma que la niña no tiene ningún órgano sexual masculino. La sexualidad de la niña corresponde a la erotización del conjunto de sus genitales. Los estudios de genética, neurofisiología y embriología han comenzado a poder describir mecanismos neurohumorales implicados en la diferenciación sexual. Embriológicamente hablando, el cerebro masculino resulta ser un cerebro hembra androgeneizado y el pene un clítoris masculinizado. Estos hallazgos se han comprobado de manera experimental en animales por medio de inyecciones de testosterona o estradiol en los periodos críticos para el dimorfismo durante la gestación, hallando la confirmación en la demostración experimental en conejos efectuada por Jost (1947, 1958) en Bleichmar (1991).

Invocar a la biología de la mujer para sostener la tesis de la masculinidad constitucional de la mujer, para hacer depender de aquella el desarrollo psicológico de su identidad de género y la orientación de su desarrollo sexual, resulta doblemente falso. En primer lugar, ya que las investigaciones recientes lo desmienten, pero sobre todo, porque parten de un error básico de concepción de los hechos: la connaturalización entre el psiquismo y lo anatómico y un orden de causación en que el «suelo» biológico definiría la psiquis (Bleichmar, 1991:33-35). El ejercicio de la sexualidad como testimonio de un ser que desea placer y lo realiza plenamente, se constituye como agresión a una ley de la cultura, generando prácticamente un conflicto insoluble.

Esta dimensión profundamente conflictiva de la verdadera feminidad tienen su exponente en la histeria: comportándose históricamente, la mujer trata de invertir o equiparar su valoración de género, aunque no su sexualidad. Cuando se siente menospreciada, recurre a su auténtica arma narcisista, controlando su deseo y su goce, invirtiendo los términos de su relación con el varón, asumiendo un deseo insatisfecho y presentándose como objeto del deseo del otro. Las manifestaciones de la histeria pueden agruparse en síntomas de exclusión de la conciencia y de evitación del conflicto: amnesia, desmayos, crisis letárgicas y catalépticas, ceguera, parálisis, anestésias, actitud de «bella indiferencia» y toda gama de rechazos de la sexualidad. Es decir ante el conflicto, la histérica se sustrae, se escapa, no siente, no puede. Tenemos el otro sector, los síntomas de expresión del conflicto: las conversiones, las escenas, la teatralidad, el sobrecompromiso afectivo, expresión enmascarada, y finalmente los síntomas compensatorios.

Cuanto *mayor sea el conflicto intrínseco a su género*, es decir cuanto mayor sea su deseo de trascendencia por fuera de los roles convencionalmente asignados a la feminidad, el feminismo espontáneo de la mujer no sólo involucrará a la sexualidad, sino que reivindicará el derecho a los roles tipificados como masculinos. De ahí que la histérica deje de ser neurótica, de ocultar a su conciencia y luego soñar con lo que no puede conseguir o acceder, y se caracterice tratando de desarrollar tanto ambiciones como capacidades yoicas, que le permitan un protagonismo en el mundo, y de esa manera lograr vencer la oposición entre feminidad y narcisismo.

De este modo se refieren al género como la construcción social de las diferencias anatómicas, red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos y

valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres. La madre transmite a la niña un discurso normativo a través de censuras y limitaciones sobre el que se asientan posteriores restricciones y determinaciones y más tarde las instituciones de lo simbólico redoblan la prescripción del papel imperativo, que enfatiza el papel de la mujer homologado con la figura de la madre incondicional. El incumplimiento de las normas lleva al sentimiento de ser mala/no querida. Contenido de diferente valoración en niñas y varones, al presuponerse para la niña que debe ser buena, es decir, dócil, como un atributo natural del género femenino. Eso es lo que se espera de ella en tanto niña a diferencia de lo que sucede en el caso de varones. Lo que se va consolidando es ese «*para que debo hacer lo que debo*» tan indisolublemente ligado, por ejemplo, a «*evitar la culpa que surge con el incumplimiento de los mandatos de género*» (Bleichmar, 1991:180-183). Pues bien, este *sentimiento de culpa*, que aparece en las mujeres puede ser fuente de malestar de su salud mental por ello es importante analizarlo.

Para ellas la búsqueda de aprobación será una constante a lo largo de su vida. Para ellas será más importante la reprobación y su efecto en la subjetividad que las sanciones propias del incumplimiento de la ley en términos jurídicos. Como consecuencia, la dinámica que se pone en funcionamiento favorece que se invierta mucha energía, tiempo y dedicación en mantener un inestable equilibrio emocional, pendiente de peligros de crisis de pareja, de peleas con los padres o los hijos, y/o los compañeros de trabajo y uno en otras cosas más prácticas como en cuidar que no venzan los plazos de presentación de una documentación necesaria para un proyecto o de prever con anticipación el pago de determinadas facturas. «Las exigencias *prácticas* resultan así fuera de su incumbencia, *otras* son las preocupaciones relevantes».

La norma pasa a ser idealizada en la subjetividad, de ahí que la trasgresión del sistema normativo en el orden moral produzca culpabilidad, y su cumplimiento, alivio de la persecución interna. Y en términos de narcisismo, el no acceder a logros, a realizaciones que favorezcan sentirse valiosa ante si misma y ante los demás, desencadena sentimientos de desvalorización. ¿Y cuáles son los ideales que conforman ese modelo? básicamente se basa en contenidos idealizados desde el imaginario femenino que definen la pertenencia a lo estipulado como propio del género femenino por medio de un marco restrictivo e imperativo: donde lo privilegiado

es la emotividad. La prioridad es reencontrar en toda actividad el incremento de la vinculación afectiva con otras personas más que la actividad en si misma.

Según Levinton (2000:48-52) en las niñas se tiende a «*reforzar la empatía -bajo la forma encubierta de ser buenas, cariñosas, cuidadoras- como rasgo primordial que las estimule a experimentar las necesidades de los otros como si fueran propias*». Es un claro reflejo de lo que exige la función materna: atención y dedicación a otro, por encima de los propios requerimientos. No deja de resultar paradójico que, justamente una tarea de tal envergadura como supone la crianza de un bebé, no solamente *carece de reconocimiento social*, sino que, comparativamente, se descalifica el esfuerzo que comporta. La función materna presupone la dedicación a otro por encima de sus propios requerimientos. Lo que podríamos llamar una narcisización de la frustración, es decir, otorgarle a la frustración un carácter idealizado en tanto favorece el cumplimiento de un mandato transformado en un ideal.

Cumplimientos de género que imponen mandatos de docilidad, obediencia, complacencia, para evitar el displacer de la tensión de la confrontación y determina ideales de bondad y empatía. Por tanto, cuando no se accede al ajuste correspondiente, al formato de género, padecerá la *feroz autocrítica* del sufrimiento producido por su propia desaprobación más la *crítica del entorno*.

3.2.1.5.1. INVESTIGACIONES PSICOANALÍTICAS

Los trabajos sobre depresión desde la medicina, psicología... que incorpora la perspectiva psicoanalítica describen *no el síntoma* que el médico explora sino las quejas, lo que el paciente siente, incluyendo así la escucha del sujeto. Añaden a los términos definitorios la ausencia de lesión orgánica: «quejas del cuerpo sin lesión corporal». Incluyen el mecanismo de conflicto psíquico que se expresa somáticamente: lo «psicosomático o trastorno psíquico somatizado». Encuadran los trastornos estudiados como un equivalente de la histeria del siglo XIX, en la medida en que lo consideran producto del malestar en la cultura. Algunos trabajos incorporan la influencia de la dinámica del conflicto psíquico, pero manteniéndose dentro de la psiquiatría descriptiva y clasificatoria, éstos son mixtos biomédico-psicoanalíticos, que continúan llamando a los pacientes somatizadores o con síntomas físicos inespecíficos.

Cuando la teoría psicoanalítica se asocia con la teoría biopsicosocial la definición se fija en las quejas -componente subjetivo-, biológicamente no explicadas, definiéndose los trastornos como «*la expresión del malestar personal y social en un idioma de quejas corporales con búsqueda de ayuda médica*». En cuanto a los factores causales o asociados, las teorías psicoanalíticas y biopsicosocial apuntan a los conflictos inconscientes frente a situaciones de vulnerabilidad como pérdidas, conflictos interpersonales, relaciones familiares, cambios en el desarrollo y situaciones sociales. Los síntomas se consideran efectos del contexto en el psiquismo y el cuerpo.

«El modelo de atención se *centra en el paciente y el conocimiento sobre sí mismo*, incluyendo su biografía, su contexto personal y social. En consecuencia las intervenciones se apoyan en la escucha en entrevista clínica, dar espacio a la queja subjetiva del paciente, localizar la comprensión del malestar y el significado simbólico de los síntomas». Apoyo crucial en la relación médico-paciente, dinámica de la clínica del encuentro. El modelo biopsicosocial incluye atención al contexto social y trabajo en equipo interdisciplinar. Si bien consideran en la relación médico-paciente la frustración del médico y la hiperdemanda e incapacidad de los pacientes para ser conscientes de su trastorno, estas dificultades se enfocan como elementos de la relación transferencial que el médico ha de saber manejar apoyándose en su capacidad de observación y de intervención médica psicológicamente influida. «La atención psicoanalítica no hace referencia a tratamientos farmacológicos» (Velasco, et al, 2006: 317-333)¹⁰.

3.2.1.5.2. LA PSICOTERAPIA

La Psicoterapia consiste en proporcionar recursos, conocimientos y apoyo a la persona, a fin de animarla a reaccionar y evitar la tentación de un abandono del tratamiento. La ayuda psicológica permite aprender a resolver con más eficacia los problemas que le puedan surgir, así como a detectar y debatir posibles pensamientos negativos que entorpezcan la vida cotidiana. En la depresión hay cierta deformación del pensamiento –exceso de autocrítica, dificultades de concentración- y de la voluntad –falta de ganas, apatía- pero también existen suficientes habilidades como

¹⁰ Sara Velasco (1), M^a Teresa Ruiz (2) y Carlos Álvarez-Dardet (1, 2)

(1) Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.

(2) Red de Género y Salud.

para que la persona, partiendo con realismo de sus limitaciones, reaccione de la manera más conveniente contra el desánimo hasta alcanzar unos objetivos satisfactorios.

La psicoterapia se centra fundamentalmente en modificar comportamientos poniendo énfasis en el cambio y fomentando la independencia. Los puntos en los que actúa son principalmente:

- El esquema de valores de la persona
- Los deseos y proyectos
- El control de la disposición emocional
- La mejora del ánimo
- Expectativas negativas -anticipación de acontecimientos-

Los resultados de la psicoterapia suelen ser casi siempre positivos y tienen muchas ventajas, complementando al tratamiento con medicación o en ocasiones incluso en solitario.

«En cuanto a la duración de los tratamientos, varía según el tipo de depresión y el grado de deficiencias que presenten. El tratamiento se pacta entre el terapeuta y el paciente en las primeras visitas, después de haber valorado la situación. Por término medio, suelen durar seis meses, aunque según el grado de mejoría, las sesiones son más espaciadas o más frecuentes» (Méndez et al, 2006). La terapia de Bellak es una terapia breve y de urgencia para tratar la depresión en la que se aplican elementos teóricos psicodinámicos, de apoyo y cognoscitivo. Esta terapia valora la regulación de la autoestima, el superyó severo, la intraagresión, la pérdida objetal, la desilusión, el engaño, la dependencia narcisista, la negación y las perturbaciones en las relaciones.

La terapia de Bellak demuestra tener la misma respuesta terapéutica a un antidepresivo, es menor que la terapia combinada y mejor que el placebo. «Los mejores resultados de las psicoterapias se han logrado en la evitación de recaídas y en la modificación de la conducta». «El uso de la psicoterapia es importante debido a que existen pacientes que no aceptan el tratamiento antidepresivo por factores culturales o por la alta sensibilidad a los efectos colaterales» (López J et al, 2005:53-61).

Según el C.I.P.S. -Centro de Investigación y Políticas para la Salud-, la terapia conductual es la más eficaz de todas. La A.P.A.-Asociación Psiquiátrica Norteamericana- indica que solo tiene buenos resultados combinada con tratamiento

farmacológico. La APA y el CIPS han estudiado y evaluado las líneas de investigación de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión (Ibídem).

En los últimos diez años se ha definido el papel que desempeña la psicoterapia en el tratamiento de la depresión como parte de un manejo integral. Sin embargo, dicho tratamiento dependerá de la gravedad de la depresión y de los beneficios obtenidos con antidepresivos. El tratamiento combinado es beneficioso para aquellos que han respondido parcialmente al tratamiento único, para aquellos con depresión crónica y para los pacientes con periodos cortos de recuperación.

3.2.2. TEORÍAS SOCIOLOGICAS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Las teorías de las enfermedades mentales desde la sociología no han sido muy numerosas conceptualizadas de esta manera por los grandes pensadores, pero sí podemos encontrar teóricos que definen cómo las dificultades de la vida influyen en la salud: clase social, raza, género, nivel socioeconómico... La sociología de la Medicina es la rama de la sociología que más se ha ocupado de las enfermedades mentales, pero ha tenido más éxito en EE.UU. que en España.

La Sociología de la Medicina, se estableció como disciplina especializada principalmente en los EE.UU., en los años 40. La primera utilización del término Sociología de la Medicina apareció en 1984 en un artículo escrito por Charles McIntire en el que subrayó la importancia de los factores sociales en salud. Con el apoyo del Instituto Nacional de la Salud Mental, la alianza inicial de la Sociología de la Medicina con la Medicina fue en el campo de la psiquiatría. Ya existía una colaboración entre sociólogos y psiquiatras debido a investigaciones anteriores (1936) sobre salud mental en zonas urbanas -investigación realizada en Chicago por Robert Faris y H.Warren Dunham-. La publicación en 1958 de *Social class and mentall illness: A community study* por August Hollinshead y Frederick Redlich supuso un esfuerzo posterior muy importante y mostró claramente cómo los factores sociales podían correlacionarse con diferentes tipos de trastornos mentales y con la manera en que la gente recibía asistencia psiquiátrica. Las personas de grupos sociales más bajos de la sociedad tenían mayores tasas de trastornos mentales y los índices más altos de esquizofrenia.

La medicina era ignorada por los fundadores de la Sociología en el S.XIX, Durkheim, Marx, Max Weber y otros clásicos, no se preocuparon por el papel de la medicina en la sociedad porque no formaba parte de la estructura y naturaleza de

ésta. La sociología de la medicina no apareció hasta después de la Segunda Guerra Mundial y no logró un avance hasta los años 60. En EE.UU. es donde ha alcanzado un desarrollo más amplio, estimulada por la expansión de los Institutos Nacionales de la Salud, que fueron los que aportaron financiación económica a finales de los años 40. «Un factor crucial para la financiación de proyectos conjuntos entre la sociología y la medicina fue el establecimiento del Instituto Nacional de Salud Mental» (Cockerman, 2001:12-18).

Los sociólogos de la medicina contemporánea se centran en cómo pueden mejorar la comprensión de la relación compleja de factores sociales y salud. En la actualidad, la Sociología de la Medicina está en una situación envidiable, para participar en el desarrollo de un campo apasionante y relativamente nuevo. «*Muchos sociólogos que trabajan en el campo de la Medicina son epidemiólogos*». La epidemiología hace uso del conocimiento y técnicas de diversos campos científicos; además de sociólogos se puede encontrar a médicos, antropólogos, bioquímicos, demógrafos, biólogos, veterinarios... implicados en el trabajo epidemiológico.

El epidemiólogo estudia tanto el origen como la distribución de problemas de salud en una población, mediante la recogida de datos de muchas fuentes diferentes. A principios del S.XIX estudió problemas de saneamiento, las enfermedades infecciosas a final del s.XIX y XX y las enfermedades crónicas a finales del s.XX. En estas últimas su atención es controlar los factores de riesgo modificando los estilos de vida -dieta, ejercicio-, los agentes -la comida- o el medio ambiente -polución/fumadores pasivos-. De la misma manera se podría actuar con la depresión pues también es una enfermedad crónica.

Dentro de la sociología distinguimos tres enfoques principales de la enfermedad mental; *enfoque funcionalista*, *teoría del etiquetaje*, y también se hace hincapié en la *teoría de los estilos de vida de Max Weber* por la importancia en la causación social de la depresión, *posición social y enfermedad mental*.

Hay que destacar la obra de Durkheim, *El Suicidio* como parte de su reacción contra las «grandes teorías», y en la que insistió en que «los sociólogos tenían que limitar su atención a grupos claramente definidos de hechos sociales y formular hipótesis, empíricamente comprobables acerca de aquellos». Establece tres tipos de suicidios; *el maniático* como consecuencia de alucinaciones o delirios, *el obsesivo o ansioso* y *el melancólico* que sería el que se identifica con la depresión; lo caracteriza como un estado general de «*extrema depresión*», de «*exagerada tristeza*», «*que hace que el enfermo no aprecie seriamente los vínculos que tiene con las personas y las*

cosas que le rodean»; «los placeres carecen para él de atractivo», «lo ve todo negro»; «la vida le parece fastidiosa y dolorida». De esta manera define la depresión (Durkheim, 1982:27-28).

3.2.2.1. TEORÍAS FUNCIONALISTAS

¿Qué es la enfermedad mental para nuestros pensadores sociales, y más concretamente, la depresión?

Para Comte, la locura es el pensamiento «*egoísta*», la rebelión del individuo contra la Humanidad. El aumento de casos de locura está en correlación con el paso de un periodo orgánico a un periodo de crisis, se desarrolla al mismo tiempo y por las mismas razones que el «*individualismo*».

A partir de Durkheim el problema de los orígenes sociológicos de la locura se planteará, pues, en términos nuevos, en términos de «*anomia social*». El concepto de «*anomia*» revela claramente su preocupación por los problemas, derivados del debilitamiento de la moralidad común. Los individuos «se enfrentan a la anomia cuando la moral no constriñe lo suficiente, es decir, cuando carecen de un concepto claro de lo que es una conducta apropiada y aceptable de la que no lo es» (Ritzer, 1994:216).

El mérito de Durkheim es el de reconocer que los fenómenos individuales que llevan a situaciones personales de estados de ánimo depresivos, de ansiedad o de angustia pueden tener un *origen en la sociedad misma más que en el individuo*, llevándolo progresivamente sin que se de cuenta a la desesperación y finalmente al deseo de terminar con su propia vida, o bien, que ante un problema de origen personal, el individuo no encuentra apoyo moral en su ambiente social, facilitándosele el camino a la desesperación y a la depresión (Austin, 2000).

Durkheim basó su análisis de «La división del trabajo social» en su concepción de dos tipos ideales de sociedad. El tipo más moderno caracterizado por la «*solidaridad orgánica*» que presenta una mayor y más refinada división del trabajo por oposición a la «*mecánica*» que es un tipo de sociedad más primitiva y que es la que se funda en los derechos individuales, es más vulnerable. Sin embargo, «no es el individualista el que puede ser juzgado como responsable de la locura, es *la ausencia de reglamentación de esta nueva solidaridad* la que nos lleva a ella». «Su gran preocupación era el debilitamiento de la moral común en el mundo moderno» (Ritzer, 1994:215).

Hace un siglo atrás ya Durkheim opinaba que el *rápido cambio social* es una de las causas de los graves problemas de criminalidad y de desviación social y describe el estado de anomia -sin normas-, en el cual el pueblo, como resultado de un cambio rápido, pierde su conexión con la sociedad y su fe en las reglas sociales y en las instituciones. Y acaso, ¿no nos encontramos ante los más rápidos cambios sociales de la humanidad? Para las mujeres en tan sólo dos generaciones han pasado a desarrollar trabajo remunerado con la problemática que comportará tanto a nivel familiar como profesional, en unas profesionales preparadas técnicamente para ello pero no personal, cultural y socialmente.

Durkheim distingue cuatro tipos de suicidios, el egoísta, altruista, anómico y fatalista según la integración o regulación que exista (Ritzer, 1993:221-224).

En *El suicidio*, Durkheim (1982:225) se refiere a que *la integración* hace referencia al grado en el que se comparten los sentimientos colectivos. El «suicidio altruista» se relaciona con un alto grado de integración, mientras el «egoísta» se asocia a un grado bajo. Las altas tasas de suicidio egoísta se debían a un «*agotamiento irremediable y a una profunda depresión*», el suicidio altruista «*nace de la creencia profunda en una perspectiva beatífica después de la vida*».

La regulación se refiere al grado de constricción externo sobre las personas. El suicidio fatalista está conectado con los niveles altos de regulación y el anómico con bajos. Demasiada regulación –la opresión- libera corrientes de melancolía.

Schwartz, desde la teoría durkheimiana, defiende que trastornos depresivos y conductas antisociales *son formas de responder al estrés* que reflejan las expectativas sociales para cada género. Para esta autora las fuerzas sociales identificadas por Durkheim corresponden a las características fundamentales de los contextos normativos de hombres y mujeres, y condicionan las diferentes formas de responder al estrés. Los contextos sociales caracterizados por altos niveles de integración social -altruismo-en combinación con una normativa social estricta -fatalismo- se relacionan con que se responda al estrés con trastornos depresivos, y los contextos sociales caracterizados por bajos niveles de integración social -egoísmo- en combinación de una regulación normativa -anomia-constituye un medio que conduce al desarrollo de conducta antisocial en respuesta al estrés.

El concepto de «*anomia*» al igual que el de «*alienación*» aparta al individuo de la sociedad deteriorando su salud mental y pudiéndole hacer caer en depresión. *El individuo anómico o alienado ha perdido su fe y confianza en la sociedad*. La mayoría de causas de depresión se encuentran en la sociedad misma y una parte de éstas

están en el mundo laboral, una parte importante de las depresiones tienen su origen en él.

Con el concepto de alienación se relaciona la depresión con el mundo del trabajo fruto de las estructuras represoras del capitalismo. Según Marx es la «*estructura social*» la que rompe las interconexiones naturales que caracteriza la naturaleza humana en un sentido ideal. Políticamente, se fue orientando hacia la emancipación de las personas de las estructuras represoras del capitalismo (Ritzter, 1993:184).

Las distorsiones de los humanos causadas por las estructuras del capitalismo quedan designadas por Marx en el concepto de «*Alienación*». Las personas están conectadas naturalmente con su actividad productiva, sus productos, sus compañeros de trabajo y, en última instancia consigo mismas, su propia naturaleza en tanto que seres humanos. Pero las estructuras del capitalismo rompen cada una de estas relaciones (Ibídem: 203).

Esta dimensión de «*alienación-social*» según J.F. Tezanos puede resultar útil para analizar algunos procesos de extrañamiento social y de sentimientos «*como de estar ajenos a la sociedad*» que se dan entre bastantes personas en nuestros días, como consecuencia de la vivencia de situaciones laborales esencialmente precarias y negativas (Tezanos, 2004:144-145). Podríamos plantearnos al igual que hace J.F. Tezanos sobre el concepto de exclusión social, si el concepto de depresión no supone también en el fondo manifestaciones relativamente próximas a las dimensiones de alienación de las que habló Carlos Marx, sobretodo en el trabajo cuando se refiere a conceptos como los que aparecen a continuación y entre los que destacamos; «*cuando no se tiene en cuenta sus capacidades*», «*cuando no se conecta el trabajo manual con el mental*», «*cuando se realiza un trabajo repetitivo y poco variado*», «*cuando no percibe los resultados finales, es decir, no tienen una percepción correcta de lo que producen*», «*cuando no ejercen control alguno sobre el producto*», «*cuando los individuos se realizan cada vez menos como seres humanos y quedan reducidos en su trabajo al papel de animales, bestias de carga o máquinas inhumanas*» (Ritzter, 1993:185).

Marx denominaba «*alienación*» a las distorsiones humanas que causaba la estructura de la sociedad capitalista en la naturaleza humana aunque centró su análisis en las estructuras del capitalismo que causaban tal alienación. Como consecuencia de la alienación, «*el trabajo en el capitalismo se reduce al simple trabajo en cuya realización el individuo no se reafirma, sino que se niega; no se siente satisfecho, sino infeliz; no desarrolla libremente su energía mental y física sino que*

mortifica su cuerpo y arruina su mente» (Marx, 1932/1964:110). Las distorsiones causadas por las sociedades es larga: Primero «La estructura del proceso de producción convierte a los trabajadores en “monstruos tullidos” al obligarles trabajar minuto tras minuto sin permitirles usar sus capacidades» (Marx, 1867/1967:360)¹¹. «Asimismo, la interrelación natural entre mente y mano está rota en el capitalismo, hasta el punto de que sólo a unas cuantas personas se les permite realizar un trabajo intelectual, la mayoría realiza un trabajo manual exento de componentes mentales» (Marx, 1867-1967:508), en (Ritzer, 1994:184). Tenemos también la *monotonía* de repetir hasta la saciedad la misma tarea especializada.

Según Mas y Tesoro (1993) las sociedades industrializadas se han caracterizado por «egoísmo y anomia» -mayor individualismo, normas conflictivas...-. Pero para Schwartz sería una descripción más acorde para el mundo de los hombres que de las mujeres. El estereotipo de mujer en nuestra sociedad incluye dependencia de otros para autovalorarse y escasa expresión de la agresividad. El estereotipo para ellas incluye convencionalismo, sumisión y conformidad. No sólo son educadas en una mayor adherencia a las normas, sino que se les aplican normas que suponen mayores limitaciones en la expresión de los deseos individuales.

El Dr. Pierre Janet que realizaba sus trabajos en solitario y estos le llevaban de la psiquiatría a la sociología. Tenemos pues en el S.XX, dos movimientos, uno que parte de la sociología y que va a la psiquiatría y el otro que sigue el camino inverso; pero tanto uno como otro llegan a la misma conclusión: *que hay una dimensión social de la enfermedad mental*. Pero además Janet nota que la sociedad contemporánea exige de cada uno de nosotros gastos de energía psíquica cada vez más grandes, y *hace falta una tensión elevada para adaptar nuestra acción a situaciones nuevas*. Nuestra civilización es agotadora. Pues en la actualidad los cambios que se dan con mucha mayor rapidez la tensión que debe soportarse es mucho mayor. Lo importante es que Janet explica el aumento de neurosis por la complejidad creciente de la vida social.

Thomas, en su estudio sobre los emigrantes polacos emigrados a los EE.UU. muestra que la *desintegración social* del emigrante en su nuevo medio tiene efectos sobre la delincuencia y sobre el porcentaje, mayor en relación con su país de origen, de las enfermedades mentales. A partir de aquí las investigaciones se multiplican sin que sea posible distinguir las investigaciones de la psiquiatría social de la sociología

¹¹ Las citas de Marx se refieren a los *Manuscritos de Economía y Filosofía* de 1844 y *El Capital*.

de las enfermedades mentales y en 1929 Thomas introduce en la Sociedad Americana de Sociología una nueva sección, la de «*Sociología y Psiquiatría*».

Para Parsons partiendo de la teoría de «*desviación*» designa a todas aquellas conductas que se apartan de las conductas prescritas por la sociedad y son las que hacen posible la vida social. Clasifica los fenómenos según el eje conformidad-alienación y tendremos los hechos de fuga de lo social, o al contrario, los hechos de hiperconformismo, de rigidez en la aplicabilidad de las normas y según este eje pasividad-actividad tendremos la insensibilidad ante las sanciones y recompensas que empujan a los individuos al margen de la sociedad o bien los actos de rebelión abierta. En esta *teoría de la desviación* se inscribe la teoría de la enfermedad mental. Hay una desviación entre la conducta individual y las anticipaciones de los otros individuos, entre los comportamientos sociales y las normas sociales.

El origen de las conductas desviadas se encuentra entre la relación del individuo y el sistema social. La enfermedad mental sería disfuncional porque amenaza la estabilidad del sistema social. El sistema aplica sanciones contra el infractor, éstas incluyen hospitales psiquiátricos y cárceles para los desviados para apartar al desviado de la sociedad y garantizar el orden y la cohesión social. Parsons advierte que algunas personas pueden verse atraídas por el rol de enfermo en cuanto a que la persona enferma no puede desarrollar sus tareas normales. Insiste en que la enfermedad es *disfuncional* porque representa un modelo de respuesta a la *presión social* que permite la evasión de responsabilidades sociales, es lo que Parsons denomina «*ganancia secundaria*», es decir, la exención de las obligaciones normales y la obtención de otros privilegios normalmente concedidos a los enfermos. De esta manera, la práctica médica se convierte en un mecanismo a través del cual el sistema social busca controlar las enfermedades de sus enfermos y su vuelta a un estado de funcionamiento lo más adaptado posible.

El concepto de «*sick role*» de Parsons, se basa en la teoría social clásica de Emile Durkheim, Max Weber y la teoría Psicoanalítica de Freud y sobretodo de Franz Alexander. Las teorías psicoanalíticas de la estructura de la personalidad –id, ego, superego- y el subconsciente ayudaron a Parsons a desarrollar sus ideas sobre la motivación individual. El enfermo está motivado como consecuencia de su socialización y el superego hacia la recuperación y también puede ser motivado consciente o inconscientemente, al desear la «*ganancia secundaria*» de los privilegios y exenciones de las tareas diarias que acompañan al rol de enfermo.

Las ideas de Durkheim sobre la función social de la autoridad moral y las de Weber, sobre los valores religiosos son utilizados por Parsons para descubrir el rol del médico. Se le otorga según Parsons la función de *control social*. Esta función desempeñada tradicionalmente por los curas está diseñada para controlar desviaciones. Considera que la desviación de la enfermedad como un estado no deseado e ilegítimo que tiene fuertes implicaciones para las personas sanas, en el sentido que refuerzan la motivación para permanecer sano. El rol médico consiste en hacer que el enfermo vuelva a su funcionamiento normal. Como todos los roles el rol de médico-paciente implica una reciprocidad básica, se especifica que cada uno conozca sus expectativas respecto al comportamiento y secuencia probable de los actos sociales. El «*sick role*» evoca una serie de expectativas que definen las normas y los valores apropiados en la situación de enfermo, tanto para el médico como para los otros que entran en contacto con él.

Los médicos según (Eliot Freison; 1970) crean las condiciones sociales para comportarse como enfermo, porque tienen la autoridad de la sociedad respecto a «*lo que realmente es la enfermedad*». Ellos deciden quien está enfermo y qué hacer al respecto. Son «*los porteros*» que controlan el acceso a la mayor parte de recursos sanitarios, puesto que tales recursos no pueden utilizarse sin su permiso. El concepto del médico y otros profesionales sanitarios constituye la expresión de ciertos valores dominantes en la sociedad. Estos valores dominantes fueron descritos por Parsons e incluye la idea de que la salud es positiva y debe ser buscada. Insiste en el concepto de «*sick role*» en que el enfermo debe colaborar con el médico y trabajar para su propia recuperación y vuelta a la normalidad. Cuando ciertos comportamientos amenazan la salud de las personas y el bienestar de la sociedad, es posible que el Estado tenga que intervenir. La medicina es, esencialmente medicina social, porque es una práctica que regula las actividades sociales bajo los auspicios del Estado.

«*Ciertas personas pueden recurrir al rol de enfermo porque estigmatiza menos que ser considerado un fracasado*» (Cockerman, 2001:177-202).

Según Eric Fromm la *sociedad actual es patológica* desde un punto de vista psiquiátrico, por lo que el hombre que introyecta las normas y los valores de la sociedad será también un neurótico; el sano sería, por el contrario, *el rebelde*, el *no adaptado*. También Trigant Burrow habla de sociedades histéricas o Ruth Benedict, de sociedades paranoicas. Ej. Cuando un líder poderoso es un enfermo mental puede transmitir por contagio o por comunicación mental su locura al conjunto de su pueblo.

La idea de Ruth Benedict de «*continuidades*» o «*discontinuidades*» culturales afirma que cuando no hay discontinuidad entre lo que se exige al adulto y lo que se ha exigido al niño, como ocurre en gran número de sociedades primitivas, no aparece la neurosis, pero cuando la hay como en nuestra sociedad occidental aparecen las neurosis: ponen como ejemplo al niño educado en la no-responsabilidad a la responsabilidad, de la sumisión a la libertad, de la prohibición de la sexualidad al cumplimiento de su virilidad. La mujer no aparece en el texto, pero si al niño puede causar trastorno también puede causarlo a la mujer. Nuestra sociedad se caracteriza por estas discontinuidades culturales y los desajustes provendrían que ciertos individuos permanecen fijados a uno de los niveles preadultos y no podrían dar así el salto reclamado por nuestra civilización, salto, en efecto «*peligroso*» (Bastida, 1988:22-131).

3.2.2.2. TEORÍA DEL ETIQUETAJE

Dos personas con sistemas bastante parecidos pueden comportarse de manera diferente. Una persona puede preocuparse mucho y buscar ayuda médica y otra puede ignorar los sistemas. Lo que se consideran conductas desviadas en una persona o grupo social no son necesariamente consideradas así por otras personas o grupos. Howard Becker (1973) es uno de los principales representantes de la teoría del etiquetaje, ilustra el concepto en el estudio sobre los fumadores de marihuana. Su análisis discrepa que hay divergencia en la sociedad americana, los que opinan que su uso es perjudicial y que debe ser ilegalizada y los que apoyan normas a favor de su consumo. Por tanto la desviación o enfermedad no es una calidad del acto cometido por una persona, sino la consecuencia de la definición aplicada a ese acto por otras personas. La desviación o enfermedad es creada por grupos sociales que elaboran normas.

3.2.2.3. TEORÍA DE LOS ESTILOS DE VIDA DE MAX WEBER

La noción de los estilos de vida, aparece en su presentación de «*estatus de grupo*» dentro de su trabajo Economía y Sociedad (1978). Karl Marx había sugerido que la posición de clase social está exclusivamente determinada por el acceso a los medios de producción de una sociedad. Según Weber, el concepto de clase de Marx no explica del todo el status social, ya que este, el status -el prestigio- y el poder -influencia política- son también importantes.

Señaló que mientras la clase era una dimensión objetiva, el status era algo subjetivo que consiste en la cantidad de aprecio. La estima que la persona tiene para otras personas. En esencia, la ocupación, ingresos y nivel de educación constituye la base de tal estima.

Los miembros del mismo estatus o categoría comparten un status o un estilo de vida similar. Las personas con un alto estatus socioeconómico llevan un estilo de vida diferente al de aquellos que están en los niveles más bajos de la sociedad y de las que se encuentran más o menos en un nivel intermedio. Los estilos de vida no están basados en lo que se produce sino en lo que se consume. La salud es algo para ser consumido, además al producir un estilo de vida saludable el individuo consume varios bienes y servicios como ropa y equipos deportivos, bebidas y alimentos sanos, vitaminas, cuotas de asociaciones a clubs deportivos, vacaciones para descansar y relajarse, etc.... La participación en los estilos de vida saludables es mayor en los grupos socioeconómicos medios o altos que tienen los mejores recursos para apoyar las elecciones del estilo de vida.

«Los individuos socialmente desfavorecidos tienen menos acceso a la información, menos control sobre las horas destinadas a dormir, y a la selección de comida, y es más probable que vivan en un entorno social que resulta habitual comer de forma poco sana, fumar y beber en exceso haciendo más probable la adopción de estilos de vida más arriesgados»(Bastida, 1988:105-127).

Posición social y enfermedad mental

Según los estudios de Nazar (1988) ya desde muy pronto se constató la existencia de una relación negativa entre «*posición social y enfermedad mental*». La pobreza representa un riesgo para las enfermedades mentales, y se ha encontrado que estos procesos podrían ser más problemáticos para las mujeres más pobres, ya que pueden depender más del apoyo material y emocional de su red social. Los factores socioeconómicos no sólo se han encontrado en el origen de la depresión, sino en aquellos trastornos psiquiátricos de conocido único origen biológico hasta no hace mucho tiempo como es la esquizofrenia; en el trabajo de Sarraceno (2005) que analiza diferentes estudios a lo largo de muchos años y en diferentes países todos concuerdan en que las personas que sufren estos trastornos -esquizofrenia y depresión mayor- presentan problemas socioeconómicos importantes.

Han surgido intentos por elaborar explicaciones sociológicas sobre la desigual distribución de la depresión, sin embargo no han sido muy frecuentes. Existe una extensa bibliografía sobre la etiología de la enfermedad, sin embargo no existen gran

número de teorías sociológicas o -modelos esquemáticos- explicativos del deterioro psicológico.

El sociólogo Alain Ehrenberg declara, en *La Fatigue d'être soi: «El deprimido es el revés exacto de nuestras formas de socialización»*. Este autor establece una relación directa entre las transformaciones sociales de la segunda mitad del siglo XX y nuestra concepción, según deficitaria, de la depresión: «defecto de proyecto, defecto de motivación, defecto de comunicación». Dejando aparte el hecho que da de la depresión una definición que no corresponde a la enfermedad depresiva tal como la identifican los psiquiatras en sus gabinetes de consulta o la exponen en sus tratados, conviene recordar que el neurólogo estadounidense, Georges Beard consideraba ya en el siglo XIX la neurastenia como *consecuencia de la vida en las grandes ciudades de Estados Unidos*.

Los trabajos sociológicos traducen una cierta transformación del modo de expresión o teorización de los trastornos psíquicos, pero no buscan explicar su naturaleza, su génesis, su terapéutica. Phillippe Pignarre por su parte expresa que estamos asistiendo a una «*epidemia*» de depresión «*fabricada*» por el mercado de firmas farmacéuticas. Lanzada como una moda más y alimentada por una especie de connivencia médico-industrial. Para justificar una epidemia se tendría que demostrar que la depresión anteriormente era tan pequeña como se dice. Los métodos epidemiológicos aplicados a la depresión son de tal complejidad que es imposible comparar resultados obtenidos en épocas diferentes.

Se ha realizado mercantilismo tanto de los antidepresivos como de las psicoterapias. La delegación a los laboratorios farmacéuticos de la tarea de demostrar la eficacia de sus nuevas moléculas ha orientado trabajos los trabajos científicos en la dirección elegida por la industria, mientras que la financiación pública, infinitamente más modesta, se mostraba incapaz de sostener trabajos originales. El resultado ha sido un proceso de simplificación: un diagnóstico único -cuando los trastornos psiquiátricos suelen estar asociados entre sí- y un sólo medicamento para tratarlos -cuando las asociaciones de psicotropos o la práctica conjunta de una psicoterapia suelen ser preferibles-.

La industria desarrolla sobretodo productos muy parecidos a los ya comercializados «*me too drugs*». Los antidepresivos son superiores en eficacia y en manejo a todos los tratamientos propuestos anteriormente. Los antidepresivos son muy útiles para otros trastornos mentales como los ataques de pánico, la ansiedad generalizada, las obsesiones compulsivas y varias formas de fobias, o para tratar determinados dolores físicos, tienen por supuesto sus límites.

Uno de los trabajos más sencillos pero que explica con claridad los *diferentes factores interrelacionados en la depresión* es el de Brown y Harris (1978:49-71) *Orígenes sociales de la depresión. Estudio del trastorno mental en mujeres*, sobre este modelo se construirán las bases de los sucesivos modelos sociológicos. El modelo de estos autores surge de una investigación llevada a cabo en la ciudad de Camberwell en Inglaterra (Ibídem). La muestra estaba construida por mujeres de clase media y trabajadora. El objetivo de estos autores era demostrar que la mayor incidencia de depresión era en el segundo de los grupos -la clase trabajadora-, para ello identifican ciertos factores que incrementan el riesgo de depresión en presencia de un *agente etiológico* -provocador del deterioro-. Este agente etiológico forma parte de las circunstancias de vida. Los autores consideran cuatro componentes fundamentales en su explicación de la depresión.

En primer lugar los «*factores subyacentes*», estos factores son los relacionados con la *clase social y el ciclo vital -edad y maternidad-*; segundo componente es el «*factor etiológico*» -o *agente provocador del deterioro-*, por una parte nos encontramos con los sucesos graves –que implican una pérdida o una amenaza de dicha pérdida-, después aparecen aquellas dificultades mayores que no tienen relación con la salud y que duran al menos dos años; de esta forma hay que considerar el tercer elemento del modelo, los «*factores de vulnerabilidad*» el más importante de ellos es el *apoyo social*, este concepto toma en cuenta la calidad y la frecuencia de las relaciones sociales.

De manera que el apoyo social tal y como lo definen Brown y Harris es un fuerte protector en situaciones de estrés, la pérdida de la madre por muerte o separación antes de la edad de 11 años, la presencia en casa de tres o más hijos en edad inferior a 11 años y la carencia de empleo, ya sea a tiempo completo o parcial. Los tres primeros factores de riesgo muestran la desigual distribución de la depresión en *función de la clase social*.

En definitiva la mayor tasa de sucesos y dificultades graves en la clase trabajadora, son suficientes para explicar la diferencia total entre clases en el riesgo de depresión entre las mujeres con hijos.

Estos factores como en los modelos psicológicos sólo actúan en presencia de un *estresor*. ¿Cuáles son estos factores que incrementan el riesgo de depresión ante un suceso vital o en la experiencia de dificultades mayores? El más importante de ellos es el *apoyo social*; el segundo factor de vulnerabilidad es la *pérdida de la madre por muerte o separación antes de la edad de 11 años*; el tercer factor consiste en la

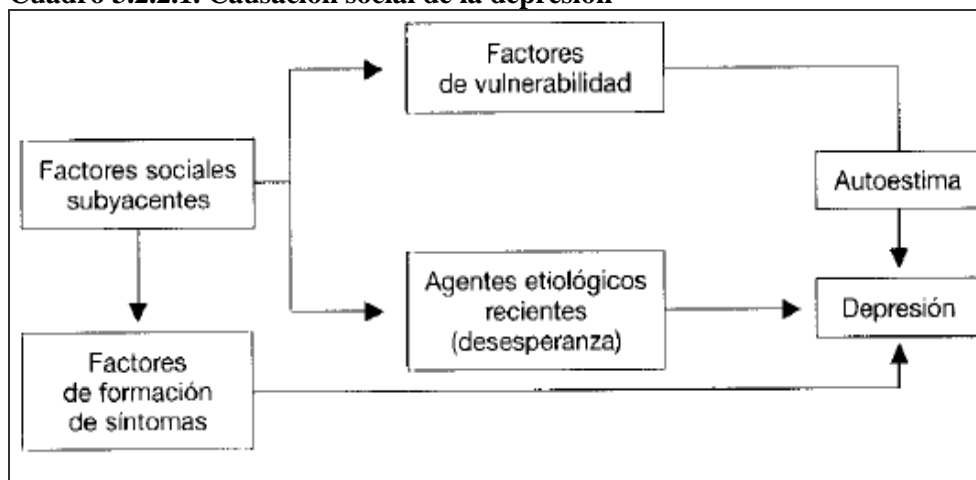
presencia en casa de tres o más hijos de edad inferior a los 14 años; el cuarto factor es la carencia de empleo, ya sea a tiempo completo o a tiempo parcial. Los tres primeros factores de riesgo muestran la desigual distribución de la depresión en función de la clase social. Según estos autores el bajísimo 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.

En definitiva «la mayor tasa de sucesos y dificultades graves en la clase trabajadora», son suficientes para explicar la diferencia total entre clases en el riesgo de depresión entre las mujeres con hijos. Tanto los factores etiológicos como los de vulnerabilidad implican el funcionamiento de alguna *variable psicológica*. En el caso de los sucesos vitales y dificultades cotidianas graves dicha variable es la *desesperanza*.

La secuencia causal es la siguiente: Pérdida ----- Desesperanza ----- Depresión. Sin embargo poca gente desarrolla desesperanza. Volvemos al concepto de vulnerabilidad.

El factor crucial es la autoestima -entendida de forma amplia como un sentimiento de habilidad para controlar el mundo y repara el daño o consecuencias de la pérdida-. Brown y Harris señalan que la autoestima es el punto de contacto entre los cuatro factores de la vulnerabilidad propuestos.

Cuadro 3.2.2.1. Causación social de la depresión



Fuente: Modelo resumido de causación social. Brown y Harris (1978)

En cuanto a los síntomas crónicos eran cinco veces más frecuentes en las mujeres trabajadoras. El principal determinante son las *dificultades a largo plazo*. Este tipo de dificultades varía según la clase social. De esta manera las dificultades domésticas, económicas y relacionadas con los hijos tardan más en resolverse en las mujeres trabajadoras. Esto y la mayor frecuencia de aparición de dificultades explican la mayor prevalencia de depresión en la clase trabajadora.

Es importante la propuesta de *Brown y Harris* que trata de explicar no sólo la aparición de la depresión sino también la gravedad y duración de sus síntomas.

Es importante señalar que factores etiológicos recientes, factores de vulnerabilidad y factores de formación de síntomas tiene un marcado origen social. Esto se traduce en una distribución desigual de los factores de vulnerabilidad y etiológicos y explica las diferencias de distribución en la depresión. Ésta es la secuencia fundamental. No niega la existencia de estructuras sociales dominantes, pero proponen que también tiene un origen social. Así, por ejemplo explica que «*son las condiciones de vida las que determinan la existencia de la autoestima, a través de las experiencias vitales*», como lo hicieron otros autores Nolen-Hoeksema (1999), González Duro E (1999), Mirowsky; 1996 y Lewis et al (1998) en los estudios sobre depresión y género de Matud (2004)¹².

Aparecen una serie de factores que influyen en el proceso de exclusión social en Tezanos J.F. (2004:171-200), que pueden ser también factores sociales predisponentes «*depresógenos*» para los diferentes individuos ya que también se refiere a factores psicosociales. La depresión es un factor de riesgo para la exclusión social y para evaluar los riesgos de exclusión según Tezanos (2004:173), es necesario atender a la seguridad en los empleos –desde el punto de vista formal y en relación a las expectativas de futuro de las actividades realizadas-, al nivel de ingresos o salarios, junto a otras circunstancias económicas y sociales, como el hecho de tener una vivienda propia y otras fuentes posibles de ingresos –por patrimonio familiar, herencia, ahorro-, estar bien integrado en una red social y contar con apoyos de la familia, los amigos u otros entornos sociales en caso de necesidad.

Para Sánchez Morales R. en el colectivo «*sin hogar*» la población femenina es la que manifiesta con mayor claridad y profundidad los rasgos definidores de la exclusión social –exclusión educativa, formativa, del empleo, de la vivienda y de la propiedad, por inclusión en instituciones especializadas, que han sufrido rechazo, exclusión étnica, de los servicios sociales generales, de la red asistencial específica, de las redes sociales de ayuda económica, exclusión jurídico administrativa legal y reglamentaria, de la vida familiar y social, del sistema de seguridad social, exclusión mediática-. En el caso de las mujeres, la situación se agrava por cuestiones de tipo cultural e ideológico –entre las mujeres se dan más casos de trastornos mentales que entre los hombres-(Sánchez-Morales, 1999:166).

¹² El estudio de Pilar Matud y cols. de la Universidad de la Laguna, Tenerife sobre depresión y género ha estado subvencionado parcialmente por el Instituto de la Mujer, por el Instituto Canario de la Mujer y por la Consejería de Educación.

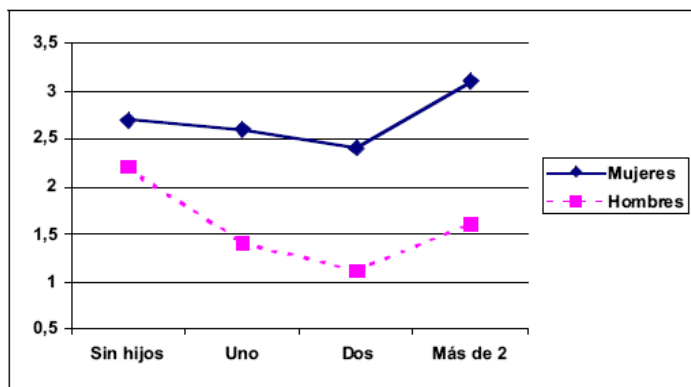
Cuadro 3.2.2.2. Cuatro zonas básicas en el proceso de exclusión social

	Zona de integración	Zona de vulnerabilidad	Zona de asistencia	Zona de exclusión
Situación laboral	Empleo estable o fijo	Empleo precario o inestable	Desempleo	Inempleabilidad
Ámbito económico	Fuertes redes familiares y de sociabilidad	Empresas o actividades económicas inestables o en crisis. Economía desregulada o sumergida	Aportaciones públicas reglamentarias o beneficencia	Aleatoriedad de ingresos
Situación relacional	Seguridad, confianza en el futuro	Fragilidad relacional Individualismo	Carencias relacionales compensadas por iniciativas asistidas de inserción	Aislamiento social
Sentimientos	Conformismo Emulación	Miedos, incertidumbres	Fatalismo, falta de perspectiva, Protesta	Desesperación, anomia
Actitudes básicas	Inestabilidad económica, enfermedades, incertidumbres ante la vida, etc	Desconfianza	Resignación	Desviación Pasividad Violencia Rebeldía
Factores de riesgo	Inestabilidad económica, enfermedades, incertidumbres ante la vida, etc	Inseguridad	Alcoholismo, drogadicción, depresión, aislamiento, clausura social, etc	Enfermedades, accidentes, delitos, suicidio, etc
Posibles iniciativas previsoras y compensatorias	Eficiencia económica, seguros privados, etc	Crisis familiares, ruptura de solidaridades de grupo, fracaso escolar, inadaptación cultural, minusvalías	Formación, inserciones sociales secundarias, estímulos para la no aceptación pasiva de "vivir del Estado o la Beneficencia"	Modelo asistencial social integral, reorientaciones sociales y económicas, etc.

Fuente: Tezanos, J.F. (2004): *La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*, Biblioteca nueva S.A., Madrid, pp. 180.

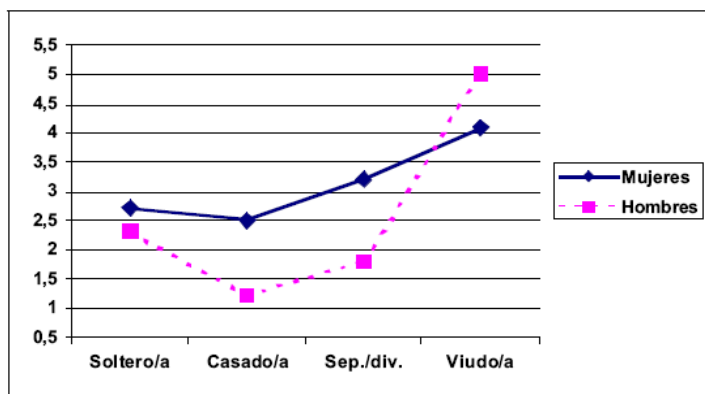
El número de hijos al igual que el matrimonio son factores de riesgo para la depresión en la mujer Matud (2004), pues presenta para esta mayor sobrecarga, pero la asociación de ambos factores con la depresión en la mujer depende de complejas interacciones tales como el nivel de ingresos, el tipo y condiciones de trabajo, el número de hijos-as, la salud y su edad, así como del tipo de relación con la pareja y el reparto de las tareas domésticas entre ambos cónyuges

Gráfico 3.2.2.1. Sintomatología depresiva según número de hijos



Fuente: Matud, M.P. Relevancia de las variables... Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 6, n.º 1, pp.16

Gráfico 3.2.2.2. Sintomatología depresiva según el estado civil



Fuente: Matud, M.P. Relevancia de las variables... Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 6, n.º 1, pp.17

Existe alguna teoría social más, ninguna de las cuales descarta algún mecanismo psicológico como «la autoestima». Sin embargo «la autoestima como mecanismo de respuesta ante el estrés es típico de los siguientes grupos: los varones, aquellos que ocupan un alto estatus social, los que disponen de un empleo y las mayorías étnicas». Otras experiencias de oposición al estrés, como los sentimientos positivos, derivados de los logros, son característicos de los varones, y de los grupos con alto nivel

educativo, profesionales y directivos. Ahora bien, el *desarrollo de la depresión es propio de los siguientes grupos: «mujeres, personas desempleadas, personas pobres...»*. Y el *estatus de enfermo, como recurso para el manejo del estrés*, es propio de mujeres, personas sin empleo y grupos con relaciones conyugales deterioradas.

De esta manera, la *depresión como recurso de afrontamiento del estrés* muestra pautas sociales claras. Es característica de determinados grupos sociales. Las personas que incluyen estos grupos muestran mayor vulnerabilidad al deterioro, ya que sus recursos de afrontamiento son reducidos o no han sido efectivos en el pasado. Existen otros modelos sociológicos. Pero parece que las características que comparten son: -Son modelos de causación social, pues todos ellos señalan que es en la *estructura social* donde se origina el deterioro sociológico. Las condiciones de vida asociados a los estratos desfavorecidos tendría su factor etiológico. En este sentido, la sociedad, sería la causa de su depresión. -A pesar del origen social de la depresión, prácticamente la totalidad de modelos sociológicos incluyen procesos mediadores de carácter psicológico y -psicosociológico- como elemento indispensable para hacer inteligible la relación entre deterioro psicológico y clase social.

La *autoestima* aparece como fundamental en los modelos de Cochrane en Sánchez E (2004:49-71) y Brown y Harris, en el caso de Mirowsky y Ross, el autoritarismo y la percepción de desigualdad son causas para explicar el deterioro psicológico. Al incluir dichos factores no eliminamos como principal factor de la depresión el socioestructural.

El estrés es un importante factor para los modelos de causación social. Las clases socioeconómicamente desfavorecidas se ven afectadas por situaciones más estresantes.

En resumen las *«condiciones de vida experimentadas por los sujetos»* - determinadas por la clase o por el grupo social al que pertenecen- es factor fundamental de la aparición de enfermedad mental en nuestro caso de depresión. Dichas condiciones de vida son experimentadas por los sujetos pero constituyen un factor supraindividual. La depresión será una construcción social. El concepto de *estrés* hace referencia a un concepto de situaciones heterogéneas difíciles de delimitar. «El verdadero reto consiste en comprobar las relaciones entre las influencias sociales y psicológicas». La consideración aislada de los procesos psicológicos en su relación con la depresión supone no sólo una insuficiencia teórica, sino cometer un error de especificación de sus determinantes (Sánchez E, 2004:49-71).

Los factores subyacentes dentro de los cuales encontraríamos la baja autoestima podrían relacionarse con la teoría de la *«Indefensión adquirida»* (Seligman) propuesta

por Burín (1996) -en estudios epidemiológicos se evidencia que las mujeres son más susceptibles a los eventos de vida que los varones (Cooper, 1987) -donde la pasividad y dependencia promovida en los procesos de la enfermedad depresiva, es dos veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres debido a la socialización de las mujeres de acuerdo con los *valores y normas prevalecientes*, deriva en la percepción de éstas de que son incapaces de enfrentar esos eventos de vida.

El *valor excesivo otorgado a la maternidad* puede resultar en enfermedad depresiva relacionada con el síndrome del nido vacío, particularmente entre mujeres con identidades tradicionales, lo que podría explicar la mayor frecuencia de depresión asociada a la mayor edad de las mujeres, esto ocurriría en aquellas mujeres con compañero o hijos mayores. Mientras en aquellas mujeres con hijos pequeños y sin compañero la frecuencia de depresión es mayor conforme la edad de los hijos e hijas es menor, lo que sugiere que son los factores económicos los que determinan en gran parte la mayor prevalencia de depresión, en los estudios sobre estado civil encontramos resultados contradictorios (Nazar, 1998).

El incremento relativo de la depresión en hombres es probable que un factor principal sea la alta vulnerabilidad que presenta ante la pérdida de la pareja, así como factores derivados del cambio de roles laborales propio de la etapa de la jubilación (Ibídem).

Otra teoría que atribuye la causa de la depresión a «*las rumiaciones*» en Nolen-Hoeksema (1991) en los estudios sobre género y depresión de Calvete (2005:203-214), afirma que las diferencias individuales en la duración de la depresión están influidas por el estilo de respuesta ante el humor depresivo, encontrando que en algunas personas predominan las «*rumiaciones*», con pensamientos y conductas centradas en los síntomas y en sus causas y consecuencias, lo que tiende a intensificar los síntomas y a interferir con la solución de los problemas. Por el contrario, otras tratan de distraerse y se centran en la solución de los problemas, lo que reduce y acorta la experiencia depresiva. Y en varios estudios se ha encontrado que las personas con más respuestas de rumiaciones tienen periodos depresivos más largos, habiéndose planteado que es más probable que las mujeres presenten este estilo de respuesta ante la depresión (Matud, 2004).

3.2.3. TEORÍAS SOCIOLOGICAS DE GÉNERO

La tesis se enmarca en los estudios de género basados en la teoría del género, denominados también estudios de la teoría feminista.

La perspectiva de género tiene como punto de partida el reconocimiento de la *subordinación social y política de las mujeres*. La perspectiva de género o enfoque de género se basa en la teoría de género. El movimiento feminista y la teoría de género no pueden separarse.

«Los estudios de género han llegado a constituir una nueva rama del saber, y tratan las relaciones entabladas entre hombres y mujeres en cada una de las sociedades, tanto desarrolladas como en desarrollo. Tienen como objeto de estudio las diferencias de roles, las identidades de masculinidad y feminidad, las desigualdades, la subordinación de las mujeres en muchos ámbitos de la vida, la homosexualidad –gays y lesbianas-, las situaciones de dominación y servidumbre entre los sexos, las ubicaciones de vida de los transexuales y, en definitiva, los modos de ser, sentir y actuar de los seres humanos en sociedad según el sexo y el género que se inscriba en las sociedades» (Martínez Quintana, 2007:390).

Nos interesan los conceptos de género, sexo, desde donde se han creado las conceptualizaciones de lo que debe ser un hombre y lo que debe ser una mujer, hecho que ha marcado a la hora de clasificar los roles que deben realizar al igual que la patología asignada a los diferentes géneros... Y por ello al referirnos a la salud mental en las mujeres se habla de «patologías de género», para autoras como *Emmilce Dio Bleichmar* y muchas otras autoras, *la depresión es una enfermedad que representa mayoritariamente al colectivo femenino* y añadiremos que la fibromialgia aún mucho más. El género masculino también tiene algunas patologías asignadas, como veremos posteriormente. Trataremos sobretudo las *teorías funcionalistas y feministas*, considerándolas como contrapunto. Aunque las teorías funcionalistas no se encuentran dentro de las teorías de género o estudios de género propiamente dichas pues son anteriores, se analizan como justificación del poder patriarcal.

Según Castells (1997:159), «el patriarcado es una de las estructuras básicas de todas las sociedades contemporáneas. Se caracteriza por la autoridad, impuesta desde las instituciones, de los hombres sobre las mujeres y sus hijos en la unidad familiar». Para Castells es el patriarcado el principal elemento en la dominación de la mujer. Sin la familia patriarcal el patriarcado quedaría desenmascarado como dominación y acabaría siendo derrocado por la rebelión de las mujeres sometidas a lo largo de la historia. Para *Giddens* en los últimos años, las teorías sobre la socialización y rol de género se han visto criticadas por un número creciente de sociólogos. En vez de considerar el sexo como algo determinado biológicamente y el género como algo que se aprende culturalmente, señalan que debemos considerar ambas cosas productos construidos socialmente (Connell, Butler, Scout y Morgan).

Giddens se centra en la sociedad patriarcal y cultura androcéntrica. En la sociedad patriarcal son los hombres los que ocupan las posiciones más relevantes del poder político, económico, cultural, quedando las mujeres en segundo plano. Pero en la actualidad nos encontramos con muchas familias donde la figura del padre es prácticamente inexistente, nos referimos a las familias no heterosexuales/patriarcales que ha sido tan criticada como el movimiento gays, lesbianas, las familias unipersonales y otras familias.

Giddens entre otros, según Alberdi (1999:171) ha mostrado que «ya antes de nacer se adscriben caracteres de género a los bebés, cómo se desvaloriza a las niñas y cómo las madres y los padres, la escuela, y las imágenes escolares, la publicidad y la televisión atribuyen estereotipos diferentes y peyorativos al género femenino, rasgos peyorativos que las niñas interiorizan desde la más tierna infancia». Es muy difícil contrarrestar todo esto, a pesar de los esfuerzos llevados a cabo por movimientos feministas, cuando las imágenes dominantes del poder y de la autoridad en la sociedad siguen siendo abrumadoramente masculinas.

En los años 50, el funcionalismo consideró la división sexual del trabajo y de las responsabilidades familiares, dentro de la familia nuclear moderna, como normal, natural y positiva porque permitía una optimización de las funciones familiares más importantes y familiares. Legitimaba la división sexual del trabajo dentro de la familia nuclear.

Según Laqueur (1990), hasta el S. XVII ser mujer u hombre no dependía de la biología pues existía el *modelo de sexo único*, sin embargo la diferencia de comportamiento si existía. Hasta el final de la Ilustración estaba el modelo de «sexo único» en el que biológicamente los dos sexos eran iguales -pero a la inversa-, por lo que ser hombre o mujer en la sociedad significaba asumir un rol cultural. Antes del siglo XVII el sexo todavía era una categoría sociológica. Cuando la procreación se constituyó como un trabajo exclusivo de la mujer, su status declinó. A partir del s.XVIII se dijo que las mujeres no se preocuparan mucho de las sensaciones sexuales, la presencia o ausencia de orgasmo se convirtió en un indicador biológico de la diversidad sexual. A finales del s.XVIII tuvo lugar un cambio al modelo de dos sexos. La mujer y el hombre tenían diferente sexo, a partir de entonces fue evaluada de manera más negativa. Pero nadie estaba dispuesto en buscar pruebas de que eran diferentes hasta que tales diferencias se hicieron políticamente importantes. Podían haber observado antes las diferencias, pero no se hizo por razones culturales, pues no encajaban en su paradigma científico. El sexo, tanto el del mundo de uno como en el de los dos sexos, solo puede explicarse dentro de las batallas en torno al género y

poder. Hasta que no se quieren encontrar las diferencias, no se encuentran. La construcción de un cuerpo unisexuado «*carne única*» fue formulada en la antigüedad para dar valor a la cultura del patriarcado, la mujer hecha a imagen y semejanza del hombre. En definitiva la heterosexualidad institucionaliza el dominio sexual del varón y la sumisión sexual de la mujer.

La Revolución Industrial fomenta el modelo científico en el que la razón suplanta a la religión. La nueva forma de control descrita por Foucault afecta a toda la sociedad y se basa en el expolio de las clases subalternas, que son transferidas a los expertos y al Estado. El Estado, a través de los profesionales, deslegitima los saberes de las mujeres sobre el parto y la crianza concediéndolos a los ginecólogos y a los pediatras, profesionales inicialmente masculinos. También se pierden aquellos conocimientos para paliar el dolor físico y moral mediante remedios tradicionales y domésticos en manos femeninas que son traspasados a la profesión farmacéutica.

La hipótesis de la represión se articula con el tabú del incesto en Freud «*Tótem y tabú*», por medio del cual se pasaba de la naturaleza a la cultura. Malinowsky daba por hecho la monogamia y la heterosexualidad, que para Freud necesitaban explicación. Mead representa el cruce del psicoanálisis con la teoría antropológica, esta relativiza la asignación de características masculinas o femeninas siguiendo una división por género, no hay un contenido específico de rol según Mead, aunque sí una división jerárquica entre los sexos. Importante para el feminismo contemporáneo son: Freud, Reich, Marcuse y Bataille, entre otros, tienen en común que parten de que existe un instinto natural de deseo que lo ven limitado como consecuencia de la cultura y de la estructura social. Esta es la hipótesis de la represión que ha teorizado la sexualidad desde el siglo XIX hasta el último cuarto del siglo XX. Foucault abandona este análisis centrado en la moralidad de los actos y prima el componente relacional de la sexualidad. El deseo se convierte más allá de Reich, no ya en un elemento de la psique, sino en un elemento activo de la vida social. Deseo se opone a razón, el camino por el que se llega a la libertad. Alejada de la naturaleza, la sexualidad se convierte en materia de conocimiento sociológico. Aparecen los estudios sobre las mujeres -women's studies- y de los estudios gays y lesbianas en la mayoría de países anglosajones. Para Marcuse la función del tabú del incesto es la consolidación del patriarcado. Proyecta hacia el futuro el mito del matriarcado femenino, donde el juego y el placer serían capaces de modificar el trabajo. La triada madre-padre-hijo se corresponde con el orden social del capitalismo y la familia que acepta la sexualidad bajo ese sistema, tan represor del deseo.

Otra vía para comprender las diferencias en función del género es el estudio de la socialización del género, el aprendizaje de unos determinados roles. ¿Pero cómo se mantiene esta reproducción social? Pues con el control social en las que encontramos siempre relaciones de poder. El control social se inicia en la familia, escuela, ámbito laboral. Tradicionalmente la sociedad patriarcal ha venido penalizando con mecanismos diversos de control social la trasgresión de la división sexual del trabajo. Estos comportamientos, ideas, creencias respecto de los hombres y mujeres llegará a ser tan potente que aunque alguna evidencia se oponga a dichas creencias algunos individuos continúan manteniendo a lo largo de su vida. La sexualidad de la mujer es conservadora, intenta conservar el orden vigente y es la estrategia social por medio de la cual la sociedad controla el deseo erótico.

Las normas en nuestra sociedad vienen marcadas por un sexismo estructural que consolida la desigualdad de género. Tales normas sirven para controlar a las mujeres. Este tema aparece en el acoso sexual, la feminización del sida y la prostitución.

Según *Giddens* «no existe sociedad conocida en que las mujeres sean más poderosas que los hombres». En la gran mayoría de sociedades la mujer se ha dedicado al cuidado de los hijos y del hogar, mientras que los hombres se han ocupado de actividades políticas y militares. La explicación más adecuada de este patriarcado se hallaría en la maternidad y crianza como experiencia decisiva y central de las mujeres a lo largo de la historia de la humanidad. En torno a este fundamento biológico se construyeron las características del género femenino y los embarazos frecuentes y el cuidado continuo de los hijos hizo a las mujeres dependientes de los hombres, que se ocupaban del aprovisionamiento de los bienes materiales. En los años sesenta un número importante de mujeres entra en el sector de la producción.

Pero las formas culturales, no cambian sólo por el hecho de que existan unas posibilidades de cambio. Para que ocurra el cambio se han de vencer las resistencias al cambio de los modelos aprendidos e interiorizados por hombres y mujeres a lo largo de su proceso de socialización. Modelos que muchas veces son aprendidos de manera inconsciente, en el día a día de la vida cotidiana. «En los hombres encontramos más resistencias a cambiar el modelo tradicional pues eso implica renunciar a perder sus cuotas de poder institucionalizado» (*Giddens*, 2002:165-166).

La sociedad y sobretudo las mujeres tuvieron que plantearse la realidad cuando empezaron a llevar la paga a casa, además debían cuidar de los hijos, cuidado del marido, de los padres... y ya no podían más. Quizás los maridos al ver a la compañera al borde de un ataque de nervios reflexionaron sobre aquellos valores que tenían ya interiorizados desde hacía mucho tiempo, algunos intentaron cambiar

actitudes y comportamientos, pero como es sabido de todos es tan difícil cambiarlos. Todo este sistema de valores, comportamientos, que abarca todos los ámbitos nos condiciona a la hora de comportarnos, elegir lo que queremos ser o hacer, decidir aunque no seamos conscientes de ello. El patriarcado ha estructurado la sociedad, la política, las relaciones, las profesiones, la sexualidad...en definitiva toda nuestra vida, tanto la de hombres como mujeres.

3.2.3.1. TEORÍAS FUNCIONALISTAS

La corriente estructural-funcionalista representada por *Durkheim*, que puede considerarse como su principal teórico plantea la funcionalidad de la familia como institución concentrada de sentimientos colectivos expresivos de la conciencia colectiva que confiere cohesión a la sociedad, y aboga por la dedicación completa de las mujeres a ella.

La familia aparece ligada a tareas relacionadas con la afectividad y la sexualidad, mantenimiento de la conciencia colectiva, y ligada a las acciones y contexto de las mujeres. Expresa la funcionalidad complementaria entre trabajo y familia. Según Karmele Vázquez (1993) *Comte* sostiene, «que por ley natural y por ley positiva, las mujeres están determinadas a la existencia doméstica donde desarrollan un refugio afectivo frente a la sociedad exterior cada vez más competitiva y conflictiva, y donde se expresa el principio de subordinación feliz y espontánea de la esposa al marido y de los hijos a los padres... mientras que la mujer se encuentra en una especie de permanente estado de infancia, la actividad e inteligencia del varón le disponen para la protección de la familia y la exigencia de obediencia».

Según Ramón Ramos (1996:65-66), lo que Durkheim denomina «*sociedad conyugal*» –los esposos- constituye un medio moral imprescindible para la consecución y el mantenimiento del equilibrio psíquico de sus miembros en razón de su eficacia para disciplinar y normalizar sus pasiones y pulsiones naturales. Asegura que la crisis o el debilitamiento de la familia ha de comportar necesariamente un incremento del *malestar social*. «Existen dos indicadores privilegiados para medir la crisis de la familia y el crecimiento del malestar social: la primera encuentra un fiable indicador en *el incremento de la tasa de divorcios*; la segunda en *el incremento de suicidios*».

La mujer es presentada según Durkheim como un curioso *fósil evolutivo* o un *ser básicamente biológico y presocial*. En razón de ello, no se puede predicar de la mujer esa doble naturaleza que Durkheim predica del actor social y que explica las patologías resultantes de las carencias – de ideales o normas- propias del egoísmo o la anomia. Según Durkheim el hombre, «es, casi en su totalidad producto de la sociedad, mientras que la mujer se ha tenido más bien como la naturaleza la ha hecho hecho» (Durkheim, 1982:443). «Si el *divorcio favorece a las mujeres*, en cuanto que tienen menos suicidio donde éste existe, es sólo porque las mujeres soportan lazos sociales inestables y laxos; si el matrimonio las victimiza es porque no pueden soportar demasiada sociedad» (Ramos, R: 1996:69-70).

La estabilidad normativa se mantiene mediante la socialización diferencial a niños y a niñas. Por tanto no sorprenden los resultados de *Parsons y Bales* en un estudio sobre los rasgos de carácter de unos y otros: «las niñas mostraban rasgos atribuibles al papel femenino correspondientes con el rol expresivo, y los niños rasgos asignados al papel masculino correspondiente al papel instrumental». Pero como señala *K.Millet*, «esa justificación sirve para mantener el Status quo» (Vázquez, 1993: 63-64).

En los estudios de Karmele Vázquez también afirma que *Marx y Engels* reconocían las relaciones de dominación del marido sobre la esposa en el seno de la familia, y en *Marx* en «el capital» aludía a las especiales discriminaciones de las mujeres en la producción. La posición de clase era la única que reconocían como criterio válido de construcción de una conciencia productiva. Lo principal era la posición en el proceso de producción.

Tanto las definiciones de *economía clásica como del marxismo* habrían permitido albergar concepciones mucho más amplias, y ambas, «ajustaron la definición de lo económico al ámbito monetario y, en correspondencia, de la producción extradoméstica, del trabajo al trabajo remunerado...» (Enguita, MF, 1996:38).

John S.Mill es uno de los pocos autores del s.XIX que tiene una *gran capacidad anticipativa a la sensibilidad actual de los movimientos de las mujeres*. El utilitarismo de Mill se expresa «en *contra de las prohibiciones y a favor de la libertad, de hecho y de derecho, de las mujeres*» (Durán, M.A, 1996: XIV). Que la mujer se incorpore a la sociedad, y más en concreto, al mercado de trabajo, es condición necesaria para su emancipación, pero no suficiente. Será imprescindible también cambiar de hecho y de derecho las relaciones entre los sexos, en la pareja. Para éste la «*autonomía del*

individuo como principio constitutivo de la modernidad es la clave para afirmar que corresponde a las mujeres como individuos que son, decidir según su propia experiencia y usando de sus facultades» (Campillo, 1996: 80-85). Según M. Ángeles Durán, Mill reclama para las mujeres –sin que falten tintes elitistas pues piensa fundamentalmente en las mujeres de los niveles intelectuales más altos- «el acceso a la sociedad y al mundo del trabajo», la humanidad no se emancipará mientras no se emancipen las mujeres y para todos será beneficiosa su liberación porque podrá realmente elegir las actividades para las que cada una individualmente esté mejor dotada. El matrimonio, a diferencia radical de Durkheim, debe ser para Mill «una asociación voluntaria y contractual asentada sobre la voluntad individual de los contrayentes».

Weber contrapone la dominación patriarcal característica de la sociedad pre-capitalista a la dominación burocrática de la sociedad moderna. Afirma que está basada en la sumisión de las mujeres y los hijos a la autoridad de un «*dominus*» dentro de una comunidad doméstica, se concreta en una devoción rigurosamente personal hacia un hombre y obtiene legitimidad debido a su carácter cotidiano y a que las normas de obediencia asentadas en la tradición la hace significar como natural (Vázquez, 1993:62).

Estas teorías junto con las de la *Teoría Crítica de la Escuela de Frankfurt*, la Sociología Fenomenológica conceptualizan a las mujeres como sujetos vinculados a la condición de hembras de género femenino y heterosexuales, que construyen su identidad individual y colectiva tomando como referente único: la familia, a diferencia de los hombres que toman como referentes que pueden ser individuales o colectivos ligados a la condición de ciudadano o a su posición de clase o a otros principios de diferenciación social: las mujeres no han adquirido la calidad de sujetos políticos.

En las sociedades occidentales europea y americana se presentó el modelo normativo por excelencia ideal para el desarrollo económico y desarrollo de las criaturas. En España tuvo lugar junto con la ideología conservadora y fascista. El modelo parsoniano también se acomodaba a las enseñanzas de una iglesia católica conservadora. La posición secundaria de la mujer en la sociedad es una verdad universal, es un hecho que se repite en todas las culturas. Históricamente hemos visto que para poder satisfacer las necesidades humanas el hombre ha tenido que vincularse a dos esferas diferentes hogar y exterior. En el primero se desarrollaban las actividades de reproducción y en el segundo las actividades de producción. Las posiciones ocupadas en cada uno de ellos han sido diferenciadas según el sexo. Aunque no siempre ya que las mujeres han realizado también actividades para la

producción como eran la de tejer, cuidar del ganado, hilar...pero se consideraban asociadas a las tareas reproductoras. Desde las épocas más remotas se conoce que la actividad de cuidar, fundamento de la profesión de la enfermería, se halla estrechamente vinculada a la condición femenina.

«La mujer siempre ha sido *dispensadora de atención de salud extraoficial* dado que socialmente se le han atribuido la adopción de decisiones sobre salud para miembros de la familia o tribu, la crianza sana de los hijos, la producción, la selección, preparación y distribución de alimentos para los miembros de la familia. La mujer ha actuado como modelo de conducta estimulando a los miembros de la familia a asumir mayores responsabilidades en cuanto a su salud. Desde antaño, las fuentes, el mercado, el lavadero...han construido redes de comunicación que han favorecido la acción comunitaria» (Queralt, 1993:10-11). Y después decimos que el ámbito privado ha sido privado de todo prestigio. ¿Cómo puede ser, si lo que allí se realizaba era de gran importancia para la sociedad? Pues todo este pasado sigue marcando a la mujer en la actualidad aunque va liberándose de algunos prejuicios y estereotipos.

La España de la posguerra tuvo una diferenciación rígida de los roles masculinos y femeninos. La socialización en la familia, Estado... fue para mantener esta dualidad que se creía la más adecuada para el mantenimiento de la ideología dominante.

En los años 70 el modelo parsoniano entró en crisis. En primer lugar por el desarrollo del movimiento feminista americano y europeo, que puso en cuestión la naturalidad del modelo de familia parsoniana y denunció la justificación de las desigualdades sociales de género por razón de diferencias sexuales. Se vio que este modelo no comportaba armonía ni complementariedad, sino todo lo contrario, conflicto y desigualdades cada vez mayores. El modelo funcionalista fue construido cuando los modelos de formación de las mujeres eran mucho más bajos que el de los hombres. Fue el modelo en que se formaron nuestras madres, la mayoría, cuya formación principal eran aquellas tareas que les serían útiles como futuras esposas -aprender a coser...- y una formación insuficiente para su incorporación en el mercado laboral.

Fue a partir de los años 70 cuando la mayoría de las mujeres entraron a formar parte de una educación reglada. No terminaban sus estudios al finalizar la primaria, sino seguían sus estudios secundarios y accedían a la universidad. Pero a partir de estos años y aunque se ha ido avanzando mucho la desigualdad se sigue manteniendo, pues la estructura social, política que abarcaba todos los campos tiene unas diferencias estructurales importantes. Para que la mujer se incorpore al mercado laboral habrán de darse unos cambios sociales importantes sino será infructuoso.

Algunos de ellos son: reducción de la natalidad, otra organización en la familia donde sería cuestionada la función del marido.

«Los hijos empiezan a ser fruto de una elección, no del destino». Los países europeos, especialmente los de los países de la Europa mediterránea como España, Italia o Grecia, tienen las tasas de fecundidad más bajas del mundo. Algunos estudios sobre comportamientos y actitudes de mujeres y hombres en España como; Fernández Enguita (1990), Durán (1986), Planas, Casals, Masjoan (1991), Brullet, Subirats, Massats y Carrasquer (1992) en Brullet y Tenas (1996), muestran para la mayoría de la población joven en los años 80 la permanencia de patrones de conducta tradicionales entre las responsabilidades familiares y las responsabilidades profesionales. «Los patrones tradicionales de las dos culturas de género permanecen» (Brullet y Tenas 1996:280-285).

3.2.3.2. TEORÍAS FEMINISTAS

Durante la década de los 60 y principios de los 70 del siglo XX, fundamentalmente en Estados Unidos y en el Reino Unido, «el feminismo surge con fuerza para reivindicar el papel de la mujer». A todas las feministas les preocupa la desigualdad de la mujer en la sociedad, pero las explicaciones que dan son diferentes. El movimiento que articuló la lucha de las mujeres fue el *feminismo*. «Hay acusados contrastes entre las diferentes teorías feministas relacionadas con la desigualdad de género». (Giddens, 2002:162-166).

Sin embargo, en los años ochenta el feminismo se enfrentó a una contrareacción. Se dijo que «las mujeres que elegían permanecer solteras sufrirían agotamiento y toda una serie de desórdenes mentales». Tales afirmaciones contradicen los resultados básicos de la investigación sobre este tema que afirman que las tasas de depresión son, mayores en las mujeres casadas que solteras, y todavía mucho mayores en las mujeres casadas sin trabajo remunerado (Giddens, 1993: 220).

Según Giddens (2002) los tres enfoques feministas principales son el liberal, el radical y el feminismo negro:

- *feminismo radical*: los hombres son los responsables de la explotación de la mujer y se benefician de ella. La raíz es la opresión patriarcal que hace que los hombres usen su fuerza bruta para someter a otros. La familia para ellas es una de las principales fuentes de opresión de la mujer. Los hombres explotan a las mujeres apoyándose en el trabajo doméstico gratuito, como grupo, también les niegan el acceso a puestos de poder e influencia social. Para ellas como el patriarcado es un

fenómeno sistémico, la igualdad entre los géneros sólo podrá obtenerse derrocando el orden patriarcal. La disolución del feminismo radical de los años sesenta y principios de los setenta, dejó vía libre al feminismo liberal. Entendieron que la represión del deseo femenino era central para la opresión de la mujer (Kate Millet, Shulamith Firestone, Ane Koet).

-*feminismo Liberal*: busca explicaciones para las desigualdades de género en las actitudes sociales y culturales. A diferencia de las radicales, no consideran que la subordinación de la mujer forme parte de una estructura o sistema mayor. Este feminismo había asimilado algunos de los presupuestos del más radical -sobre todo con lo relacionado a la dimensión política de lo personal- y se convirtió en el portavoz reconocido del movimiento de mujeres. Por ejemplo, a las feministas liberales les preocupa el sexismo y la discriminación de las mujeres en el ámbito laboral, las instituciones educativas, los medios de comunicación. Pretenden moverse dentro del sistema actual para producir reformas de manera gradual. Sus objetivos y métodos son más moderados que las radicales, que exigen el derrocamiento de este sistema.

-*feminismo negro*: Señalan que las principales escuelas del pensamiento feminista no tienen en cuenta divisiones de tipo étnico que existen entre las mujeres, porque dichas corrientes se centran en los dilemas de la mujer blanca, especialmente de clase media, que vive en sociedades industrializadas. Este tipo de feminismo se centra en los problemas concretos de las mujeres negras. Tienen en cuenta la influencia que ha tenido en ellas el legado de la esclavitud, la segregación y el movimiento de derechos civiles sobre las desigualdades de género que afectan a las comunidades negras.

Para S.Firestone - feminista radical- la base material que genera las relaciones de dominación es la reproducción, entendida como trabajo, pues el patriarcado es el primer modo de producción y el que fundamenta todos los demás. La naturaleza fue quien produjo la desigualdad, pues media humanidad debe criar y engendrar hijos para ella, esta desigualdad fue consolidada e institucionalizada en beneficio de los hombres. Esta división natural del trabajo hizo que los hombres desarrollaran solo la mitad de sí mismos, de modo que mientras en los hombres se hipertrofia la racionalidad y la actividad, se atrofió la sensibilidad emocional, en las mujeres se hipertrofió el sentimentalismo y la pasividad.

Hablamos de un movimiento que no se ha dotado de una férrea estructura organizativa, ni ha luchado por tomar el poder político ni ha alentado el uso estratégico de la violencia. ¿cómo este movimiento está logrando transformar la realidad y las conciencias de acuerdo con su visión inicialmente tan minoritaria? «El feminismo no

habría avanzado sin los *cambios legales* y otras *reformas estructurales* del espacio público ligadas al estado de bienestar, pero su consolidación real procede de la lucha por *captar las mentes y propiciar el empoderamiento personal y colectivo de las mujeres* en su vida cotidiana y en sus interacciones en el resto de los contextos de la acción social» (Amorós y de Miguel, 2005:63).

Según Vázquez (1993) se define la dominación masculina como un fenómeno político, se quiere terminar la opresión de los hombres sobre las mujeres, se rechazan las categorías de «mujer» y de «hombre» por estar construidas sobre presupuestos patriarcales. Y se entiende que el sexo anatómico es una creación del género, y este es a su vez producto de la opresión del patriarcado. Como las diferencias de género están estrechamente vinculadas a cuestiones relativas a la desigualdad y al poder dentro de las sociedades, son un asunto de gran interés para los sociólogos. Las profundas transformaciones iniciadas por el movimiento feminista en la década de 1970 han inspirado nuevos intentos por comprender como se crean, mantienen y transforman las pautas y desigualdades de género en nuestras sociedades.

«Las mujeres han sido discriminadas al igual que otros colectivos minoritarios». Las semejanzas históricas y estructurales entre los negros en una cultura dominada por los blancos, y entre las mujeres en una cultura masculina, fueron destacadas por Myrdal.

Hay unos rasgos comunes atribuidos por el como son: una inteligencia inferior, una naturaleza emocional o primitiva, una ilusoria habilidad sexual. Ambos grupos se ven inducidos a recurrir a las mismas tácticas de acomodación: una forma insinuativa de agradar a los demás, cierta tendencia a estudiar los puntos débiles del grupo dominante a fin de influir sobre este, y una apariencia de desamparo e ignorancia bajo la que se oculta un fraudulento deseo de dominio. Nos encontramos con teorías feministas que ponen en duda la validez del patriarcado, en la que las diferencias sexuales o de género que nos encontramos no son propias de las sociedades humanas sino que es un producto cultural que se puede cambiar.

Criticar el patriarcado diciendo que el sistema sexual de género puede ser igualitario y por lo tanto no patriarcal -Rubin, Sarraceno...-. Para ellas se pueden abolir las desigualdades de mujer, pasando a ser culturalmente neutras las diferencias sexuales. A partir de aquí todos los temas relacionados con el cuerpo y género se politizan y por tanto son susceptibles de ser cambiados (Vázquez, 1993). «En las mujeres hay diferentes variables de estigmatización» según Osborne (1996:79-93):

- Cada mujer es tratada como «una mujer», sus cualidades y sus logros resultan secundarios.

- Las mujeres son vistas como todas iguales y por lo tanto sustituibles unas por otras.
- Se les impone un estatuto de secundonas, a las que se considera pasivas, y por lo tanto susceptibles de ser tratadas como un objeto.
- La subordinación significa, además, que muchas cosas se les puede hacer fácilmente: acoso, violencia, discriminación.
- Pueden ser ignoradas, o descartadas, o trivializadas, tratadas como unas niñas o como unas no personas.
- Su status social es visto como conseguido vicariamente a través de los hombres.

Si las diferencias sociales son determinadas por el sexo, tanto éste como el género también son construcciones sociales. «Cuando se habla de género se diferencia del término sexo. En general los sociólogos utilizan el término sexo para referirse a las diferencias anatómicas y fisiológicas que definen las diferencias del cuerpo del hombre y de la mujer. Por el contrario, el género afecta a las diferencias culturales, psicológicas y sociales que existen entre el hombre y la mujer». Algunos autores sostienen que hay ciertos aspectos biológicos -hormonas, tamaño del cerebro, genética- que son responsables de la diferencia de comportamiento entre mujeres y hombres. Por ello en casi todas las culturas los hombres se dedican a la caza y a la guerra. Pero las mujeres pasan mucho tiempo cuidando a los hijos y no les sería fácil participar en la guerra o en la caza. «Aunque esta hipótesis de que los factores biológicos influyan en el comportamiento diferenciado de uno y otro sexo no pueda rechazarse de plano, un siglo de investigaciones sobre el origen fisiológico no ha podido demostrarla »(Giddens, 2002:153-154).

Según Osborne (1993:22-25) otra consecuencia de esta disolución fue la formación de la corriente denominada como «*feminismo cultural*», que quiere conseguir una contracultura femenina que se oponga a la actual cultura dominante. Su encarnación política más destacada sería el movimiento antipornografía. Con el feminismo cultural se pasó de culpabilizar al patriarcado a atacar directamente a los hombres, individual o colectivamente, por el hecho de serlo. Es decir, se concibió la naturaleza de los hombres como esencialmente agresiva. Los hombres fueron considerados como auténticos depredadores sexuales, provistos de unos impulsos irrefrenables. El interés de este sector parece haber sido únicamente en la forma de controlar la sexualidad masculina para evitar la explotación sexual de la mujer. La mujer fue vista entonces como, antítesis del hombre, toda dulzura y solidaridad.

Parecía afirmar la hipótesis de una naturaleza masculina esencialmente perversa. La violencia masculina como intrínseca al varón llevará a propugnar el lesbianismo frente a la homosexualidad.

El objetivo de la teoría feminista es poner de manifiesto que las tareas asignadas históricamente a las mujeres no tienen su origen en la naturaleza, sino en la sociedad. La idea de la división sexual del trabajo es fuertemente cuestionada por el feminismo. A partir de esta constatación, los estudios de género se orientan en dos direcciones: en primer lugar, analizan *críticamente las construcciones patriarcales* y extraen de la historia las voces silenciadas que defendieron la igualdad entre los sexos; en segundo lugar, la teoría feminista, al aportar una nueva forma de interrogar la realidad, acuña *nuevas categorías analíticas* con el fin de explicar aspectos de la realidad que no habían sido tenidos en cuenta antes de que se desvelase el aspecto social de los géneros.

Al mismo tiempo, la noción de que los géneros son construcciones culturales tiene una dimensión política, que culmina con la idea, en palabras de Kate Millet, de que lo «personal» es político. Politizar el espacio privado -aquello que el pensamiento social y político patriarcal había designado como ámbito de la naturaleza- ha sido la tarea central del movimiento feminista. Esta dimensión del feminismo ha abierto el espacio de la política a problemas nuevos, al introducir en este ámbito cuestiones como el aborto, los malos tratos, el control de la natalidad, la reproducción...(Amorós, 1995:60-61), en definitiva temas que afectan a la salud mental.

Las teorías feministas apoyan la emancipación de la mujer, pero estas no están exentas de estereotipos sexistas. *Raquel Osborne* después de revisar los supuestos que subyacen a las polémicas internas del movimiento feminista sobre la sexualidad emprende una crítica teórica y política del «feminismo de la diferencia»: «el retorno aparente, esta vez con rostro feminista, al viejo modelo victoriano de una agresividad sexual masculina y de una pasividad femenina, nos está conduciendo a una desexualización del comportamiento femenino, que coincide con la visión de la derecha acerca de la naturaleza sexual de los géneros y de las mujeres como víctimas y no como sujetos de sus destinos». En lugar de dar a las mujeres lo que necesitan para reducir su vulnerabilidad -dinero, instituciones, apoyos y remedios para cuando son atacadas-, lo único que nos proponen es un pacato moralismo, un límite a la libertad de expresión, una sensación de disgusto y asco ante la explicitación de la sexualidad.

Lo que en realidad necesitamos es una verdadera igualdad, un auténtico poder: discriminación positiva para lograr una paridad económica, mayor acceso a la

educación, aumento de la participación política y en los cargos públicos, mayor concienciación en general sobre la corresponsabilización de los géneros en las tareas domésticas y en el cuidado de los hijos. «Necesitamos, no restringir, sino ampliar las posibilidades de desarrollar nuestra imaginación sexual», en contra de lo que pensaba *Focault*, en Osborne (1989:71-129); en definitiva todo lo que se propone son medidas para disminuir la depresión. *Simone de Beauvoir* declaró que si hubiera escrito sobre feminismo en la época actual habría dado mayor protagonismo al tema de la sexualidad. En los años cuarenta escribió «El segundo sexo», la sexualidad era una cuestión tabú, intocable e innombrable. A pesar de lo cual ya comprendió la crucial importancia de la autonomía sexual de las mujeres.

De otra parte, la pionera del feminismo norteamericano, *Betty Friedan* consideraba que las mujeres ya tenían la suficiente actividad sexual en sus vidas y lo que había que hacer era ponerse manos a la obra y trabajar de una manera positiva a favor de la liberación de la mujer. Parecía como si Betty Friedan se hiciera eco, aun cuando por razones distintas, de un autor como *Focault*, quienes sostienen que en Occidente los discursos sobre el sexo no han hecho sino proliferar y constituyen una estrategia del poder para así controlarlo mejor. Pero dicha proliferación de estudios su procedencia es masculina con fines interesados dice R.Osborne. Hay muchos al igual que Betty Friedan, opinan que la sexualidad es un asunto secundario y sin relevancia, que las verdaderas cuestiones, al menos en lo que atañe a la mujer, son las económicas, laborales o de tipo directamente reivindicativo. Según esta mentalidad, una vez consiguiéramos liberarnos de las discriminaciones “formales”, la liberación sexual vendría por añadidura. Por esta lógica se regían todos los partidos de izquierda, que consideraban secundarias las cuestiones sexuales dado que con la revolución habrían de resolverse todos los problemas (Ibídem: 129-130)

En muchos estudios el «malestar» de la mujer, se basa en una búsqueda de autonomías que la sociedad le niega. ¿Pero qué significa autonomía? Para Kate Millet, la consecución de la autonomía pasa por la eliminación del patriarcado; la contradicción principal no es la de las clases, sino la del género, como también proclaman las feministas radicales alemanas y francesas. Así lo expresa también *Simone de Beauvoir*, en 1972, a *A.Schwarzer*: la lucha de clases como tal, no emancipa a las mujeres; suprimir el capitalismo es ya un paso, pero no es obtener la autonomía, porque suprimir el capitalismo no es suprimir la tradición patriarcal. Hay que suprimir también el matrimonio y la familia en su forma patriarcal. Las mujeres que trabajan fuera del hogar, se encuentran con la doble «jornada».

La solución que proponía *Simone de Beauvoir* consistía no en multiplicar los servicios públicos de guarderías, restaurantes, lavanderías...sino en lograr que el trabajo fuera compartido por todos los miembros de la familia. En cuanto a las relaciones entre los sexos dice que los hombres no van a colaborar espontáneamente en la liberación de las mujeres, puesto que sería ir en contra de sus intereses. En otras palabras, el sistema patriarcal y la autonomía de las mujeres son intereses contrapuestos. Se produce un aumento de las agresiones masculinas contra las mujeres. La familia, como institución patriarcal, sigue en pie y la mujer, por tanto sigue supeditada al varón, condicionada a la reproducción y al cuidado del hogar. Pero la mujer comienza a valorar altamente su profesión y a desconfiar del matrimonio, institución en la que poco ganan y en la que pueden perderlo todo, dado que la maternidad es una manera de retener a la mujer en el hogar y de hacerla renunciar a su autonomía.

Según López Pardina (1995:178-183) si la década de los 70 fue una época en la que las reivindicaciones de autonomía fueron importantes, en los 80 y 90 aparece un movimiento reactivo que presenta el feminismo como algo pasado y superado, y la igualdad y la autonomía como pobres logros que hacen a la mujer infeliz. Estudios de opinión realizados en los años 85-86 mostraban que el objetivo principal de las mujeres ya no era el matrimonio. El 60% de las mujeres solteras opinaba que eran bastante más felices que sus amigas casadas. Por el contrario, los hombres tenían muchos más deseos de casarse. Y no es extraño, pues los estudios psicológicos muestran que el matrimonio-en las actuales condiciones de sociedad patriarcal- es más beneficioso para los hombres que para las mujeres en cuanto a salud mental y supervivencia. Igualmente, la ruptura del matrimonio afecta más a los hombres que a las mujeres, quienes consideran que su vida es más feliz después de divorciarse (80% y 50% respectivamente, ocho años después, según un estudio de 1982.

3.2.4. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

Primeramente introducir la definición que Valabrega da a la enfermedad: «*La enfermedad es algo que pasa entre el enfermo y el médico*», es decir, que la enfermedad no es una entidad en sí, sino que resulta de una confrontación entre dos individuos, uno que aporta el misterio de sus trastornos y el otro que le aporta explicación, que hace entrar lo subjetivo en la objetividad de un sistema teórico.

Una definición así de la enfermedad nos hace comprender que la «locura» no existe, que es una construcción al final de un diálogo, pero una construcción que

supera el diálogo, porque «detrás del enfermo están todas las representaciones colectivas que -él y su entorno- se hacen de los trastornos mentales y detrás del médico, los sistemas aprendidos en los libros y las escuelas. El diálogo terapéutico es pues, un diálogo entre dos segmentos de la sociedad más que entre dos seres » (Ibídem: 178-183). Cuando los organismos oficiales de salud están identificando el concepto de salud mental, están pensando en una serie de patologías mentales claramente catalogadas e identificadas por un modelo de salud biomédico.

Las enfermedades no son naturales, sino más bien categorías intelectuales elaboradas por la medicina, en un proceso histórico de complejidad creciente, para explicar y entender las maneras que tenemos los humanos de enfermar y morir. Para ordenar estas categorías, la medicina moderna ha establecido un modelo de categorización que analiza y objetiva las causas, las alteraciones morfológicas y funcionales que provoca el proceso de enfermar, los mecanismos de producción o la secuencia ordenada de fenómenos y su manifestación -síntomas y signos- a largo del tiempo -patocronia-.

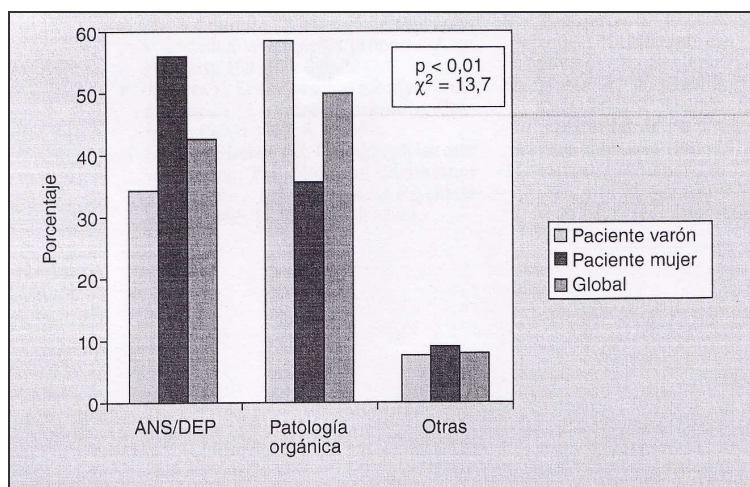
Todo este aparato semiológico fundamenta la aceptación por todos que las formas de enfermar no son procesos aislados que afectan únicamente a los individuos, sino por el contrario, regularidades colectivas, procesos que se dan de manera idéntica o muy parecida en todos los que sufren las enfermedades. A partir de aquí la medicina crea todo un sistema de denominación, ordenación y clasificación de diagnósticos y enfermedades. Un aparato conceptual que el epidemiólogo hará servir para analizar la incidencia o prevalencia de las formas de enfermar de una sociedad determinada.

En el caso de las denominadas enfermedades mentales representan un caso paradigmático de las dificultades que ha de afrontar la ciencia médica moderna para establecer categorías diagnósticas científicamente consistentes (Barona, 1988).

En los siguientes gráficos vemos los resultados de un estudio de ansiedad-depresión de 273 cuestionarios administrados a médicos-as en el que se analizaron los diagnósticos emitidos al presentarles 5 casos clínicos. En el estudio realizado por Moreno et al (2000) la única variación era el sexo. Ante las misma sintomatología y en idénticas circunstancias, a las mujeres se les pautan más ansiolíticos y se les presta más apoyo psicológico que a los varones, mientras que a estos se opta por derivarlos a diferentes especialistas. La pregunta que suscitó el estudio fue ¿«Hay mayor prevalencia de depresión en las mujeres porque los médicos la diagnosticamos más, por suponer que hay mas prevalencia?»¿ «no estaremos infradiagnosticando estos cuadros en varones o supralvalorándolos en las mujeres? ».

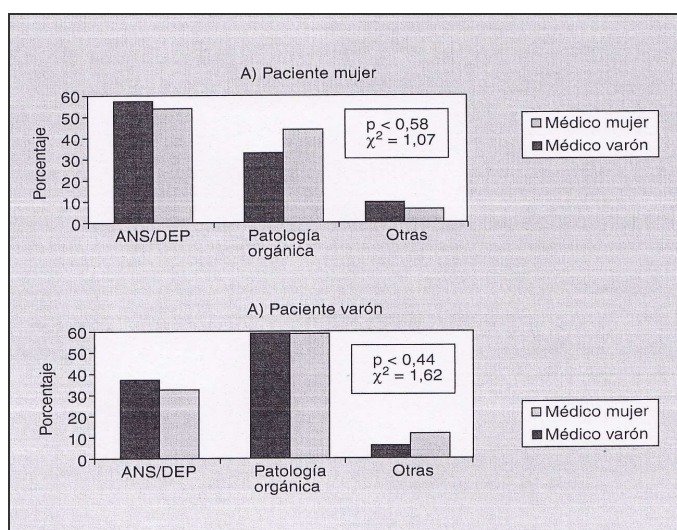
Pues seguramente sí lo creemos. Y quizás fuera mejor también para los hombres diagnosticarlos mejor de depresión, pues son ellos los que tienen mayor riesgo de infarto y cardiopatías que las mujeres. En la investigación de Moreno (2000) que analiza la actitud de los médicos de Atención Primaria, se observa que «*diagnostican más la ansiedad-depresión a las mujeres, se les prescriben más ansiolíticos y se les atribuye más una causa funcional de su patología cuando se trata de una mujer, y no se encuentran diferencias cuando el médico es varón o mujer*» (Moreno, 2000:95-97).

Gráfico 3.2.4.1. Sospecha diagnóstica según sexo del paciente



Fuente: Moreno, ME. Et al. (2000): «Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos», Atención Primaria, vol 26, n.º 8 Atención Primaria, pp. 95-97.

Gráfico 3.2.4.2. Sospecha diagnóstica en pacientes según el sexo del médico



Fuente: Moreno, ME. Et al. (2000): «Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos», Atención Primaria, vol 26, n.º 8 Atención Primaria, pp. 95-97.

El concepto de salud mental es de muy difícil definición, para definirla mejor es importante introducir un concepto: *la construcción social de las enfermedades* y es que hasta que no se tiene un concepto de un fenómeno no se puede representar, es decir, identificar. Preguntándonos el porqué de tantas causas laborales en la depresión, la respuesta de varios clínicos fue: «no es que tengan una depresión como diagnóstico en la actualidad, pero claro, les he de etiquetar de alguna manera porque no pueden volver al trabajo de momento en la situación en que se encuentran». Por lo tanto, ¿Qué estamos etiquetando cuando diagnosticamos de depresión o ansiedad? Muchas veces problemas sociales que quizás dentro de algunos años se etiqueten como diagnósticos médicos.

Puede ser que estas personas sí tuvieran una depresión, pero no las había etiquetado el sistema médico como tal, en algunos casos. Les ponían automáticamente la etiqueta porque no podían retomar la situación que vivían.

Vemos que si hubiera una etiqueta diagnóstica (MOBBING) aceptada por la sociedad -Clasificación en los diagnósticos médicos- que permitiera la Incapacidad Laboral Transitoria se le diagnosticaría de MOBBING y no de depresión. Una de las principales patologías de la salud mental como es la depresión o la ansiedad son muchas veces un cajón de sastre en las que se introducen problemáticas sociales que no tienen otro diagnóstico.

Se puede admitir que exista una entidad diagnóstica que una toda la sintomatología que provoca en el cuerpo y mente del ser humano como la depresión a la hora de unificar «representaciones» de estas dificultades en la vida que realmente provocan alteraciones en la persona, pero de esta manera estamos medicalizando el síntoma.

Según el estudio sobre medicalización llevado a cabo por Canas (2003) a medida que aumentaron las ganancias de la industria farmacéutica, también lo hizo el número de muchos desórdenes médicos, incluido el «trastorno de ansiedad social». Eso implica que la industria no solo vende drogas, sino también vende enfermedades, que después cura. El sufrimiento existe y muchas veces es de naturaleza social. La derivación es obvia: una vez que los problemas sociales pueden tratarse como problemas médicos, se vuelven problemas médicos, y por lo tanto los médicos se ocupan de ellos.

Los tratamientos médicos para atender «trastornos sociales» como la ansiedad, depresión, son un boom en los EE.UU. Sin embargo los expertos afirman que los enfermos no son los individuos sino la sociedad. En los últimos 20 años en EE.UU. ya no se aplican los conocimientos en exclusiva para curar la enfermedad sino para buscar

la felicidad. Se avanza hacia un sistema sanitario basado en el mercado y la industria farmacéutica tienen gran poder. A principios de los años 90, los laboratorios se convirtieron en la industria más rentable de los EE.UU., y esta industria financia el 40% de la educación de los médicos que estudian en todas las facultades de medicina de los EE.UU. El aumento de las enfermedades propias de las sociedades modernas -estrés, insomnio, depresión, ansiedad...- puede ser un factor importante para explicar el aumento de antidepresivos en todos los países. Sin embargo, según el informe mayo-junio 2004 de la AEM -Agencia Española de Medicamentos- existen otras razones que podrían explicar este incremento, entre éstas, pueden destacarse las grandes diferencias en los criterios de prescripción facultativa, la «medicalización» del sufrimiento humano y los problemas sociales y una posible promoción comercial excesivamente agresiva por parte de la industria farmacéutica según Acedo (2005). El arte diagnóstico pasa a convertirse en la capacidad de asociar una categoría diagnóstica particular a un medicamento considerado específico y a recetar en consecuencia según Healy (2002).

Las causas atribuidas a la histeria dependen de la evolución histórica, de la forma de ver el mundo, en definitiva de la ideología dominante en cada periodo. (1979) «...relatado por un médico...». La histeria se crea, se recrea en lo insólito e invade toda la patología médica, causando confusión, desconcertando al médico.

Los diagnósticos y por tanto que etiqueten de enfermedad a un problema determinado depende de las circunstancias sociales y de la cultura existente en aquel momento. Incluso en los libros científicos que registran la patología psiquiátrica (DSM) cambian los diagnósticos: desde la publicación del DSM-III en 1980 desaparece de la clasificación americana el término histeria, y se reconocen dos grandes grupos que integran los trastornos clásicos histéricos: los trastornos somatomorfos y los trastornos disociativos. En el actual DSM-IV (1995) y en la CIE-10 se mantienen ambos grupos, que por supuesto, acogen entidades que desbordan el marco de la histeria clásica.

3.2.5. DEPRESIÓN Y GRUPOS DE EDAD

La depresión se identifica con las diferencias de estatus entre hombres y mujeres. Cuando prácticamente las diferencias no existen tampoco aparecen grandes diferencias entre los sexos, o al menos de momento. A medida que aumenta la edad y también la discriminación y desigualdad para la mujer también aumenta la incidencia de los trastornos depresivos en las mujeres. Las mujeres tienen dos veces más probabilidades de sufrir una depresión que los hombres. Además ha podido

establecerse que; una de cada cuatro mujeres puede presentar una depresión clínica durante su vida; - entrando a la *pubertad*, «las niñas tienen dos veces más tendencia a la depresión que los niños»; «las *mujeres casadas* sufren más depresión que las no casadas, especialmente en el periodo de crianza y cuidado de niños pequeños»; «las mujeres de la tercera edad presentan depresión más frecuentemente que los hombres»; «la depresión es la primera causa de incapacidad en las mujeres» (López Adduard, 2000).

3.2.5.1. PUBERTAD

A partir de la pubertad, las diferencias en sintomatología emocional entre hombres y mujeres se hacen particularmente notorias, y en ello tiene un rol significativo el incremento de las tasas de los trastornos depresivos en adolescentes; Cova (2000), Nolen-Hoeksema (1999), Matud (2005). Entre los 13 y 14 años la existencia de tasas de depresión en niñas es ya claramente observable en Wade, Cairney & Prevalin (2000). Otros estudios confirman que las diferencias se acentúan notoriamente entre los 15 y 18 años, para luego estabilizarse (Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee & Angell, Dunenin)¹³. Sin embargo, estas diferencias no son estables a lo largo del ciclo vital. Además del ya comprobado origen en la pubertad, estudios recientes sugieren que las diferencias de género en depresión disminuyen a partir de la adultez tardía, especialmente debido a una disminución en la tasas de depresión femenina a partir de los 55 años aproximadamente para Bebbington et al (2003) y Cova (2005:49-57). Estos cambios a lo largo del ciclo vital obligan a reconsiderar el poder explicativo de las hipótesis biológicas y psicosociales que se han propuesto como causas de estas diferencias según Cova (2005). «*Al llegar a los 15 años, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de haber experimentado un episodio depresivo serio*» (Cyranski, 2000:21-27).

Los trastornos depresivos sufren incremento después de la pubertad, lo que ha motivado un interés creciente en desarrollar estrategias que permitan enfrentar anticipadamente este incremento interviniendo en niños y en adolescentes. Un factor que ha contribuido a este interés son los estudios que sugieren que el primer episodio depresivo hace más vulnerable a la persona para el desarrollo de episodios posteriores. «Existe alguna evidencia de que el primer episodio depresivo aparece

¹³ Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee & Angell, Dunenin, Wade, Cairney & Prevalin, Bebbington et al, son autores citados por Félix Cova que analiza la relación entre depresión y género.

más correlacionado con la existencia de estresores psicosociales en la vida de la persona que los posteriores, lo que indica que este incremento de vulnerabilidad podría estar mediado por un proceso de sensibilización biológica» (Cova, 2006:57-65). La adolescencia; en ella los roles y perspectivas para la mujer cambian drásticamente. Los factores de estrés durante la adolescencia influyen la formación de una identidad, la sexualidad en desarrollo, la separación de los padres, la toma de decisiones que junto con los cambios físicos, intelectuales y hormonales serán diferentes para los varones. Lewison (1993:133-34) demuestra que *«durante el bachillerato las niñas tienen incidencia más alta de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, trastornos de desajuste emocional que los varones. Los hombres presentan una tasa más alta de trastornos de comportamiento disruptivo»*.

3.2.5.2. EDAD ADULTA

Según Poal G (1995:93-103) en sus reflexiones sobre los aspectos psicosociales en relación de las mujeres con el mundo laboral afirma que «el estrés en general puede contribuir a la depresión en las personas que están predispuestas biológicamente a la enfermedad». Algunos investigadores proponen la teoría de que *«la alta incidencia de depresión en la mujer no se debe a una mayor vulnerabilidad, sino a las situaciones de estrés que muchas mujeres enfrentan»*. Estos factores de estrés incluyen las responsabilidades primordiales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, el cuidado de los niños y los padres ancianos. Sin embargo, estas diferencias no son estables a lo largo del ciclo vital.

Con relación a la depresión en la edad avanzada hay estudios contradictorios, unos muestran proporciones más altas de depresión a medida que aumenta la edad mientras que otros afirman que disminuye la depresión al disminuir la edad. «Algunos estudios sugieren que las diferencias de género en depresión disminuyen a partir de la adultez tardía, especialmente debido a una disminución en la tasas de depresión femenina a partir de los 55 años aproximadamente»: Bebbington et al en Cova (2005:49-57), la mayoría de estudios revisados defienden que *«aumenta la depresión al aumentar la edad, sobretudo en la mujer»*; en Matud (2006:7-21) la varianza explicada por el género era del 0,6% en el grupo de (28-24 años), de 1,2% (35-44 años), de 4,4% (45-54 años), de 2,8% (55-65 años).

La maternidad puede resultar un factor estresante para la mujer pues supone nuevos desafíos que una madre tiene que afrontar; tanto el cuidado del recién nacido como por ella misma. La depresión que ocurre después de un nacimiento se llama depresión posparto -PPD-. Los autores describen dos tipos de PPD posparto; *maternidad «azul»* que es un problema de corta duración caracterizado por cambios de humor y una *depresión importante posparto*, una enfermedad severa y potencialmente peligrosa para la vida. «Todos los esfuerzos deben centrarse en la prevención» según Kennedy (2001). Los distintos tratamientos como la psicoterapia, asesoramiento y grupos de apoyo pueden ser muy importantes para el bienestar de la familia, madre y niño.

Los datos epidemiológicos mayoritarios muestran que el riesgo de sufrir depresión aumenta con la edad y llega al máximo entorno a los 40-50 años para la mujer y a los 45-59 para el hombre. Se observa la máxima incidencia a partir de los 40 años para la mujer. Estas cifras de edad están relacionadas con los factores psicosociales de tensión que se dan en los diferentes ámbitos de la vida en esta época. Según Ferré (2005) estos factores en la mujer estarían ligados con su rol familiar y las crisis personales, y con el hombre coincidirían con una problemática mayor en el ámbito laboral y la pérdida de las ilusiones de la juventud.

Una de las hipótesis más aceptada y que cuenta con más evidencia empírica es la que plantea que *«la depresión de la mujer es debida a su discriminación social, legal y económica, que le lleva a sentimientos de indefensión, dependencia de otros, bajas aspiraciones, y baja autoestima»*, en González Duro (1997), Nolen-Hoeksema (1999), Matud (2005:7-21). Mirowsky en Matud (2006) en un reciente análisis de datos de tres estudios, dos de los cuáles eran encuestas nacionales en Estados Unidos y que recogen datos de más de 15.000 personas, encontró que las diferencias en depresión en función del género aumentaban en la edad adulta, cuando las mujeres y los hombres experimentaban más diferencias en su estatus debida al género. Así, según este autor, pese a los cambios en las vidas de las mujeres en las últimas generaciones, serían las desigualdades en salario, poder y autonomía, en casa y en el trabajo, así como en las responsabilidades familiares y del cuidado del hogar, lo que explicaría que persistan las diferencias en depresión en función del género.

Algunos autores atribuyen la mayor tasa de depresión a que *«experimenta más estrés»* (Sánchez, 2004:49) (Bleichmar, 1991:180-183). Otros autores han propuesto que podría deberse a que *«las mujeres carecen de estrategias adecuadas más que*

los hombres para el afrontamiento del estrés y/o depresión» (Sempere, 1998:49-50) (Pérez, 2004:103-107) (Burín et al, 1990).

También se ha propuesto que *«las mujeres desempeñan múltiples roles»* (Gómez V, 2004:117-128), y a que *«sus roles son más demandantes que los de los hombres»* (Velasco, 2006). Pero parece importante *«la calidad de los roles o el nivel de competencia»* en Ayuso Mateos (2004) y/o *«control percibido dentro de cada rol o número de roles»* según Blanco y Feldman (2006) y Ayuso Mateos (2004). Y también se ha encontrado que *«unos roles inciden en otros, tanto de forma positiva como negativa»*, pudiéndose dar un cierto *«desbordamiento negativo»* que sería un importante mecanismo mediante el estrés de rol y depresión en Matud (2004). Para la asociación de Salud Mental de Colorado (2007) *«la depresión se manifiesta con mayor frecuencia en mujeres de 25 a 44 años de edad; las niñas entrando la pubertad tienden a padecer de depresión de doble frecuencia de los niños; las mujeres de edad mayor, o de tercera edad experimentan la depresión con mayor frecuencia que los hombres de tercera edad»*.

3.2.5.3. ANCIANIDAD

En los últimos años ha ido creciendo el interés por las depresiones de presentación tardía o muy tardía y por la variante conocida como depresión vascular, así como por la llamada pseudodemencia depresiva o demencia reversible, además por las depresiones asociadas a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *«El interés en este tipo de depresiones es consecuencia del envejecimiento de la población y por tanto del aumento de la posibilidad de encontrar mayor depresión clínica y de la gravedad que puede tener»* (Hernández-Monsalve, 2007:53-62).

La dimensión del problema puede ser todavía mayor entre la población encima de los 60 años. La probabilidad de muerte en individuos con trastorno depresivo es de cuatro veces más alta que en la población general. Además los ancianos tienden a comunicar su sintomatología depresiva al médico en menor medida que los adultos jóvenes. Los síntomas emocionales serían los más susceptibles de ser infla-valorados en relación a los síntomas somáticos. Mientras que por una parte se van acumulando evidencias de que condiciones que acompañan a la edad geriátrica -deterioro cognitivo, incapacidad, enfermedades físicas, duelos, pérdida de autonomía y

seguridad...- se correlacionan con la presencia de estados depresivos, sigue siendo un tema controvertido el de que si el envejecimiento per se, se asocia a un incremento del riesgo de padecer depresión (García-Solano, 2001:127-130). Al igual que en los grupos más jóvenes, más mujeres que hombres presentan depresión en la vejez. El no estar casado -incluyendo la viudez- es un factor de riesgo para la depresión. En personas de edad avanzadas, según Barry (2008:177-178) son las mujeres las que son más propensas a la depresión que los varones, pero a la vez, tienen menor probabilidad de morir que los hombres a la misma edad. Los síntomas que aparecieron en las mujeres fueron: falta de apetito, sensación de tristeza o problemas de suicidio.

El suicidio en el anciano está constituyendo un serio problema de salud pública dada su tendencia a aumentar en los últimos años, coincidiendo con el envejecimiento de la población y con aspectos médicos. Las tasas de suicidio son más elevadas en el anciano –un 20% de los suicidios en los EE.UU. se producen en mayores de 65 años- y la depresión es la enfermedad psiquiátrica más relacionada con él. La relación entre tentativa de suicidio y suicidio consumado es mayor que en cualquier otro grupo de edad.

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto un incremento progresivo de la tasa de suicidio con la edad en los varones. En los mayores de 70 años es de 2 a 5 veces superior a la de los adolescentes de 15 años. En las mujeres también se constata el aumento del número de suicidios con la edad, pero el pico se produce alrededor de los 55 años, disminuyendo levemente en las décadas siguientes. Estas tendencias se repiten en los diferentes países.

El diagnóstico predominante en los suicidios consumados en personas mayores de 60 años ha sido la depresión psicótica y más del 50% de los suicidas presentan un trastorno depresivo mayor por primera vez, siendo menos frecuentes los trastornos afectivos de inicio más precoz: depresiones recurrentes –trastorno bipolar- y Distimia.

«Las personas mayores potencialmente suicidas avisan con menos frecuencia y efectúan menos intentos frustrados que los jóvenes, por lo que es más difícil de prevenir. Los intentos de suicidios previos son el factor más importante de suicidio consumado» (Hernández-Monsalve, 2007:53-62).

Es interesante resaltar que «más del 75% de los ancianos que se suicidan habían visitado a su médico durante el mes previo a su muerte, y un tercio lo hizo durante la

semana anterior» (Balmón, 2000:9-20). Por otro lado, los síntomas depresivos tienen peor pronóstico cuando están asociados a una enfermedad crónica invalidante y a fragilidad extrema en pacientes ancianos muy deteriorados. El diagnóstico de los trastornos depresivos en el anciano es difícil por su forma de presentación, en ocasiones atípicas -siendo frecuentes las somatizaciones, que pueden orientar la búsqueda hacia procesos orgánicos-, por la atribución errónea a enfermedades coexistentes, a los efectos secundarios de algunos fármacos o al propio proceso de envejecimiento. Cuando se logra identificar la enfermedad, sólo se inicia el tratamiento en menos de un tercio de los casos, o se hace de forma insuficiente.

En general se considera que los trastornos depresivos más frecuentes en el anciano son los adaptativos, generalmente relacionados con la discapacidad, otras enfermedades médicas, y los inducidos por fármacos. En los últimos años de la vida se producen pérdidas de distinta índole -físicas, económicas y psicosociales-, que, junto a cambios biológicos, pueden predisponer a la aparición de depresión.

Existen diversos factores sociodemográficos y de estado de salud que se asocian con la presencia de sintomatología depresiva en los estudios comunitarios. Así, la depresión es más frecuente en las mujeres -aunque se iguala con los hombres a partir de los 80 años-, influye también el bajo nivel de escolaridad, el estado civil de divorciado, separado o viudo -especialmente en los varones-, la elevada comorbilidad y cuando existe bajo soporte social. Se observa una relación entre la presencia de depresión y un peor estado de salud especialmente en las mujeres, medido por la capacidad funcional, comorbilidad, número elevado de visitas al médico o alto número de fármacos prescritos. Determinadas enfermedades crónicas, en especial el Accidente Cerebro-Vascular y la enfermedad de Parkinson, se asocian a mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva.

Por otro lado, los síntomas depresivos tienen peor pronóstico cuando están asociados a una enfermedad crónica invalidante y a fragilidad extrema en pacientes ancianos muy deteriorados. El diagnóstico de los trastornos depresivos en el anciano es difícil por su forma de presentación, en ocasiones atípicas -siendo frecuentes las somatizaciones, que pueden orientar la búsqueda hacia procesos orgánicos-, por la atribución errónea a enfermedades coexistentes, a los efectos secundarios de algunos fármacos o al propio proceso de envejecimiento. Cuando se

logra identificar la enfermedad, sólo se inicia el tratamiento en menos de un tercio de los casos, o se hace de forma insuficiente.

En general se considera que «los trastornos depresivos más frecuentes en el anciano son los adaptativos, generalmente relacionados con la discapacidad, otras enfermedades médicas, y los inducidos por fármacos» (Ibídem).

3.2.6. DEPRESIÓN EN EL HOMBRE Y SUICIDIO

Conocer cómo los hombres son educados en nuestra sociedad es particularmente importante para definir y tratar su depresión. La depresión en los hombres, frecuentemente, puede ser atribuida a expectativas culturales. Los hombres se suponen que deben ser exitosos. Ellos pueden restringir sus emociones. Ellos deben tener el control. Estas expectativas culturales pueden enmascarar algunos de los síntomas verdaderos de la depresión y fuerzan a los hombres a expresar agresión y rabia pues el comportamiento de «hombre fuerte» es más aceptable según Carrasco (2006). Además, los hombres generalmente tienen más problemas en tratar con el estigma de la depresión. Ellos tienden a lidiar con sus síntomas con una «actitud masculina» o tomando alcohol. Esta actitud aún prevalece en muchas instituciones masculino-dominantes tales como las militares o atléticas, donde se enseña a los hombres que «fortaleza» significa soportar dolor físico y admitir que la angustia emocional es tabú. De esta manera, en vez de buscar ayuda, los hombres lidian contra la depresión embriagándose o cometiendo suicidio.

Algunos hombres tienen los clásicos síntomas de la depresión, pero la mayoría de ellos tiende a esconderla. Esto sucede debido a las creencias de que el hombre debe superar sus sufrimientos emocionales y ellos se sienten avergonzados por su propia depresión, es por esto, que los hombres tienden a desviar su depresión hacia otras cosas como el alcohol, el abuso de otras sustancias o comportamientos antisociales según The Cleveland Department of patient education and health information (2007), también lo observamos en; Matud (2005), Montero I (2004), Pérez I (2006). Vemos por tanto que existen diferentes pautas de malestar dependiendo del género.

«El papel masculino en las culturas occidentales implica no percibir o admitir la ansiedad» (Pérez, 2006:25-31), los problemas y las cargas. También los cambios en los papeles sociales y la realidad actual de las mujeres pueden haber llevado a la reconstrucción de la masculinidad tradicional que no se sustituyó por nuevos modelos

en el varón. Las tasas de suicidio en España el año 2002 fueron de 12,6% para los varones y de 3,2% para las mujeres. Los factores sociales ligados a los papeles de sexo son las explicaciones más probables.

Los trastornos depresivos están presentes entre el 65-90% de los suicidios. El alcoholismo es la segundo factor de riesgo para el suicidio, los varones son más reacios a consultar por problemas de depresión, además el varón utiliza medios más efectivos para que el suicidio se consume y por último hay que tener en cuenta el papel protector que ejerce el embarazo, lactancia, la compañía y el cuidado de los hijos frente al suicidio femenino. Hay una relación positiva entre el ingreso per cápita y las tasas de suicidio. Las tasas de suicidio son más elevadas en aquellos países con alta industrialización y en aquellos donde se producen fenómenos de desarraigo familiar, social, emigración, etc.... «El riesgo de suicidio aumenta en parados, jubilados o trabajadores con situación laboral inestable» (Ibídem).

Hombres y mujeres responden a la depresión de manera diferente; ante una depresión incipiente el hombre suele entregarse a actividades que le distraen de su estado de ánimo, mientras que la mujer suele prestarle más atención y, al hacerlo puede que lo acreciente. «El hombre tiende a dispersarse en otros quehaceres y la mujer a *cavilar* acerca de sus problemas. Ambos sexos tienen que aprender uno del otro. La diversión puede alejar la depresión, pero conducir a otros problemas como el alcoholismo, la agresividad o un comportamiento antisocial. Igualmente prestar atención a nuestros sentimientos puede ayudarnos a superar una pérdida o un revés en la vida, pero también puede prepararle el terreno a la depresión» (Sobel, 2000:179). Diversos investigadores han planteado que las conductas externalizadoras como el *consumo de sustancias*, *la impulsividad* y *la violencia* serían formas más habituales de reaccionar en los hombres como manifestación del malestar emocional y podrían ser considerados como «equivalentes depresivos».

La no existencia de diferencia de género en las tasas de depresión de los Amish, donde el consumo de alcohol no está permitido, es una evidencia, entre otras, que se ha utilizado para respaldar esta hipótesis. Otro aspecto en el que se ha hipotetizado es que existiría en la mujer una mayor facilidad y disposición para expresar e informar de la presencia de síntomas emocionales; en los hombres, por el contrario, «sería más frecuente observar *dificultad para identificar y expresar e informar de sus experiencias emocionales*» (Cova, 2005:47-59).

Es probable que tanto la persona afectada, sus amigos e incluso los médicos no reconozcan ni diagnostiquen la depresión en el hombre. Para el hombre es difícil admitir que tiene depresión y solicitar ayuda. Pero la depresión es común en EE.UU. en los hombres -más de 6 millones de hombres-. A menudo hombres y mujeres sienten la depresión de manera diferente, los hombres generalmente se quejan de fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en el trabajo o pasatiempos favoritos y problemas de sueño, y no se quejan tanto de otros síntomas como sentimiento de tristeza, falta de autoestima y culpabilidad excesiva. Algunos investigadores creen que la definición estándar de la depresión, y las pruebas de diagnóstico, basados en ésta, no representan adecuadamente la enfermedad tal y como se presenta en los hombres.

Existe un debate entre los investigadores respecto a si el uso de sustancias tóxicas, como el alcohol y las drogas, es un «síntoma» de depresión subyacente en los hombres o es un trastorno que ocurre conjuntamente con ellos. No obstante «el abuso de sustancias tóxicas puede ocultar la depresión, haciendo más difícil reconocerla como una enfermedad separada» (National Institute of Mental Health, 2005). Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, el hombre tiende a ser más reacio para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La tasa de suicidio en el hombre cuatro veces más alta que en la mujer. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer.

Cuadro 3.2.6.1. Factores de riesgo de suicidio en el anciano con depresión

Factores de riesgo de suicidio en el anciano con depresión
Sexo masculino
Historia de intentos previos
Viudedad reciente
Presencia de planes concretos –modificación testamento-
Consumo abusivo de alcohol u otras sustancias
Enfermedades crónicas discapacitantes especialmente si van acompañadas por dolor
Rasgos anómalos de personalidad –impulsividad, extraversión-
Soporte social deficiente, soledad
Presencia de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Desesperanza intensa: inutilidad, culpa, autorreproche, agitación psicomotora, insomnio. • Déficit sensorial: parece más relevante el déficit visual • Comorbilidad con enfermedades psíquicas: el 84% estaban afectados por estrés derivados de una enfermedad psíquica. • Intentos previos de suicidio

Fuente: Hernández-Monsalve, M (2007): «Depresión de inicio en la edad tardía. Depresión vascular. La cuestión del suicidio en ancianos depresivos», Salud rural, vol. 24, n.º 3, pp. 53- 62.

A la hora de estudiar el suicidio es importante distinguir las diferentes formas que adopta la enfermedad mental en hombres y mujeres; en los varones predominan las conductas antisociales, los conflictos, el consumo de alcohol y drogas ilegales, las mujeres son más vulnerables a los trastornos de ansiedad y depresivos. La agresividad, más propia de los hombres lo predispone a respuestas más hostiles frente a las frustraciones según Saiz et al (2006), Waldron (1976) en Ezcurra (2006); éste atribuye hasta un 75% a las diferencias de rol en la sociedad actual como causas suicidas, las actitudes asociadas -competitividad, agresividad...- y las conductas que lleva aparejadas -fumar, beber uso de armas, conducción temeraria- restando importancia a factores biológicos.

En Ferketick AK et al (2000: 1261-8) «la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria -infartos de corazón- en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo».

«El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar de manera compulsiva, puede enmascarar una depresión. Otra manera de cómo la depresión puede manifestarse en el hombre es a través de sentimientos de frustración, desánimo, enojo, irritabilidad y comportamientos violentos y abusivos. Otros pueden mostrar comportamientos temerarios, es decir arriesgándose y poniéndose en situaciones peligrosas» según el Instituto Nacional de Salud Americano (NIMH).

Según Ayuso Mateos (2004) el *suicidio* está relacionado con depresión por lo tanto el alarmante índice de suicidios en los hombres puede reflejar el hecho de que los hombres solicitan tratamiento para la depresión con menos frecuencia. Muchos hombres con depresión no obtienen el diagnóstico y el tratamiento adecuado. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer la depresión en el hombre. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante. Según Strock et al (2000) que realizan estudios sobre depresión para el Departamento de Salud Pública del Instituto de Salud Mental Americano –National Institute of Mental Health-, algunas compañías de seguros americanas ofrecen programas de salud mental para sus empleados. Estos pueden ser de gran ayuda para el hombre. Otro factor importante para la depresión en los hombres es probable que sea la «alta vulnerabilidad que presenta ante la pérdida de la pareja, así como factores derivados del cambio de roles laborales propios de esta etapa» (Strock, 2000:200).

3.2.7. IGUALDAD Y SALUD EN LA MUJER

La investigación médica llevada a cabo estas últimas décadas ha demostrado de manera inequívoca la existencia clara tanto en la morbilidad psiquiátrica como en el patrón de conducta enferma desarrollada por hombres y mujeres. La primera causa teórica postulada, los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos se muestran insuficientes para explicar su distinto comportamiento frente a esta problemática. Por el contrario las teorías ambientalistas defienden que «son las variables

socioculturales, que actúan a través de roles y patrones de conducta socialmente impuestos, las que en última instancia condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan su comportamiento psicológico y las estrategias que adoptan para satisfacer sus necesidades de atención psiquiátrica» (Montero, 2004:175-81).

Para tener salud, conseguir *la igualdad* es imprescindible. La igualdad según Amelia Varcácel es un principio «*muy claro y por lo mismo muy difícil*» su respuesta da una idea de la complejidad de este concepto y de las dificultades para definirlo. La dificultad estriba para Martínez Quintana (2001), en que es un concepto mezclado en lo político, económico y social. Es en el ámbito de la Filosofía y del Derecho donde deben buscarse las fuentes conceptuales de igualdad, dado que ni en la naturaleza ni en la sociedad existe lo igual sino lo diverso, la igualdad no es una realidad objetiva anterior al Derecho, sino que «*implica siempre un juicio de valor que depende de la elección de las propiedades o rasgos considerados como relevantes entre los que se compara*».

Para Aguinaga la Igualdad es un término discutido por sus diferentes interpretaciones. Hay quien enfrenta igualdad a libertad, pero tras estas discusiones hay distintas concepciones. Es una buena propuesta entender la igualdad la propuesta de igualdad de la Ilustración en la que se defiende que todos los seres humanos son iguales y tienen los mismos derechos y las mismas obligaciones. Se ha definido la igualdad como Igualdad de Oportunidades y se refiere a la necesidad de corregir las desigualdades que existen entre hombres y mujeres en la sociedad. Constituye la garantía de que mujeres y hombres puedan participar en diferentes esferas- económicas, política, participación social, de toma de decisiones- y actividades – educación, formación, empleo- sobre la base de la igualdad. En España hasta la fecha se han elaborado cuatro Planes de Igualdad siendo el Instituto de la Mujer, organismo dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el responsable del impulso y coordinación de los mismos (Aguinaga, 2005: 29-51).

Según Simone de Beauvoir existen dos tipos de personas en el mundo: «los seres humanos y las mujeres. Y cuando las mujeres tratan de comportarse como seres humanos, se les acusa de intentar ser hombres». Aquellas ideas ilustradas de igualdad, libertad y fraternidad de las ideas ilustradas se aplicaron para descalificar al feminismo.

Así Otto Weininger afirmaba que la necesidad y la capacidad de emancipación de la mujer, sólo se basa en la fracción de hombre que tenga en ella. Todas las mujeres

que realmente tienden a la emancipación, todas han alcanzado la fama con cierto derecho y se han hecho conocer por algunas de sus condiciones espirituales presentan siempre numerosos rasgos masculinos y un aspecto somático similar al hombre. En la medida que el varón asume el monopolio de lo genéricamente humano, resultará que cualquier mujer que aspire a detentar algo que se relacione con lo genéricamente humano será inmediatamente tildada de ser, en realidad, un varón en una dosis significativa «un ser híbrido» o una « forma intersexual» (Amorós, 2005:207-210).

Pese a que las condiciones sociales e históricas han variado mucho desde que se originó la desigualdad, ésta persiste ¿Cómo puede ser así? Según Beauvoir porque la voluntad de dominación del hombre continúa y porque la lucha colectiva aún no se ha afianzado. Ahora bien, en las sociedades postindustriales occidentales, piensa Beauvoir, la lucha por la emancipación es posible, aunque han de cumplirse dos condiciones para que sea eficaz: que las mujeres hayan logrado individualmente la independencia económica y que la lucha se plantee colectivamente. «El feminismo es una forma de vida individual y otra colectiva». El feminismo que se reclama de la igualdad alerta sobre el retorno de ideologías conservadoras, pero también al llamado «*feminismo de la diferencia*», sobre los peligros que entraña la exaltación de los «*valores femeninos*», la pervivencia de estereotipos bajo la máscara de la «*diferencia*». Estas ideologías suponen un retroceso en el camino de la emancipación femenina y en la conquista de la igualdad, ya que ambas quieren recuperar la vieja estrategia, con nueva envoltura de supervalorar lo que «*hacen las mujeres*», que es la manera de que lo sigan haciendo y de que se perpetúe la desigualdad.

La división sexual del trabajo y del poder de los recursos en manos masculinas son dos procesos que se autorrefuerzan. Porque quien tiene el poder como dice Celia Amorós define lo que es valioso. Lo verdaderamente importante no es que se asuman tareas idénticas, como las que se realizan, tanto dentro como fuera del hogar, sino que no se definan en función del sexo, ni de manera discriminatoria para las mujeres, sino por diferencias individuales entre iguales. Para ello es condición necesaria de que el poder de los recursos deje de estar monopolizado por un solo sexo. «Es la modificación sexual del trabajo con el reparto equitativo de las tareas en el ámbito doméstico y extradoméstico lo que hará que las definiciones sexuales varíen» (Amorós, 1995:293-294).

Conseguir la igualdad es difícil pues las mujeres y hombres parten de una socialización diferente. Para Alicia E. Kaufman las mujeres «*tenemos que ser adictas al mito de la perfección*», a nivel organizacional se reproducen comportamientos que se han heredado del entorno familiar. Para ella lo que frena a las mujeres no es el miedo al éxito, sino «los sentimientos de culpa cuando se incumplen estos mandatos» -mensajes familiares, que han inculcado sobretodo las madres a las hijas sobre ser *respetuosa y buena persona*». Entendiendo por culpa que se ha infringido una ley y se es por tanto una mala persona. Los mensajes dirigidos a los hijos varones parecen más monoacordes, más lineales, lógicos, dirigidos fundamentalmente al trabajo. La variable emocional no ocupa ningún lugar en el mensaje de los padres hacia los hijos.

Según Erazo (2008) que analizan los factores cognitivos en la depresión, afirman que un concepto ligado a la depresión es la *baja autoestima*; según estos autores los pacientes depresivos presentan una baja autoestima, un sentimiento de distanciamiento hacia los demás y una pobre imagen de los que te rodean. Si aumentara la igualdad, también aumentaría la autoestima en la mujer.

Serán importantes la Políticas de igualdad de oportunidades que «son aquellas que incorporan la perspectiva de género en la planificación, desarrollo y evaluación de las políticas generales en materia de educación, salud, empleo, participación, urbanismo, etc» (Aguinaga, 2005:52).

3.2.8. ROLES FEMENINOS Y MASCULINOS

Según la teoría de los roles sociales y depresión; serían los roles asignados a las mujeres los que la llevarían a sufrir mayor depresión.

Hay que destacar que una de las mayores conquistas de las mujeres y una de las más recientes ha sido conseguir el reconocimiento del derecho a acceder a cualquier tipo de trabajo remunerado. La posibilidad de salir del ámbito doméstico en el que ha permanecido relegada durante siglos, es un logro reciente e irreversible de las mujeres del mundo desarrollado. Este trascendental avance social se produce en una etapa de crisis del modelo social donde el desarrollo tecnológico ha destruido miles de puestos de trabajo en sectores tradicionalmente proveedores de empleo. El empleo, se convierte en este caso en un bien escaso que hay que repartir.

Por otra parte la incorporación de las mujeres al trabajo fuera del hogar sin llevar aparejados cambios profundos en la organización social da lugar a que muchas mujeres tengan que soportar una sobrecarga de trabajo, y también provoca

disfunciones sociales relacionadas con la atención de niños, mayores y enfermos. Es importante una nueva y mejor ordenación del tiempo que permita un uso más flexible de este. La reducción del tiempo del trabajo exige profundas reorganizaciones. Hay inercias organizativas, que requieren cambios culturales en las empresas y en su entorno social, no fáciles de realizar. No se trata de defender la reducción generalizada para todos y todas, pero si la reorganización y flexibilización del tiempo de trabajo con las tendencias detectadas en encuestas de ámbito europeo en las que se refleja que, en la disyuntiva de trabajar menos y aumento salarial, más del 50% de los ciudadanos europeos preferirían trabajar menos.

En el momento actual, fórmulas como el trabajo a tiempo parcial tiene aspectos insatisfactorios como una clara discriminación de las mujeres en el mercado de trabajo. En España las mujeres absorben entre el 75 y el 80% de contratos en esta modalidad de empleo. Se trata en realidad de una modalidad de subempleo que se acepta porque no se ha encontrado trabajo a tiempo completo, se utiliza para compatibilizar la formación y experiencia laboral en jóvenes o como «participación reducida en las edades cercanas de la jubilación» (Las Heras, 2007:28).

Siguiendo la teoría del género como malestar para la mujer, es importante analizar los roles asignados para los hombres y para la mujer en la sociedad patriarcal. «La sociedad patriarcal se basa en una marcada dicotomía entre los sexos y la prioridad de uno sobre otro, la valoración de lo masculino y la «normalización» de lo femenino, estableciéndose relaciones de dominación/sumisión entre los sexos y socializando a niños y niñas, mujeres y hombres para que interioricen su lugar en la estructura de roles» (Poal, 1995:93-103). Diversos estudios señalan como la mujer actual trata de superar la oposición tradicional de sexos para avanzar en sus nuevas propuestas. Sin embargo, los valores tradicionales que asignan roles, tareas y características diferenciales a hombres y a mujeres siguen subyaciendo. Las características atribuidas a los distintos roles son las siguientes (Ibídem):

Rol masculino:

Es un rol inherente al concepto de transición y cambio -a los varones se les educa para que abandonen el ámbito en que transcurre su infancia y se incorporen/progresen en distinto ámbito: el público-. Lo anterior fomenta el aprendizaje de habilidades como buscar, sopesar, decidir, elegir. Por otra parte, los varones no tienen más opción que realizar ese tránsito.

- Es un rol prestigiado, lo que convierte al ámbito público en un ámbito socialmente bien considerado y económicamente remunerado.

- Es un rol que induce a incorporarse en un ámbito amplio y abierto, lo cual permite diversidad de posibilidades y probabilidades de promoción.
- La adaptación al rol requiere determinadas autoexigencias e implica probabilidades de fracaso debido a que el ámbito público es muy competitivo.
- El éxito en dicho rol depende de los individuos, pero también de factores externos diversos -situación política y económica-.
- El ideal de rol es ambicioso pero poco accesible para la mayoría.
- El fracaso de dicho rol es más visible por tratarse del ámbito público.

Para Alicia E Kaufman (2008) la educación de los hijos varones suele estar más orientada a la obtención de resultados, eso también constituye una trampa que les induce a actitudes de «urgencia» y «competencia». Es el producto del mandato de ser *proveedor material*, en contra del mandato femenino de ser la *proveedora emocional*.

Rol femenino

Es un rol inherente al concepto de permanencia, estabilidad y no-transición -a las mujeres se les educa para que permanezcan en el ámbito en el que transcurre su infancia: privado-. Lo anterior no fomenta la necesidad de aprender y utilizar habilidades como: buscar, sopesar, decidir, elegir. Y por otra parte aunque las mujeres se les induce a permanecer, tiene la opción de transitar.

- Es un rol poco prestigiado o incluso desprestigiado, lo que determina de que en el ámbito privado no goce de reconocimiento social ni de remuneración económica
- Es un rol que induce a permanecer en un ámbito reducido, y por tanto, restringido a nivel de posibilidades y opciones.
- La adaptación al rol requiere importantes autonegaciones por ser el ámbito privado un ámbito limitado.
- El éxito de dicho rol depende básicamente de los individuos.

El ideal de rol es limitado pero accesible para la mayoría.

- El fracaso en dicho rol es menos visible por tratarse del ámbito privado.

En un estudio longitudinal de 30 familias los primeros años de la infancia realizado por Stechler (1985) observó que hasta la edad de dos o tres años en que la enseñanza quedaba circunscrita al hogar niños y niñas mostraban un desarrollo equivalente en cuanto a conductas, pero a partir de la escolarización existe una neta divergencia; los varones priorizan el logro y las niñas la relación; en la adolescencia la divergencia está más marcada: los varones enfatizan la lógica, las chicas los sentimientos.

Para el equipo dirigido por Jean Baker Miller en EE.UU, la teoría del yo-en-relación es la forma de organización prevalente en la experiencia de las mujeres; para éstos, el

objetivo de la acción en las mujeres es la creación y el cuidado de las relaciones afectivas, el modelo maternal: la conexión con las necesidades del otro, la disponibilidad y el cuidado continuado. Según Stechler (1985) en González de Chávez (1993:266) esto ha llevado a unas consecuencias para las mujeres: «postergación Y/o desconocimiento de los propios deseos, la autovaloración de forma exclusiva en tener un rol activo en la creación y mantenimiento de relaciones amorosas; la tendencia a reprimir y/o inhibir todo aquello que amenace el mantenimiento de las relaciones: sentimientos, actitudes, ideas».

La educación para este rol femenino, sobretudo para aquellas mujeres «de transición» provoca que tengan su salud mental deteriorada pues sus expectativas creadas han sido posteriores o a la par que su educación para la adopción de este rol. La mujer se puede sentir culpabilizada desarrollando solo un rol: rol de ama de casa, en exclusividad predispone a patología depresiva. La causa sería la falta de reconocimiento social y la propia valoración negativa de este rol. Es el colectivo que presenta mayor tasa de enfermedades. Pensemos en aquellas mujeres amas de casa que acuden repetidamente a las Consultas de Atención Primaria con una sintomatología inespecífica que realmente reflejan insatisfacciones y frustraciones.

El tratamiento sería la resocialización en el medio. La mujer que trabaja fuera del hogar: también tiene mayor predisposición a padecer estrés debido a la dificultad de padecer simultáneamente varios roles. El tratamiento se basaría en una recuperación del equilibrio mediante una adaptación/aceptación del medio a través de reorganización de tareas y la posibilidad de relajarse y de encontrar momentos y espacios de recuperación/relajación personal para Piqué Prado (2003).

Según Alicia E. Kaufman (2008) el mandato que cala profundamente en el «software mental» de las mujeres es el de que «*han de ser buenas desde la cuna hasta la tumba*». Esta orden familiar, se exterioriza en una *constante búsqueda de aprobación*. Para esta autora, más allá de la ley de igualdad sería necesario explorar la construcción social del software mental y detectar los limitantes internos de cada historia personal.

Se evidencia que el rol, la feminidad, el género, el sexo contribuya a que la mujer tenga peor salud mental. Para Pérez F (2004:103-107) en sus estudios sobre estrés y salud mental, «*lo que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol*». Es la feminidad misma, tal como está concebida en nuestra cultura, el mayor riesgo para la depresión (Ibídem) . Afirma que los trastornos depresivos y de ansiedad son prácticamente tres veces más prevalentes en la mujer que en el hombre, mientras que los trastornos asociados al consumo excesivo de alcohol son cinco veces superiores

en hombre que en las mujeres. Analiza los roles masculino-femeninos relacionándolos con la depresión. La conclusión es que a mayor «feminidad» en el entorno cultural que nos hallemos mayor depresión.

Así la mayor vulnerabilidad o riesgo de depresión estaría en las mujeres que reúnen las siguientes características:

- Estereotipo de feminidad con ausencia de todo atributo de masculinidad -ambiciones, confianza en si mismo...-
- Presencia de los atributos más negativos de la feminidad -dependencia y sumisión-
- Ausencia de atributos positivos para la feminidad -simpatía, disponibilidad para suavizar-.

Cuadro 3.2.8.1. Características depresión, feminidad y masculinidad

Depresión	Feminidad	Masculinidad
Dependencia	Dependencia	Actividad
Pasividad	Pasividad	Autonomía
Falta de firmeza o asertividad	Falta de firmeza o asertividad	Asertividad
Gran necesidad de apoyo afectivo	Gran necesidad de apoyo afectivo	Baja necesidad de apoyo afectivo
Baja autoestima	Baja autoestima	Capacidad para asumir riesgos y decisiones
Indefensión	Indefensión	Agresividad
incompetencia	incompetencia	Como efecto se desarrolla alta autoestima, seguridad y competencia

Fuente: Pérez, F. (2004): «Estrés y salud mental», Ateneo: revista cultural del Ateneo de Cádiz, n.º 4, pp. 103-107.

La construcción de la identidad en la mujer se da en medio de coordenadas espacio/temporales muy precisas, por eso mismo el problema se agrava cuando algunas mujeres empiezan a luchar por convertirse en sujetos autónomos, con proyectos de vida propios y/o diversos. Ese *ser para otros, introyectado por siglos en las mujeres* y dictaminado social y religiosamente se interpone en sus deseos y posibilidades de felicidad, causando en ocasiones, verdaderos estragos. En este sentido la identidad femenina, al interior de nuestras formaciones sociales camina, con pequeñas variantes, por senderos muy similares de madres a hijas, de abuelas a nietas... ocasionando más o menos los mismos daños: «El ser mujer implica una valoración social objetiva inconsciente que opera en el imaginario social de: sexo débil y por tanto inferior, suprasensible, delicada, condescendiente, pasiva, madre desvivida, con un sexo silenciado llegada esa condición esposa- madre, protectora, dueña de un feudo y única concedora de los movimientos del hogar».

Para Navía (2006) «este imaginario indudablemente se incorpora en el imaginario grupal -familiar, escolar, marital- y en el individual a través de las asignaciones sociales a los roles que actúan como exigencias o requisitos ideales para ser buena mujer, buena madre, buena esposa. Ellas se refractan en la subjetividad y llegan a convertirse en parámetros de autoevaluación que permiten conformar y corregir la autoimagen, dejando en ocasiones profundas heridas cuando la realidad es muy diferente de lo ideal».

Ese ser para los otros, podría identificarse con el rol universal de la mujer que es y ha sido el de suministrar cuidados. La ética del cuidado del que nos hablaba Carol Gillian se sustenta en una virtud moral que va más allá de asumir una simple responsabilidad, como una obligación o una rutina. Implica un compromiso personal. Así como afirma Joan Tronto, ellos han disfrutado del «privilegio de la irresponsabilidad» tanto en lo que hace referencia al propio cuidado como al de los demás. El cuidado, en las diversas modalidades, queda para nosotras.

Para de Miguel (1978) puede que la depresión en la mujer puede ser que sea más frecuente tan sólo en la apariencia, ya que las mujeres hablan más frecuentemente de sus síntomas, consultan más a los profesionales, toman más medicación psicofarmacológica y viven más años que los hombres.

«Los estilos de pensamiento patriarcales refuerzan los argumentos masculinos basados en la lógica y la razón en contra de la experiencia femenina. Desvalorización

de las opiniones de las mujeres -eres tonta., no sabes lo que dices-. O prohibición de manifestarlas -tú calla.; de eso no entiendes-. Todo esto refuerza la poca valoración de la mujer» (Sau, 2001:181-185). Las mujeres han sido consideradas seres inferiores. ¿Pero como se ha mantenido esta discriminación a lo largo de los años? Pues naturalizándola.

El mensaje dominante es que las mujeres *no son sólo diferentes sino inferiores físicamente, psicológicamente y socialmente*. Según Beauvoir (1995) en un mundo definido por y para los hombres, las mujeres son «*el otro*». Bajo estas circunstancias no es sorprendente que muchas encuentren difícil desarrollar sus sentimientos de competencia y autoestima asociadas con una salud mental positiva.

Cualquiera que sea la forma de su malestar, o las palabras o conceptos que se utilizan para describirlo, todas las mujeres con una salud mental pobre experimentarán una reducción significativa en capacidad de participar exitosamente en su cultura. Todos estos condicionantes sociales que influyen en la depresión de la mujer influyen no sólo en ellas sino también en los hombres en la manera en que perciben la realidad, cómo experimentan o pueden «experimentar» la enfermedad, cómo exteriorizan sus demandas para combatir la enfermedad, porque la depresión no deja de ser un síntoma de «alerta», un «mecanismo de defensa» que nos alerta de que algo está sucediendo. Y al construirse de manera femenina, está dejando de lado muchas veces a la otra mitad de la población que es el sexo masculino, que muchas veces no tiene la oportunidad ni de pedir ayuda: suicidio, mortalidad superior por enfermedades cardiovasculares....

No creamos que afecte tampoco positivamente a las mujeres en las que aumenta el sentimiento de indefensión, autoestima baja, apartadas del ambiente laboral muchas veces, hiperdiagnosticadas, medicalizadas hasta el infinito, anuladas....

3.2.8.1 DEPRESIÓN Y ROL EN LAS MUJERES

Después de revisar estudios anteriores a los años 2000, «la salud es peor para las mujeres que únicamente se dedican a realizar el trabajo de ama de casa» afirma González Duro E (1990), pero parece evidenciarse una tendencia a partir de estos años y sobretodo en estudios más recientes donde se observa que «la peor salud es para aquellas mujeres que comparten el trabajo doméstico con el de fuera de casa y

se sienten con gran malestar al no poder abarcarlo todo». Primeramente nos referiremos a un síndrome que todos los clínicos identifican a la hora de referirse a la salud mental de la mujer.

Hay muchos estudios que describen el *trabajo de ama de casa* que propicia una subjetividad vulnerable, propensa al padecimiento de estados depresivos. *El rol de ama de casa es depresógeno*, especialmente para las mujeres de sectores económicos sociales medios, de ámbitos urbanos y suburbanos. Y es que las tareas de procesamiento dentro del hogar, la procreación, la crianza y la educación de los hijos entran en el campo semántico de «lo natural» y esto, socialmente, no es considerado trabajo. Estas tareas de producción de bienes de uso en el hogar o de reproducción biológica son consideradas como naturales y como «ayuda» al mantenimiento del núcleo familiar. En el polo opuesto, se encuentra el trabajo asalariado del hombre, este no es natural, produce mercancías y no meros bienes de uso. Para Narotzky «la ayuda» es la función económica de la mujer en la sociedad, y incluso cuando realizan un trabajo asalariado siguen ayudando, el «trabajo» de una mujer es siempre «una ayuda» (Santos J, 1995:113-114).

Algunos estudios como los realizados por Gove y Tudor (1979) y C. Buenaventura en Saez (1988) relacionan los roles sexuales con enfermedad mental. «El conflicto de roles tradicional y actual puede llevar a la depresión» (Gove, 1988:129-138). Las mujeres casadas se deprimen más que los hombres casados. El hombre tiene dos fuentes de gratificación, su familia y su trabajo, mientras que para la mujer, solo existe uno, su familia. Si un varón encuentra uno de sus dos roles insatisfactorio, puede centrar su interés en otro, pero la mujer no. Actualmente el rol de ama de casa es un rol poco prestigioso. La gratuidad del trabajo doméstico contribuye a que se considere de bajo status social.

La pertenencia a este status tan bajo a menudo entra en contradicción con el amplio sector de la población femenina, que al menos en nuestro país, ha desarrollado perspectivas educativas y laborales más allá del trabajo doméstico. Otro factor es la *invisibilidad y la poca estructuración de este trabajo*. Gove y Tudor señalan que la ausencia de visibilidad y de estructura de este trabajo hacen que las mujeres queden centradas en si mismas, lo cual provoca un tipo singular de cavilaciones -que se las ha dado en llamar «neurosis del ama de casa»-.

La proporción de mujeres que trabajan desciende desde el 44% de la población ocupada en 1964 al 32% en 1974. A lo largo del periodo de crisis económica – segunda mitad de los años setenta- dicha proporción se mantiene un tercio, para

reducirse durante la fase de recuperación económica de los años noventa -23% en 1990- (V Informe sociológico sobre la situación social en España, 1995:322).

Pese a que las mujeres quieran trabajar, entre los años 80 y 90, la mayoría de mujeres han abandonado el mercado laboral con la presencia de los hijos. Las mujeres de 25 a 49 años han sido las que han hecho saltar las estadísticas del mercado laboral europeo constituyendo la principal fuerza del trabajo entre 1983-1989. Pero en España, al igual que otros países del sur de Europa ha presentado los niveles más bajos de actividad femenina, ha seguido un comportamiento donde las mujeres dejan de trabajar a los 25 años que es cuando tiene hijos según el trabajo de la Comisión de las comunidades Europeas (1990), *Tendencias y evoluciones en los doce países de la CEE entre 1983 y 1990*.

Este patrón adoptado por las mujeres hace evidente que las funciones prioritarias para las mujeres son «la maternidad y la familia» en estos años 80 y 90 y no tenga suficientes ayudas para poder compaginar familia y trabajo.

Se han realizado numerosos estudios en que, habitualmente las mujeres con trabajo extradoméstico, se encuentran en una situación menos satisfactoria que sus maridos. Habitualmente mantienen su ocupación como amas de casa, o en el caso de contar con ayuda doméstica, igualmente conservan la responsabilidad en el ámbito doméstico. Esto genera situaciones de *cansancio*, que las mujeres expresan en sensaciones de tensión y de agotamiento, productoras de estrés.

Carmen Sáez Buenaventura (1988) describe la depresión de las amas de casa como emergente de los roles tradicionales de madre, esposa y ama de casa y que se caracteriza por el «típico síndrome de abatimiento, tristeza, desesperación persistente, junto con pensamientos de desvalorización, culpa, desamparo, ansiedad, llanto y tendencia y/o ideas suicidas, pérdida de interés por cualquier tipo de actividad cotidiana, trastornos de determinadas funciones fisiológicas -hambre, sueño-, acompañadas ocasionalmente por un trastorno psicósomático». En definitiva, en muchas consultas de Atención Primaria serían diagnosticadas como depresivas y quizás medicalizadas.

¿Pero qué está ocurriendo en la actualidad, cuando las mujeres se han incorporado al mercado laboral?

Las mujeres perciben *beneficios del trabajo extradoméstico, tanto materiales como psicológicos*. Pero cuando a la mujer se le agregan las responsabilidades familiares, éstas pueden representar *altas demandas* que pueden influir en su salud. Las mujeres encuentran altos niveles de satisfacción familiar, cuando sus maridos participan en las actividades del hogar. Aquellas que perciben una distribución equitativa de las tareas

del hogar respecto a sus esposos, refieren sentirse bien con sus parejas y perciben un estado de bienestar general (Blanco y Feldman, 2000). En este estudio realizado por Blanco y Feldman con 260 profesoras universitarias, las que presentan mayor depresión son las que tenían *mayor carga de las tareas del hogar* relacionadas con la limpieza y mantenimiento en general del hogar, las que presentaban mayor ansiedad eran las que *la mujer se encargaba mayoritariamente del cuidado de los hijos*.

Otro factor a destacar es que a igual profesión, los hombres suelen ganar más dinero que las mujeres, este factor podría desviar la carga de actividades domésticas hacia la persona con menos ingresos relativos, que suele ser la mujer. Al referirnos a la mujer que compatibiliza dos roles, no sólo nos deberíamos referir al familiar, sino también al profesional; los trastornos depresivos relacionados con la actividad laboral son cada vez más frecuentes en nuestro medio.

La *presión y un estrés* excesivo pueden llevar a la depresión. Ciertos tipos de trabajo se asocian con *insatisfacción y estrés*: directivos, técnico científico-intelectuales y empleados administrativos, son los que presentan la sintomatología asociada al trabajo. En cambio este porcentaje disminuye considerablemente en el grupo de trabajadores que realizan tareas con sobrecarga física (Rodríguez, 2005:184-194).

«El *exceso de demandas y falta de recursos en un rol* o por el desempeño de varios roles simultáneamente puede ser una razón muy importante para que se genere estrés y se presenten problemas de salud» (Gómez V, 2004:117-128): dificultades en el manejo del tiempo, sentirse incapaz, tener muchas cosas por hacer pero no contar con el apoyo de la pareja, tener muchas demandas en el contexto laboral y poco control sobre ellas es una de las fuentes principales de estrés. Estos factores afectan tanto a hombres como mujeres; no parecen afectar más a un género que a otro.

A la hora de analizar si la ejecución de los dos roles son positivos o no para la salud de la mujer, sería importante analizar la forma en que los dos roles interactúan entre sí para generar mayor malestar, o por el contrario, para contrarrestarlo. El *ayudar a otros, tener autoridad para tomar decisiones, el desafío y el reconocimiento* fueron factores que afectaban al bienestar de las mujeres y disminuían el malestar (Ibídem). En una investigación realizada por Blanco (2000) con mujeres trabajadoras

de tres niveles diferentes: profesionales, secretarias y obreras, encontraron que a mayor sobrecarga en las tareas del hogar, interferencia en los roles entre sí, y percepción de un menor control, se notificó mayor número de síntomas de ansiedad y depresión como problemas de salud.

Según Burín y Bleichmar (1996) en un estudio realizado sobre mujeres de mediana edad y sus modos de subjetivación, los estados depresivos que aparecen están relacionados con los roles de género que desempeñan: el rol conyugal, y el de ama de casa como potencialmente depresógenos. También M. Burín describió tres roles de género femeninos que habían de considerarse factores de protección ante los estados depresivos de las mujeres de este grupo de edad: el rol en comunidad, el rol sexual extraconyugal y el rol de trabajadora doméstica remunerada. Sin embargo había un tipo de problemas que se crean en el desempeño de este último rol que lo haría factor de riesgo potencial para los estados depresivos: el «*techo de cristal*» en la carrera laboral. Parece ser que en la actualidad esté cambiando el perfil depresógeno para las mujeres que trabajan. Según Amelia Valcárcel (1997) el «techo de cristal es una superficie superior invisible en la carrera de las mujeres, que les impide seguir avanzando» (Burín y Meler, 998:83-86).

Es importante el trabajo de la mujer para el desarrollo de las colectividades. La Comunidad Internacional, OIT-Organización Internacional del Trabajo- (2008) insiste cada vez más en la necesidad un trabajo decente como la única manera de encontrar una fórmula sostenible para superar la pobreza. «El trabajo decente para las mujeres, es necesario para el desarrollo económico, ya que en el largo plazo las economías no pueden permitirse ignorar un recurso desaprovechado como el que presenta la fuerza de trabajo femenino». La región más exitosa en términos de crecimiento económico durante la última década, Asia Oriental, es donde se registra la mayor participación de las mujeres en la fuerza laboral, existen bajas tasas de desempleo para hombres y mujeres y brechas de género menores tanto en la distribución por sector como por situación.

¿Cómo han podido las mujeres españolas trabajar y cuidar de la familia? Uno de los roles tradicionales de género principales en nuestra sociedad es el de la maternidad, pero al incorporarse las mujeres al mercado laboral ha disminuido drásticamente en España.

En el trabajo de la Comisión de las Comunidades Europeas (1990), Cuaderno de las Mujeres en Europa, *El lugar que ocupa la mujer en el mercado laboral de la Comunidad Europea, Tendencias y evoluciones en los doce países de la CEE entre 1983 y 1990*, la fecundidad ha pasado de 2,22 en 1980 a 1,39 en 1989. Pero no en todos los países ha sucedido lo mismo. En Dinamarca, las mujeres presentan el índice de actividad más elevado de la Europa de los doce -1,62- en 1989, teniendo un índice de fecundidad superior al español y a las mujeres holandesas que son las que tienen un menor índice de actividad. Dinamarca posee, el sistema más progresista y más desarrollado, que abarca el cuidado de los niños de todas las edades, hecho que facilita el que las mujeres puedan incorporarse al mercado laboral sin abandonarlo cuando llega la maternidad.

3.2.8.1.1. SÍNDROME DEL AMA DE CASA

La depresión no es un rasgo típico de la personalidad femenina. Se sabe ya en psicología que uno de los factores que la producen es el *exceso de roles de interior* unido a *los pocos o ninguno que ejerce de exterior*, que compensarían de los primeros -participación en la vida pública de su localidad o distrito, en asociaciones culturales, contacto con los servicios públicos, bien municipales u otros, dedicación a una afición largo tiempo renunciada, etc.-.

A cierta edad, «la acumulación de inconvenientes resultado de este sistema de género puede desembocar en estados depresivos que, para mayor agravante, no son tratados teniendo en cuenta lo dicho anteriormente ya que la situación de las mujeres es considerada por los/as profesionales de la salud sin experiencia en la psicología del género natural y no cultural» (Sau, 2001:181-185). Un estudio americano de 1970 indicaba que la mayoría de los médicos clínicos seguían viendo a sus pacientes femeninas como hiciera Freud, poseían un *doble modelo de salud mental*, considerando a las mujeres, en relación con los varones, sumisas, débiles, dependientes, poco agresivas, menos competitivas, más excitables con estímulos menores, presumidas respecto al físico, más sentimentales, menos objetivas, etc.

En consecuencia estar sanas significaba «sobreadaptarse» a los estereotipos femeninos tradicionales, aceptar su posición habitual de subordinación. Las mujeres debían atenerse a un modelo de salud mental que para los hombres hubiera sido patológico. Por eso decían que todas las mujeres estaban locas, que eran más o menos histéricas. Lo confirmaba una encuesta de aquel tiempo también realizada en

los Estados Unidos, comprobando que un número de mujeres significativamente mayor que los hombres sufría de crisis nerviosas, apatía psíquica, nerviosismo, insomnio, temblores, desmayos, etc. Pero resultaba que las mujeres que nunca habían estado casadas presentaban menos síntomas que las casadas, significando que las cosas habían cambiado y que el cumplimiento de los roles tradicionales no garantizaba la salud mental de las mujeres, sino más bien al contrario.

Entre las mujeres casadas y con hijos crecía el malestar psíquico. Según McBride et al (1988:41-47), «las mujeres que no trabajan fuera de casa, experimentan depresiones más severas que las que sí lo hacen». El empleo se cree ser un factor positivo porque mejora la situación económica, aumenta los contactos, disminuye el aburrimiento, refuerza el sentido del logro y de la autoestima.

Investigaciones posteriores realizadas en diversos países han confirmado que siempre la prevalencia psiquiátrica es significativamente mayor en las mujeres (Ibídem). También en España, donde la Encuesta Nacional de Salud de 1990 demostraba que el riesgo relativo a presentar alteraciones psíquicas era superior al género femenino, ascendiendo la razón mujer/hombre del 1,6. Las diferencias de género no podían explicarse por la consabida «*debilidad biológica*» de la mujer, porque el incremento de morbilidad psíquica en la edad media de la vida se daba fundamentalmente entre las casadas. Lo que se interpretaba como consecuencia de las transformaciones psicológicas que en las madres se producían secundariamente a la emancipación de los hijos.

Actualmente, la mayoría de los investigadores, entre éstos Weissman (1993) en Enrique González Duro (1999) que analiza las diferencias de género en salud mental, admiten que la asociación entre la morbilidad psíquica y la edad es un rasgo psíquicamente femenino que no se da en varones, en quienes el *estar casado* se comporta como un factor protector frente al desarrollo de enfermedad mental. Por el contrario, «el prototipo con mayor riesgo psiquiátrico corresponde a la mujer casada, de 35 a 50 años, con 3 o más hijos, que reside en zona urbana y que no trabaja fuera del hogar» (González Duro, 1999:169-176).

3.2.8.1.2. NUEVO ROL EN LAS MUJERES

Parece ser que las mujeres han conseguido un cierto grado de liberación sexual, pero cierto nivel de estrés aparece en las mujeres, tanto en aquellas «mujeres tradicionales» aquellas que se encuentran a gusto con los valores de género, como en «la mujer en conflicto» con la feminidad tradicional, como en «la mujer emancipada». Para esta última, la tarea de transformación y de ir imponiendo un cambio de valores y de actitudes, es una amplia labor que genera conflictos y situaciones de estrés. Vive un conflicto con su papel de género, que acostumbra llamar a veces «agobio». Pero incluso para la mujer tradicional en medio urbano que ha perdido parte del apoyo proporcionado por la familia extensa, sitúa al ama de casa en aislamiento, cosa que también le genera estrés.

Cuando la mujer no puede estar disponible, afectivamente empática y prestando apoyo, se siente autoperseguida y autoculpabilizada y «ésta es la máxima fuente de estrés crónico que hemos observado», dice uno de los psiquiatras de la Unidad de Género y Comunicación. Para Emilce Dio (1991:180-183), «estos sentimientos íntimos de autoinculpación son los responsables mayores del estrés crónico y su consecuencia es la depresión».

- Rol Anterior

En la anterior sociedad organizada a través de la producción familiar, las mujeres se habían ganado su supervivencia participando en el trabajo compartido de la familia. Fuera de casa no había forma de ganarse la vida, pero con la llegada del capitalismo industrial que ligó a las mujeres al trabajo obrero de fábricas, soltaron las ataduras del patriarcado pero impuso las cadenas del trabajo asalariado. Todo lo «natural» fue derrocado. Las mujeres ya no controlarían el proceso de producción, fabricación de tejidos, fabricación de prendas de vestir, transformación de alimentos que pasaría a las fábricas. Acabarían las antiguas habilidades como la de curar, actividad femenina por excelencia, ésta se convertiría en mercancía y entraría en el mercado. Los tónicos caseros de hierbas serían sustituidos por productos químicos de compañías farmacéuticas de multinacionales.

Los médicos se convirtieron en los nuevos expertos. La relación de las mujeres con los nuevos expertos fue de dependencia y confianza. Por tanto todos estos cambios afectaron a las mujeres. Una minoría transformó su parálisis en ira y se

convirtió en activista de los movimientos reformistas, muchas permanecieron deprimidas, trastornadas, enfermas.

Para Ehrenreich y English (1990) la cuestión femenina era un problema de control: la mujer se había convertido en una cuestión, un problema social, algo que merecía ser investigado, analizado y resuelto. En la actualidad, la mujer trabajadora también está sufriendo la presión de la doble jornada, y en el trabajo tener que demostrar capacitación y valía constantemente. En profesiones feminizadas como enfermería y magisterio, las bajas se suceden. ¿Tan enfermas estamos? ¿O es que cuándo la persona ya no puede más el cuerpo se rebela y aparece la enfermedad? ¿Es la enfermedad una manera de descansar unos días de este ritmo frenético y de volver a coger fuerzas para encauzar las cosas?

En cuanto a la asignación y control del género:

Según Rivera (1994) «el género se asigna a las personas al nacer y el criterio exclusivo de clasificación es la apariencia física en el momento del nacimiento... no existiendo vías fáciles para pasar de un género a otro..., la identidad masculina y la femenina parece que se inculquen mediante la socialización». «Todas las sociedades tienen formas de control del mantenimiento de la identidad de género a lo largo de la vida, control que acostumbra a ser bastante rígido». Algunos ejemplos son: Las mujeres que se atreven a de-generarse, o sea, a adoptar actitudes e ideas que se consideran fuera del estereotipo, han de pagar un precio muy alto que consiste en la pérdida de la identidad, la discriminación por «rareza», masculinidad, los «chistes fáciles» siempre difícil de soportar. Y en el fondo, un conjunto de mecanismos que fomentan su desvalorización personal y profesional.

Las mujeres están obligadas a combinar y realizar las responsabilidades de los dos géneros: la carga familiar y laboral, desarrollando lo que la socióloga A.Durán en llama *tiempo «circular»* Rivera (1994) -en el que se mezclan continuamente ambos papeles- delante del tiempo lineal de los hombres. Los hijos, es decir, la maternidad son la barrera invisible para que la mujer continúe ascendiendo en su carrera profesional. ¿Pero y el progenitor masculino? Cuesta, en nuestra sociedad entender que el padre desempeña un papel en el cuidado de los niños, debido a que tradicionalmente se había desentendido demasiado, pero esto está cambiando radicalmente desde que se ha producido lo que podemos llamar transición de la “reproducción social”. Puede que hace algunos años las familias de origen aportaran a

sus sucesores algún tipo de herencia. En este sentido la función de paternidad como propiedad de los hijos se ha diluido.

Jessie Bernard (1974) en Aguinaga (2004:306-311) escribió sobre el futuro de la maternidad, analizó los roles de las mujeres y las madres, pero también los roles de los hombres y de los padres. El ideal de compartir en el 50% los trabajos ya estaba en su texto. Las propuestas que hace son:

- Modificar los modelos de trabajo mediante: trabajo flexible, jornada a tiempo parcial, permisos de maternidad, cuidados de día para niños...
- Que sea un acto voluntario, elegido, sin coerción ni obligatoriedad
- Posibilidades de autorrealización para las mujeres
- Roles compartidos.

Cuarenta años después las demandas siguen siendo las mismas (Ibídem). De esta necesidad de desarrollar las funciones de los dos géneros, se deriva la exclusión de determinados ámbitos de poder y de las prerrogativas que comportan, porque las actividades políticas, sindicales, de asociaciones y colegiales se producen «fuera de tiempo» para las mujeres: después del trabajo, por la noche, en días no laborables (Alberdi Castell, 1999:11-15).

Las mujeres intentaron afrontar estas desigualdades a medida que adquirían conciencia de ello, las que lo hacían pasaban a formar parte de una lucha activa, y como comenta B.Ehrenreich otras, al igual de cultas y formadas caían en depresión y enfermedad.

Nos encontramos ante una situación compleja en la que se plantea un equilibrio delicado de «reparto» de las responsabilidades de protección social entre la familia y el Estado. Después del ciclo protector del «Estado de Bienestar» y de la incorporación de la mujer al trabajo, algunos de los reajustes que están teniendo lugar en las políticas sociales no acaban de encajar bien con las expectativas creadas y la nueva mentalización.

El trabajo fuera del hogar es uno de los elementos decisivos para elevar el estatus de las mujeres, y por consiguiente reducir la inequidad de los géneros. Éste eleva la consideración social de la mujer y las posibilidades de formación y desarrollo lo que permitiría mejorar las condiciones de las mujeres. Pero la influencia de éste depende también de cómo es vivido por la mujer: ¿se siente realizada cómo persona? ¿Le es posible desarrollar su potencial? O por el contrario ¿se siente minusvalorada, despreciada, controlada, acosada?... En el estudio de Muñoz et al (2004:174-184) sobre el papel de la situación laboral de la mujer en su bienestar emocional, también

aparece el que a pesar del doble esfuerzo que supone para la mujer desempeñar un trabajo fuera de casa, el balance final es positivo, es decir, el nivel de síntomas psicológicos de estas mujeres es menor que el que presentan las mujeres que no tienen un trabajo remunerado. Son múltiples los aspectos que pueden incidir de forma positiva en su bienestar:

- Tener un empleo valorado socialmente de forma positiva da sensación de competencia.
- Proporciona independencia económica y permite experimentar nuevos roles al margen del rol de esposa y de madre.
- Supone tener un tiempo para ellas mismas fuera del hogar y posibilidad de una vida más activa.
- Constituye un ámbito de libertad.

El ajuste marital, las condiciones de trabajo en casa, las condiciones de trabajo en el empleo, las conductas de riesgo, las conductas de salud y los ingresos son también variables relacionadas con una mejor salud psicológica en la mujer empleada. Aspectos más específicos de la salud laboral de estas mujeres:

- Las que poseen mayores ingresos presentan menos síntomas patológicos.
- Los ingresos proporcionan una mayor independencia económica y mayor autonomía y se ha relacionado en algunos estudios con mayor bienestar vital y con menor incidencia al estrés.

En resumen, se encuentra una relación de tener menor número de síntomas depresivos en aquellas mujeres que tienen:

- mayores ingresos
- jornada laboral más larga
- mayor antigüedad en el puesto de trabajo
- mayor satisfacción laboral

A pesar de que muchas mujeres manifiesten inconformismo con su situación actual con la doble jornada laboral –percepción de que el tiempo no alcanza para responder con las múltiples responsabilidades -muy pocas están dispuestas a renunciar a sus trabajos-. El problema principal con que se enfrentan son las relaciones de poder injustas, distribución no equitativa de tareas entre las parejas y finalmente la falta de suficiente apoyo institucional y social para que puedan cumplir adecuadamente con sus tareas.

El que estén compatibilizando los dos roles no es negativo en sí, pues unos roles pueden proteger el efecto dañino de otros, para esta autora el significado que tenga cada rol puede acarrear problemas (Gómez V, 2004:117-124); la idea de que *el cuidado de los hijos es deber de la mujer* y no del hombre; si hay problemas con ellos la culpa es de la mujer por no dedicarse al rol materno; la idea de que *cada rol debe desempeñarse a la perfección*, o en los hombres la idea de que deben responder más y mejor que las mujeres, obtener éxito y trabajar muchas horas para sentirse importantes; ganar más que la mujer; hacer tareas de casa o de padre es hacer tareas propias de la mujer; los hijos se afectan si la madre no está con ellos todo el tiempo; la familia debe sacrificarse por el trabajo.. todos estos ejemplos son dañinos para la salud tanto para el hombre como para la mujer.

Otro factor depresógeno importante para la mujer es el «*techo de cristal*» que dificulta su acceso a puestos directivos. El «techo de cristal» es una superficie invisible construida mediante diversos elementos que no están escritos ni tienen códigos visibles. Su carácter de invisibilidad está dado por el hecho que no obedece a criterios establecidos ni a normas o leyes impuestas de manera clara y objetiva, sino a un conjunto de expectativas, actitudes o valoraciones latentes. Éstas se ponen en evidencia cuando se analiza la dificultad que tienen las mujeres para ocupar posiciones de poder -de decisión, de acción, de intervención-. El «*techo de cristal*» en la carrera laboral de las mujeres como superficie superior invisible y difícil de traspasar constituye uno de los nuevos mecanismos y/o factores que actúan como depresógenos para las mujeres (Ibídem).

En el estudio del Programa de Apoyo en Salud Mental para la mujer en un barrio industrial de Barcelona (Cornellá) (1999) que atiende a mujeres de baja clase social y ofrece una atención psicoterapéutica gratuita, aunque limitada en tiempo y objetivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estas mujeres, algunas de ellas sufren violencia de género. El estudio de este Programa de Salud Mental para la mujer con 143 casos de mujeres atendidas -mujeres con problemas psicológicos que no tienen acceso a un tipo de atención a nivel privado-, muestra que sus demandas se refieren a las dificultades de vivir en la realidad actual, que no tiene apenas nada que ver con aquella que nacieron, crecieron y aprendieron a ser mujeres.

Por una parte siguen aspirando al «ideal femenino» tradicional, considerándolo de alguna manera como «la cosa más hermosa» que pueden ofrecer a un hombre -sea padre, marido o hijo-, con las variaciones a cada generación: en tanto hija, esposa o madre. De esta forma siguen manteniendo, generación tras generación, la transmisión de aquello que una mujer «ideal» ha de ofrecerles. De hecho, las pacientes sufren por no poder seguir ofreciendo todo lo que su propio ideal de feminidad les impone, sobretodo cuando la edad, las desilusiones o las frustraciones de las expectativas de felicidad se lo impiden. Su anhelo es poder seguir representando un objeto de deseo, que consiste en ser «concebidas», como «buenas y hermosas» hijas, esposas y madres. La consideración de ser así les genera, una satisfacción narcisista, a través de la cual se sienten valoradas, queridas y reconocidas en tanto mujeres -reconocimiento en su identidad-. Las mujeres que acuden a la consulta de Salud Mental sienten que han fracasado en este terreno y su bienestar emocional pasa por recuperar esos aspectos femeninos valorados y deseados por los hombres -de total disponibilidad- de su familia y entorno. La inserción laboral, generalmente -limpieza o servicios- tampoco les resulta fácil, no solo por la falta de formación de estas mujeres que es evidente sino por no poder cumplir con el ideal femenino. Estas experiencias corresponden a una población mayoritariamente amas de casa, entre 45-60 años, emigrantes de primera o segunda generación, provenientes de zonas poco desarrolladas de nuestra geografía, en donde la infancia como tal, no existió, datos recogidos en los años 1994,1995, 1996,1997.

«La paradoja del reconocimiento que esperan de los demás deriva de que la mujer como el niño, para lograr su independencia requiere del reconocimiento de las mismas personas de las cuales ha sido y es dependiente».

Los hombres evidentemente también somatizan, pero los estudios reflejan que cuando lo hacen son ya situaciones agudas o críticas.

¿Por qué consultan menos cuando hay malestares indefinidos o difusos?, ¿por qué no lloran por no ser femeninos?, ¿por qué no se quejan para no parecer «castrados»? ¿por qué no piden para devaluar su autoestima?, ¿por qué niegan dolores y dificultades para sentirse más fuertes y autocontrolados? Si los hombres no consultan tanto como las mujeres ¿podemos afirmar que están más sanos? «La búsqueda de reconocimiento es un punto clave que se encuentra en la clínica psicoterapéutica de las mujeres. Es decir, la falta de reconocimiento o la vivencia de tal. La narcisización necesaria para convertirse en sujeto en vez de objeto».

Los problemas de salud mental en el lugar de trabajo son importantes para la mujer. El estudio publicado por la Comisión de la Unión Europea (2008) afirma que las mujeres representan un 44 de los trabajadores, pero tienen más probabilidad de estar empleadas en posiciones de menor relevancia.

Las mujeres cubren solo el 32% de las posiciones de liderazgo en la Unión Europea como las de presidentes ejecutivos, directores y gerentes de pequeñas empresas. La baja representatividad de las mujeres en los niveles más altos de decisión es más evidente en las grandes empresas, donde los hombres ocupan el 90% de los puestos de dirección en las principales compañías. La proporción de las mujeres en los parlamentos está en un 24%, y aunque ha crecido mucho en los últimos años, se encuentra por debajo de la llamada *masa crítica* del 30%, considerada el mínimo necesario para que las mujeres puedan ejercer una influencia significativa en la política. En las Economía Industrializadas y en la Unión Europea se podría mejorar mucho en áreas como la de Igualdad de Remuneraciones; las Promociones y la Posibilidad de conciliar la vida familiar y laboral.

3.2.9. VIOLENCIA SOBRE LAS MUJERES

Según Rosa M^a Rodríguez Magda (1994) al hablar de violencia, sin duda tenemos que hablar de *poder*. En general el poder puede ejercerse de dos maneras o bien como represor o como normativo. En el primer caso prohíbe, niega, mata, anula. Para el poder represor el mundo lo es de referentes, de valores evidentes, de dogmas autoritarios que se imponen por las armas, del derecho sobre la vida y la muerte de los sometidos. Sin embargo, quedarnos en esta comprensión del poder, pretender aplicarla a una sociedad democrática, permisiva y banal, sería como ya se ha ido viendo, condenarse a no comprender nada sobre las relaciones de poder o a pensar que éste ya no actúa en dichas sociedades. «Existe pues un poder normativo, que no nos prohíbe sino que incita a actuar, a producir, a hablar, generando una red finísima de dominación, un entramado de poder/saber que penetra los cuerpos, las voces, las mentes y las vidas».

Hombres y mujeres se integran en la sociedad a través de normas educativas, culturales, cuyo simbolismo aprenden en el entorno familiar y social. Ahora bien, los valores que inspiran esas normas difieren según se hayan de aplicar al hombre o a la

mujer porque están destinados a ocupar posiciones diferentes en el orden social; *«al hombre, se le inculcan las condiciones idóneas para ejercer el poder, el dominio del entorno, el acceso al conocimiento del saber, la heroicidad en el valor, el control económico ... y a la mujer se la encausa para ocupar posiciones de segundo orden aunque esté dotada de condiciones equivalentes e idénticos conocimientos, y se fomenta en ella cualidades tales como la ternura, la sensibilidad, el espíritu de sacrificio, etc.... »*, tal fórmula de socialización no hace sino perpetuar el sistema; un sistema jerárquico, desigual, que privilegia al sexo masculino y discrimina al sexo femenino. Un indicador importante a la hora de ejercer una violencia potencial contra la pareja es *«la adhesión personal a los estereotipos de género, que le hace concebir a la mujer como un ser inferior, lleno de limitaciones, cuya función esencial es la de darle hijos, complacerlo y servirlo»*.

Esto no condiciona a que todos los hombres hayan de ser violentos en las relaciones con sus mujeres. Dichos contenidos ideológicos, son la causa fundamental de la violencia sexista; ahora bien, para que ésta se de han de concurrir otros factores. El niño que ha sido testigo y víctima de la violencia durante su infancia en el ámbito familiar, tiende a reproducir el papel de agresor cuando es adulto, el niño hace una asociación entre los sucesos violentos que contempló con el ejercicio de la masculinidad.

Según Pérez en Martínez Quintana (2006), *«la violencia se desencadena porque el agresor teme perder el control y el dominio que ejerce sobre la mujer»*. Se trata de fomentar la dependencia de la víctima hacia el dominante, dándose un verdadero proceso de anulación de la personalidad de la mujer. Otros factores pueden facilitar la violencia; la propia socialización de la mujer; aquellas mujeres que provienen de una familia en cuyo ambiente rígidamente conservador se ha conservado la distinción entre los sexos como un factor determinante para las diferentes funciones a realizar. También ella ha sufrido violencia en su familia. Por la dependencia y la vulnerabilidad que la mujer recibió en su educación, es motivo suficiente para la elección de hombres violentos al entablar sus relaciones de pareja. La mujer que se encontró privada de afecto imprescindible para el desarrollo personal; esto le comportó su propia desestimación como persona, acostumbrar a reprimir sus necesidades afectivas, y a transferir su autoestima al reconocimiento que los demás hagan de ella.

La violencia simbólica, se instituye mediante la adhesión que el dominado no puede dejar de conceder al dominador. La fuerza simbólica, es una forma de poder que se ejerce directamente sobre los cuerpos, y como por arte de magia, al margen de cualquier coacción física actúa en lo más profundo de los cuerpos. Los actos de conocimiento y reconocimiento de la frontera blanda entre los dominantes y los dominados y en virtud de los cuales, los dominados contribuyen a su dominación al aceptar los límites impuestos, adoptan a veces la forma de emociones corporales - vergüenza, humillación, timidez, ansiedad, culpabilidad- o de pasiones y sentimientos -amor, admiración, respeto- emociones mucho más dolorosas por el hecho que se traducen en manifestaciones visibles como el enrojecimiento, la cólera, o la rabia impotente, todas formas de sometimiento (Bourdieu, 2000:48-57).

El estudio de Torns, Borrás y Romero (2000) se refiere al *acoso en el medio laboral* como indicador patriarcal. No lo conforman episodios laborales aislados, sino que es fruto de un imaginario y unas prácticas más o menos bien vistas según los entornos y que facilitan y legitiman ciertas exigencias de los varones sobre el trabajo o el cuerpo de las mujeres. Este mismo estudio recuerda que la «*jerarquía laboral no es la principal razón de la existencia del acoso sexual, sino el instrumento a través del cual se expresa el poder patriarcal*» (Pernas, en Osborne, 2001:56-57). Es decir, la violencia opera de manera natural y no es identificada pues la misma estructura social lo permite pues hace muchos años que se ha desarrollado de esta manera. Según la hipótesis de *Begoña Pernas* es que sólo la sexualidad masculina heterosexual se mueve con naturalidad y se expresa espontáneamente en el trabajo. Cualquier otro comportamiento puede sufrir sanciones cuando aparece y desprestigia profesionalmente al que lo intenta.

La violencia contra la mujer además de considerarse un problema de salud en sí mismo, es un factor de riesgo para una mala salud, pues puede conllevar diferentes enfermedades tanto físico como psíquico. Sólo recientemente se ha empezado a evaluar su efecto a más largo plazo en la salud de la mujer. El maltrato de la mujer en la pareja se ha asociado con incremento de desarrollar enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, dolor crónico, trastornos gastrointestinales, quejas somáticas y fibromialgia en cuanto a la salud psíquica, el maltrato crea unos síntomas y cuadros clínicos que van desde la ansiedad, el insomnio o la baja autoestima hasta la depresión clínica o el trastorno por estrés postraumático (Raya, 2004:117-27).

Además, las víctimas refieren, en mayor proporción que las no maltratadas, un peor estado de salud. La gravedad de los síntomas depresivos en las mujeres maltratadas ha sido asociada a la mayor frecuencia, severidad, duración y combinación de tipos de maltrato, con el tiempo transcurrido desde el cese de la violencia, así como el menos apoyo social recibido por la mujer (Hernández, Corbalán, Limiaña, 2007:118-124).

Las mujeres que sufren violencia por la pareja tienen mayor porcentaje de padecer dolor crónico, diversas somatizaciones, mayor consumo de sustancias tóxicas como drogas y alcohol, depresión e intentos de suicidio (Plazaola, 2004:461-7). Otro fenómeno de reciente aparición, de gran impacto mediático ligado al suicidio es el acoso psicológico en el lugar del trabajo -moobing- y el acoso en el medio escolar -booling- que define conductas de intimidación y acoso (Pérez, 2006:25-31).

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Es importante conocer y seguir la actitud racional de Popper que la encuentra en la teoría de la relatividad de Einstein, ésta le convence del *carácter hipotético de todas las teorías científicas*, además de que le permite llegar a la conclusión de que el progreso científico únicamente es posible gracias a la actitud racional, que «*nos lleva a buscar siempre contrastaciones experimentales de las teorías en vez de esquivarlas*» (Brunet I., y Valero, L., 1998:26).

Para Popper el modo de proceder del hombre de ciencia no consiste en otra cosa que en *proponer «enunciados» y contrastarlos paso a paso*. «En particular, en el campo de las ciencias empíricas –el científico- construye hipótesis –o sistemas de teorías- y las contrasta con la experiencia por medio de observaciones y experimentos». Para Popper, «las teorías nunca son verificables empíricamente», por tanto el criterio de demarcación que debemos adoptar no es el de la verificabilidad sino el de la falsabilidad de los sistemas. Lo que, viene a suponer que «no debe aceptarse como científico ningún postulado que no pueda ser sometido a pruebas de contraste» (Tezanos, 1998:185-187).

El objetivo de Popper es establecer que lo que permite que hablemos con propiedad de una teoría del método es, precisamente *las reglas metodológicas*, reglas normativas que orientan a los científicos en su proceder ya que constituyen el núcleo del método científico. La actitud racional y/o crítica no busca justificaciones para las teorías sino que más bien las somete a crítica, sin considerarlas nunca verdades o definitivas. Popper argumenta que uno de los mejores sentidos de «razón» o «razonabilidad» es la apertura a la crítica –disposición a ser criticado, y deseo de criticarse a sí mismo- (Brunet I., y Valero, L., 1998:32).

CAPÍTULO IV

4.1. HIPÓTESIS GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

1. La *feminidad tal como ha sido conceptualizada* por la cultura vigente –valores, roles, aspiraciones, funciones, comportamientos etc., asignados como el de cuidadora o el maternal- es uno de los riesgos principales para la alteración de la salud mental en la mujer y en especial para la aparición de la depresión porque sitúa a la mujer en desventaja y desigualdad.

4.2. OBJETIVOS

- Objetivos Generales: Se desdoblaron en dos

1.1. "Conocer cuáles son las causas y consecuencias de la depresión en las mujeres".

1.2. "Identificar cómo los roles, valores, comportamientos, actitudes, tareas... asignados a las mujeres en nuestra cultura aparecen como factores relacionados con la depresión y fibromialgia en las mujeres".

Objetivos Específicos:

2. "Conocer cómo la violencia de género, física, psicológica y sexual -tanto en el hogar como en el trabajo-, la sobrecarga, el bajo apoyo social, el estrés son factores que influyen en que las mujeres tengan mayor depresión y fibromialgia"-, enfermedades típicamente femeninas.

3. "Analizar cómo influyen las diferentes variables sociodemográficas, familiares, laborales en la depresión de la mujer y cómo interrelacionan entre ellas". Influencia de la edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, tipo de trabajo realizado (manual, profesional...), número de hijos, nivel socioeconómico, etc.

4. "Conocer cuál es la prevalencia de depresión y si realmente se le diagnostica depresión a la mujer más que al hombre y se le recetan mayor número de fármacos".

5. "Identificar la tipología de las mujeres que padecen depresión en los últimos años y que parece que va cambiando -de mujer cuidadora a mujer que compatibiliza los dos roles-".

6. "Conocer si los hombres que presentan depresión presentan más valores femeninos, tienen una manera diferente de manifestar la depresión y son menos diagnosticados por el sistema sanitario".

7. "Identificar la relación entre depresión y diversas enfermedades físicas como puede ser diabetes, dolor crónico, problemas gastrointestinales, trastornos somáticos, cefalea, cáncer, sida, Alzheimer, AVC, conductas adictivas como alcohol y tabaco".

8. "Conocer si las mujeres profesionales experimentan malestar porque encuentran dificultades a la hora de progresar en sus carreras "techo de cristal", discriminación

laboral y violencia psicológica y esto se manifiesta en una mala salud mental y depresión”.

9. “Conocer cuáles son las terapias más frecuentes para abordar la depresión desde los diferentes campos así como su efectividad elevada tanto por los clínicos como por los pacientes.

10. “Identificar cuáles son las tendencias de futuro que se perciben en la depresión, tanto a nivel sanitario como social”.

4.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. La depresión es elevada en nuestra sociedad pero son las depresiones leves las mayoritarias.

2. Las mujeres presentan mayor depresión que el hombre. Estas presentan “mayor malestar físico y mental”, “peor percepción de la salud”, “menor autoestima y menor asertividad”, “mayor violencia de género”, “poca valoración social” características del rol de género asignado.

3. La violencia de género y la sobrecarga o “realizar múltiples roles con poca ayuda” influyen en el desarrollo de la depresión y de la fibromialgia.

4. Existe en la actualidad un sobrediagnóstico y hipermedicalización de los trastornos mentales en la mujer - depresión, fibromialgia-.

5. La mujer que tiene peor salud mental ha pasado de ser la mujer exclusivamente cuidadora a aquella que realiza los dos roles por la tensión y los conflictos que le supone.

6. Los hombres que presentan fibromialgia y depresión presentan valores más femeninos. Los que tienen depresión y no han sido diagnosticados presentan diferentes pautas de búsqueda de ayuda y diferentes maneras de canalizar la depresión que las mujeres.

7. La fibromialgia está relacionada con la depresión y al igual que ésta, está influida por las desigualdades y dificultades “percibidas” por la mujer a lo largo de la vida.

CAPITULO V

5. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

La hipótesis general de la investigación, así como los objetivos a desarrollar, requieren no solo de un tipo de investigación sino de varios que den respuesta a las hipótesis de trabajo. Los estudios del Marco teórico guían la investigación pero responder a los diferentes objetivos requiere de una investigación amplia tanto en el aspecto cuantitativo como cualitativo.

- *Los cuestionarios administrados a diferentes profesionales del campo de la salud* (véase Anexo 1), nos ayudan a responder cuales son las causas y consecuencias de la depresión en la mujer, y también las hipótesis planteadas. Se trata del estudio exploratorio 2005-2006 realizado a profesionales de la salud –medicina y enfermería– que aporta el análisis del malestar de las mujeres del mundo sanitario y sobretodo de un colectivo profesional feminizado como es el de la enfermería a nivel familiar pero sobretodo a nivel profesional. Se analiza la satisfacción en el trabajo, la gratificación con los dos roles, el reparto de las tareas domésticas y la discriminación o no de género.

- Se utilizan *las entrevistas y los cuestionario* (véase Anexo 2), *en pacientes diagnosticados de depresión* para conocer los valores, comportamientos, roles asignados, sentimientos que engloban el proceso depresivo así como se gesta el proceso depresivo. Se analiza la «Depresión Diagnosticada» u oficial, realizada por el Sistema Sanitario. Se identifica también «aquel malestar percibido» que es depresión sufrida en épocas anteriores, pero que nunca se diagnosticó y se intenta conocer en que periodo y circunstancias surgió la primera depresión. Para saber si realmente las personas sufrieron un proceso depresivo se les pide que identifiquen las preguntas del test de Goldberg (TGAD) como positivas en el momento que les sucedió, si habían presentado ideas de suicidio ya no era necesario pues la presencia de depresión era evidente. A los pacientes diagnosticados de depresión, también se les administra el TGAD para explorar si nos encontramos frente un proceso depresivo actual.

Se ha utilizado este test porque además de ser sencillo y claro de administrar, lo que determina fundamentalmente si se tiene depresión o no es la respuesta positiva a una de las preguntas de la primera parte referidas a problemática social. Estas preguntas se refieren a la *fatiga, desilusión, individuación desintegrada*¹⁴ y *desesperanza* –son una gradación del malestar, de menor a mayor intensidad– que es

¹⁴ Durkheim afirma que el suicidio egoísta era el resultado de la «individuación desintegrada». En lugar de referirse a perder la confianza en si mismo, Durkheim se refiere a que se convierte «en un misterio para si mismo, en la medida en que la familia y la sociedad se hagan extrañas», en Lukes (1984).

una de las formas en que nuestros teóricos sociales definen la depresión – *desesperanza, desesperación, agotamiento irremediable, desilusión*–.

Este estado de desesperanza que describe el test es identificado también por Durkheim, éste reconoce que los fenómenos individuales de ánimo depresivo, ansiedad o angustia pueden tener un origen en la sociedad misma más que en el individuo llevándolo progresivamente a la *desesperación* y finalmente al deseo de terminar con su propia vida. Como causas del *suicidio egoísta* Durkheim habla de «un agotamiento irremediable y depresión» y de «corrientes de depresión y desilusión», también se refiere a la «depresión y melancolía como resultado de la individuación» (Ritzer, 1994:222). El *suicidio anómico* va acompañado de «ira, *desilusión, irritación y exasperada fatiga*» (Ibídem: 238), la «desilusión y la fatiga» las encontramos también en el test administrado y quizás son la culminación de la ira e irritación que se dan en una primera fase. Durkheim describe la *anomia* como «un estado social extremadamente peligroso para la integridad de las sociedades y para los individuos que viven en ellas porque muestran una fuerte inclinación a la desesperación» (Martínez Quintana, 2007:145).

Se formulan las siguientes preguntas:

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

Si hay respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas se pasa a responder cinco preguntas más referidas a síntomas somáticos. La mayor parte de personas que contestan de manera afirmativa alguna de estas cuatro primeras preguntas, también dan positivo a alguna de las preguntas posteriores, y con sólo dos respuestas afirmativas el test es positivo.

Hay algunas personas que mantienen un cierto nivel de depresión, otras que en la actualidad no la presentan aunque la sufrieron con anterioridad y otras que no la han identificado como depresión, pero sí la sufren en la actualidad. La Depresión se presenta más que como un estado presente, como un proceso, que en múltiples ocasiones va y viene presentando oscilaciones del ánimo; este motivo hace que muchas veces el paciente no se sienta enfermo. Se distinguen tres tipos de depresión en este estudio;

- Depresión Diagnosticada
- Depresión Identificada
- Depresión Actual

- *Las entrevistas y los cuestionarios (véase Anexo 3) en pacientes con problemas de salud no diagnosticados de depresión que acuden a la Consulta de Atención Primaria* son importantes para definir un concepto diferente de depresión, la que no es etiquetada por el Sistema Sanitario, sino la sentida por los pacientes. Se administra el mismo test (TADG) que a los pacientes diagnosticados de depresión. La finalidad es determinar si la prevalencia de la depresión es superior que aquella que se diagnostica en el Sistema Sanitario. También se pretende explorar los diferentes mecanismos que utilizan los hombres para «evadir» la depresión. Se distinguen dos tipos de Depresión:

- Depresión Identificada
- Depresión Actual

Observaremos también si los hombres han podido tener depresión aunque no la hayan manifestado.

Para conocer la distribución a nivel epidemiológico -edad, sexo, comorbilidad, clase social, nivel de estudios, así como su interrelación con diferentes variables como violencia de género, sobrecarga, estrés, apoyo social, incapacidad percibida en relación a las pérdidas propias de la edad... se realiza un Estudio Poblacional o Comunitario con un muestreo y análisis estadístico para observar la correlación entre las diferentes variables. También se administra el TGAD para cuantificar la depresión en el momento actual. Se distinguen cuatro tipos de Depresión:

- Depresión Diagnosticada
- Depresión Identificada
- Depresión Actual
- Depresión Global

- *Entrevistas y cuestionarios a mujeres con fibromialgia (véase Anexo 4)* para conocer las causas que ellas identifican con el surgimiento de la enfermedad y determinar el nivel de depresión y ansiedad actual.

- *Entrevistas a psiquiatras, médicos de medicina de familia, psicólogos, reumatólogo (véase Anexo 5)* para conocer su opinión sobre las causas de la depresión-fibromialgia y los probables tratamientos.

Cuando realizamos la entrevista a los pacientes con depresión, crónicos o con fibromialgia siempre se realiza previamente el cuestionario que nos sirve de guía para la entrevista.

- Se utiliza un *cuestionario telefónico en el estudio poblacional –en una comunidad-* que se administra a una muestra de 317 personas (véase Anexo 6).

Objetivos-Tipo de Estudios

Se analizan los diferentes Objetivos Específicos y General, así como los diferentes estudios que se efectuarán.

Cuadro 5.1. Relación de objetivos específicos y tipo de estudios

OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN
1. Conocer cuáles son las causas y consecuencias de la depresión en las mujeres	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas a profesionales, pacientes con depresión, pacientes que acuden a A.Primaria. - Estudio poblacional –en una comunidad-
1. Identificar cómo los roles, valores, comportamientos, actitudes, tareas... asignados a las mujeres en nuestra cultura aparecen como factores relacionados con la depresión y fibromialgia en las mujeres	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista en mujeres diagnosticadas - Entrevista en mujeres no diagnosticadas -Entrevistas con profesionales
2. Conocer cómo la violencia de género, física, psicológica y sexual, la sobrecarga, el bajo apoyo social, el estrés son factores que influyen en que las mujeres tengan depresión y fibromialgia enfermedades típicamente femeninas	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio poblacional –en una comunidad- - Entrevistas a personas diagnosticadas de depresión - Entrevistas a personas no diagnosticadas de depresión - Entrevistas con profesionales
3. Analizar cómo influyen las diferentes variables sociodemográficas, familiares, laborales en la depresión de la mujer y cómo interrelacionan entre ellas.	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio Comunitario - Entrevista con profesionales
4. Conocer cuál es la prevalencia de depresión en el Estudio y si realmente se le diagnostica depresión a la mujer más que al hombre y se le recetan mayor número de fármacos	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio poblacional –en una comunidad- - Entrevistas a mujeres diagnosticadas de depresión - Entrevistas a mujeres no diagnosticadas de depresión
5. Conocer la tipología de la mujer que padece fibromialgia y depresión y observar los cambios en los últimos años -de la mujer cuidadora a la mujer que compatibiliza los dos roles	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas a mujeres diagnosticadas de depresión - Entrevistas a mujeres no diagnosticadas de depresión - Entrevistas a profesionales - Estudio poblacional –en una comunidad-
6. Conocer si los hombres que presentan fibromialgia y/o depresión presentan mas valores femeninos, así como diferentes pautas de búsqueda de ayuda y diferentes maneras de canalizar la depresión. Analizar si los hombres	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas en hombres diagnosticados de depresión - Entrevista en hombres no diagnosticados de depresión - Entrevistas a profesionales

<p>diagnosticados de depresión presentan una educación más igualitaria por las circunstancias que les ha tocado vivir, y por tanto unos valores que tipifican el modelo de rol no masculino caracterizado por (actividad, autonomía, asertividad, y agresividad...).</p>	
<p>7. Identificar la relación entre depresión y diversas enfermedades físicas como puede ser diabetes, dolor crónico, problemas gastrointestinales, trastornos somáticos, cefalea, cáncer, sida, síndrome de Parkinson, AVC, conductas adictivas como alcohol y tabaco</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas a diagnosticados -as de depresión - Entrevistas a no diagnosticados-as de depresión - Estudio poblacional –en una comunidad- - Entrevistas a profesionales
<p>8.- Conocer si las mujeres profesionales experimentan malestar porque encuentran dificultades a la hora de progresar en sus carreras profesionales “techo de cristal” “suelo pegajoso” discriminación laboral y violencia psicológica y esto se manifiesta en una mala salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas a mujeres diagnosticadas de depresión - Entrevistas a mujeres no diagnosticadas de depresión - entrevistas a profesionales
<p>9. Conocer cuáles son las terapias más frecuentes para abordar la depresión desde los diferentes campos así como su efectividad tanto por los clínicos como por los pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevistas a diagnosticados-as de depresión - Entrevistas a profesionales sanitarios
<p>10.- Identificar las tendencias de futuro que se perciben en la depresión, tanto a nivel social como sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas a pacientes diagnosticados, no diagnosticados y a profesionales

5.1. ESTUDIO EXPLORATORIO EN EL COLECTIVO DE PROFESIONALES DE LA SALUD CON TÉCNICAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS 2005-2006

Se realiza un estudio entre el personal sanitario que incluye a 183 profesionales - del ámbito de la medicina y enfermería, del que sólo comentaremos aquellos aspectos más destacados, referidos primordialmente a la satisfacción, reconocimiento y nivel de salud experimentado por las mujeres. Es el punto de partida de la investigación, que refleja la situación de un colectivo profesional -formado en su mayoría por mujeres- y las dificultades que encuentra tanto en el ámbito laboral como profesional. Las dificultades vividas en el mundo laboral y en el familiar, influyen en la depresión como hemos visto anteriormente.

5.1.1. DISEÑO Y ANÁLISIS

Se administra un cuestionario a todos los profesionales de salud de un área determinada (véase Anexo 1) N=380, de los que se reciben n=183. De los

cuestionarios que recibimos 122 son mujeres y 61 hombres, de éstos son médicos- -33 mujeres y 47 hombres- y enfermeras-os -89 mujeres y 14 hombres-. Estos cuestionarios incluyen aspectos sobre ámbito profesional, vida en familia, maternidad, familia, valores, motivación, respecto al trabajo, reconocimiento y grado de satisfacción que fueron puntuados en una escala de 0 a 10 en la Escala de Lickert. Se incluyen también preguntas abiertas sobre si perciben o no discriminación de género en su familia y en su profesión y sobre su satisfacción con su profesión y gratificación con el desarrollo de los dos roles.

Entre los resultados hay datos interesantes sobre la *percepción de la salud*, así como del *absentismo* que son dos indicadores importantes a la hora de analizar posteriormente la depresión.

5.2. FASE CUALITATIVA: ENTREVISTAS A HOMBRES Y MUJERES (PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD) EN ATENCIÓN PRIMARIA 2007

La técnica utilizada es la «entrevista en profundidad» registrada mediante grabadora. Se realiza una guía de entrevista, previamente se administra un cuestionario con un espacio abierto donde registrar las causas detalladas de depresión identificadas (véase Anexo 2, 3,4).

Según Tylor y Bodgan (1996:119) «la guía de la entrevista no es un protocolo estructurado». «En la situación de entrevista el entrevistador decide cómo enunciar las preguntas y cuándo formularlas». «La guía de la entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas». Se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante.

En los proyectos de entrevistas a gran escala algunos investigadores utilizan una *Guía de la entrevista* para asegurarse de que los temas claves sean explorados con un cierto número de informantes. Sin embargo, todas las entrevistas, salvo las más cortas para encuestas de votación, procuran valerse de algunas preguntas cuyas respuestas no son fáciles de clasificar por adelantado, y que tienen que permanecer «sin estructurar o abiertas». Según Goode, William y Hatt (1991) estas preguntas dan profundidad, y significado a las preguntas más estructuradas. La finalidad de la entrevista en profundidad utilizada en sociología no es terapéutica.

El sociólogo busca entender los hechos sociales más que penetrar en profundidad en la estructura de la personalidad del individuo entrevistado. Como escribe McCracken, la entrevista sociológica, se diferencia de la entrevista en profundidad llevada a cabo por el psicólogo, en que aquella se interesa más por las «categorías culturales y por los significados compartidos que por los estados afectivos

individuales». Los sociólogos intentan predecir el comportamiento social, si no lo hiciéramos, la sociedad no existiría dicen Goode y Hatt. «Lo que define a una ciencia no son sus resultados, sino sus objetivos y sus métodos». «Todo conocimiento según Popper, podría decir el sociólogo, es conjetural y teórico. Nada es absoluto y definitivo» (Tezanos, 1991).

La entrevista utilizada en la fase cualitativa va precedida por un cuestionario y un test de depresión. Después de realizar el cuestionario, se anima a las mujeres a recordar los malestares desde la infancia hasta la actualidad, así como a identificar los motivos principales que se atribuyen a la depresión. Se hace hincapié en los principales sucesos vitales como momento del matrimonio y nacimiento de los hijos. Dependiendo de la fluidez de la entrevista se interviene más o menos. Se intenta que identifiquen aquello que para ellas había resultado traumático, encontrándonos muchas veces con situaciones con un alto nivel de emotividad pues expresan sentimientos muy internos que quizás nunca se han atrevido a expresarlos a nadie, pues no está bien visto o es doloroso para ellas-os. Es difícil establecer comunicación con gran parte de los pacientes depresivos y con fibromialgia por la dificultad de abordar el tema ya que deben responder a diferentes aspectos de su vida personal.

Previamente solicitamos los permisos reglamentarios a la Gerencia del Área de Salud donde realizaremos el estudio, así como a la Responsable de enfermería. Después de acceder a los registros informáticos, el siguiente paso es concertar una cita por vía telefónica en la que les explica la finalidad de la investigación, como también la confidencialidad de los resultados, y que sus nombres no aparecerán en ningún registro ni publicación. Las personas que acceden a participar en el estudio de manera positiva son numerosas.

Realizamos un total de 112 entrevistas a hombres y mujeres distribuidas de la siguiente forma; 66 a hombres y mujeres diagnosticados-as de depresión, 26 a pacientes con problemas de salud que acuden a la consulta por problemas crónicos o por la recogida de los partes de I.T. -Incapacidad Laboral Transitoria- y 20 a mujeres con fibromialgia. Los entrevistados-as son pacientes adscritos al Centro de Salud. Las fuentes son los Registros de la Base de datos informatizada e-Cap utilizada por los profesionales de la Asistencia Sanitaria a nivel de Atención Primaria.

Tabla 5.2.1. Pacientes entrevistados

Enfermedades	Depresión	Problemas Crónicos y/o I.L.T.	Fibromialgia	Total
Hombres	14	12	0	26
Mujeres	52	14	20	86
Total	66	26	20	112

5.2.1. ENTREVISTAS A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN

Tipo de Muestreo: por Conglomerados en cuatro -cupos de pacientes adscritos a cada equipo sanitario- y sistemático en los diferentes grupos de edad, con reposición de las no respuestas.

Cuadro 5.2.1.1. Metodología utilizada en entrevistas en enfermos con depresión

Tipo de Estudio	Métodos Utilizados
Entrevistas a pacientes diagnosticados de depresión y/o fibromialgia	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista - Test Goldberg - Cuestionario

Las entrevistas se realizan de la siguiente manera; *66 entrevistas* a 14 hombres y 52 mujeres diagnosticados de depresión, para analizar cuáles son las causas y consecuencias de depresión identificadas por ellos así como sus consecuencias y poder identificar posibles semejanzas en las dificultades o factores sociales que las- os hubiera podido llevar a la depresión.

Los estudios epidemiológicos de la depresión presentan serias dificultades por los diferentes criterios de diagnóstico. En los registros de Atención Primaria se registran las diferentes maneras que se etiqueta el trastorno depresivo y se escogen todos para los diferentes grupos de edad. Éstos son; trastorno mixto de ansiedad y depresión, distimia, trastorno depresivo recurrente, trastorno bipolar, depresión. Los entrevistados-as son pacientes adscritos al Centro de Salud. Las fuentes de recogida de datos son los Registros de la Base de datos e-Cap, utilizada por los profesionales de la Asistencia Sanitaria a nivel de Atención Primaria.

5.2.2. ENTREVISTAS A PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD NO DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN

Tipo de Muestreo: Aleatorio en pacientes que acuden a la consulta de enfermería por problemas crónicos de salud y pacientes que acuden a consulta médica –seis días-.

Cuadro 5.2.2.1. Metodología utilizada en entrevistas en pacientes con problemas de salud

Tipo de Estudio	Métodos Utilizados
Entrevistas a pacientes con problemas de salud no diagnosticados de depresión	- Entrevista -Test Goldberg - Cuestionario

Se entrevistan 26 personas que acudieron a la consulta de Atención Primaria -no diagnosticadas de depresión- para control de su patología crónica o búsqueda de I.T. de manera aleatoria. De éstos 12 eran hombres y 14 mujeres. Se quiere observar si en estos pacientes la depresión se encuentra infradiagnosticada tanto en mujeres como en hombres y analizar si estos tienen diferentes formas de manifestar los sentimientos y por tanto los estados depresivos. La depresión aparece infradiagnosticada en Atención Primaria igual que en numerosos estudios; Fisch (1987), Henningsen (2003) en Peralta et al (2006:409-414). No se buscan los síntomas depresivos, por tanto no se confirma el diagnóstico y por lo tanto no se trata.

Los síntomas depresivos, son comunes en los pacientes tanto masculinos como femeninos que acuden a la consulta de Atención Primaria, lo que ocurre es que no se registran como tales porque no se identifican. Al administrarles el cuestionario de depresión muchos dan positivo a él, y la mayoría de los que no lo hacen al realizar la entrevista en profundidad manifiestan haberla sufrido en algún momento de su vida. Son personas con un estado de salud muy afectado ya que aparecen numerosas enfermedades en su historial clínico, por lo que se evidencia que la depresión, es otro factor de riesgo para las enfermedades crónicas, elemento que cada día se confirma más con los estudios más recientes.

Según Durkheim cada individuo tiene su historia, aunque las bases de la organización física y moral son las mismas en todos. Cuando se ha tenido algún contacto con fenómenos sociales, lo que resulta sorprendente, por el contrario, es «la asombrosa regularidad con que se reproducen en las mismas circunstancias» (Durkheim, 1995:152), hecho que hemos observado al realizar las entrevistas pues las causas de depresión identificadas eran comunes entre los individuos.

Es natural que tratemos de buscar cuál es la causa de un fenómeno antes de intentar determinar los efectos que tal fenómeno produce. (Ibídem: 153). Llegamos pues a la siguiente regla: la causa determinante de un «hecho social» debe ser buscada en los hechos sociales precedentes, y no en los estados de conciencia individual (Ibídem: 153).

5.2.3. ENTREVISTAS A PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Se realiza un muestreo por conglomerados en seis “cupos” de pacientes en Atención Primaria y sistemático en los diferentes grupos de edad, con reposición de las no respuestas.

Las mujeres diagnosticadas de fibromialgia son escasas, y ningún hombre en los registros que se analizan es diagnosticado como tal. Intentamos que la muestra escogida representara a los distintos grupos de edad. Realizamos 20 entrevistas. Se escoge esta enfermedad, porque se asocia con índices de depresión y ansiedad muy altos, además de ser uno de los “prototipos” de enfermedad femenina. Se administra también el cuestionario, test de Goldberg y entrevista en profundidad.

5.2.4. ENTREVISTAS A MÉDICOS, PSIQUIATRAS, PSICÓLOGO, REUMATÓLOGO

Se realizan entrevistas (véase Anexo 5) a cuatro psiquiatras, un psicólogo de la Unidad de Salud Mental, un reumatólogo y diez médicos de familia de Atención Primaria sobre las probables causas de la depresión y medios que utilizan para afrontarla.

En la actualidad, ha empezado un proyecto de coordinación de los Servicios de Salud Mental con la Atención Primaria, que es la puerta del Sistema Sanitario ya que la interconexión entre estos dos sistemas es escasa.

5.3. FASE CUANTITATIVA: ESTUDIO POBLACIONAL O COMUNITARIO DE DEPRESIÓN 2007-2008

Se realiza un estudio en una población o comunidad 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. Se realiza un cuestionario por teléfono (véase Anexo 6) 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 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.

El 50,5% (160) son hombres y el 49,5% (157) mujeres. La distribución por edad es la siguiente: Los menores de 25 años representan el 15,1%(48), de 25-45 el 39,7%(126), de 45-55 el 24%(76), de 65 y más el 21%(67).

6. RESULTADOS

6.1. RESULTADOS ESTUDIO EXPLORATORIO EN EL COLECTIVO DE PROFESIONALES DE LA SALUD CON TÉCNICAS CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS 2005-2006

Enfermería, al igual que otras profesiones como maestra o trabajadora social, es el prototipo de profesión femenina. Conocido por todos es el hecho de que en esta profesión las IT -Incapacidad Laboral Transitoria- se suceden respecto a otros colectivos. Se percibe un cierto desencanto, tanto en hombres como en mujeres que desarrollan esta profesión y se intenta reflejar lo que está sucediendo. Pero también se analizan las valoraciones sobre vida en pareja, maternidad y familia así como trabajo doméstico compartido, discriminación de género y percepción de la salud en el colectivo médico masculino y femenino.

Analizamos un total de 183 cuestionarios (véase Anexo 1) en los que se incluyen preguntas de opción múltiple y preguntas abiertas, del que destacamos un pequeño resumen centrándonos más en los resultados cualitativos y concretamente en el personal de enfermería. De las múltiples variables que se recogen, el interés actual es el de cómo las mujeres profesionales, se sienten respecto a la satisfacción profesional, gratificación con los dos roles, en cuanto a discriminación de género, cambio percibido por el hombre y aquellas cosas que les hubiera gustado realizar. En definitiva, lo que quiere explorar con diferentes preguntas es su Salud Mental.

Realizamos un análisis de las respuestas cualitativas de las mujeres y hombres que respondieron. Vemos que la salud mental, está íntimamente relacionada con el grado de satisfacción y gratificación que siente la mujer. Analizamos algunos elementos que la mujer relaciona como disconfort para su salud mental. La vida cotidiana de las mujeres está estrechamente ligada a sus modos de enfermar. En la

mujer se puede manifestar como «neurosis del ama de casa», trastornos psicosomáticos, estados de malestar difusos, cuadros de sobreadaptación, estrés, relativos y consecuentes al trabajo doméstico, maternal y a la doble jornada.

Una aproximación que sólo tenga en cuenta su historia individual no es suficiente. Es necesario también pensarlo desde una perspectiva en la que se incluya la perspectiva de género, ya que del modo cómo viven sus vidas es generador de desigualdad y opresión, y éste puede manifestarse a través de diferentes síntomas: irritabilidad, abulia, fatiga, aburrimiento, tensión desasosiego. Las mujeres que comienzan a moverse en el mundo público deben enfrentarse con desventajas tales como desigualdad de oportunidades laborales, la doble jornada de trabajo, la discriminación..., la transformación de sus vidas requiere de nuevos recursos que les permitan afrontar la incertidumbre y los temores. Una adecuada redistribución de los roles familiares que delimite las tareas a los diferentes miembros de la familia disminuiría la tensión en la mujer. La lucha y la tensión entre ambas esferas se expresa mediante contradicciones internas que perciben las mujeres cuando se plantean ideales personales, se ocupan de sí y no solo de los otros.

Las prácticas maternas actuales revelan aún el anclaje en la esfera privada. Son fuente, muchas veces de conflicto para las mujeres, ya que por un lado intentan sostener las pasadas ideologías de cómo ser madre, y por el otro, manifiestan nuevas expectativas y deseos en relación con el mayor y creciente en el mundo público. Una de las formas en que se manifiesta este conflicto es con la «hipertrofia de la función materna», que en realidad podría estar encubriendo inhibiciones que expresan muchas mujeres para ingresar y desplazarse en el mundo público según Irene Meler (1989) en Burín et al (1990:187-200).

La mujer actual es un proceso en transición, tal como se analiza en el trabajo de defensa del D.E.A, las mujeres de 41-50 años han sido objeto del cambio en la profesión, pero son las que perciben una peor salud, también se han denominado «*grupo de transición o grupo de cambio*».

Estas transformaciones que deben realizar en su subjetividad, implican un alto coste psíquico debido a los continuos aprendizajes que deben realizar y debido también a las resistencias a los cambios por parte de si misma y por parte de su entorno inmediato.

Diferentes autoras Castro, I y Teitelman, L (1989) en Burín et al (1990:187-200) describen como lo que han denominado *Síndrome de Sobreadaptación*, referido tanto a las amas de casa como a las que trabajan fuera.

Para mantenerse dentro de los patrones convencionales que les aseguran cierto sostén social, muchas mujeres desmienten la insatisfacción con que transcurren sus vidas cotidianas y los síntomas son la única vía para expresarlo para algunas mujeres que no les resulta posible la problematización crítica del lugar asignado (Ibídem).

¿Por qué las mujeres no se sienten satisfechas en el trabajo?

Porque no se sienten valoradas por la sociedad actual. También les falta tiempo para el ocio. El tema de la inestabilidad laboral es un tema muy comentado sobretodo para los más jóvenes *“me siento como una marioneta de aquí para allá”, “me siento como en una maratón que no termina hasta que gane la oposición”* al igual que el trato recibido por parte de la empresa, es decir la política empresarial: *“No te ayudan en la formación, no te reconocen el trabajo que realizas, y no hay evolución futura dentro de la profesión”*, es decir, las posibilidades de promoción son muy difíciles para las mujeres, el “techo de cristal” aparece de nuevo. *“me siento utilizada, mal remunerada”*.

¿Por qué las mujeres no quieren ejercer el poder y cuando lo hacen no se sienten bien?

Y es que las pocas mujeres que llegan a ejercer el *“poder”*, ha sido un grupo secularmente excluido y cuando lo hace lo hace sin la completa investidura. Actuar sin la completa investidura significa ejercer el poder que se tiene con una “detención vacilante”, que remite en un grado anómalo a la ratificación por parte de los patriarcas del reino.

Normalmente los hombres para ejercer el poder han de pasar las pertinentes pruebas, equiparables a los rituales de iniciación. Pero las mujeres después de pasarlas siguen dependiendo de los varones que ratifiquen la calidad y la idoneidad de lo que hacemos. Y se refiere a los varones que, porque no son los que llevan una larga trayectoria, ni nuestros pares, sino que a veces son los últimos en aparecer. Ejercemos el poder a la pata coja. ¿En que se plasma esa inestabilidad?

En primer lugar, en la necesidad de ratificación masculina de nuestras decisiones. Como dice el sociólogo Pizzorno, en el caso de las mujeres se produce una “inmersión de status”: muchas veces la ratificación no la da el superior jerárquico, ni siquiera el del mismo rango, sino varones que están por debajo jerárquicamente. Eso hace que no tengamos un poder transitivo, el nuestro es un poder que no fluye: no podemos investir a otras mujeres. Nuestra legitimación es interina y precaria. El poder fluye decía Foucault, nuestro poder se atasca. Nuestro poder es siempre una legitimación

interina como lo ha puesto de manifiesto María Antonia García de León (2002) en sus estudios cualitativos. De ellos se desprende que cuando las mujeres han ejercido el poder han estado en lugar de un varón, por haber sido hijas primogénitas, hasta que el hijo pequeño se hace varón (Amorós, 2005:430-432).

¿Cómo lo describen algunas mujeres frente a la pregunta has tenido la oportunidad para presentarte a un cargo de responsabilidad y no lo has hecho? ¿Por qué? La mayoría de los entrevistados afirma que no y no nos responde al porqué. La mayoría de las mujeres no responde a la pregunta frente a la mayoría de hombres que lo hace. Mujer (1958) *"Prefiero calidad de vida a prestigio o dinero. Los cargos que me han ofrecido exigen mucho sacrificio personal y poco reconocimiento profesional y social"*

-mujer (1954) *"No puedo enfrentarme a todas las situaciones conflictivas pues la convivencia es un infierno, hay personas muy conflictivas, a parte el trabajo de día a día cada vez te exige más"*

-mujer (1977) *"No me gusta mandar"*

-hombre (1946) *"No me he presentado para evitar enfrentamientos"*

-mujer (1974) (1960) *"De momento no me interesa nada"*

-mujer (1969) *"No me gusta la administración"*

-mujer (1949) *"Prefiero luchar en la sombra"*

-mujer (1967) *"No me siento disponible"*

-mujer (1959) (1949) *"No tengo tiempo"*

-mujer (1961) (1957) *"No me interesa nada"*

-mujer (1955) (1967) *"Por motivos familiares y domésticos"*

-hombre (1958) *"Por dignidad, porque más que trabajo y resultados es más apariencia"*

-hombre *"No me gusta malgastar o perder el tiempo y si las condiciones no son buenas y oportunas razón de menos. Estar por estar o figurar por figurar no".*

-hombre (1959) *"Me angustian los cargos de responsabilidad"*

-hombre (1959) *"No me gusta la política ni la burocracia"*

-hombre (1955) *"Los cargos de responsabilidad son factor de riesgo de infección por el virus "power-stupid"*

-hombre (1964) *"No te dejan tiempo para ti y los tuyos"*

-mujer (1974) *"Por preferir una jornada laboral más estable y estar cerca de casa"*

-mujer (1970) *"Cuando estoy con mi familia quiero desconectar de los asuntos laborales"*

-mujer (1959) *"lo he hecho pero no me han elegido"*

- mujer (1971) *“Motivos personales“*
- hombre (1963) *“No me estimula“*
- mujer (1950) *“No creo que tenga cualidades. Inseguridad“*
- mujer (1959) *“Soy tímida y me preocupa mucho por los errores que cometo“*
- hombre (1938) *“Me he presentado pero no he sido elegido, el otro tenía más puntos“*
- mujer (1951) *“No me he sentido preparada“*
- mujer (1956) *“Me crearía enemistades. La política sanitaria está ahí como una gangrena“*

Las que lo ha realizado ¿Cómo se han sentido?

- mujer (1953) *“Me he sentido mal. Poca colaboración de los jefes e incomprensión por parte de algunos y malas acciones de otros“*
- hombre (1958) *“Me han escarmentado“*

Análisis cuantitativo

Se analizan las variables satisfacción laboral y reconocimiento profesional para 87 profesionales de enfermería, así como otras variables que pueden incidir en una buena salud mental. Al ser poca la muestra en cada variable analizada en el colectivo de enfermería no hay muchas que resulten significativas $p \leq 0,05$. Pero hay que tener en cuenta que la muestra poblacional total -médicos-as y enfermeras-os- es grande pues casi representa la mitad de la población total.

-Satisfacción Profesional

Un 71,3% está satisfecho, más los hombres que las mujeres (90%-68,4%)

El grupo ≥ 50 años es el más satisfecho (88,9%), seguido del 41-50 años (76,9%). Las mujeres más satisfechas son las mayores, mayores de 50 años y las de 41-50 años. La satisfacción disminuye con la edad, sobre todo para el grupo de 31-40, pero vuelve a mejorar para el grupo de menores de 30 años. Los hombres siempre tienen mayor satisfacción que las mujeres en todos los grupos de edad menos para los más jóvenes.

Hay otras variables que se analizan en los 187 cuestionarios de manera cuantitativa tanto para hombres como mujeres -vida en pareja, maternidad y familia, valores, motivación, reconocimiento, satisfacción-.

Tabla 6.1.1. Satisfacción carrera personal de enfermería según sexo

		Hombre	Mujer	Total	Chi-cuadrado
Satisfacción carrera	No	9,1% (1)	31,6% (24)	28,7% (25)	0,114
	Si	90,9% (10)	68,4% (52)	71,3% (62)	
Total		100% (11)	100% (76)	100% (87)	

Tabla 6.1.2. Satisfacción carrera personal de enfermería según grupo de edad

		<30 años	31-40	41-50	>50 años	Total	Chi-cuadrado
Satisfacción carrera	No	26,7%	40%	23,1%	11,1%	29,4%	0,273
	Si	73,3%	60,0%	76,9%	88,9%	70,6%	
Total		100% (15)	100% (35)	100% (26)	100% (9)	100% (85)	

Otras variables que se analizan en la totalidad del personal sanitario -183 personas-

Tabla 6.1.3. Vida en pareja, maternidad y familia

Vida en pareja, maternidad y familia	Sexo	N	Media	Des.t.	N.s. T
La educación recibida familia ha sido igualitaria	Hombre	56	5,77	3,00	0,222
	Mujer	119	5,18	2,89	0,229
La educación recibida instituto ha sido igualitaria	Hombre	58	5,19	2,73	0,151
	Mujer	120	5,78	2,48	0,166
Grado ansiedad compaginar paternidad-maternidad	Hombre	47	3,66	2,67	≤0,001
	Mujer	94	6,54	2,50	≤0,001
Sentimiento culpa compaginar paternidad-maternidad	Hombre	47	2,53	2,78	≤0,001
	Mujer	89	5,22	3,13	≤0,001
Mis padres me inculcaron que debía realizar un trabajo remunerado	Hombre	52	6,73	3,06	0,474
	Mujer	117	6,37	3,02	0,477

Salud mental y género: Causas y Consecuencias de la Depresión en las Mujeres

Mis padres realizaron mayor inversión educativa en los varones	Hombre	41	1,29	2,44	0,890
	Mujer	84	1,36	2,45	0,890
Me siento muy cansado-a por compaginar trabajo de dentro y fuera de casa	Hombre	47	4,00	2,90	≤0,001
	Mujer	114	5,86	2,56	≤0,001
Estoy tan absorbido-a trabajo no me da tiempo plantearme paternidad-maternidad	Hombre	44	2,09	2,70	0,084
	Mujer	97	3,09	3,34	0,062
He renunciado a maternidad por mi carrera	Hombre	38	0,66	1,32	0,274
	Mujer	108	1,11	2,41	0,154
Aunque la mujer trabaje debería hacerlo menos que el hombre	Hombre	54	2,98	3,05	0,044
	Mujer	114	2,68	3,23	0,018
En el terreno profesional he dejado de realizar más proyectos que mi pareja	Hombre	38	2,03	2,41	0,065
	Mujer	112	3,26	3,46	0,078
Creo que hoy en día la mujer está demasiado emancipada	Hombre	55	2,27	2,72	0,702
	Mujer	115	1,50	2,41	0,682

Las mujeres dicen estar tan absorbidas en el trabajo que no han tenido tiempo de plantearse la maternidad, más que el hombre.

Las mujeres han renunciado a la maternidad por su carrera más que los hombres.

Han dejado de realizar más proyectos las mujeres que los hombres, en el terreno profesional.

El grado de ansiedad, sentimiento de culpa, sentirse cansado por compaginar paternidad-maternidad con trabajo remunerado es superior en las mujeres.

Las mujeres siguen dejando sus proyectos profesionales en segundo lugar, delante del cuidado de los hijos y de la familia.

Trabajo doméstico

Las mujeres realizan mayor parte del trabajo doméstico que los hombres.

Los hombres dicen compartirlo en un 40%, mientras que las mujeres lo creen en un 30%. Un 19% lo hace la mujer y le ayuda el hombre, un 0% lo hace el hombre y le ayuda la mujer.

Tanto el trabajo compartido como el ayudar a la mujer, aumenta al disminuir la edad donde el compartido alcanza el 45% y la ayuda del compañero a un 28% pero también disminuye la ayuda por la empleada de hogar. Todavía queda un 55% de mujeres que no comparten el trabajo doméstico ($p \leq 0,05$).

Por tanto las políticas de conciliación vida familiar-profesional son imprescindibles.

Tabla 6.1.4. Empleada de hogar en grupos de edad

Empleada de hogar en los diferentes grupos de edad			
≤ 30 años	31-40 años	41-50 años	≥ 50 años
22,4%	27,1%	43,6%	50%

Tabla 6.1.5. Trabajo compartido

Trabajo compartido en los diferentes grupos de edad			
≤ 30 años	31-40 años	41-50 años	≥ 50 años
38,9%	22,6%	21,8%	11,1%

¿Qué otras cosas les hubiera gustado realizar a las mujeres?

Les hubiera gustado más formarse, viajar, política, estar más tiempo con su familia.

- Realizar otros estudios como psicología, antropología, sociología, matrona, estudios de investigación, más cursos de formación, idiomas, educación física, magisterio, historia, historia del arte, música
- Tener más tiempo libre para viajar.
- Trabajar en alguna ONG o realizar alguna actividad de Cooperación Internacional.
- Tener más hijos.

Según M.A. Durán (2007:74), por ahora, la responsabilidad del cuidado de los hijos está claramente inclinada hacia el lado de las mujeres. Es difícil la situación para las madres jóvenes con hijos y la única manera que han encontrado las mujeres para reducir la altura de una demanda que recae en exclusiva sobre ellas ha sido la reducción del número de niños que traen a sus hogares.

¿El hombre va cambiando y va asumiendo funciones típicamente femeninas?

Lo va haciendo pero poco a poco dicen la mayoría de las mujeres.

Para algunas mujeres médico eso es fuente de patologías para la mujer: "El hombre se ha incorporado a algunas tareas femeninas pero sigue siendo insuficiente. No quiere perder su terreno individual y la independencia económica de la mujer le ha comportado nuevas enfermedades que antes no existían. Tengo muchas mujeres con depresión, fibromialgia, ningún hombre".

-El patriarcado instaurado, hace que al hombre le sea difícil cambiar. Algunas afirman que para los hombres es más cómodo no cambiar.

Mujer (1953): *"Al hombre ya le va bien que las cosas no cambien demasiado por razones de comodidad", "el hombre no cambia, ni quiere cambiar, no le interesa"*.

El hombre sigue teniendo la idea de que hay determinados trabajos más apropiados para la mujer.

Hombre (1970): *"Me parece que podemos desempeñar las mismas funciones en igualdad de condiciones salvo en casos puntuales (traumatología...)"*, cuando hay algunas mujeres traumatólogas y no tienen ningún problema para realizar su profesión, al menos, las que conocemos, que por cierto no son muchas.

Hombre (1954): *"En mi caso y casa, todo está perfectamente asumido, yo trabajo de médico y ella es ama de casa, la ayudo cuando lo necesita"*

- Aparece el rol de la mujer ligado a la maternidad. Mujer (1965) *"Mientras la mujer sea la quien tiene los hijos, tenemos superwoman para años"*

- Aparece la educación como arma fundamental para el cambio.

Hombre (1959): *"La educación recibida en el bachiller y en la universidad es lo que más nos ha educado para el cambio"*

Hombre (1950): *"Hay de todo. A mi me educó mi madre y me preparó para la "vida moderna", motivo por el cual he hecho de todo (dentro y fuera de casa). Creo que hay mucho machismo celtíbero, rancio y abolengo y así les va"*

- Aparece también la dificultad para los propios hombres que han sido educados en la infancia para otro rol.

Hombre (1955): *"El hombre está dispuesto al cambio. Al tener empleada de hogar dejé de hacer el trabajo doméstico, pero participo en el cuidado de los hijos. Para mí esto es una fuente de estrés pues no es tan fácil compaginar el estudio con el papel de padre y de esposo"*

Hombre (1956): *"Creo que es difícil muchas veces saber el papel que adoptar tanto para el hombre como para la mujer"*

- Parece que las nuevas generaciones están más dispuestas al cambio.

Mujer (1973): *“Los hombres de mi generación están más feminizados, pero otras generaciones anteriores no”*

Hombre (1973): *“Se van adaptando porque se necesita el empleo de ambos en la economía familiar”*

- Aparece el miedo al que dirán por parte de los hombres. Machismo.

Mujer (1969): *“Se siente presionado por el que dirán”. Porque le llaman “marujo”. Poco a poco va reivindicando su papel “no de cromagnon”.*

¿Siente la mujer gratificación con el desempeño de los dos roles?

Se observa un cierto *“malestar”* de las mujeres en la duplicidad de roles en la actualidad. Es difícil compatibilizar trabajo y familia. Las mujeres manifiestan aquello que les causa malestar. Siguen desarrollando mayoritariamente funciones femeninas en el hogar, pero aparece el deseo de emancipación e independencia. La mujer se incorpora al mercado laboral, pero todavía asume más que su compañero aquellas funciones asignadas como propias de la mujer. Los hombres parece que experimentan algunos cambios, pero todavía no son suficientes. Todavía distamos mucho de una sociedad igualitaria si tenemos en cuenta las diferencias de género que aparecen en el trabajo. Son las mujeres las que experimentan mayor sentimiento de culpa, mayor ansiedad por compaginar maternidad-trabajo fuera de casa, han dejado de realizar más proyectos que su pareja, cosa normal cuando la mujer estaba dedicada exclusivamente al cuidado de los hijos, pero no ahora con unos niveles de formación tan altos para la mujer.

Mujer (1965): *“A veces esta gratificación se convierte en ansiedad”*

Mujer (1954): *“Me siento gratificada pero a veces me he sentido mal por dejar mis hijos al cuidado de personas que no dejan de se extrañas, que no han disfrutado lo suficiente de su madre y yo de ellos y que a veces no han tenido una comida adecuada por falta de tiempo”*

El amor romántico comienza a ser cuestionado. Para Giddens, el amor es una trampa que coloca el hombre a la mujer para tenerla sujeta y sumisa, y muchas feministas opinan que se trata de una mentira y que el amor romántico no existe. Como consecuencia, parece que el amor romántico está en crisis. Pese a la educación romántica que se da a las niñas con un ideal de ausencia de conflicto entre sexos y un mundo de color rosa. En la adolescencia, aparecen otros valores más

varoniles pues quieren estar a la altura de sus compañeros y demostrar que pueden ser iguales aunque bajo esa imagen de igualdad, las encuestas demuestran que todavía existen diferencias importantes en relación a esos comportamientos.

Es en la convivencia con la pareja cuando la igualdad se convierte en casi una cuestión de supervivencia. En este momento desaparece la idea de romanticismo y aparecen las reivindicaciones con todas sus consecuencias. En este proceso evolutivo, «al enfrentarse con la vida cotidiana producirá una serie de frustraciones al ir comprendiendo que las informaciones que han recibido en la niñez no se corresponden con la realidad» (Aguinaga, 2004:111-117).

- Mujer (1960): *“Al principio sí que es gratificante, pero luego la mujer se ve esclavizada por las tareas a realizar en los dos campos, al parecer estas son todo un “pac” que van ligadas a los genes femeninos”*
- Mujer (1988): *“Sí, pero nos hemos metido en la boca del lobo pues hemos acabado asumiendo las tareas de ama de casa, trabajadora, jefa de la familia”*
- Mujer (1972): *“Depende. Ahora la mujer tiene más carga: laboral y familiar. El 50% de reparto de las tareas domésticas es raro hoy en día. Tiene más presión social: ser buena profesional, buena madre, buena esposa, buena hija, y encima tener un cuerpo 10. O nos relajamos o esto no habrá quien lo aguante”*
- Mujer (1951): *“La mujer al estar emancipada económicamente se siente más realizada y más feliz”*
- Mujer (1968): *“Gratificación ninguna, pues no está suficientemente apoyada”*
- Mujer (1977): *“No, porque en las tareas del hogar no se reconoce el gran trabajo de una mujer”*
- Mujer (1965): *“El nivel de discriminación es por la maternidad, nosotras renunciamos a muchas cosas, ellos no. Pienso que las mujeres somos las primeras que tenemos que reflexionar porqué la sociedad sigue funcionando así. Quizás deberíamos ser más las protagonistas de este cambio”*
- Mujer (1970): *“Implica excesiva carga. Hay que incorporar a otras personas en algunas tareas y no pensar que solo puedes y sabes hacerlo tú”*
- Mujer (1967): *“La mujer no tiene más gratificación, el esfuerzo que realiza es elevadísimo”*

- Sigue realizando funciones de cuidado de los hijos y de los mayores más que los hombres, teniendo menos apoyo del cónyuge en la vida profesional y en las tareas domésticas. Menos mal que siguen teniendo más ayuda de sus padres, es decir de las redes informales de cuidado: abuelos, pero si no se cambian estas estructuras, ¿cuando nosotros tengamos nietos, quién los cuidará si estamos trabajando? O ¿quién cuidará de nuestros mayores cuando caigamos enfermos?

Se observa una tendencia de cambio empezada ligeramente por los hombres que en la actualidad tienen 41-50 años, seguida por los de 31-40 en la responsabilidad del cuidado de los hijos y mayores, estos últimos creen que recae mayoritariamente en ellos, el sentimiento de culpa es percibido por compaginar trabajo-paternidad en ambos grupos masculinos, un poco más en el primero.

El grupo de edad que recibe más ayuda de su cónyuge son los de 31-40 años seguidos de 41-50 años.

Se analiza el trabajo doméstico, porque el trabajo doméstico se asigna a quien menos poder tiene, por aportar menos recursos. La mujer afirma que sigue realizando el trabajo doméstico con poca ayuda del compañero, además observamos una disminución de las empleadas de hogar conforme disminuye la edad. Ella identifica el trabajo doméstico como compartido en un 30%. Por tanto si la mujer se incorpora al trabajo necesita que haya políticas reales de igualdad para concienciar que el trabajo en la casa debe ser repartido equitativamente.

Se observa discriminación por sexo todavía alto. En todos los grupos de edad la discriminación para la mujer es mucho mayor que para el hombre. Casi la mitad de las mujeres creen que el rol masculino no cambia, los hombres creen que cambia mucho más que ellas y aunque mejore para las edades más jóvenes todavía queda mucho por mejorar. Pero en este estudio, como en la mayoría de los que se han analizado, la mujer aunque encuentre dificultades en la realización del trabajo extradoméstico, quiere hacerlo, quizás porque encuentre otra dimensión para su realización.

Aunque son muchas las dificultades que encuentra, según Martínez Quintana (2001:125), «uno de los grandes cambios que lleva inherente la sociedad actual, es el que se encuentra inserto en el núcleo mismo de las funciones según el género, que comenzó en la sociedad industrial con la quiebra del rol tradicional de la mujer, al incorporarse definitivamente en el mercado laboral. A partir de ahí, una estructura de desigualdades se inicia en el conjunto de actitudes y comportamientos sociales, que van a conformar un modo de vida totalmente diferente, en el que la participación de la mujer será multidimensional, y representará la punta del iceberg que transforme

irremediamente los roles masculinos y femeninos, a un ritmo lento y de alto coste personal. Este proceso lleva inherente una concienciación del sector femenino y de la sociedad en su conjunto del derecho a la autorrealización, a la independencia y a la libertad que adquieren plasmación práctica que intenta conseguir ese desarrollo pleno como ser humano y que actuará compaginando, de varias maneras posibles la maternidad y las tradicionales tareas domésticas asociadas a la identidad femenina con la vida profesional».

Aunque le reporte sacrificios y muchas veces enfermedad, quiere seguir haciéndolo pues la gratificación que obtiene es importante.

Análisis cuantitativo Gratificación General

Un 69,9% considera que tienen mayor gratificación con este nuevo rol. Los ≥ 50 años (77,8%), seguidos del grupo de 31-40 (70%).

La gratificación en general de la mujer es más alta para las mayores ≥ 50 años, para las que menos para el grupo de 41-50 años, parece que mejora para las de 31-40 y vuelve a bajar para las más jóvenes. Observamos que para los más jóvenes es mayor la gratificación para la mujer que para el hombre. La mujer gana gratificación en relación al hombre.

Tabla 6.1.6. Gratificación con el nuevo rol según sexo

		Hombre	Mujer	Total	Chi-cuadrado
Gratificación general	No	36,4% 4	30,1% 22	31,0% 26	0,677
	Si	63,6 7	69,9% 51	69,0% 58	
Total		100% (11)	100% (73)	100% (84)	

Tabla 6.1.7. Gratificación con el nuevo rol según grupo de edad

		< 30 años	31-40	41-50	>50 años	Total	Chi-cuadrado
Gratificación General	No	40,0%	29,4%	33,3%	22,2%	31,7%	0,810
	Si	60,0%	70,6%	66,7%	77,8%	68,3%	
Total		100% (15)	100% (34)	100% (24)	100% (9)	100% (82)	

Los que tienen un contrato fijo son hombres en un 71,9% ($p \leq 0,01$). Las mujeres ocupan más espacio en contratos interinos y eventual. Esto sucede en todos los grupos de edad menos en los mayores de 50 años donde son las mujeres quienes más contratos estables tienen.

¿Cuál es la salud percibida por las mujeres?

La salud percibida es mayor para el hombre que para la mujer 6,37-6,83. El número de días de baja son mayor para la mujeres ($p \leq 0,01$) habiendo descontado las bajas por maternidad y previas al parto.

Tabla 6.1.8. Días de baja laboral según sexo

Días baja laboral	hombre	11,19
	mujer	25,68

Tabla 6.1.9. Percepción de salud según sexo

Salud	hombre	7,07
	mujer	6,61

¿Consideran que existe discriminación de género?

Como vemos en la tabla siguiente las mujeres lo creen más que los hombres. Esta variable sí que aparece como estadísticamente significativa.

Tabla 6.1.10. Discriminación de género según sexo

		Hombre	Mujer	Chi-cuadrado
Discriminación género	No	71,7% 33	36,8% 39	<0,001
	Si	28,3% 13	63,2% 67	
Total		100% 46	100% 106	

6.2. RESULTADOS FASE CUALITATIVA: ENTREVISTAS A HOMBRES Y MUJERES (PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD) EN ATENCIÓN PRIMARIA

Observamos que muchos pacientes que acuden a la Consulta de Atención Primaria, están infradiagnosticados, no se les ha “rotulado”, lo cual no indica que no padezcan o hayan padecido depresión en algún momento de su vida. Los factores que la han podido desencadenar son los mismos que aquellos que sí se les ha catalogado o diagnosticado de depresión.

Las dificultades sufridas en la vida les hacen padecer depresión/ansiedad y enfermedades tanto a los “rotulados” como a los “no rotulados”. Las adversidades en la vida de estas mujeres las hace enfermar.

Son numerosos autores los que han observado la relación entre «los acontecimientos vitales» y diversas patologías tanto físicas como psíquicas. Una de las buenas medidas para atribuir como causa a un determinado suceso es *el riesgo relativo*. Uno de los primeros estudios es el de Paykel (1974) que encuentra que en personas que experimentan un acontecimiento estresante el riesgo de sufrir depresión es 3,5 veces superior al de las no expuestas. Por su parte Brown et al (1978) halla en la muestra de mujeres londinenses un riesgo relativo de 14 veces superior en las expuestas a acontecimientos estresantes. Cooke (1987) encuentra que los riesgos

relativos de padecer depresión oscilan entre el 2,6-6,8%. Tales cifras implican un riesgo considerable y suficiente de una relación de causalidad. Los autores anteriores (Paykel, Brown et al y Cooke) son citados en Josefa Mas (1993) *Mujer y Salud mental. Mitos y realidades*. Bebbinton, citado también por Mas y Tesoro (1993:149-152) matiza que tal asociación sería más intensa en los casos moderados que severos. Hemos visto en la mayoría de las personas entrevistadas la gran facilidad para identificar el factor causal de la depresión.

Estaríamos de acuerdo con Schwartz seguidora de Durkheim, en que tanto los *estados depresivos* en las mujeres como las *conductas antisociales* son formas de responder al estrés de forma diferente en cada uno de los géneros, pero creemos que hay una tercera vía de respuesta ante el estrés tanto de los hombres como de las mujeres que es la *enfermedad*, y sobretodo en los hombres aparece muchas veces sin el diagnóstico de depresión, hecho que no significa que no la hayan padecido en algún momento de su vida.

Aparece en las entrevistas una gran preocupación por la *conflictividad laboral* – moobing-. En un ambiente en el que existe una normativa social estricta -laboral, familiar...- puede crearse un ambiente depresógeno que también puede influir a los hombres aunque no lo manifiesten. Este concepto podría relacionarse con la importancia de la “autonomía” para la salud mental, concepto que hemos observado como necesario y demandado para los-as profesionales.

Según García-Macià R (2007) quien más se estresa es quien no controla, por ello consideramos que dentro de su propia parcela el trabajador debería poder controlar el proceso de producción, por lo que tener autonomía es un factor para prevenir la depresión laboral. Una dirección no verticalizada, sino más en red que deje libertad a los procesos creativos del propio trabajador es fundamental. Pero no sólo nos referimos al mundo laboral sino familiar, amigos.... «Es importante que la persona deba *llevar las riendas de su vida*, que pueda controlar, si esto no es así, caerá en depresión». Un magnífico ejemplo es el de Charlotte Perkins.

¿Pero cómo definen los entrevistados a la depresión?

Percepción de la Depresión

Antes de pasar a los resultados globales del análisis cuantitativo y cualitativo es necesario describir qué es la depresión, no como definición médica, sino cómo la definen los propios afectados, y es que la mayoría de las veces no es experimentada simplemente como tristeza, sino como un estado *“terrible”*. Todos los individuos no lo experimentan de la misma manera, los más ancianos, pueden experimentar más tristeza o trastornos del sueño. Tampoco todos los niveles de depresión son los mismos, por lo tanto la intensidad de los síntomas sentidos ni la gravedad de los mismos tampoco lo son. Pondremos algunos ejemplos de cómo se experimenta por algunas personas:

- *“No tenía hambre, es como si se girara un calcetín del revés. Con la medicación veo las cosas normales”.*
- *“Tenía ganas de no despertarme en todo el día, lloraba y no sabía el porqué. Era incapaz de hacerme la cama ningún día, no podía arreglar el desorden de mi habitación. Me costaba entrar en mi habitación. No tenía ganas de cuidarme y me engordé mucho”.*
- *“No es tristeza, es otra cosa no controlada, yo triste no he estado nunca. Es como una casa que tienes ordenada y se te desordena. Tenía un gran dolor de cabeza. Lo veía todo negro, me sentía sin fuerzas, impotente, hasta creía que no tendría fuerzas para tener a mi hijo. Los “ataques de pánico” son horribles, no quiero recordarlos”.*
- *“Cuando tienes depresión no aguantas nada ni a nadie. Es lo más grave que te pueda pasar pues el cerebro manda a la persona. No sabes lo que quieres, ni lo que has de hacer, tienes tal lío mental que todos te molestan, los hijos, la mujer”.*
- *“Me abandoné totalmente, no tenía ganas de nada, ni de arreglarme, ni ilusión por nada. Un día me asusté por una reacción violenta que tuve con mi hija y dije que no podía ser, ya no controlaba”.*
- *“Tenía unos pensamientos negativos que me agobiaban. El sufrimiento era muy grande y no podía pensar en otra cosa”.*

6.2.1. ENTREVISTAS A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN

Se realizan 66 entrevistas a pacientes diagnosticados de depresión, 52 son mujeres y 14 hombres.

La edad de aparición de la primera depresión coincide en algunas mujeres con la adultez temprana, cuando tienen 20, 30 y 40 años. En todas estas mujeres de estas edades los roles no se plantean sino que vienen predeterminados por la estructura social en la que viven. Las normas sociales dicen a nuestro inconsciente “debes hacer esto” y lo hacen. Según Burín y Meler (1998) es más tarde, a partir de los 40-50 cuando se plantean que hubiera podido ser de otra manera. Según la Asociación de Salud mental americana (2008) *en su estudio la depresión clínica y la mujer*, la edad de manifestación de la depresión concuerda con la que aparece en estudios revisados -40-50 años- en las mujeres.

Estas mujeres *asumen gran cantidad de trabajo tanto físico como emocional desde pequeñas* -cuidar de sus hermanos, trabajar en casa y fuera de casa desde muy pequeñas...-.

Muchas relatan la relación entre *experiencias de la infancia y comportamiento adulto*. Algunas tienen buenas relaciones con los padres pero un mayor número *ha perdido a edad temprana alguno de ellos*, han padecido falta de atención, malos tratos por parte del padre o de la madre, abandonos o alcoholismo del padre, o han vivido una infancia con vergüenza y confusión. Estos aspectos hacen vulnerables a las mujeres ante una futura depresión.

Otro aspecto que se destaca en nuestro estudio y que es analizado también en el estudio de Lara en *La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres*, es que las mujeres desde muy jóvenes *han asumido grandes responsabilidades y trabajo excesivos* como parte natural de su papel, por lo cual les parece extraño que estas situaciones puedan significar algún problema en su desarrollo psicológico cuando se inician a edad temprana (Lara et al, 2004:818-828). Estos aspectos también aparecen en el estudio de la fibromialgia.

Más tarde, *la desigualdad de poder en la pareja* y la preponderancia que las mujeres le dan a los afectos, lleva a que la relación de pareja sea un factor importante de riesgo de depresión. La mayoría de las mujeres se casan jóvenes para huir del hogar familiar donde no se sienten a gusto tanto por la sobreprotección, normas restrictivas o malos tratos, pensando encontrar en la futura familia un gran alivio, pero esto no es así, en la mayoría de los casos. Vuelven a un hogar donde los mismos roles se siguen reproduciendo.

Algunas describen que *“el malestar empieza a sentirse ya en el viaje de novios”*. Los problemas con el marido aparecen: problemas con la bebida, el juego, no se sienten apoyadas. Pensaban que el matrimonio sería una cosa y es otra. Tenían unas elevadas expectativas para aquello tan “idealizado” que les habían enseñado, pero la

cruda realidad no es así. La separación es impensable para las mujeres nacidas en los años 40, aunque algunas que no pueden más si lo hacen, si tienen trabajo.

- Mujer 69 años: *“Mi marido bebía, no trabajaba, me insultaba y amenazaba. Nos separamos, yo trabajaba de limpiadora en un hospital”.*

- Mujer 62 años: *“Sólo me queda una alternativa: callar y aguantar”.*

Algunas mujeres nacidas a partir de los años 50 se separan más.

- Mujer 53 años: *“Sufría violencia psicológica y me separé, mi marido me controlaba el dinero, no podía hacer nada”.*

- Mujer 23 años: Violencia física a los 19 años por parte de la pareja, *“me separé”.*

- Mujer 24 años: *“Mi marido anterior me maltrataba, tenía problemas con las drogas”.*

- Mujer 69 años: *“Mi marido es un vago, bebía”.*

Cuando las mujeres tenían 20, 30,40 años se les exigía una fuerte tipificación de los roles de género, antes estaban inmersos en el sistema educativo. Autores como López (1988) en las investigaciones sobre *género y familia* de Burín y Meler (1998) señalan que es el «periodo de la adultez temprana» cuando se hacen evidentes no solo las diferencias sino también las desigualdades entre hombres y mujeres.

Se encuentran con que tienen menos oportunidades para encontrar trabajo, están peor pagadas, acceden a menos puestos de responsabilidad y de autoridad, sufren las consecuencias de una distribución no igualitaria de responsabilidades domésticas, asumen la mayor parte de tareas educativas por parte de los hijos pequeños y se les aplica una moral más rígida, tanto en lo referido al rol maternal como del ejercicio de su sexualidad.

En los estudios de la medicina desde la antropología de Perdiguero y Comelles (2000) señalan que «el proceso de construcción de la enfermedad es modulado en todo tipo de sociedades por la intervención de agentes sociales externos a las prácticas sanitarias, como *los poderes políticos, sus instrumentos de coerción social y grupos de presión de diversa índole -económicos, mediáticos, científicos, religiosos y culturales entre otros-*».

Según Ana Távora (2001:209), las mujeres llegan hablando de tristeza, irritabilidad, pérdida de hambre..., y a las dos sesiones empiezan a hablar de la relación con su pareja, de su pérdida de autoestima. Creen que lo que les ocurre es porque no son tan fuertes como otras, por su carácter... *«No piensan que sus*

dificultades tengan que ver ni con el hecho de ser mujeres ni con su situación social»
(«si pudiera tomarme los problemas de otra manera no me pasaría nada»)

A las mujeres se les han impuesto unas normas y obligaciones que deben seguir, las reacciones surgen cuando las mujeres, pretenden ocupar espacios o desempeñar funciones correspondientes anteriormente a los hombres.

El objetivo es mantener un orden social -donde el género, clase, etnia/raza parecen articulados- para lo cual es fundamental el control de las mujeres. Las mujeres sufren contradicciones internas que las hacen enfermar porque viven en un mundo que ya no responde a aquellas enseñanzas que recibieron y se encuentran mal.

¿Cómo se manifiesta esto?

Algunas mujeres sufren depresión posparto. En las entrevistas realizadas, son mujeres que realizan una vida profesional satisfactoria y que deciden ser madres. En el imaginario femenino la idealización de la maternidad sigue siendo muy importante, y al quedar embarazadas y plantearse futuros problemas o tareas que se les avecinan, les hace plantearse futuros cambios en sus vidas que les puedan hacer enfermar, aunque quizás ellas muchas veces no son conscientes. En nuestra sociedad, se ha dado mucha importancia al cuidado materno y a la búsqueda del bienestar de las criaturas: el debate entorno a la escolarización temprana y el rechazo de las guarderías.

En el trabajo han encontrado el *“techo de cristal”*, la *“violencia laboral”*, las mujeres tienen muchas expectativas de jóvenes, pero caen en depresión y ha aprendido aquello de: para que vale la pena esforzarse, si no te lo van a reconocer, es decir no va a servirte para nada.

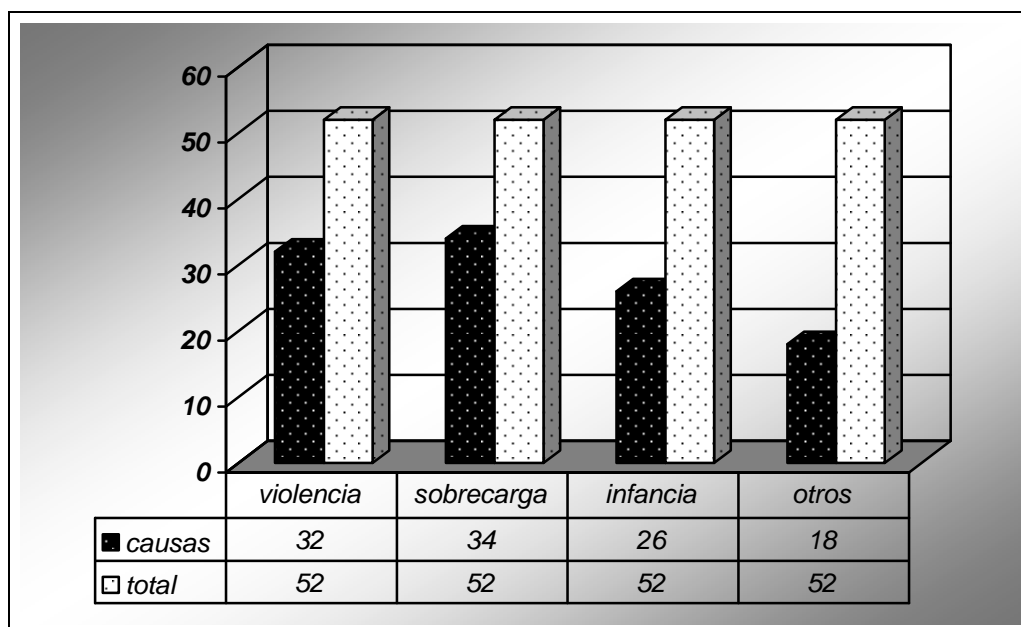
Un *escaso o a veces nulo control del medio*, aprendido en algún momento de la vida enseña que no vale la pena hacer nada para evitar o aliviar la situación negativa que se sufre-en este caso el estrés- puesto que todo seguirá igual -Indefensión adquirida, Seligman-. La desmotivación, la ansiedad, la depresión, la baja autoestima son sus manifestaciones.

Comparándolo con patologías físicas, identifican como lo peor la depresión, porque el cerebro es lo que controla a la persona. Se describe como una situación de confusión total donde no se sabe lo que se quiere, ni lo que se tiene que hacer, no se sabe nada de la persona, se tiene tal lío mental que todo les molesta, los hijos, la mujer.

Mujeres

- Violencia: La han sufrido 32 mujeres (62,7 %) tanto a nivel familiar como profesional.
- Sobrecarga: 34 mujeres (62,7%). Se refiere tanto aquellas que han manifestado sus quejas tanto por realizarlas en el domicilio como aquellas que han compatibilizado los dos ámbitos.
- Infancia y/o adolescencia problemática: 26 mujeres (50,9%)
- Muerte de algún ser querido: padres, amigos, hijos...
- Otros: 4 mujeres (3%)

Gráfico 6.2.1.1. Causas de depresión en mujeres



Las causas de depresión en la mujer son múltiples. En las entrevistas realizadas son tres causas las que explican la mayor parte de depresión, pero la depresión al ser una enfermedad recurrente, en una misma persona se pueden juntar varias causas de episodios depresivos a lo largo de la vida.

Las causas principales serían aquellas que se dan no de manera puntual, sino en un largo periodo de tiempo, como mínimo un año y que las entrevistadas viven como causantes de su depresión:

- *La violencia* -familiar, laboral- muchas veces la mujer la soporta de manera callada tanto en el trabajo como en casa.
- Al hablar de *sobrecarga laboral*, las mujeres identifican el cuidado de la casa, trabajo si lo tienen, cuidado de familiares enfermos, cuidado de los hijos. En la sobrecarga laboral estamos analizando el rol laboral, rol familiar -mujer como cuidadora-; a veces

el rol de cuidadora es vivido como un “agobio” por toda la dedicación que implica y las largas horas dedicadas a ello.

- Los *problemas en la infancia*: Van desde la pérdida de uno de los familiares siendo pequeñas o en la adolescencia temprana, a los malos tratos sufridos, a un trauma importante relatado -pérdida de algún ser querido-, dificultades económicas y responsabilidades tempranas tomadas -hacer las tareas de la casa, cuidar de sus hermanos....-

Existen otros sucesos que actúan como desencadenantes en algún momento de la vida, son sucesos puntuales que muchas veces van unidos a algún desencadenante crónico anterior. En la anterior gráfica se han identificado como “otros”.

Más de la mitad de las mujeres con depresión sufren violencia por parte de la familia, laboral o ambas.

De las mujeres que padecen depresión, un 36,5% (19) sufren violencia laboral, un 48 % (25) violencia familiar y un 9,6% (5) ambas, pero el porcentaje de mujeres que no han trabajado fuera de casa es de un 28,8 % (15), por lo que si tenemos en cuenta la violencia laboral sólo en mujeres que han trabajado fuera de casa (37), ésta asciende a un 51,3 % (19).

Gráfico 6.2.1.2. Tipos de violencia en las mujeres con depresión

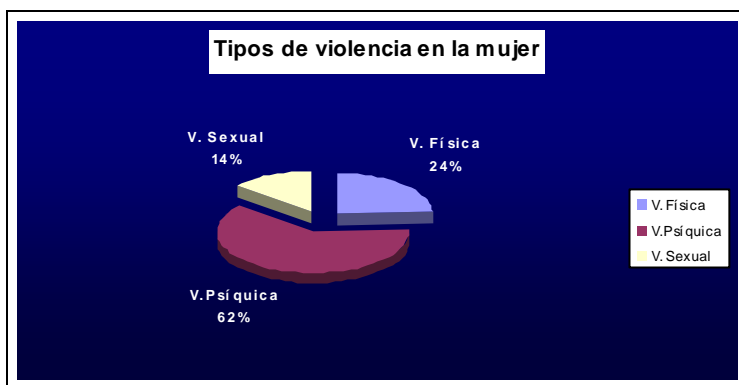


Gráfico 6.2.1.3. Violencia en pacientes con depresión

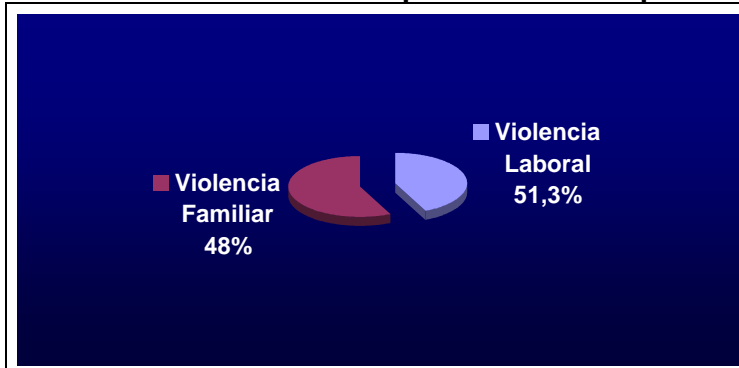
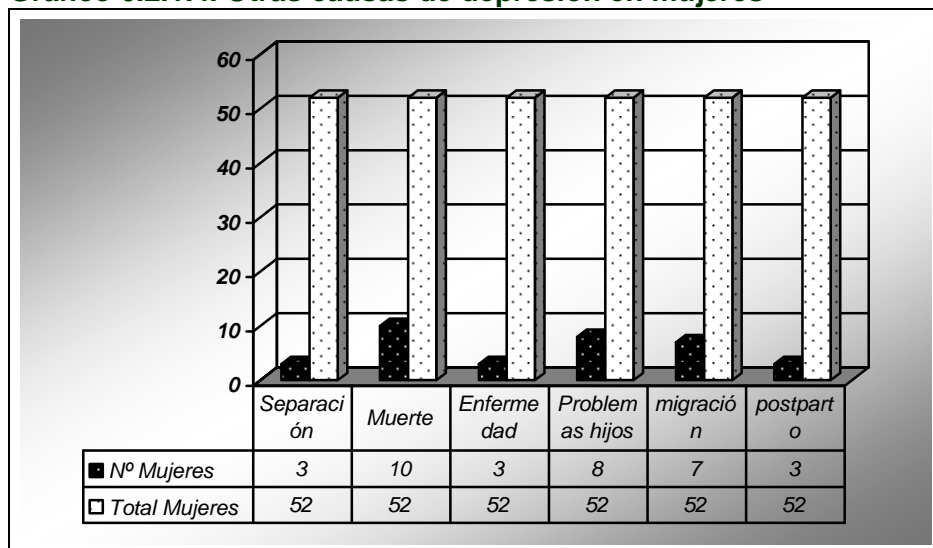


Gráfico 6.2.1.4. Otras causas de depresión en mujeres



-*Migración*: emigrantes de otros países por la difícil integración que comporta y mujeres españolas que han tenido que emigrar fuera en los años 40-50-60 para ganarse el sustento dadas las dificultades que había en nuestro país. Migración de una ciudad a otra por el cambio que supone de adaptación y añoro de los familiares.

- *Muerte*: Para las mujeres es muy importante la pérdida de los padres, sobretodo de la figura materna. Hay tres casos de pérdida de los hijos, suceso que la mujer difícilmente se puede sobreponer.

- *Enfermedades*: Para la mujer es invalidante la enfermedad, pero representa una carga mayor para ella cuando se trata de enfermedades del compañero o de familiares, “la enfermedad de la mujer pasa a segundo término” pues su deber es cuidar a los “enfermos” de su alrededor.

- *Los problemas de los hijos* también son desencadenantes cuando representan un fuerte “trauma” para las mujeres: drogadicción, embarazo temprano de las hijas, adolescencia como proceso difícil, inseguridad laboral, sobretodo búsqueda del primer empleo.

- *La separación* es vista como suceso desencadenante de la depresión en algunos casos, pero los hombres la experimentan peor que éstas y manifiestan que viven más negativamente la *soledad*.

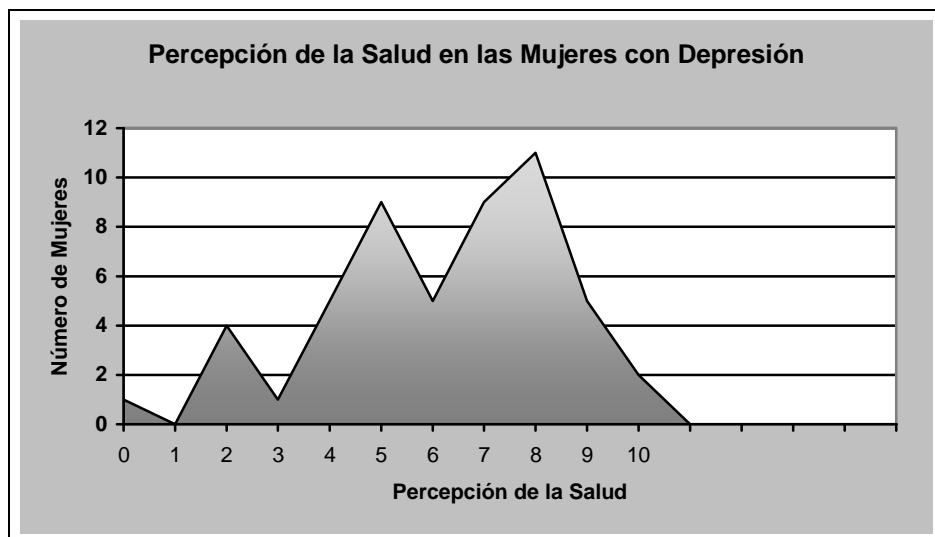
Las causas identificadas por Bernis C, et al (2001) en sus estudios sobre salud y género como causantes de depresión, responsabilizan al *estrés*, junto a los *factores de socialización* de las mujeres -resignación, capacidad de entrega, responsabilidad de un buen clima familiar, ausencia de agresividad-. Estas características son incompatibles con afrontar abiertamente los desacuerdos y los cambios que necesiten, la posibilidad de decir que «no» a ciertas demandas sociales, y una mayor tendencia al autosacrificio.

- El *estrés* puede ser entendido como sobrecarga de trabajo y responsabilidades, o como respuesta ante situaciones traumáticas en las que el individuo no tiene recursos suficientes para hacerles frente. Hay estudios que relacionan *estrés y cáncer* y *otras enfermedades crónicas*, pues las situaciones estresantes pueden disminuir la función inmunitaria o favorecer el desarrollo tumoral una vez iniciado el proceso.

La mayoría de mujeres diagnosticadas de depresión no manifiestan tener mala salud.

Muchas de las mujeres que presentan depresión han aprendido a remontarla. Hay algunas que manifiestan baja salud, éstas son las que siguen teniendo problemas en la actualidad, económicos o violencia de género.

Gráfico 6.2.1.5. Salud percibida de las mujeres diagnosticadas de depresión



El “rol interior” de la mujer no consiste sólo en realizar tareas o cuidados, sino están aquellas tareas que podríamos denominar “invisibles”, pero que son las que más cuestan y más tensión generan: educación a los hijos, coordinación de agendas escolares, visitas médicas, organización de armarios -ropa-, planificación de comidas,

planificación de actividades extraescolares....Todas estas tareas no son contabilizadas ni por las mujeres ni por el resto de la sociedad. Ellas lo identifican como factor de malestar.

1. Relatos de Pacientes con Depresión

- Mujer 33 años: *“Tuve mi primera crisis a los 33, la segunda a los 37 pues se me juntó el nacimiento de mi hijo, el trabajo de dentro y de fuera de casa. Mi marido no me ayudaba en nada, viene de una casa en que no hacía nada. Me entró rechazo hacia mi marido. Me abandoné totalmente y no tenía interés por nada. Mi suegra le llevaba hasta un vaso de agua. Ha estado acostumbrado a que se lo hagan todo”.*
- Mujer 28 años: *“Se me acumuló todo, el “acoso” en el trabajo, mi hija pequeña, los pagos de mi marido que es autónomo y le llevo yo los papeles”.*

Algunas tenían *un buen lugar de trabajo y lo dejaron al casarse*, cosa de la que se arrepienten porque tenían una buena formación:

La *ayuda del marido* en determinadas tareas muchas veces no se conceptualiza pues no es identificado en el imaginario social de estas mujeres. Ellas no identifican la figura del marido para realizar actividades domésticas. Es como si los hombres tuvieran una imposibilidad física y psicológica para realizar las tareas de una casa, y creemos que no están tan invalidados para ello.

- Mujer 37 años: *“Se me juntó todo, la muerte de mi abuela, el trabajo de casa, lumbalgia, revivía el rechazo de mi madre de pequeña. Tenía estudios de hasta cuarto de bachiller y estudios de piano. Tenía un buen puesto en una fábrica, estaba en el departamento de control de calidad. Me sentía poco reconocida. Me veía incapaz de afrontarlo todo. Me hubiera gustado trabajar y que mi madre me hubiera ayudado con el cuidado de mis hijos -no se demanda la ayuda del marido-“.*
- Mujer 40 años: *Violencia en el trabajo. “Además de mi trabajo como administrativa en un lugar de responsabilidad, cuidaba a mis hijos pequeños, a la suegra pues mi cuñado estaba soltero y lo tenía que hacer yo. Además llevaba las dos casas -la mía y la de mis suegros y cuñado-“.*
- Mujer 33 a -37 años: *“A los 33 por violencia en el trabajo y a los 37 posparto: se me juntó el otro hijo pequeño de 4 años, el trabajo y problemas de salud. No podía con todo”.*

Cuando se realiza un cambio de roles, como es en la maternidad, con unas expectativas tan fuertes en nuestra sociedad, algunas mujeres caen en depresión. Según ellas *“tenía la serotonina bajísima” dijo el psiquiatra*. Se les comenta: “de acuerdo en la depresión hay un cambio hormonal seguro, pero vamos a buscar que factores lo han podido provocar, primero las mujeres se quedan pensativas, pero intentan buscar aquellos motivos que las han hecho enfermar”.

Según Perdiguero y Comelles (2000) la maternidad es un tema tabú, intocable en nuestra cultura. «La relación madre e hijo se ha definido como la relación afectiva por excelencia», la principal, al margen de que sea así o no en las experiencias concretas.

Estas mujeres perciben la existencia de un mandato cultural y social que hiperrresponsabiliza a la mujer y desresponsabiliza al varón en cuanto a la crianza de sus hijos-as. Se está dando una contradicción entre el imaginario social y la realidad, en tanto que la situación actual aquella que la mujer aún siendo madre, trabaja, estudia... sigue siendo evaluada su responsabilidad como madre dentro de parámetros ideológicos patriarcales. En Sorrouille (2007) *Efectos psíquicos en la mujer a partir de la maternidad*, «las mujeres se sienten responsables del mandato patriarcal, pues son conscientes de la sanción social, incorporada en su subjetividad, que ve con malos ojos a la madre que se aleja del modelo pautado de maternidad»:

- Mujer 26-36 años: *“Tuve dos depresiones posparto. En el primer embarazo todo se me hacía una montaña. A medida que avanzaba la baja por maternidad y me acercaba a tener que ir a trabajar cada vez aumentaba el sufrimiento. La segunda ya sabía de lo que se trataba aunque me costó mucho más de superar que la primera. Se me acumulaba todo: hacer la comida, atender a los niños... Soy una persona que todo lo he de hacer yo y mientras una persona te limpiará un cristal, yo te limpiaré 10. Voy muy acelerada, bueno, ahora ya no tanto. Quizás quería abarcar demasiado, nunca quiero dejar nada a medias. El psiquiatra me recomendó que no tuviera más de dos hijos”.*

- Mujer 33-35 años: *“La primera depresión la tuve cuando murió mi hermana, la segunda en el embarazo. Empecé a tomar antidepresivos cuando estaba de 7 meses. Había tenido 4 abortos y para mí era muy importante tener un hijo”.*

- Mujer 38 años: *“Se me juntó todo una hija que tenía que cuidar del matrimonio que tuve ya de mayor junto con el embarazo que tuve”.*

- Mujer 44 años: *“Me ha obsesionado el no poder tener hijos, pero no me he hecho ninguna prueba porque soy muy aprensiva y el médico que aconsejó que no. Adoptar he pensado mejor que no”.*

Relacionado con la maternidad aparece un caso de depresión a los 16 años cuando la familia le comunica que es adoptada:

- Mujer 46 años: *“Me dijeron que era adoptada. Pensé ¿por qué esto me ha ocurrido a mí? Me fui encerrando en mí misma”.*

- Mujer 41 años: *“Después de una inseminación in Vitro. Llevaba 5 o 6 inseminaciones y 2 abortos. Para mí es muy importante la maternidad. No haber tenido hijos “es el trauma de mi vida”.*

Algunas experimentan la primera depresión en los 40-50 años. Muchas de ellas se han casado pronto. Algunas intentan escapar de sus domicilios en los que tuvieron una educación muy represiva, creyendo que encontrarán una solución a este problema, pero comprobarán que esto no es así. Tienen hijos rápidamente después del matrimonio y se van dando cuenta que no era tan idílico como se esperaban. El factor de riesgo más importante para este grupo de edad son aquellas mujeres que prácticamente se han centrado en la crianza de sus hijos y para quienes es difícil encontrar un nuevo proyecto de vida. En el caso de los hombres el mayor riesgo en cuanto la satisfacción personal, está en el grupo que hace balance de sus logros laborales y de las posiciones de poder y de autoridad que han obtenido.

Aparece un sentimiento de no sentirse apoyadas por sus maridos, o al menos les gustaría que se lo dijeran o reconociesen y no lo hacen:

- Mujer 44 años. *“Se me juntó todo, el embarazo de mi hija muy joven, la enfermedad de mi madre que la tenía que cuidar y el marido que no me apoyaba. Cuando mi madre enfermó, yo le agradecí todo el apoyo que me daba, ahora cuando estoy cuidando a su madre no hay una palabra de agradecimiento hacia mí, quizás sí lo piense, pero no me lo demuestra”.*

Lo que sí se ha podido percibir después de realizar esta investigación, es el terrible sufrimiento experimentado por estas mujeres que la mayoría de las veces no se expresa en su aspecto personal, pues tienen una buena presencia, pero como éste se ha introducido en sus cuerpos y en sus mentes y las ha hecho enfermar.

Pero una pequeña luz se abría a medida que avanza la conversación y termina la entrevista con un cuestionario de salud de ansiedad-depresión, y es que casi todas nos comentan que han mejorado.

Según Carrera (2007), la educación que tuvieron las mujeres de 50-60-70 años fue la que impulsó el franquismo con el apoyo ideológico de la Falange y de la Iglesia Católica, que quería colocar a la mujer en su lugar natural: en palabras de Pilar Primo de Ribera, delegada nacional de la Sección Femenina de la Falange, la fragilidad, la sensibilidad y falta evidente de talento de la mujer no la hacían apta para el mundo del trabajo. Esta ideología ha seguido perdurando y sus ideales y contradicciones han afectado a la mente y al cuerpo de las mujeres.

En contraste con la tendencia igualitaria de los años de la República, el régimen franquista desarrolló una legislación que excluía a la mujer de numerosas actividades con la voluntad de mantenerla en los roles más tradicionales y de someter su capacidad de autonomía a decisión del marido. En diciembre de 1938 surgió un decreto que prohibía el trabajo de la mujer a partir de un determinado ingreso del marido. Al final de 1939, se prohibió a las mujeres casadas inscribirse como obreras en las oficinas de colocación, menos las que fueran cabeza de familia y tuvieran que mantenerla con su trabajo.

Finalmente la ley de Reglamentaciones disponía la obligatoriedad de abandonar el trabajo por parte de la mujer cuando contrajera matrimonio, o en el caso de necesidad económica, de pedir la autorización del marido para trabajar en determinadas empresas. Fue importante la influencia de esta ideología que perduró casi cuarenta años en la estructura social.

Para imponer su modelo patriarcal, la dictadura empleó dos procedimientos: uno, *las leyes y las medidas políticas*; y el segundo fue *la educación y la socialización*. Aunque ambos eran complementarios, el elemento central que se impuso a lo largo de los cuarenta años fue *el ideológico*. El feminismo era condenado abiertamente. En los 40 años que duró el franquismo aunque la realidad social cambiara, la socialización de las mujeres a través de la educación y de los medios de comunicación se mantuvo igual, muestra de ello es el siguiente relato de Antonio Vallejo Nájera -*Antes de que te cases, 1965*- «*Supera la mujer al hombre en todos los aspectos de la afectividad, y el hombre a la mujer en los de la inteligencia y virilidad. Sobra al varón psicológicamente lo que le falta a la mujer, y viceversa, sin que ninguno ni otro carezcan absolutamente de cualesquiera cualidades psicológicas de las que esté dotado sobresalientemente el sexo opuesto*». Éste era el discurso de la *Sección Femenina, curas, médicos y*

educadores. La religión era el principal factor de legitimidad de los estereotipos de feminidad (Astelarra, 2005:97-107)

Estudios recientes han mostrado una asociación entre las *relaciones sociales* y la *salud*, y se han encontrado que las personas más aisladas tienen peor salud psicológica.

En las entrevistas realizadas también se ha observado, y además generalmente va unido el poco apoyo social o pocas interrelaciones con el bienestar sociolaboral. Las personas que tienen mayor red de contactos, son aquellas que podrán conseguir un mejor puesto de trabajo y las que podrán recibir ayuda económica en un momento de necesidad. Las “redes informales de apoyo” son muy importantes en esta sociedad que demanda cuidados debido al envejecimiento de la población y al doble rol de la mujer. Tener apoyo, es tener recursos porque estos bienes intangibles son bienes económicos que no se han contabilizado pero que cada día se hacen más visibles a la población.

Para Beck, y Beck-Gernsheim (1998) en *El normal caos del amor. Las nuevas formas de relación amorosa*, las mujeres están divididas por la contradicción entre liberación y revinculación a las viejas adjudicaciones. Huyen del trabajo doméstico a la profesión, y al revés, intentan en diferentes épocas vitales de su biografía conciliar de «alguna manera» las condiciones irreconciliables de su vida mediante decisiones contradictorias.

En el estudio Matud (2006) que analiza la relación de estrés y salud, «las mujeres que tienen mayor autoestima y menos pesimismo tienen menores síntomas mentales». *El nivel de estudios*, ejerce un notable efecto protector sobre la depresión, son menor número de síntomas en las mujeres con más años de estudios. Las mujeres satisfechas con su rol laboral, parecen tener menor sintomatología. Las mujeres que presentan mayor síntomas de alteración en la salud mental son las que tienen menor nivel de estudios, las de mayor edad, las que tienen más hijos y las que tienen mayor número de enfermedades.

En los hombres entrevistados diagnosticados de depresión, las causas principales de depresión son la Violencia Laboral -moobing-, las enfermedades graves que incapacitan a los más mayores, el estrés laboral en hombres de mediana edad, y en los más jóvenes las drogas. Aparece un caso de separación y soledad.

Hombres

- 1- Sobrecarga/Estrés: 6 (42,8%)
- 2- Violencia (moobing): 6 (42,8%)
- 3- Enfermedad: 4 (28%)

4- Infancia: 3 (21%)

5- Separación: 3 (21%)

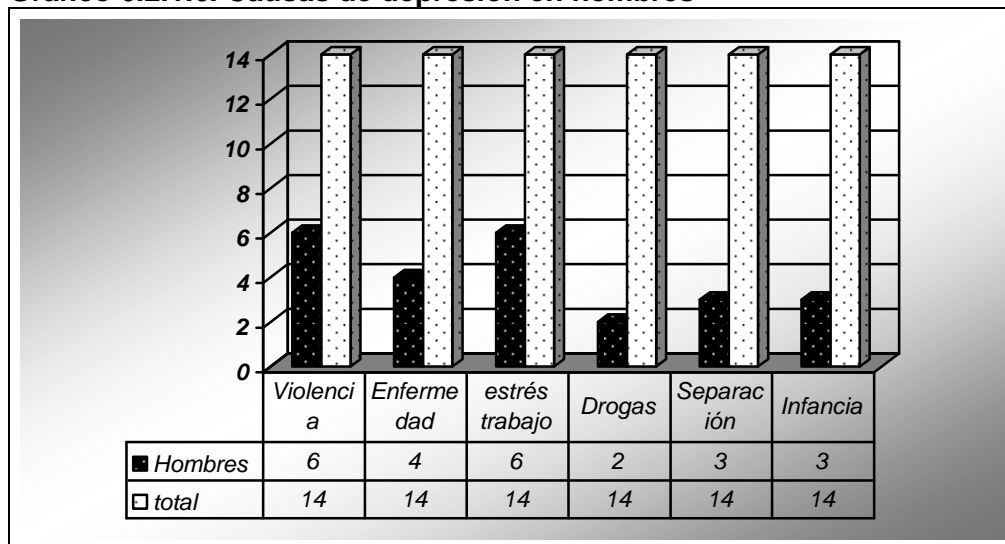
6- Drogas: 2 (14%)

7- Muerte: 1 (7%)

Tabla 6.2.1.1. Factores identificados como causantes de depresión

	Mujer	Hombre	Total
Violencia	62,7% 32	42,8% 6	57,5% 38
Sobrecarga/Estrés	62,7% 34	42,8% 6	60% 40
Infancia	50,9% 26	21% 3	43,9% 29

Gráfico 6.2.1.6. Causas de depresión en hombres

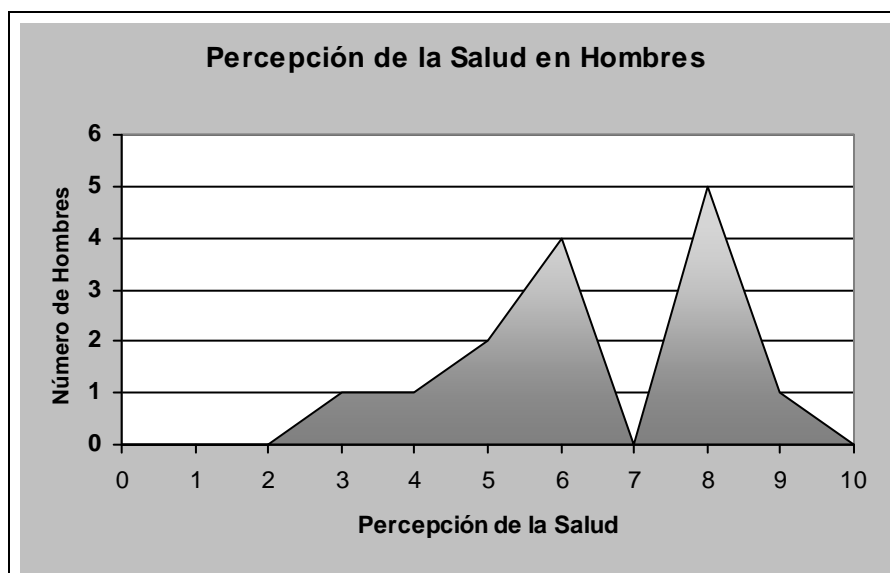


Casi la mitad de los hombres han sufrido moobing o acoso en el lugar de trabajo (42,8%), el porcentaje para las mujeres es similar (43%) en las entrevistas-, superior

para ellas si tenemos en cuenta solamente a las que trabajan o han trabajado, alcanzando un 56,6%.

La percepción de la salud en los hombres en la actualidad al igual que las mujeres diagnosticadas de depresión es bastante buena salvo algunos pocos casos. Esto indica que las depresiones han pasado, algunas vuelven a recidivar ante algún acontecimiento negativo de la vida, pero en las épocas donde no aparece depresión, el nivel de salud percibido no es bajo.

Gráfico 6.2.1.7. Percepción de la salud en los hombres diagnosticados de depresión



En el estudio encontramos que muchas de las mujeres al casarse dejan de trabajar, ocurre en las mayores y en aquellas que tienen un nivel bajo de formación. Algunas lo retoman después pero no sin dificultades.

“Ahora que mis hijas son mayores si me sale algún trabajo de dependienta en alguna tienda, lo aceptaré, va bien salir de casa”. La mayoría de mujeres de 50-60-70 años dejó el trabajo al casarse o al quedarse embarazada. Alguna ha continuado en trabajo de limpieza y ya se encuentra jubilada. Las mujeres con formación universitaria, continúan el trabajo, algunas realizan reducción de jornada.

Las que dejan de trabajar y tenían un puesto reconocido -control de calidad, secretaria de dirección...- tienen un sentimiento de pérdida y si ahora fuera quizás no

lo dejarían. Algunas trabajan por necesidad en trabajo que no les gustan y encima “sin seguro”.

- Mujer 48 años: *“Me educaron para ser buena, no hacer daño, conformarme con lo que tenía, los otros son siempre primero que yo”*. Esta educación choca brutalmente con el “espíritu del capitalismo”, donde se premia el esfuerzo y la acumulación de capital.

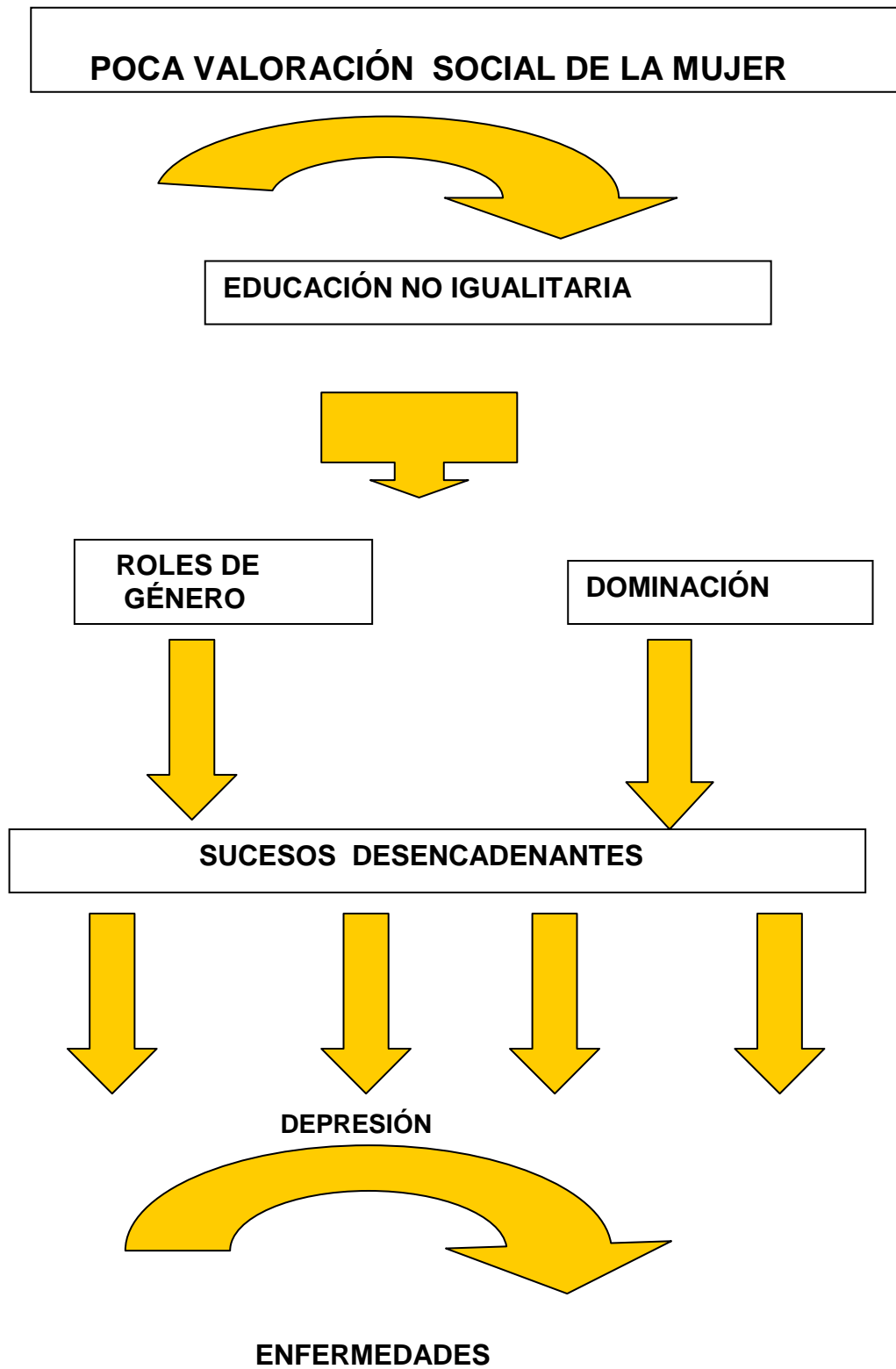
Un trabajo “femenino” fomentado por la ideología franquista permitió que las mujeres “tuvieran ingresos” fue el de coser, *“siempre he cosido en casa”, coso en una boutique que hacen trajes de novia, es un trabajo muy pesado mentalmente y físicamente pues tengo que hacer mucha fuerza y es un trabajo de mucha precisión. Me gusta mucho y lo hago muy a gusto”*.

De los entrevistados que tienen depresión, presentan estrés debido a -violencia de género, múltiples tareas de cuidado que les agobia- o una baja autoestima por los problemas en la infancia o la situación que viven.

En los estudios sobre las variables asociadas a la depresión de González y Landero (2007), aparece la mayor probabilidad que una mujer presente depresión con el *incremento del estrés*, así como la mujer que tiene un *bajo nivel de escolaridad y poca interacción social positiva*. Hay algunos autores como Beeber (1999) que afirman que hay una fuerte relación entre la *autoestima y los síntomas depresivos*, entendiendo por autoestima la autoevaluación que la persona realiza de las diferentes representaciones que tiene de si misma en las áreas cognitivas, afectiva y comportamental.

La autoestima se ve reflejada en la familia, trabajo, escuela, las relaciones sociales, el aspecto físico y la moral según Buela, Fernández y Carrasco (1997), así mismo Thoits (1995) cita varios estudios donde se ha encontrado que la autoestima reduce significativamente los síntomas de depresión González y Landero (2006:16-30).

Figura 6.2.1.1. Secuencia de la depresión en la mujer



Los factores que provocan depresión tanto a hombres como mujeres son aquellos *acontecimientos que no controlan los entrevistados* como son:

- la *violencia laboral*
- *estilo de dirección verticalizado con poca autonomía.*
- *violencia familiar* -física, psíquica o sexual-.
- *excesiva responsabilidad familiar* -tomar responsabilidades para realizar tareas domésticas o cuidado de hermanos o ancianos de pequeños- lleva a la sobrecarga.
- *enfermedades y muertes* -inesperadas-.
- *realizar tareas que no concuerda con sus expectativas*, sobretudo ocurre con las mujeres en transición, con un elevado nivel de formación y poca adecuación para ellas en el mercado de trabajo.

Según Giner, Lamo de Espinosa y Torres (1998) en la sociología industrial se intenta medir la «*alienación*» de los obreros o empleados según criterios de falta de control de su trabajo, distanciamiento de la empresa, marginación o integración en el mercado de trabajo, satisfacción en el empleo. La alienación en la sociología del trabajo e industrial se ha explorado en el contexto de la automatización de la producción. Algunos autores han intentado depurar conceptualmente el término de alienación y relacionarla rigurosamente con otros aspectos como el de anomia con el que guarda afinidades notables.

Todo *aquello que no depende de ellos y que les genera estrés*, ya sea por factores laborales, personales, por una infancia difícil que tuvieron o por tener un componente hereditario que puede influir. O como decía Alain Ehrenberg: «*El deprimido es el revés exacto de nuestras formas de socialización*»: aquellas mujeres que realizan sólo las tareas del hogar, porque no están valoradas, y aquellas que realizan un trabajo remunerado porque todavía las estructuras sociales no están adaptadas para ello. Las estructuras laborales, todavía presentan unas formas de organización no adaptada a la «*sociedad moderna*» pues los cambios son lentos. Todo ello provocará patologías para las mujeres que esperan cierto reconocimiento y cierta flexibilización laboral, ya que desde que los cambios se sienten como necesarios, se legislan y se incorporan a toda la sociedad pasan ciclos muy largos.

- La mujer por la *situación social e histórica* que le ha tocado vivir, es menos dueña de su vida, ya que es la que toma las riendas del mundo doméstico.

- El varón está enseñado a *no manifestar sus sentimientos.*

- Según López Ibor (2002) la mujer es *más sensible desde el punto de vista endocrinológico*, pequeñas variaciones hormonales pueden ser causa de cambios psicológicos.

Figura 6.2.1.2. Falta de autonomía como causa de depresión

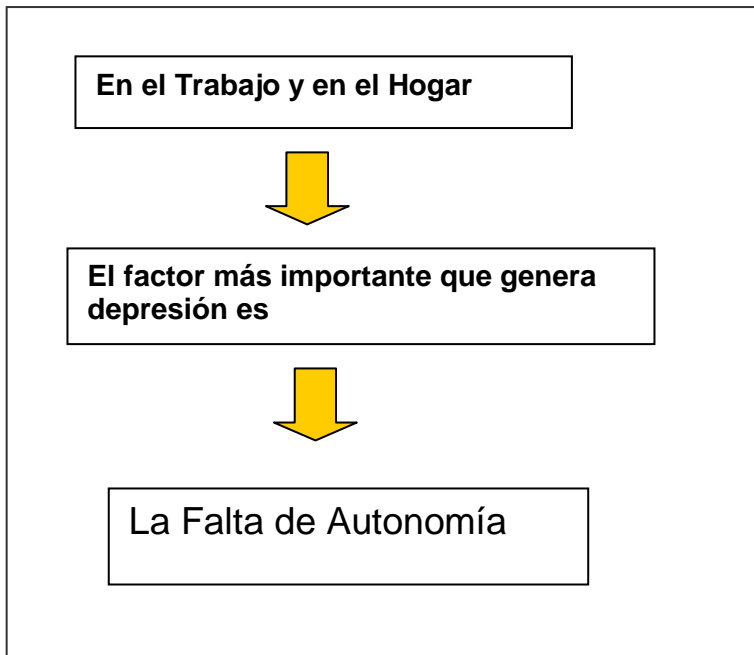
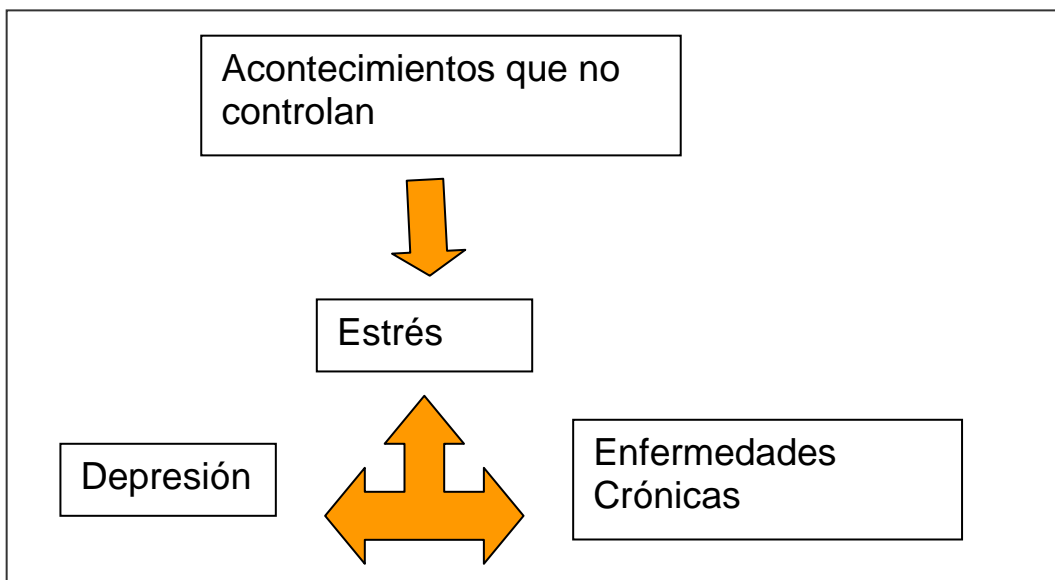


Figura 6.2.1.3. Estrés como causa de depresión



«La autonomía» es fundamental para los seres humanos, Durkheim dio mucha importancia a la *autonomía personal del hombre moderno*, considerándola como un rasgo central de la *moral contemporánea*. Consideró esa autonomía como socialmente generada y correlativa al desarrollo de la personalidad individual, de la

diferenciación social y de la moral del individuo o «culto de lo individual» (Lukes, 1984:24)

Los sucesos estresantes hemos visto que afectan a la salud. Si se cronifican pueden provocar enfermedades crónicas. Las investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud Mental americano muestran que el estrés afecta de manera grave a nuestro organismo. Puede aparecer:

- dificultad para dormir
- dolores de cabeza
- constipación
- diarrea
- irritabilidad
- falta de energía
- falta de concentración
- comer de más o no comer
- ira
- tristeza
- riesgo elevado de ataques de asma o artritis
- tensión
- retortijones estomacales
- hinchazón estomacal
- problemas de la piel, tales como la urticaria
- depresión
- ansiedad
- aumento o pérdida de peso
- problemas cardíaco
- hipertensión arterial
- síndrome de colon irritable
- diabetes
- dolor de cuello o espalda
- disminución del deseo sexual
- dificultad para quedar embarazada

6.2.1.1. DEPRESIÓN EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE EDAD

Para conocer las características de estos grupos no sólo se recogen las entrevistas de las mujeres/hombres diagnosticados de depresión, sino de aquellos que acuden a la consulta médica por algún problema y son positivos al test de depresión de Golberg para la ansiedad y depresión, o nos comentan que en la actualidad no la experimentan pero que anteriormente por algún suceso identificado por ellos, sí habían sufrido depresión. De todos ellos (112 entrevistados) las causas más frecuentes de enfermedad en cada grupo son:

- 1- Jóvenes (hasta 30 años)
- 2- Mediana Edad (30-45 años)
- 3- Mayores (45-60 años)
- 4- Mayores 70 años

1.- Jóvenes (hasta 30 años)

En los registros revisados las mujeres diagnosticadas van aumentando al aumentar la edad.

- Aparece en las mujeres la *dificultad de incorporarse al mundo laboral* después de tener una brillante formación universitaria:

-Mujer 27 años: Licenciada en derecho. *“Los últimos meses antes de terminar la carrera y dos o tres después estuve fatal. No encontraba trabajo y caí en depresión, ahora estoy bien, tengo trabajo y estoy satisfecha”.*

Enfermedades: amigdalitis, depresión, cefalea.

Ansiedad: 1

Depresión: 0

- Aparece en estas mujeres *la violencia de género por su pareja y la violencia laboral*. Las patologías que sufren las mujeres que las han sufrido no son pocas pese a su juventud

- Mujer 26 años: Violencia laboral (moobing)

Enfermedades: amenaza de aborto, dolores abdominales inespecíficos, cervicálgia, episodio depresivo, problemas relacionados con el estrés, gastroenteritis, candidiasis, gingivitis y enfermedades periodontales.

- Mujer 23 años: Violencia de género.

Enfermedades: dolor articular, dependencia del tabaco, candidiasis vaginal, alopecia areata, trastorno mixto ansiedad depresión, síncope, rinofaringitis, amigdalitis, gingivitis, agresión con fuerza corporal

2- Mediana Edad (30-45 años)

1.- En las mujeres *aparece la dificultad de conciliar trabajo y familia*, sobretodo cuando hay hijos y aquellas que dejan de trabajar cuando siempre lo han hecho tampoco se sienten bien.

Los problemas de la mujer en V. Martínez Quintana (1992) para las madres que trabajan son, el de con quién o dónde dejar a los niños, seguido de la multiplicidad de impedimentos que ponen las empresas para admitir a mujeres con niños pequeños en el trabajo, ocurre más en las mujeres con menos estudios que con las de más estudios.

Las dificultades se incrementan después del primer hijo, pues las necesidades se multiplican. También empeora si son emigrantes pues tienen menos apoyo. Algunas después de tener los hijos se acogen a la reducción de jornada, para otras profesiones que hay turnos no quieren el turno de tardes pues no pueden ver casi nada a los hijos, sobretodo si están en edad escolar. Si el trabajo que realizan es en hospitales, intentan adaptarse la jornada laboral a las necesidades de los hijos - cuando están en edad escolar buscan mañanas o muchas veces noches-, este turno les permite compatibilizar la vida familiar con la profesional, claro está a costa de la salud.

Otras dejan el trabajo después de la maternidad sobretodo cuando las empresas no les ponen facilidades o cuando es un trabajo de baja cualificación pues les sale más caro dejar a los dos niños pequeños en la guardería que quedarse en casa sin trabajar. No es económicamente rentable para ellas trabajar.

La maternidad ejerce presiones para la mujer muy potentes y todavía estas mujeres jóvenes no ven bien el hecho de dejar a los niños tan pequeños en guarderías desde la mañana hasta la tarde. Y es que al aumentar la edad de tener hijos, los padres ya están entrando en la ancianidad, muchos ya no pueden hacerse cargo de los nietos, otros si se encuentran bien son los que les ayudan.

-Relatos de las mujeres de mediana edad

Algunas mujeres que han tocado fondo y no tenían excesiva formación, remuneración, reconocimiento y han establecido prioridades; dejar el trabajo: -Mujer 37 años: *“Pensé que lo primero era reordenar mi vida, primero la familia y después el trabajo. En mi caso me he podido permitir dejar el trabajo pero hay muchas mujeres que no pueden ya que están pagando una hipoteca. Yo se que puedo vivir con menos dinero. Ya volveré a trabajar cuando los hijos sean mayores”*.

Las mujeres se sienten muy absorbidas por la maternidad, alguna de ellas nos comenta que no se lo hubiera llegado a creer nunca que hubiera sido así. Y es que la pareja no ayuda mucho según opina la mayoría de mujeres jóvenes. Otras deciden seguir trabajando pero si el esfuerzo que han de realizar es durísimo enferman - patologías crónicas, fibromialgia-.

Algunas se encuentran realmente mal, tienen mucho dolor y cansancio, saben que no están bien, que tienen alguna enfermedad pero no quieren ir al médico porque no quieren saber lo que tienen.

Los profesionales de la salud y/o de la psiquiatría dan consejos también a las mujeres de diferentes formas de afrontamiento que deben realizar para no caer en depresión: *Reducir la actividad, buscar más ayuda, tomarse las cosas de otra manera, no tener más de dos hijos, buscar actividades que las satisfagan a ellas, llevar las riendas de su propia vida....* Consejos que consideramos muy positivos para mantener la salud mental de estas mujeres.

La separación hace que algunas mujeres vuelvan a formar otra familia y sean madres de nuevo, cosa que se convierte en factor depresógeno cuando no tienen la suficiente ayuda.

Las políticas empresariales no ayudan mucho, al menos de momento: sería necesaria la flexibilidad laboral, en definitiva políticas de conciliación para que toda la sociedad ganara, tanto los empresarios como los trabajadores ya que si las mujeres dejan el trabajo, se está desperdiciando un potencial enorme de recursos. El estrés laboral es importante, y sobretodo en aquellas profesiones que tratan con personas, el problema se agrava cuando el personal es escaso, pues tienes que atender a más pacientes con menos personal.

- Mujer 48 años: *“Me llevo a casa el estrés. Estoy continuamente rumiando y pensando en temas del trabajo”.*

- Mujer 35 años: *“Trabajo en un hospital, auxiliar de enfermería. Desde que he tenido a mi hija me absorbe mucho. Me agobia compaginarlo todo pues me gustaría estar más con la niña. Me gusta tener la casa bien, no puedo abarcarlo todo ni hacerlo todo como a mí me gustaría”.*

Enfermedades: anemia, cervicalgia, pterigio (lesión dermatológica), gastroenteritis, alergia a medicamento, lumbalgia.

Ansiedad: 3

Depresión: 4

Apoyo de la pareja: regular

- Mujer 37 años: Administrativa. *“Tengo dos hijos, uno de 4 y uno de 8. Tuve que dejar el trabajo porque no me quisieron mantener la media jornada, después del nacimiento de mi segundo hijo. Prefería sacrificarme yo pues no quería exigir tanto a los abuelos. Trabajé durante muchos años en la empresa pero no me dejaron hacer media jornada. Llegó un momento que caí en depresión, no quería ni ir a la cena de navidad, y en ese momento ya pensé que no era normal, no quería ni salir de casa, cogía muchas infecciones virales sobretodo faringitis, una después de la otra. Pensé que debía reordenar mi vida, que primero era mi familia y después el trabajo. En mi lugar me lo he podido permitir pero hay mujeres que no pueden pues pagan hipotecas y no tienen suficientes recursos. No me planteé dejar a los niños en la guardería hasta las 5 de la tarde, creo que tantas horas no es bueno cuando son tan pequeños, no lo veo bien. El próximo año empezaré a buscar otro trabajo pues quiero trabajar, no me siento bien en casa y no me importa trabajar ahora que son mayores”.*

Diagnósticos: lumbalgia, faringitis de repetición, alergia a medicamentos.

Ansiedad: 8

Depresión: 5

- Mujer 37 años: Trabaja en Residencia, auxiliar de enfermería. Fibromialgia, fumadora.

Tres hijos: 19 años y mellizos de 9 años. *“Los hijos te dan muchas alegrías pero también te limitan mucho y además si no tienes ayuda de nadie se te hace muy difícil. En el trabajo he buscado siempre turnos de noche, porque como yo no tengo a nadie puedo estar en casa con ellos en el día, así no me encuentran a faltar. Desde que*

nacieron mis hijos casi siempre he trabajado de noche. Mi marido me ayuda: pone lavadoras, hace la cena, no tengo queja, pero el peso más importante lo llevo yo porque el trabaja todo el día.

La depresión me salió a los 29 años justo después de nacer mis dos hijos. Después del nacimiento dejé de trabajar bastantes años pero en casa me sentía agobiada, muy ahogada.

Hace dos años que me han diagnosticado fibromialgia”.

Enfermedades registradas: tumor benigno mama, cervicalgia, rinitis alérgica, fibromialgia, inflamación articulaciones, apendicitis aguda, rinofaringitis aguda, dependencia del tabaco, malestar y fatiga, amenaza de aborto.

Ansiedad: 5

Depresión: 2

- Mujer 37 años: Maestra. *“Hago media jornada, hijos 10 y 1 año. Depresión posparto. El psiquiatra me dijo que no tuviera más de dos hijos pues podría volver a caer en depresión. Ahora estoy bien pero intento tomarme las cosas de otra manera”.*

Enfermedades: lumbalgia, diabetes gestacional, cistitis aguda, Exfumadora, amenaza de aborto.

Ansiedad: 4

Depresión: 1

- Mujer 43 años: Hijos 19 años y otro de 2 años. Autónoma (tienda de ropa de niños). *“Tuve una depresión a los 22 años cuando me casé pues mi marido era alcohólico y yo sufría malos tratos. Ahora he vuelto a recaer: llevo el negocio, la casa, mi hija pequeña de dos años. Trabajo de 10 a 5 de la tarde. Llevo a mi hija al colegio por la mañana y la voy a buscar a la tarde. A veces no puedo dormir y necesito tomar tranquilizantes. Los hombres, la mayoría “pasan” de cuidar a sus hijos, lo veo porque me vienen muchas mujeres a comprar a la tienda y todas se quejan de lo mismo. Lo que me ayuda mi marido y nada todo es lo mismo. No me encuentro nada bien, nada, tengo muchos dolores musculares y no voy al médico porque no quiero saber ni lo que tengo”.*

Diagnósticos: cistitis, anemia, otitis, varices, lumbalgia, depresión, ansiedad.

Ansiedad: 4

Depresión: 3

2.- Aparece el problema de *no poder ascender en la “carrera profesional”* cuando son profesionales con una amplia experiencia en su campo profesional. No por tener más

cualificación ni más estudios *son consideradas así por los responsables, al contrario, muchas veces permanecen “invisibles” como si todo aquel “capital humano” que han adquirido a base de sacrificio y esfuerzo fuera inexistente.* A veces un cambio a nivel de dirección hace que pasen a ser más reconocidas. Por tanto aparece el concepto de que la “formación” abre una trampa en la carrera de las mujeres.

Las mujeres se siguen enfrentando ante el dilema de seguir trabajando o abandonar el puesto de trabajo ante el nacimiento de un hijo. Las que mayoritariamente tienen una buena formación, un buen sueldo continúan, pero son múltiples barreras que se van a encontrar en el terreno profesional. Dificultades por parte de sus compañeros-as, jefes-as y incluso de ellas mismas pues dudan muchas veces de su “competencia”.

Las mujeres con estudios universitarios tienen *dificultad de promoción, y sufren violencia en el trabajo.* La depresión es muchas veces la única “arma” o “mecanismo de defensa” para sobrevivir en un entorno tan hostil: *“ahora ya digo amén a todo, me tomo la pastilla (antidepresivo) y salgo a trabajar. Cojo una baja cuando no me encuentro bien y ya no me revelo”.*

Pero muchas veces no quieren cambiar y sucumbir en la depresión: *“me he sentido anulada, vetada, me ponían problemas a todo lo que solicitaba. Ahora me tomo las cosas de otra manera, pero yo no quiero cambiar, sucumbir, quiero ser yo, “no me gusta que me pisen”, lo que necesito es aumentar mi autoestima.*

Es importante encontrar una persona que te apoye en el trabajo, buscar aliados para poder confiar, pues como comenta una mujer el mundo laboral está lleno de mal rollo, malas intenciones, es muy duro.

También en las entrevistas aparece el concepto de *“que a los hombres se les oculta todo”.* Se les ocultan todos los defectos, todo aquello que hacen mal, mientras que a la mujer es lo primero que aparece.

3- Mayores (45-60 años)

En el mundo familiar las mujeres deben seguir *desempeñando su función de cuidadora.* Han de cuidar a los padres enfermos y trabajar al mismo tiempo con el poco apoyo que encuentran las políticas empresariales. Se encuentran sobrecargadas.

En el mundo laboral: Tienen una larga trayectoria profesional pero no tienen posibilidades de promoción, sobretodo esta idea es expresada por las mujeres profesionales.

El *“techo de cristal”* les impide seguir avanzando en sus carreras laborales y *“el suelo pegajoso”* les deja ligadas a sus roles tradicionales de género. Esto promueve insatisfacción y las mantiene en condiciones de inferioridad y bajo estatus social. Los roles de las mujeres se convierten en *unos roles que no tienen proyecciones hacia el futuro*. Muchas de ellas han tenido una alta formación académica y han dedicado gran parte de su vida a su carrera profesional admiten que *«ni el talento, la capacidad y la dedicación a sus trabajos no les garantiza un éxito laboral equitativo»*.

El *“techo de cristal”* es una barrera que experimentan las mujeres y no sólo se experimenta en la edad adulta, se gesta en la primera infancia y adquiere una dimensión más relevante en la pubertad. Algunos rasgos del *“techo de cristal”*:

- Las responsabilidades domésticas.
- El nivel de exigencia mayor para la mujer que para el hombre -la mujer ha de realizar todas las actividades de manera perfecta, porque es evaluada por los demás y no le es permitido ni cometer un pequeño fallo, al hombre le están permitidos más errores y realiza mayor número de actividades sin ser juzgado por los demás y por el mismo-.
- Los estereotipos sociales.
- La percepción que tienen de sí mismas las mujeres, falta de modelos con los que identificarse.

Aparecen diferentes tipos de mujeres según Burín y Meler (1998)

1. *Tradicionales*: Renuncian a seguir avanzando en sus carreras.
2. *Transicionales*: Tienen tensiones y conflictos por intentar compatibilizar los dos roles.
3. *Innovadoras*: Se identifican con el modelo de identificación masculino, estableciendo una dicotomía ámbito laboral/profesional.
- 4.- *Mayores (≥65 años)*

Los problemas con que se encuentran los mayores son principalmente *la soledad, la enfermedad grave, la muerte de la pareja y la falta de medios económicos*. Hablan

de la baja pensión que cobran y la poca relación que tienen con sus vecinos y algunos con sus hijos, algunos esperaban que les cuidaran pero no ha sido así. La religión es para algunas de ellas y ellos una fuente de alivio o a veces lugar de relación social. Para otros que no tienen familia ni hijos valoran positivamente el tener alguna vecina que las ayude.

-Relatos de mujeres y hombres mayores

La mujer sigue ejerciendo el rol de cuidadora del marido que tiene una enfermedad degenerativa -Alzheimer o algún proceso neoplásico-. Las mujeres mayores afirman que todo ha de pasar por ellas y los maridos les ayudan poco en las tareas de la vida diaria:

- Mujer 74 años: *“Soy el pilar de la casa. Tengo que ayudar a vestir a mi marido, incluso le tengo que poner la “dentadura postiza” y el puede. Le he dicho que cuando vayamos al dentista le enseñe a ponérsela él, que yo ya no puedo más”.*

Incluso si tienen una enfermedad grave ellas y el marido también quedan ellas en segundo plano:

- Mujer 71 años: *“Me preocupa más la enfermedad de mi marido Alzheimer que la mía propia –cáncer-“.*

Las mujeres solas afrontan de manera más positiva la soledad que los hombres si tienen recursos. Tienen más apoyo de los vecinos que los hombres. Realizan las tareas del hogar si pueden y no les resulta pesado. A los hombres les cuesta mucho convivir con la soledad.

Les afecta más que a las mujeres la mala relación que tengan con los hijos/nuera.

- Hombre 78 años: *“La soledad es muy mala”.*

- Mujer 71 años: *“Las vecinas se portan conmigo divinamente. Me dicen que si me pasa algo que las llame. Bailo con hombres, mujeres, solteros, casados, con todos. Cuando murió mi marido una vecina se me llevó a su casa tres días, después me traían de comer a casa”.*

Las enfermedades crónicas y todas las dificultades que comportan son un factor de riesgo para la depresión -dificultades de caminar, conducir, moverse, pérdida de visión, audición...- pues comportan una pérdida de autonomía. La percepción de la salud disminuye a medida que aumentan las dificultades para desenvolverse en la vida diaria y según el apoyo social que tengan:

- Hombre 90 años:

Salud 3, Ansiedad 5, Depresión 8.

“He sido muy fuerte, pero ahora no puedo caminar mucho porque me fatigo y no tengo fuerzas. También he perdido la visión en un ojo. Desde hace 20 años que murió mi mujer que estoy mal”.

La muerte del conyugue es vivido peor por los hombres que por las mujeres y en algunos casos es identificada como factor causal de depresión.

A la mayoría de los hombres que se quedan solos en casa les “agobia” realizar este trabajo, no lo viven bien, pues no han estado educados para ello:

- Hombre 72 años:

Salud 3, Ansiedad 9, Depresión 8.

“Me afectó mucho la muerte de mi mujer que murió en el año 2000, a partir de ahí me sentí mal. Estoy muy solo. Me agobia llevar la casa pues tengo que hacer el trabajo de casa para mi hijo y para mí... Me agobio mucho”.

- Hombre 80 años: *“Me cuesta caminar. He tenido que vender el piso. Tengo una claudicación intermitente por lo que tengo que pararme cada vez que camino unos pasos”.*

Las pruebas y los tratamientos agresivos para combatir el cáncer producen depresión, sobretodo en el hombre:

- Hombre 78 años: *“Vivo con una ansiedad continua, pues me agobian las pruebas que me hacen para el “cáncer de pulmón” que tengo. Después de cuatro tandas de quimioterapia me surgió la depresión”.*

6.2.1.2. INCERTIDUMBRE Y CAMBIO DE VALORES EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Uno de los factores importantes de cambio social y generador de patología sería la *incertidumbre* debido a un cambio de valores importante. Antes era todo para siempre, los cambios en la vida de una persona no eran tantos: el matrimonio era para toda la vida, el trabajo también... Ahora con la globalización «todo es efímero». Todo esto provoca incertidumbre y depresión en las personas, sobretodo si han tenido una educación que contrasta con los acontecimientos actuales de la vida.

Los vínculos que se establecen en la actualidad son extraordinariamente frágiles, «líquidos» como diría Bauman (2005)¹⁵. La característica definitoria de los líquidos es la imposibilidad de mantener su forma, y a la vez su vulnerabilidad. ¿A qué nos sentimos unidos cuando ni la religión, ni la tradición ni el linaje, ni el trabajo ni la ideología política nos dotan del más mínimo sentido de pertinencia? «El cuerpo» (Talarn A, 2007:224). Según Durkheim el *debilitamiento de la conciencia colectiva* es un fenómeno normal para la existencia de la sociedad industrial contemporánea. El rol de la conciencia colectiva disminuye a medida que el trabajo se divide, los sentimientos colectivos dejan de ser integradores. Normalmente la división del trabajo produce solidaridad social, pero a veces tiene resultados totalmente diferentes e incluso opuestos, en concreto la «anomia y la explotación de clase», esto es debido a que los rasgos sociales estaban desordenados por una crisis de transición, «la propia sociedad está en proceso de desarrollo» (Lukes S, 1984:163).

Según Talarn (2007:208) las formas de contención de los malestares personales se encuentran muy limitadas porque el papel de la familia, pareja, decae, «no nos queda otra solución que acudir al profesional de salud mental o al médico».

Nos encontramos ante una sociedad cambiante, estos cambios analizados por Durkheim en el paso de una sociedad premoderna a una sociedad moderna, quizá son pocos comparados con los que vivimos en la actualidad con la emergencia de las sociedades tecnológicas que será el resultado de una dinámica de cambios más intensa y rápida que los otros dos grandes ciclos de mutación social (la revolución neolítica y la revolución industrial). Según Tezanos (2002) «Los cambios en la

¹⁵ Zygmund Barman, sociólogo judío-polaco que estudia la sociedad contemporánea. Se le conoce como el padre de la "modernidad líquida" y se refiere a que "la única certeza es la incertidumbre". En su obra "amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos" se centra en el amor y en el miedo a establecer relaciones duraderas. El deseo es el anhelo de consumir, de absorber, devorar, ingerir y digerir, de aniquilar. Hombres y mujeres le temen al compromiso, desearían una conexión que "no esté bien anudada" para que sea posible desatarla rápidamente cuando las condiciones cambien... algo que en la modernidad líquida ocurrirá una y otra vez. Al igual que otros productos, la relación es para el consumo inmediato. Si los productos "no son plenamente satisfactorios" los productos pueden cambiarse por otros.

actualidad son tan complejos y tan rápidos que sus efectos culturales, ideológicos, personales, morales...serán también, más acusados y de mayor alcance de los que se produjeron en los grandes procesos de transición anteriores»¹⁶ .

Al comparar la sociedad moderna con la premoderna, se destaca que en épocas anteriores, la vida de los seres humanos era determinada por un gran número de vínculos tradicionales, desde la economía familiar, desde la patria y la relación hasta el estamento y pertenencia a un género. Sin embargo, con la transición hacia la sociedad moderna surgen unas tendencias que introducen una individualización de una gran envergadura, un desprendimiento de las personas respecto de sus vínculos históricamente desarrollados, de sus credos religiosos y relaciones sociales. La pérdida de estos vínculos acompañada de una nueva cultura basada en el individuo, sometida a las leyes del mercado, altamente competitiva, orientada al consumo acrítico, con estímulos culturales de deplorable calidad, una sociedad en la que contamos con más bienes materiales y servicios, disfrutamos de mayor comodidad no hace que los individuos tengan una mejor salud mental. En los países del primer mundo los índices de psicopatología franca van en aumento año tras año. «Las diversas formas de drogadicción y alcoholismo, de depresión, de suicidios, de crisis de ansiedad, de trastornos de la alimentación, de parafilias y demás formas de sufrimiento mental extremo no cesan de multiplicarse a diario». (Talarn A, 2007:197-198)

Como ha explicado Max Weber en «*La Ética Protestante y El Espíritu del Capitalismo*», dicho proceso empieza ya con las doctrinas de la Reforma que anulan la certidumbre de redención de las épocas anteriores y empujan al ser humano a una profunda soledad interior. Esta ruptura de las vinculaciones tradicionales conlleva para el individuo la liberación de anteriores controles y obligaciones. Pero a la vez, se anulan también aquellas condiciones que dieron amparo y seguridad a la sociedad premoderna. Desde las exigencias del mercado de trabajo, pasando por la movilidad social y geográfica, hasta la obligación de consumir y los medios de comunicación: todo ello conlleva un gran desgaste de forma directa o indirecta.

Según Beck-Gersheim (2008) para «las teorías de la sociedad del riesgo», las nuevas formas de vida significan despojarse de las formas anteriores de conducción de la vida y aseguramiento de la existencia; tarea que afectará progresivamente a las mujeres ya que van a entrar en conflicto con la persistencia de los valores y roles tradicionalmente asociadas con lo femenino y lo doméstico. El trabajo se convertirá

¹⁶ Tezanos, J.F. lección inaugural del curso 2002-2003. UNED, 8 de octubre de 2002, Madrid.

en un elemento central del proceso de individuación: como fin en sí, puesto que define el proyecto vital, realiza al individuo y como medio, proporciona los recursos para materializar dicho proyecto –recursos que adquieren importancia con el desarrollo de la sociedad del consumo de masas- que realimenta y refuerza poderosamente la ideología de la individualidad.

La mujer educada para realizar las tareas de cuidado y maternales entra en conflicto con las nuevas perspectivas actuales. *El conflicto* para Soledad Murillo (2008) «entre la vida familiar y laboral se traduce sociológicamente en un conflicto de roles que se resuelve psicológicamente en disonancia y culpa». Estos sentimientos expresan la fuerza, la coerción social en definitiva -con que el rol de cuidadora se asume por las mujeres-.

En el transcurso de la secularización, pluralización de los mundos de vida se han disuelto muchos referentes que daban al individuo una visión del mundo, un contexto productor de sentido, un arraigo de la propia existencia dentro de un cosmos más global. La consecuencia, se ha descrito de múltiples maneras desde la filosofía e historia hasta la sociología y psicología, «una pérdida de estabilidad interior» (Beck, U. Beck-Gernsheim (1998:71-85).

- Mujer 51 años: *“Antes el matrimonio era para toda la vida, ahora no”. He sufrido mucho con la separación. Me educaron para casarme. Todo esto ha influido en mi carácter.*

- Hombre 37 años: *“Mi depresión vino principalmente porque de pequeño me habían formado para trabajar de “pastelero”, éste si es mi oficio. Pero el horno tuvo que cerrar y tuve que enfrentarme de nuevo a la vida. Si mis padres no se hubieran separado el negocio hubiera continuado y yo hubiera tenido un medio de vida para siempre, pues a mí me gustaba este oficio, era el que había aprendido desde que era pequeño.*

6.2.1.3. MECANISMOS PARA AFRONTAR LA DEPRESIÓN

- *Medicación: antidepresivos-ansiolíticos*

Según Carmen Valls (2005) en sus estudios sobre salud y medicalización a las mujeres afirma que a lo largo de la vida de las mujeres y cada vez a edades más tempranas es más probable que una mujer reciba ansiolíticos en la primera consulta que hace a un especialista. Más del 85% de psicofármacos son administrados a mujeres en el estado español, sobrepasando en mucho la evidencia científica

existente que sitúa la prevalencia de ansiedad y depresión en un 50% más en mujeres que en hombres.

Pero ¿no se estará infradiagnosticando la depresión en el hombre y medicalizando a la mujer? Si esta hipótesis se verifica se estaría perjudicando tanto al hombre como a la mujer. A ella medicándola sin necesidad y a él no medicándolo si es necesario. Quizás en el hombre una correcta medicación evitaría el suicidio en muchas ocasiones. En el estudio de De la Cruz et al (2001) sobre adicciones del Instituto Canario de la Mujer, afirma que si una mujer acude al médico solicitando un tratamiento por encontrarse «nerviosa», lo más probable es que el médico le recete tranquilizantes. Es más, el abuso de psicofármacos puede presentar problemas diferentes y requerir distintos métodos de tratamiento que en el caso de los hombres. Las mujeres españolas consumen más tranquilizantes que los hombres en todos los rangos de edad, pero las diferencias son más destacables a partir de los 46 años.

- *Negación de la depresión*

Aparece la duda de algunos entrevistados de que están enfermos sobretodo en los hombres. Algunos no lo han vivido así, sino sólo como un proceso transitorio en su vida.

Relatos de cómo afrontan la depresión en su vida

- Hombre 61 años: *“No estoy enfermo. No he estado depresivo, sólo tenía mucho estrés. Insistían todos en que tenía depresión. El médico de cabecera se enfadaba cuando le decía que no estaba deprimido. En la actualidad hago meditación. He recuperado toda la confianza en mí”.*

- Mujer 37 años: *“Tuve depresión posparto en los dos embarazos. La primera me duró tan solo unas semanas, pero la segunda me vi muy apurada. Ingresé en un Centro Psiquiátrico junto con mi marido. Fue una semana muy dura. Pude salir gracias a la ayuda del psiquiatra que me recomendó que retomara el trabajo a media jornada, y no tuviera más hijos”. Ahora todo forma parte del pasado. No tomo medicación pero me di cuenta de que o cambiaba de actitud en mi vida de crearme indispensable en la vida o acabaría de los nervios.*

En diferentes estudios consultados el hecho de tener más de dos hijos se reconoce como un factor de riesgo en la depresión (Brown y Harris, 1978) y (Matud, 2006).

El hecho de creerse indispensables, de que todo ha de pasar por ellas, que son imprescindibles, es un hecho que hace deprimir a las mujeres. Estos conceptos están

ligados al principal causante de la depresión que hemos identificado en la mayoría de los entrevistados: FALTA DE ASERTIVIDAD, es este sentimiento de que podemos con todo, que somos superwoman, como nos diría una entrevistada.

Las mujeres del estudio han sido todas medicalizadas bien por el médico de cabecera o por diferentes especialistas, pero esto no quiere decir que en la actualidad estén tomando medicación.

Las mujeres y los hombres del estudio, han utilizado diferentes técnicas de afrontamiento para disminuir la medicación recetada al principio. Frente al sistema médico establecido imponen sus estrategias personales para afrontar los problemas. En algunos casos hay medicación pautada que el enfermo-a experimenta por su cuenta a dejarla y si le funciona bien no vuelve a tomarla.

- Mujer 40 años: *“Yo misma dejé de tomar la medicación antidepresiva, gracias al apoyo de una compañera y de mi misma. Me fuerzo a no ver los problemas tan grandes y a reconocer “lo importante”, pero me marca mi carácter pesimista”.*

Otras mujeres entrevistadas creen que la depresión no se les irá nunca, son mujeres con una alta problemática ya desde pequeñas que ha continuado en el matrimonio, muchas de ellas han sufrido violencia de género y tienen muy baja la autoestima.

-Especialistas a los que acuden

Algunos pacientes acuden sólo al médico de cabecera que les va controlando la medicación y si existe mejora, a veces la retiran. Otros acuden al psiquiatra y a otros especialistas. Otra mujer argentina recién llegada nos pregunta enseguida la posibilidad de encontrar un terapeuta. Por ello la necesidad de búsqueda de un especialista u otro también es cultural, y en nuestra cultura la “depresión” todavía se encuentra estereotipada por lo que incluso muchas mujeres prefieren solucionarlo solas, pues de esta manera pueden esconderlo.

- Mujer 23 años: *“Intenté esconder la depresión. Durante el día bien, me cogía más de cara a la noche”.*

Algunas mujeres agradecen el apoyo que les han prestado estos especialistas

- Mujer 51 años: *“Encontré mucho alivio con la psiquiatra”.*

- Mujer 38 años: *“La psiquiatra fue quien me dijo que tenía que cambiar mi actitud y tenía que empezar a hacer lo que yo quisiese y no lo que quisiera mi familia. Le estoy muy agradecida”.*

- Mujer 37 años: *“Gracias al psiquiatra que decidió ingresarme cuando nació mi hijo estoy viva”.*

- Otros recursos personales

Otras mujeres intentan combatir ellas la depresión, algunas disponen de numerosos recursos personales, otras no tanto.

- Mujer 32 años: *“Tengo numerosas válvulas de escape: escribo mucho, leo mucho, viajo...”*

- Mujer 62 años: *“Intento combatir yo la depresión”*.

Algunos entrevistados-as toman como muy efectivo un tipo de terapia más integradora: *“Me ha ayudado mucho el equipo de salud mental que estaba formado por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, trabajadora social y también el médico de familia”*.

Las mujeres han aprendido a crear sus propias resistencias ante la medicación recetada y muchas de ellas hacen intentos para reducir la dosis o abandonarla.

La percepción de su salud suele ser más alta para aquellos que toman *pocos medicamentos o ninguno*. Como más médicos y especialistas se visita más medicación se les receta.

- Mujer 60 años: *“He dejado de tomar algunas pastillas que me ha recetado un especialista. He dejado de tomar todas las medicaciones prescritas porque sino el estómago me va a explotar”*.

Algunos comentan también los efectos secundarios de los medicamentos como la sequedad de boca, somnolencia, fatiga, astenia, hipertensión, hipotensión postural, taquicardia, disminución del apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento. Muchas mujeres nos comentan que los medicamentos para la depresión “las atontan” y eso ellas no lo quieren, otras nos comentan que no los toleran. Claro está que cuando la depresión es muy fuerte han tenido que volver vez a tomar medicación porque no eran capaces de salir ellas solas, aunque ha sido en pocos casos y cuando se trataba de una depresión bastante grave.

Expondremos algunos de los recursos y medicamentos que utilizan los pacientes. Sólo nos referiremos a la medicación antidepresiva o ansiolítica, no a la derivada de otra patología crónica como puede ser la hipertensión, diabetes, dislipemia que también consta en los registros y que a partir de determinada edad suelen tomarla casi todos.

Las personas con más recursos personales toman menos medicación. Son aquellas-os que buscan otros puntos de vista, otras medicinas complementarias, otros recursos personales pues no son partidarios de tanta medicación.

Algunos-as reconocen la importancia del médico de cabecera que es el profesional que tienen más cercano:

- Me lleva el médico de familia, no he llegado a ir al psiquiatra. Ahora no tomo medicación, me ha ayudado mucho la doctora de cabecera.

Otros reconocen que la medicación para la depresión les anula:

- Mujer 23 años: *“No quiero tomar medicación, estaba todo el día durmiendo y no quiero trabajar tomando medicación. Tomé homeopatía que me dio la psicóloga y muy bien”*.

- Mujer 53 años: *“Me dieron un tratamiento que era como si estuviera blindada, no reaccionaba ante nada”*.

Médicos: M. Familia, Psicólogo, Psiquiatra.

Percepción salud: 2

Medicación actual: 7 comprimidos

Medicación anterior: 7 “

- Mujer 45 años: *“Me va muy bien la acupuntura, me relaja y me quita la cefalea”*.

Especialistas: psiquiatra

Salud: 9

Medicación actual: 1 c.

Medicación anterior: 1 c.

- Mujer 46 años. *“Me van muy bien los masajes y la acupuntura”*.

“A mi marido le han diagnosticado un cáncer, y tengo la sensación que es una pesadilla”.

Especialistas: Psicooncóloga. M.Familia.

Percepción salud: 4

Medicación actual: 4 c.

Medicación anterior: 6 c.

- Mujer 27 años: *“Ahora estoy muy bien. El malestar solo duró 5-6 meses cuando terminé la carrera y me veía perdida”*.

Médicos: M.Familia, Psiquiatra.

Apoyo social: Si, de la familia y novio.

Salud: 9

Medicación actual: 0

Medicación anterior: 3

- Mujer 64 años. *“Me gusta mucho la lectura, leo 3 o 4 periódicos diarios más información de Internet. Ahora estoy muy tranquila”*.

Médicos: M. Familia

Apoyo social: mucho

Salud: 10

Medicación actual: 1

Medicación anterior: 1

- Mujer 65 años: *“Tomo mucha medicación que no sería necesaria”.*

Especialistas: traumatólogo, digestólogo, anestesia -clínica del dolor-

Salud: 3

Apoyo social: Si

Médicos: traumatólogo, digestólogo

Medicación actual: 10

Medicación anterior: 10

- Mujer 69 años.

Especialistas: digestólogo, psiquiatra, psicólogo

Salud: 5

Medicación actual: 7

Medicación anterior: 7

- Mujer 28 años: *“Ahora estoy muy bien desde que nació mi hija. Todo esto sucedió hace 2 años”.*

Médico: psicólogo antes, ahora ya no.

Salud: 8 Medicación actual: 0 Medicación anterior: 4

- Mujer 71 a.

Especialistas: Médico de familia

Salud: 7

Medicación actual: 0

Medicación actual: 0

- Hombre 42 años. Tentativa de suicidio.

Especialistas: Médico familia, traumatólogo, rehabilitador.

Apoyo social: mucho

Salud: 5

Medicación actual: 5

Medicación anterior: 16

- Hombre 38 años. Episodios psicóticos. Causa droga.

Especialistas: Psicólogo, Psiquiatra

Salud: 8

Apoyo social: Sí, familia y hermana

Medicación actual: 2

Medicación anterior: 5

6.2.1.4. PRINCIPALES CAUSAS DE DEPRESIÓN EN LAS MUJERES

6.2.1.4.1. INFANCIA Y/O ADOLESCENCIA PROBLEMÁTICA

Es necesario destacar la importancia de los cuidados afectuosos en la infancia que hace que los niños desarrollen sus emociones y otras funciones como la inteligencia, el lenguaje, la regulación de las emociones. Según Burrueal (2002) en sus estudios sobre los primeros vínculos del niño afirma que la ausencia de estos cuidados puede influir en el aumento de la depresión ya que se ha visto que un factor asociado a la depresión, es la pérdida de la madre antes de los 17 años. Tanto la sobreprotección como la despreocupación y/o maltrato pueden incidir en la depresión.

Sobreprotección; los motivos pueden ser desde hijo o hija única, tener un padre o una madre autoritarios, tener alguna enfermedad desde pequeña que acentúa esta sobreprotección. Cuando a esto se unen unas circunstancias socioeconómicas desfavorables y violencia de género todo parece empeorar. Las prácticas socializadoras favorecen un “sobrecontrol” en las niñas.

-Mujer 39 años: *“Por ser hija única y tener además epilepsia desde los 9 años mis padres no me dejaban hacer nada. No me dejaban salir. Incluso después de casarme mi abuela y mi madre venían todos los días a mi casa desde las 9 a las 13h. de la mañana, no me dejaban hacer nada. Me sentía muy agobiada. He salido mucho más después de casada que de soltera, pues antes de casarme tenía mucho control en mi casa. Nunca pude trabajar pues estudiar no me gustaba, ni ir al gimnasio ya que mis padres y abuela no me dejaban por miedo a que sufriera un ataque”.*

Valores: Era muy tímida, poco decidida, dependiente, con poca autoestima.

-Mujer 45 años: *“Mi malestar me viene desde pequeña. Tuve un déficit afectivo sobretodo de mi madre. Me sentía desintegrada de la gente de mi edad en el vestir, higiene. Mi madre era fría conmigo, ella perdió a su madre de pequeña y también*

tenía una depresión. Tenía unas ganas obsesivas a los 14 años por ser madre, quizás por el poco afecto que recibía, pensaba que sería una forma de recibir en lugar de dar. Mi mentalidad era de más mayor a los 18 años que a los 45. Tenía que tratar a mis padres de ustedes y no pude tener nunca una relación de complicidad con mi madre”.

Valores: “No era introvertida, pero tenía muy poca autoestima. Siempre he ayudado a casa, de joven entregaba todo el sueldo. Siempre han estado los demás antes que yo”.

Abandono; Genera déficit afectivo, sentimiento de culpa, inutilidad:

- Mujer 24 años: “Mi madre me abandonó, vivía con mi abuela. De pequeña, yo no me acuerdo de mi madre. Venía a verme solo una vez al año. Un hijo necesita mucho tiempo para que esté con él y si cuando estás lo encuentras todo mal, ya me dirás, Soy la oveja negra. No conocí a mi padre”. Esta chica que tuvo una infancia durísima además de la depresión sufre también fibromialgia.

Valores: “Soy muy sensible, siempre miro por los demás”.

- Mujer 46 años: “En mi infancia no teníamos casi dinero. Mi madre y mi padre trabajaban. Yo a los 10 años, cuidaba de mi hermano y hacía el trabajo de casa. A los 13 años vendía pescado, trabajé de camarera y también a los 14 años en una fábrica. Luego estudié una carrera universitaria corta y desde los 21 años no he parado de trabajar. Me he construido una casa muy bonita en el pueblo yo solita”.

Valores: Cuidadora, responsable, sufridora, responsable, muy perfeccionista (hasta el extremo).

- Mujer 51 años: “Mi madre murió cuando tenía 7 años yo era la pequeña y nadie me quería porque era la que tenía que comer más, me cuidó una hermana mayor, bueno en realidad yo le cuidé a ella sus hijos pues le hice de sirvienta siempre, era insoportable. Me pusieron además a los 10 años a trabajar de criada. Quería irme de casa pues era una relación insoportable”.

Valores: “Me he considerado siempre como un cero a la izquierda, poca cosa, no valgo nada, inútil: solo sé limpiar, prefiero guardarme las cosas, soy cobarde de cara a los demás, antes de discutir prefiero que me pisen la cabeza, lo que quiero es morirme”.

- Mujer 57 años: *“Mi madre siempre me ha dominado, no dejó que yo desarrollará mis potenciales pues no me dejó estudiar. He tenido que ser autodidacta (pintar, tocar el piano). Me pegaba y estaba siempre muerta de miedo, me dominaba. Me sentía inferior a ella”.*

Valores: “Tenía “temor a la vida”. Introvertida, no afrontaba los problemas, poca autoestima, indecisa, dependiente, organizada y perfeccionista”.

- Mujer 62 años: *“Tuve maltrato psicológico de pequeña por mi madrastra. Mi madre se murió y mi padre se volvió a casar. Ella me maltrataba y yo me lo callaba todo”.*

Valores: “He sido muy fuerte pero he estado presionada toda la vida. Siempre me he tenido que tragar todo en esta vida, cuidar a todos y aguantar. Soy indecisa y no quiero molestar a los otros”.

- Mujer 65 años: *“Siempre he tenido muy poco apoyo, soy hija única”.*

Personalidad: “Me preocupo mucho por los problemas, sobretodo por la salud”.

- Mujer 69 años: *“De pequeña tuve que trabajar mucho. Nací en la guerra con todas sus miserias. Mi madre me despidió de casa y me hizo trabajar de criada a los 16 años. La depresión desde entonces no se me ha ido ni se me irá”.*

Valores: “Soy muy sensible, lo daría todo pero después no recibo nada a cambio”.

6.2.1.4.2. EDUCACIÓN RECIBIDA

Podríamos denominar a este factor como propio de la mayoría de mujeres con depresión. Una educación recibida por medio de los poderes públicos y familia *para la entrega a los demás*. La mayoría de las mujeres fueron educadas en este modelo que pervive de siglos anteriores y sobretodo en los años 40-50-60 con una ligera modernización en los 70 que fue aumentando en los 80-90-2000. Pero esta educación ha calado muy hondo en todas las estructuras y en todas las mujeres. Unas enfermaron, otras no.

Para Soledad Murillo (2008) los representantes de la moral, la filosofía, la medicina, la política, el movimiento sindical, van a manifestar el rechazo al trabajo femenino. La forma más habitual de limitar el acceso de la mujer al mercado de trabajo va a ser la legislación proteccionista –autorización del marido para ejercer una profesión-. En la actualidad, no se recurre a la ley para clausurar el acceso de la mujer a la ocupación, sino que se despliegan diferentes mecanismos de «cierre

social»: auténticos procesos de exclusión social en cuya virtud se asignan posiciones sociales, a la vez que se distribuye el empleo y los ingresos de forma discriminatoria según sexo.

Soledad Murillo ha puesto de relieve que la salida del espacio doméstico emprendido por las mujeres, las aboca al vacío, comporta «*el riesgo de no ser reconocible desde ninguna función*». Hay en efecto un malestar en la emancipación: que se manifiesta al saberse distinta, desorientada por inaugurar un espacio nuevo.

Podríamos denominar un factor asociado a esta educación recibida: “*Falta de asertividad manifestado en la -Prohibición del egoísmo de las mujeres, Dificultad para tener un proyecto “propio” de vida-*”.

Existen diferentes causas que pueden provocar depresión en las mujeres, pero hay un acontecimiento que se repite en todas y es la falta de asertividad -dificultad de expresar sus deseos y de afirmarse como persona-. No son capaces de expresar lo que sienten -asertividad- por la baja autoestima, sentimiento de culpa, conformismo social fruto de la educación recibida. Estas características también se han encontrado en los *hombres que sufren depresión*:

- Hombre 42 años: “*Soy indeciso, busco el bienestar de los demás, me afectan mucho las cosas. Mi mujer por ser mujer tiene más carácter que yo, soy introvertido*”.

- Mujer 53 años: “*Me siento culpable de los problemas que tiene mi hijo. No tengo derecho de sentirme así pues tengo amigos, pero no puedo hacer nada*”.

- Hombre 61 años: “*Soy una persona que cualquier cosa me afecta, soy obsesivo. Me lo trago todo antes de enfadarme con nadie. Valdría la pena chillar y ya está*”.

- Hombre 73 años: “*Tengo un carácter muy reservado, soy poco comunicativo, prefiero discutir poco*”.

- Hombre 73 años: “*Soy muy sensible, cumplidor, perfeccionista, lloro, sufro por los demás más que por mí, me lo enseñó un fraile (cartujo) que influyó mucho en mí*”.

- Hombre 78 años: “*Soy muy perfeccionista. Tengo un cáncer y me preocupa mi salud, pero también la de mi mujer*”.

- Mujer 37 años: “*Todo lo he de realizar yo, soy muy sufridora. Estudié magisterio, me hubiera gustado estudiar química, pero ya tenía novio cuando me marché a estudiar. Todo el trabajo ha de pasar por mí, no podía dejar ninguna tarea a medias, tenía mucho estrés. Estoy contenta, pero quizás he dejado de realizar proyectos personales*”.

- Mujer 45 años: “*Sufro mucho, si un día no tengo nada para sufrir me pregunto ¿Qué pasará hoy? Soy introvertida y muy responsable*”.

- Mujer 45 años: *“Soy muy indecisa, dependiente, cuando pienso en mí tengo sentimiento de culpa, soy pasiva, intento evitar siempre los conflictos”.*
- Mujer 46 años: *“Callo en lugar de enfrentarme a los problemas. Soy tímida e insegura”.*
- Mujer 51 años: *“Me considero inútil. Solo sirvo para limpiar, no me valoro para nada. Si me hubiera adoptado un matrimonio que estuvo a punto de hacerlo pienso que mi vida hubiera cambiado. Siempre he tenido miedo de hacerlo todo mal, miedo de que mi marido se enfadara”.*
- Mujer 51 años: *“Sufro mucho por todos, soy obsesiva y perfeccionista, siempre pienso en los demás. Pienso que no valgo nada”.*
- Mujer 57 años: *“Nunca he exteriorizado mis sentimientos. Primero eran siempre los demás. Me decepcionó mucho el que mi madre no me quiso cuidar a mis hijos para poder continuar trabajando yo, pues yo siempre la había ayudado en todo. He sido muy débil, incapaz de afrontar los problemas”.*
- Mujer 74 años: *“Yo siempre soy la última”.*

Incluso hay una persona de muy bajo nivel socioeconómico con muy pocos recursos que afirma la importancia de la dignidad. Las mujeres no quieren que les den nada, quieren ganárselo, pero no saben cómo hacerlo, cómo pedirlo pues no disponen de los mecanismos para hacerlo, creen que son poca cosa, que no valen nada, que les rechazarán, que les dirán que no.

- Mujer 24 años: *“¿De qué te sirve ir a “pedir algo” si te lo dan como si fueras un bicho raro y con desprecio”?*

Está afectada de depresión, también de fibromialgia, pero le gustaría ganarse dignamente la vida y no puede porque no tiene estudios ni medios, ha entrado en el círculo de la pobreza y subsiste con la paga que le dan por cuidar a una señora mayor, recoge chatarra de vez en cuando, tiene una hija y está embarazada. Ha sufrido violencia de género física, psíquica y sexual. Su madre la abandonó de pequeña y sólo la iba a verla de vez en cuando. Hay días en que no se levantaría y si lo hace es solo por su hija. Su salud es de 2.

El rol de género es un hecho educacional que se aprende con la convivencia en sociedad -escuela, familia, amigos...-. Las mujeres como consecuencia de la educación recibida aprenden a mantener *vínculos afectivos insatisfactorios* caracterizados por una *disponibilidad incondicional hacia las necesidades de los*

demás, sean hijos o bien otros familiares, en vez de desarrollar relaciones de respeto mutuo y reciprocidad.

Escasas de autoconfianza, las mujeres tienden a sobreadaptarse al medio y al conformismo social, con tendencia a la pasividad, la percepción de falta de control personal sobre las consecuencias del conflicto, la evitación general de conflictos interpersonales, y al control emocional para ocultar los sentimientos propios.

Este aislamiento social tradicional de la mujer es un significativo factor de riesgo en el desarrollo de la enfermedad y deterioro de la salud, mientras que la integración social refuerza el bienestar y la salud mental a lo largo de la vida. Así, por ejemplo el tener un empleo de calidad -con autonomía, variedad, claridad, valoración social...- proporciona numerosos refuerzos personales que refuerzan la autoeficacia y la autonomía de la mujer trabajadora. El resultado positivo o negativo del trabajo sobre la salud de la mujer va a depender de su percepción del mismo, calidad del rol laboral y de otros factores contextuales -situación familiar, valores sociales, etc.-.

Para conseguir una buena salud mental es importante que la mujer sepa *definir sus necesidades* y lo traduzca en palabras. Se necesita que comunique a los demás lo que quiere o lo que le angustia para que los demás la puedan ayudar. Quizás con esto no habrá suficiente y se necesite también campañas de sensibilización al otro sexo para fomentar que asuman roles para los que no se les ha formado.

Si nos dirigimos a un nivel macrosocial sería importante realizar *campañas informativas y formativas a los dos sexos*: el femenino para que aprenda a identificar y expresar sus necesidades y al masculino para que asuma aquellas tareas para las que está igualmente capacitado, para las que no se le ha educado y también para que identifique y exprese los malestares que siente.

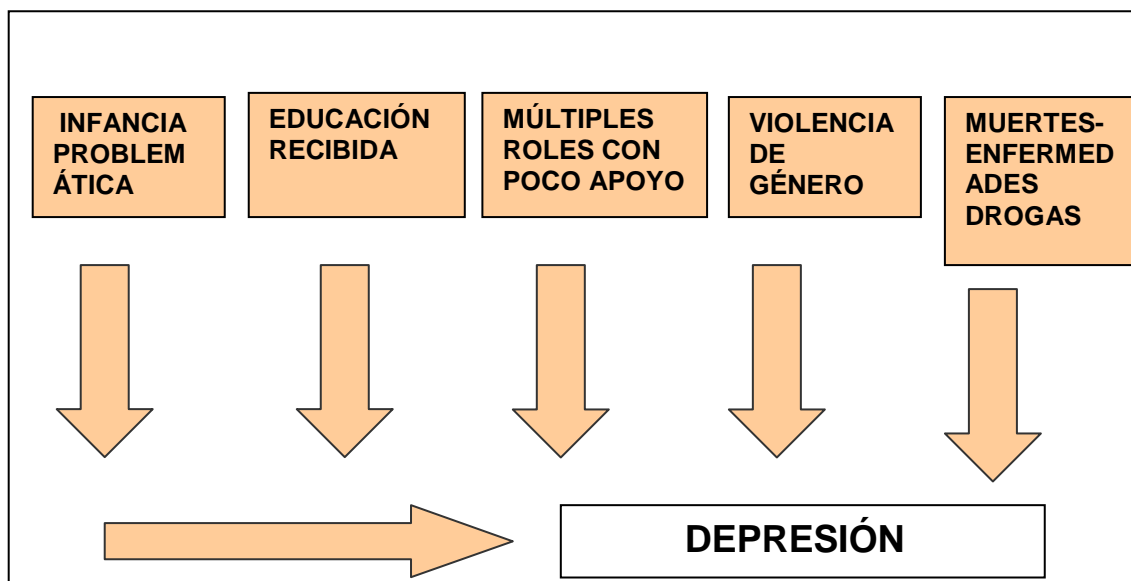
Todo ello va unido a las diferencias de estatus y de prestigio social que por supuesto condicional el desarrollo emocional para hombres y mujeres: los hombres experimentan más sentimientos autoevaluativos positivos, las mujeres experimentan más sentimientos autoevaluativos negativos, como ira, vergüenza, culpa, en todos los grupos de edad. Así, aunque la expresión de ira se asocie de manera estereotipada con el varón, las mujeres reconocen estar enfadadas con mayor intensidad. Los varones utilizan estrategias más directas, mientras que las mujeres lo evitan, vuelven la agresividad contra ellas mismas o la expresan de forma verbal.

«Desde niñas tienden a ser responsables del bienestar de los demás, mientras que los niños crecen esperando ser cuidados por las distintas mujeres que hay a lo largo de su vida». «Además los límites sociales y morales son más rígidos y estrictos

para ellas que para ellos, por lo que tienden a replegarse al ámbito doméstico, aunque la mayoría de violencia de género tiene lugar en el espacio interior» (Mingote, 2004:28).

Según Castaño (1996) «las mujeres socializadas en los roles tradicionales, no se atreven a manifestar sus inquietudes, debilidades como persona, pues tienen que aparentar ser, a la vez, mujer y madre ideal y perfecta». En muchas ocasiones desarrollan el masoquismo, como mecanismo para soportar lo que a uno no le gusta, llega a soportar las situaciones más dolorosas a cambio de mantener esa familia que tanto ha deseado. El masoquismo le conducirá al autoengaño, al disimulo, a creer que puede resolver cualquier conflicto por complicado que sea. *«Es capaz de pedir ayuda para los demás, pero no es capaz de pedirla cuando se refiere a sí misma. Cree que la familia adivinará sus sentimientos y necesidades, pues ella se siente capaz de anticiparse a los deseos y necesidades de los otros».*

Figura 6.2.1.4.1. Causas más frecuentes de depresión en mujeres



Las causas de depresión para los hombres son las mismas “*dificultades que encuentran en la vida*”. Como todos los hombres trabajan, en este campo han encontrado enormes dificultades “*violencia laboral alta*” –*moobing*- y “*estrés laboral*”, las “*pérdidas*” son difíciles para ellos -*separaciones, muertes* sobretodo de la mujer-, así como las “*enfermedades*”.

Las mujeres depresivas han experimentado dificultades en la vida que no han sabido gestionar, debido a unos patrones culturales establecidos que las convertía en indefensas (Seligman, indefensión aprendida). Esta teoría resulta muy interesante y de aplicación directa al contexto social. La mujer tiene unos recursos escasos que no sabe gestionar debido a su "rol subordinado", quizás intente luchar en un principio, pero al ver que tampoco podrá solucionar sus dificultades, económicas, de trabajo, de relación.... no hace nada por evitarlo, porque no sabe o no puede hacerlo.

Es importante buscar la integración social como decía Durkheim. Buscar la integración *significa vincularnos con las estructuras de la sociedad*. La integración significa vincular al individuo con el proyecto colectivo y reglamentar -haciendo comprensible, controlando el mundo cotidiano-, el bienestar se verá afectado en forma positiva. Para la integración social de la mujer primero se han de visibilizar los problemas principales que le afectan para luego intervenir -Violencia, Múltiples cuidados, Discriminación de género, Pobreza...- (Sánchez E, 1998:537-544). El apoyo social se ha demostrado que mejora la salud de las mujeres. El papel positivo de los lazos sociales para promover la salud y prevenir la depresión se ha convertido en un área de dedicación creciente.

La disponibilidad percibida de apoyo específico en una situación de estrés, dará lugar a una reducción del impacto de esta situación. La relación con los padres o con quien se hacen cargo de los menores es muy importante en el desarrollo de la persona. El cuidado afectuoso permite que los niños desarrollen sus emociones y otras funciones tales como el lenguaje, la inteligencia, la regulación de las emociones.

Las teorías sobre los factores de apego de Bowlbe destacan *«la importancia de las características de las relaciones tempranas como patrones de las futuras relaciones»*. Sus observaciones lo llevaron a descubrir que las relaciones desafortunadas llevaban a problemas psiquiátricos. En las investigaciones sobre los primeros vínculos de Burruelo (2002) aparecen los estudios de Brown y cols que pudieron comprobar que los *cuidados de crianza inadecuados* operan como factor de vulnerabilidad entre: la pérdida de la madre antes de los 17 años, la ocurrencia de un factor precipitador adecuado y la presencia de la depresión, pero nos cuesta más comprender la sobreprotección o el excesivo control que el déficit de cuidados.

En los estudios de Zahn-Waxler sobre las diferencias de género en la depresión que analiza Félix Cova (2005) observa que *«la educación de las niñas fomenta la dependencia, obediencia, falta de asertividad, y falta de seguridad en si mismas»*. De acuerdo con esta autora, el efecto conjunto de estas experiencias generaría en las niñas una presión para suprimir la experiencia de ciertas emociones como *la rabia*, y para adaptarse al medio, con un costo emocional relacionado con una mayor susceptibilidad al sentimiento de culpa y a la crítica extrema y a experimentar insatisfacción consigo misma. Se inhiben las conductas desadaptativas con el coste de predisponer a las mujeres a presentar más trastornos en etapas posteriores de la vida (Cova, 2005:418-424).

Las mujeres después de sufrir la depresión y al cabo del tiempo se dan cuenta de la educación a la que han estado sometidas y al reconocerlo ejercen mecanismos positivos para sobreponerse:

- Mujer 38 años: *“Estaba demasiado sobreprotegida. No me dejaban hacer nada y la verdad es que yo no me he consideraba tan inútil. Hubiera podido trabajar en alguna tienda, diciendo lo de mi enfermedad y ya está”*.

- Mujer 45 años: Hija única. *“Soy muy responsable. Tengo tendencia a preocuparme por las cosas. Soy hiperactiva. Me sentía culpable ante mi futura maternidad”*.

Las mujeres entrevistadas, nacidas en los años de la guerra y posguerra han tenido que adoptar un papel de “trabajadoras” en el hogar familiar desde muy pequeñas, ya que estaba el país en unas condiciones sociales muy precarias. Las condiciones socioeconómicas desfavorables hacen que surjan conflictos sociales, familiares y personales, y si se trata de mujeres todavía más.

En Hombres diagnosticados de depresión, se encuentra una *educación en valores más bien femeninos*:

- Hombre 37 años: *“Siempre trabajé de pequeño rodeado de mujeres pues en mi casa tenían un horno de pan y trabajaban allí mujeres, mi madre y mi hermana. He sido muy admirador de mi madre y de las mujeres que trabajaban en la panadería”*.

Valores: *“Admiro a todas las mujeres. Siempre he querido formar una familia, sufro por los demás, autoexigente, perfeccionista, nunca decía que no en el trabajo”*.

- Hombre 65 años: *“Tenía dos hermanas más pequeñas. Me crié sin padre que murió cuando yo tenía dos años. La educación que tuve es la de un hombre que se cría con*

mujeres. Mi madre trabajaba y yo iba a comprar, hacía la comida... para que cuando mi madre llegara lo encontrara todo apunto”.

Valores: “Introvertido, no autoritario... Me afecta cualquier cosa”.

6.2.1.4.3. DIFICULTAD PARA AFRONTAR LA MATERNIDAD

La mayor parte de las culturas, en la medida que se trata de organizaciones patriarcales, identifican la feminidad con la maternidad. A partir de una posibilidad biológica, «se instaura un deber ser, una norma, cuya finalidad es el control tanto de la sexualidad como de la fecundidad de aquellas». La división del trabajo propia de toda estructura patriarcal establece que las mujeres, «además de la concepción, gestación, parto y lactancia, se ocupan casi en exclusiva de la crianza de los niños que, por otra parte, no es reconocida como trabajo social» (Tubert, 2004:111-112).

Por tanto, la maternidad en nuestra sociedad ha comportado un gran peso tanto físico como emocional para las mujeres pues era un ámbito reservado para ellas. Aunque en la actualidad parece que la crianza empieza a compartirse, todavía la mayor parte de la carga es soportada por las mujeres.

Aparece la depresión posparto en algunas mujeres, que todavía no se explican el porqué. En realidad la mujer asume unas funciones como propias sin plantearse los costes que van a reportar -matrimonio, maternidad-, cada día la gente joven se lo plantea más, pero no es el caso de la mayoría de las mujeres entrevistadas. Han sido educadas en un periodo histórico donde la maternidad se ha magnificado.

El deseo del hijo no es natural sino histórico, se ha generado en el marco de las relaciones con los otros, resulta de una operación de simbolización por la cual «el futuro niño representa aquello que podría hacer feliz o completa a la madre». Y es que el nacimiento y la muerte ocupan un lugar central en el imaginario colectivo de todos los tiempos. «La capacidad de transmitir la vida como la capacidad de quitarla se interpretan como expresiones de una potencialidad de carácter divino o mágico». Quizá por esa razón se evoca la capacidad generadora de la mujer mediante una imagen omnipotente e ilimitada. «La mujer que no es madre perturba el orden establecido, pone en cuestión aquello que regula las relaciones entre hombres y mujeres y atenta contra el sistema de exclusiones que rige el orden jerárquico establecido entre ellos» (Ibídem: 113-118).

Algunas mujeres describen la importancia para ellas del hecho de ser madres. Alguna ya de pequeña cuidaba los hijos de su hermana y es que para ellas “la

maternidad es lo más grande". Algunas quieren tener hijos enseguida después de casarse y si al primer mes no quedan embarazadas piensan que no van a poder tenerlos nunca. Otras en cambio han vivido una vida "moderna" con formación universitaria y en el momento que han de ser madres, sufren una "desestructuración de su vivienda", como lo identifica una mujer con depresión que es escritora. Inconscientemente, la maternidad en nuestra cultura representa una "fuerte obligación" para algunas mujeres que han vivido una vida diferente a la de la mayoría de las mujeres de su época con estudios superiores, que han estudiado, trabajado, no han parado y en un momento de su vida ya mayores deciden casarse, afrontar la maternidad y encima a veces ésta es doble pues su pareja llevaba dos hijos más, por lo que la maternidad se triplica.

No es que no fueran hijos deseados, sino porqué para ellas representa una gran "obligación" que no saben si serán capaces de asumir.

Una mujer argumenta que ha tenido dos crisis de pánico y siempre que le ha pasado es cuando ha tenido vacaciones de su trabajo: quizás es el momento en que baja la guardia de sus obligaciones laborales y se da cuenta de que "tiene otra vida" que es su familia con las obligaciones que ello le reporta.

A veces ha ido unido con un "ataque de pánico". El ataque de pánico es algo horroroso. La psiquiatra le pidió a una mujer escritora que le definiera el ataque de pánico y ella le dijo que no se lo hiciera recordar porque era un suceso terrible, no es que estuviera triste, es como una casa que estuviera ordenada y de golpe se te desordena. La psiquiatra le dijo que tenía unos niveles bajos de "serotonina", le comentaba: por favor súbeme los niveles de serotonina. Piensa que no tendrá fuerzas para tener los hijos y después no las tendrá para "solucionar los problemas del mundo" como afirma una mujer ante la impotencia que siente cuando cree que no podrá superar el parto y morirá, cree que para ella es una desgracia absoluta, que no lo podrá superar y la desgracia afectará a todos los miembros de su familia. Después del ataque de pánico, queda una cefalea crónica -dolor de cabeza-, la psiquiatra lo identifica como un síntoma de depresión, a lo que la paciente se revela pues para ella es un dolor de cabeza sin más.

Aparece la pregunta de: "*¿Por qué me ha de pasar a mí?*" Se preguntan porqué les ha pasado a ellas "unas mujeres tan fuertes, responsables, trabajadoras, con una alta formación académica y un buen reconocimiento social". Porque no aceptan la maternidad tal como ha estado definida culturalmente. Una nos pregunta: "*¿Encontráis la época de gestación bonita?*" Identificando todos los cambios físicos que comporta a la mujer. En el fondo cuestionan aspectos de la maternidad "como

ideal femenino”, lo que sienten entra en contradicción para aquello que fueron educadas.

Estas mujeres se sienten "atadas" con la llegada del hijo y como son muy responsables y perfeccionistas creen que no lo harán bien. Una incluso llega a registrar diariamente todas las cantidades de leche diariamente que toma su hijo y siente miedo de que esté mal alimentado. Nos realizan algunas preguntas que son afirmaciones: *“¿No crees que me vino grande lo de tener el niño?, yo creo que eso fue lo que me provocó todo el malestar”*.

- Mujer 46 años: *“Siempre he trabajado, dando clases, cursos de reciclaje, escribiendo... Dejo de trabajar a los 8 meses de embarazo y me doy cuenta de que aquel hijo que esperaba lo tenía que sacar. Se hace evidente el hecho de la maternidad-, fue la primera vez en la vida que había parado incluso en verano. El hecho de la maternidad se hace real pues es evidente que se “acerca la hora” y como es la primera vez en su vida que ha dejado de trabajar, a los tres días que lleva inactiva se da cuenta de todo lo que espera. A las 3 de la mañana, me despierto con una crisis de pánico”*. Nos describe que *“no podía entender que un niño me saliera a mí de la barriga”*, es decir no entendía o no “quería entender ni afrontar la maternidad”.

“Tuve a mi hijo muy bien y al cabo de dos años otro ataque de pánico y síntomas depresivos”. *Pensé en que moriría y mi hijo, marido, hija de mi marido se quedarían solos, que la niña no podría estudiar, me sentía culpable”*.

Las mujeres en la medida que se someten a las fecundaciones, buscan la *identidad con el ideal, no vale la semejanza* –la adopción-. «Los sucesivos intentos de embarazo, con los consiguientes fracasos, conducen un retorno de las identificaciones primarias, fundamentalmente de la identificación narcisista madre-hijo y su resultado es el sacrificio del cuerpo a favor de la imagen ideal que aquél se niega a encarnar» (Ibídem: 129).

El hecho de no poder ser madres, ha hecho caer en depresión a dos mujeres del estudio.

- Mujer 51 años: *“Me ha obsesionado mucho el no tener hijos”*.

- Mujer 46 años: *“Es el trauma de mi vida, ya llevo 6 inseminaciones. Siempre he pensado que quedaré embarazada pero no ha sido así. Ya lo he dejado aparcado. He tomado muchísimas hormonas y quizás han sido causa del cáncer de mama que me ha aparecido”*.

Otra entrevistada identifica la depresión con no poder tener “una hija”, teniendo ya dos hijos, pero ésta era su obsesión.

En el estudio Machado y cols (1997:161-166) sobre depresión puerperal en el que estudian a 304 mujeres atendidas de parto en un hospital general, encontraron una frecuencia de depresión de 15% y asociaciones significativas con la presencia de depresión previa, en el embarazo o antes de él, con el padecimiento de enfermedades crónicas, falta de ayuda doméstica y bajo soporte social. En el metaanálisis de Beck (2002:394-425) sobre 84 estudios publicados en la década de los noventa, se detectaron los siguientes factores de riesgo predictores de depresión posparto:

- Antecedentes de depresión durante el embarazo
- Baja autoestima
- Inadecuado soporte social
- Relaciones maritales conflictivas
- Historia personal de depresión previa
- Temperamento del niño
- Tristeza en el posparto
- Estatus marital
- Estatus socioeconómico
- Embarazos no planeados o no deseados

Vemos que la mayor parte de estas causas identificadas son dificultades psicosociales.

La maternidad en la sociedad actual, comporta numerosas dificultades por el esfuerzo y dedicación que exige sobretodo para la mujer debido a la fuerza que tiene la división sexual de funciones ya que la mujer desempeña la mayor parte de tareas como son la crianza y el cuidado de los hijos. Éste es el principal obstáculo para que las mujeres con hijos busquen empleo, y si lo encuentran, se promocionen profesionalmente igual que los hombres (Castaño, 1996:99-100). La reducción de la natalidad es el coste que ha de pagar la sociedad española por no cambiar sus pautas de comportamiento en función de las necesidades de su mitad femenina. Este destino no es irreversible, como muestra la experiencia de Suecia y Dinamarca y otros países del Norte de Europa, donde la natalidad ha vuelto a aumentar en paralelo con la mejora social de la mujer (Ibídem).

6.2.1.4.4. VIOLENCIA

- *Violencia Laboral*; Es una causa importante de depresión.

Se puede degradar a la persona poniéndola en los peores puestos de trabajo para favorecer a otro o haciéndole trabajar incluso en condiciones inhumanas: *“trabajaba de limpieza en una institución, y cuando llovía me hacían salir a barrer la calle para que me mojara”*. Aparece el exagerado control por los supervisores, la sensación de que la vigilancia es exclusiva para el acosado *“solo me vigilaba a mí”*, que se sienten humillados cuando son personas brillantes con un elevado sentido del deber, capaces de hacer múltiples tareas y sacarlas todas adelante, cosa que pone más en guardia todavía a las personas acosadoras.

A algunas, les deniegan los permisos incluso para ir al médico, y lo que más molesta es que han de dar explicaciones continuamente cuando salen del trabajo de las pruebas o médicos a los que van a ir a consultar, el control llega hasta tal extremo que es vivido como una *“pesadilla”*, quizás es una manera de evadirlo y es como pensar que no les está sucediendo a ellos.

Se vive como un problema que no tiene solución, y posteriormente se agradece mucho las personas que *“en ese momento”* les apoyaron, porque son muy pocas. Llega a acumularse un profundo odio interior hacia estas personas que les están controlando de esta manera: cuando hay un cambio político, esperan que cambien a sus jefes, más bien, esperan que los cambien a todos, pues culpabilizan a toda la escala administrativa de lo que les pasa. Los agresores llegan incluso a atacarles de cosas que han hecho mal sin ser ciertas, atribuyéndoles ciertos errores que son de otros compañeros para ponerles en evidencia delante de otros compañeros y hacerles sentir mal.

Muchas de estas personas se han desvivido por la empresa pero llega un momento en que ya no interesan, bien porque están enfermas (IT) o por diferentes motivos. Hay un absentismo de la víctima que está enferma con diferentes problemas físicos, a veces *“porque no caen bien y no saben cual es el motivo”*, el caso es que dejan de interesar. Se reciben presiones directas o indirectas para que abandonen el trabajo o se reincorporen de la situación de incapacidad en la que estaban. A veces el agresor es una persona que ocupa un cargo superior, pero otras veces puede venir de un compañero-a *“que les hace la vida imposible”*. La persona no dice nada, incluso llega a asumir el trabajo del compañero, otras veces los insultos son evidentes y las amenazas se realizan incluso por vía telefónica.

El trabajo en el sistema capitalista según Marx producía «alienación», la violencia en el mundo laboral también es una forma de alienación que puede producir depresión ya que las capacidades humanas quedan anuladas.

A las personas les gusta que les reconozcan su trabajo, y no siempre es así.

Las personas con cargos de responsabilidad deberían tener una elevada formación en políticas de gestión empresarial y de Recursos Humanos, pues es importante que las personas reciban un buen trato. Las víctimas llegan a tener miedo, pánico a estas personas acosadoras o incluso algunas tienen pánico a acercarse a la empresa.

Muchas veces no es la persona directamente responsable de la agresión, sino que son “políticas Verticales” frente a una reestructuración, deslocalización o cierre de la empresa.

Algún trabajador ha estado más de un año acudiendo al trabajo pero sin trabajar pues no les daban trabajo alguno, ya que querían cerrar la empresa. Se llega a la convicción de que para las “empresas” sólo somos números y el día que no interesas te mandan a la calle o te hacen la vida imposible para que abandones.

Cuando la persona de la que son víctimas tiene un elevado poder, puede llevar a anular a la persona durante mucho tiempo. Una mujer estuvo completamente anulada durante 10 años, ahora el agresor ya no ocupaba el puesto directivo anterior y se sentía liberada, enseguida le ofrecieron realizar un curso de formación pues tenía una titulación universitaria importante que el anterior jefe nunca se lo reconoció.

Se da un abuso de poder, incluso se busca el dominio de la mujer sexualmente, pero no de manera explícita que podría ser fácilmente condenable, sino de manera solapada y más subliminal, cosa que todavía duele más, pues no se puede poner en evidencia ni hacerlo público pues se las habrían calificado de estar mentalmente enfermas.

Las mujeres y hombres que sufren estos abusos de poder cronificados, sufren en su mente y su cuerpo apareciendo diversas patologías.

En otros casos, el abuso de poder de un superior intentando buscar un favor sexual, se realiza de forma directa y es la mujer quien se siente avergonzada y triste, sobretodo si son mujeres mayores que casi se encuentran en la edad de la jubilación y nunca les había ocurrido una cosa como esa. No entienden que “se les insinúen a esas edades” pues ya no tienen ni juventud ni belleza, son mujeres con unos altos valores morales y de respeto hacia la autoridad, mujeres que nunca faltaron a su marido, siempre las habían respetado y se lo pasan realmente mal llorando cuando

no les ve nadie. Describen una situación por la que ya habían pasado algunas de sus compañeras, pero creían que nunca les sucedería a ellas.

Algunas mujeres se sienten utilizadas porque sus jefes las utilizan para lograr sus objetivos y cuando ya tienen el poder y ya no las necesitan, las tratan mal o las ignoran. La violencia laboral llega incluso a traspasar la presencia física del agresor. Cuando un encargado se jubila y abandona su puesto puede seguir culpabilizando y agrediendo a la víctima extendiendo “rumores” falsos por medio de otras personas para hacerle daño.

Algunos han recibido llamadas telefónicas con insultos. Se les dice tanto que no valen nada que llegan a creérselo, su nivel de autoestima llega a niveles muy bajos.

La mayoría de violencia denunciada es la que ha sido “política de empresa”. En algunos casos ha habido denuncia y la empresa ha intentado pactar con el empleado poniéndose en contacto con él antes de que se celebrara el juicio. Ha habido indemnización en algunos casos, pero el daño psicológico que tardará tiempo a curar ya estaba hecho. Se sienten impotentes y con sentimiento de culpa de no haberlo evitado; no sabían porqué cuando se sentían agredidos no reaccionaban, y pensaban que cualquier otra persona lo hubiera hecho. Por ello se sienten menospreciados y mal.

Las empresas tendrían que utilizar unos métodos no tan agresivos y que afecten de manera tan negativa a la salud de las personas cuando quieran hacer reajustes, cambios o deslocalizaciones ya que con estas políticas se consigue que las personas entren en un círculo que perjudica no solo a su salud mental provocando fuertes depresiones y crisis de ansiedad, sino a su salud física pues se producen enfermedades crónicas que arrastrarán a lo largo de sus vidas.

En algún caso aparecen las “crisis de pánico” como síntoma de desgaste y de la impotencia ante una situación insostenible, que lo describen como una verdadera pesadilla -como si fueran a morir-. En muchos casos, después de un periodo crónico de dificultades y situaciones vividas para la persona con gran tensión aparecen enfermedades identificadas como consecuencia de la situación vivida.

- Hombre 42 años: *“En agosto de 2002 tuve la crisis de pánico como culminación de un largo proceso de moobing”.*

“Todo el tiempo que estuvieron acosándome, en diciembre me apareció una alergia, posteriormente lumbalgia, diarreas...”

- Hombre 65 años: Después del periodo de “violencia laboral” se le diagnosticaron diferentes enfermedades. *“Ahí salió todo”.* Se le diagnosticó a los pocos meses

diabetes tipo II, dislipemia, hipertensión, él lo asocia a las dificultades vividas, y afirma que se sentía presionado “a tope”. Estuvieron 2-3 años en el lugar de trabajo “con los brazos cruzados”, poco a poco les iban bajando el sueldo, se llevaban el trabajo a empresas subcontratadas que tenía menor coste.

En los hombres la violencia laboral -mobbing- se da en 5 casos (45%). Un caso de violencia telefónica no relacionadas con el trabajo -amenazas-, abuso de drogas en 2 casos (18%), 3 (27%) con enfermedad grave. Los más jóvenes tienen como causa el abuso de sustancias, los mayores la enfermedad y los de mediana edad, la violencia laboral.

Muchas personas hasta que no llegan a una situación identificada por ellas como el límite posible de traspasar, aguantan la situación: éste puede ser “amenaza con un cuchillo en la barriga “hasta “un golpe en la cara con un morado enorme”.

Desde la OMS. se destacan los siguientes posibles efectos de la violencia sobre la salud física de las mujeres: Trastornos crónicos (Síndrome de dolor crónico), Síndrome del Intestino Irritable, Trastornos gastrointestinales, enfermedad somática, fibromialgia, cansancio crónico, asma ...; conductas de riesgo para la salud -fumar, abuso de alcohol y drogas, conducta sexual de riesgo, inactividad física, ingesta excesiva, etc.-; consecuencias sobre la salud reproductiva -embarazos no deseados, embarazos precoces, trastornos ginecológicos, abortos espontáneos, complicaciones del embarazo, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedades de transmisión sexual-

Existen también numerosos estudios centrados en las consecuencias psicológicas de la violencia. Así los síntomas comúnmente destacados son: ansiedad, depresión, pérdida de autoestima, sentimiento de culpa, aislamiento social, trastornos psicósomáticos, trastornos sexuales, trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios. Para Corsi que analiza la violencia en Galtung (1990) afirma que «estas personas registran una marcada disminución de su rendimiento intelectual que afecta a sus actividades laborales y educativas -absentismo, dificultades de concentración, etc.-». Muchos de estos efectos persisten una vez se ha puesto fin a la reacción violenta, y algunos acompañan a la víctima toda la vida (Corsi, 1990:291-305).

- Hombre 37 años: Violencia laboral. *“Después de 1 mes de reposo por una hernia discal llegué al trabajo y todo cambió. Me siento decepcionado, pensaba que me trataban como a una persona pero sólo soy un número. He dado siempre mucho por la empresa y no se han portado bien conmigo. Me sentía culpable, tenía “miedo” de la empresa”.*

Valores: Se define como que se da mucho a los demás sin esperar nada a cambio. *“Sufro por los demás, Soy exigente, perfeccionista. Después de esto he cambiado”.*

- Hombre 42 años: *“Violencia laboral. Reorganización de empresa pues la fábrica no funcionaba y sobrábamos. Recibía insultos, llamadas telefónicas. Me sentí acosado, desde entonces ya no soy el mismo. No te lo llegas a creer”.* Tuvo una crisis de pánico de estrés postraumático. Denunció y la empresa quiso pactar.

“Hay gente que sin querer hace daño a los demás y por conveniencia los empresarios los suben muy arriba”. *“He visto mujeres que lo han pasado muy mal”.*

Valores: *“Era muy introvertido, todo me lo callaba. Perfeccionista, me afectaban mucho las cosas. Mi mujer tiene más carácter que yo”.*

- Hombre 59 años: *“Tuve violencia psicológica en el trabajo. Mis compañeros me marginaron, me quedé solo. Lloraba, me lo pasé muy mal. Me atribuían pérdidas de objetos que mi encargado escondía adrede y al día siguiente aparecía en un lugar que yo no había dejado. Me fui del trabajo y me puse a trabajar como autónomo”.*

Personalidad: *“No me avergüenzo de mi parte femenina, hago yoga y estoy en contacto con yoghis de los EE.UU. Empecé con un yoghi de la India hace muchos años”.*

- Hombre 65 años: Violencia psicológica en el trabajo. Frente a la renovación industrial de una empresa familiar. *“Querían ir eliminando plantilla poco a poco. Nos sentíamos aislados, nos marginaban. Yo tenía antigüedad en la empresa y cobraba más. Cortaban el trabajo. Llevaban el trabajo fuera a empresas que subcontrataban. Estuvimos 2 o 3 años de brazos cruzados”.*

Valores: *“Soy una persona que cualquier cosa me afecta. Los problemas me obsesionan. Me lo “trago todo antes de enfadarme”. Creo que vale la pena chillar y ya está. Yo siempre he sido el último, primero los demás”.*

- Mujer 46 años: Formación universitaria. Diplomatura. Violencia laboral. *“He sufrido mucho control por parte de mi supervisora. No me daban ni un día para ir al médico, además había de explicar todo de las visitas médicas, en cambio mi marido me venía a acompañar a mí y nunca le habían puesto ningún problema, sólo decía mañana no vengo que voy a acompañar al médico a mi mujer. Me he sentido poco reconocida, poco valorada”.*

“He tenido “sensación de culpa” cuando estaba bastante tiempo de baja pues tengo una hernia discal y a temporadas no me he encontrado muy bien”.

- Mujer 44 años: Formación universitaria: Diplomatura. Violencia laboral. *“Tengo muchas dificultades de promoción laboral. Trabajo para tener un nivel de vida mejor, la principal carrera es la de mi marido pues gana más que yo. Yo trabajo y ya está, mis 7 horas y me voy a casa. Lo principal para mi son mis hijos y mi vida fuera. Cuando tuve los problemas de presión psicológica en mi trabajo, aquello me mató. Hace mucho tiempo que no hago cursos de formación”.*

- Mujer 42 años: *“Mis dos jefes se unieron para hacerme la vida imposible pues querían que saliéramos para que entraran compañeras de otra empresa pues nos enfrentábamos a una privatización. Como yo resistía la tomaron conmigo”.*
“Aguanté y me fui después con la cabeza bien alta pero a partir de entonces sigo con tratamiento”.

- Mujer 26 años: Violencia laboral. *“Todos los días que llovía me hacía salir a limpiar a la calle. Denuncié a mi jefe. Ahora ya no lo es y ha seguido amenazándome y haciendo la vida imposible. El mal trago me lo pasé al principio, hay mucha gente así. Yo soy muy sensible y me pongo mucho las cosas en la cabeza”.*

- Mujer 28 años: Violencia por el novio. *“No me dejaba salir con las amigas, ni ver a mis padres. Me llegó a acusar él y su madre “de que trabajaba de prostituta”. Era muy celoso, me seguía por las noches. Me costó irme, era masoca. Él negaba todo. Me amargó mi juventud. Estuve dominada por él”.*

Violencia en el trabajo: *“No le caía bien a una encargada, con la jefa superior me llevaba bien. Me controlaba, a las demás no. Cuando no me encontraba bien me decía que todo era cuento. Más no podía trabajar, yo soy muy trabajadora. Hacía de todo e intentaban machacarme”.* La violencia hace que entres en una espiral que es difícil despegarte de ella, explican las mujeres una vez pasado el acontecimiento.

- Mujer 45 años: *“He sufrido abuso de poder. Me siento utilizada. Me utilizaron para afianzarse en el cargo. Estoy sentenciada de por vida, degradada. Lo hubiera podido denunciar pero no me he visto nunca con coraje. Aguantaba, aguantaba hasta que no pude más y terminé con una crisis de ansiedad. Siempre había callado, pero llegó un momento que dije que no podía más y me fui”.*

- Mujer 49 años: *“Recibía insultos de una compañera de trabajo que tenía al lado y que era familia de uno de mis jefes. Trabajábamos en la misma sección. Me afectó mucho. Nunca podía pensar que fuera una cosa tan horrible, no dormía, ni descansaba. Pensé en la muerte como alivio”.*

Valores: “Cualquier cosa me afecta, no se fingir, los demás son primero antes que yo. Soy muy organizada, quiero hacerlo siempre todo yo”.

- Mujer 59 años: *“En el trabajo me humillaban, me decían que no servía para nada, que era una impotente, que todo el trabajo lo hacía mal, que no me lo quitaba de las manos, no me dejaban ir al médico. Cosas que hacía yo se lo atribuían a otra y comentaban que lo hacía perfecto”.*

- Mujer 69 años: *“Me he sentido discriminada por ser mujer. Me hubiera gustado nacer hombre. Mi madre nunca se portó bien conmigo. La poca comida que había se la daba siempre más a mi hermano que a mí”.*

“Mi marido me amenazaba, me insultaba, cuestionaba la paternidad de mis hijos. Es un vago”.

- Mujer 71 años: Acoso sexual. *“Me decía cosas y yo nunca le he faltado el respeto a mi marido. Fue 3 meses antes de jubilarme. Me da mucha vergüenza explicarlo. Trabajé toda mi vida y siempre me habían respetado. He llorado muchísimo”.*

- *Violencia familiar*

Las mujeres explican retrospectivamente las agresiones sufridas por sus parejas y no entienden cómo fueron capaces de mantener a aquella situación. Existe una situación de dependencia y miedo importante y no rompen la relación hasta que se da un “suceso límite” que en su escala de valores ya no pueden tolerar, en algún caso es alguna agresión física importante *“me pegó en la cara y me salió un morado que me duró mucho tiempo, ya no pude más”.* Otras veces los golpes han sido frecuentes durante la relación pero un día se traspasa el límite que la víctima está dispuesta a tolerar *“me puso un cuchillo en la barriga y me violó”* y deciden romper la relación. Las víctimas no hubieran creído nunca que su pareja les hubiera podido hacer todo lo que les hacían.

Otras veces “el miedo” que aparece después de estas situaciones límites es el que hace insoportable la situación. A veces no son ellas, sino sus familiares quienes

les animan a dar el paso para “denunciar” la situación. Si los familiares de la víctima conocen mínimamente la situación y saben lo que ocurre temen lo peor y están continuamente sufriendo.

Por una parte se sienten aliviadas pero por otra temen la venganza, sobretodo en un caso que terminó con el encarcelamiento del agresor y la mujer temía que pudiera salir en algún momento de la cárcel porque sabía que había dicho que cuando saliera la mataría y se había enterado que a mitad de condena le darían algunos días de permiso.

Las mujeres que la han sufrido se han encontrado controladas, perseguidas. Alguna es acusada incluso de “*prostituta*”. Identifican haberlo vivido como “*un calvario*”, y describen a la pareja como celoso, muy extraño. Aparece el vínculo hijo-madre -en este caso la suegra- como una relación patológica que se encarga de controlar a la víctima.

Se establece como un complot, al igual que ocurre en la violencia laboral, donde es una persona la que suele ser la conductora de los hechos, pero las demás contribuyen a su desarrollo. Es una situación vivida para ellas con mucho sufrimiento que no se puede expresar en su totalidad, “*si no lo vives no lo sabes*”, al igual que la depresión que no se puede definir si no se experimenta.

Aparece la dificultad de abandonar la relación, vista retrospectivamente las mujeres se cuestionaron como pudieron aguantar tanto tiempo semejante situación. Lo describen como “*era masoca*”, y es que se crea tal situación de dependencia que es más fuerte que incluso los castigos psíquicos e incluso físicos. Es como si tuvieran una venda en los ojos que no pueden abandonar hasta que surge una situación límite en la que deciden abandonarla definitivamente.

El agresor intenta aislar a la víctima: no quiere que salga de noche con sus amigas, que se ponga cierta ropa “provocativa” si no va con él, la persigue, la vigila continuamente. La víctima lo describe como celoso, muy raro. A veces el agresor se alía con su madre para controlar a la víctima y la llaman por teléfono para vigilarla, le controlan los teléfonos a los que llama...

Incluso se les prohíbe la visita de sus familiares más cercanos -padres...-. Una mujer relata que ve más ahora a sus padres que viven a 100 kilómetros que cuando sólo vivía a 10.

Pero hasta que “*no lo pasas no lo sabes*”, dicen las víctimas. Viven la situación como si fuera un sueño donde ellas no son las protagonistas, quedan como anestesiadas, inmovilizadas y no son capaces de reaccionar.

Existe un gran control de las mujeres, no les dejan salir por la noche con amigas ni llevar cierto tipo de ropa si no van con él, pero a veces el control llega hasta tal extremo que no las quieren ver solas en la calle, ni pueden ir a comprar, y si miran a alguien les preguntan porqué les han mirado. La persona se ve anulada, encarcelada en sus cuatro paredes, esto ya es el límite de la dominación.

- Mujer 23 años: *“Tuve agresiones físicas a los 15 años. Violencia por la pareja a los 19 años, aguantaba porque tenía miedo por mi hija. Recibía insultos y golpes constantemente”.*

- Mujer 24 años: Violencia física, psicológica y sexual.

“Maltrato por el marido de mi madre y mi marido. Tengo lesionada la muñeca de tanto retorcerme el brazo. Tengo ganas de morirme”.

6.2.1.4.5. REALIZAR MÚLTIPLES ROLES CON POCA AYUDA

La expansión de la enseñanza tuvo lugar en los años 60 del siglo XX, en España la expansión fue más tardía, sobre los años 70. Por tanto nos encontramos con mujeres de 40 años con formación elevada y algunas de 50 años, escasas son las 60.

Muchas mujeres han compaginado los dos roles con el cansancio que comporta. Están cansadas de los esfuerzos interminables que han de realizar, y a los dos géneros se les pide demasiado cuando por la tarde llegan a casa, después de la presión competitiva del trabajo profesional, se les exige además ese montón de trabajo emocional.

La situación se agudiza por la rapidez y la envergadura de los cambios que observamos y que difícilmente pueden producirse sin que se creen dificultades. Dichos cambios suelen generar fricciones. Tanto los hombres como las mujeres están atrapados entre los viejos patrones de comportamiento y las nuevas formas de vida y confrontados con exigencias distintas según los grupos y ámbitos de la vida.

Según Beck, U. y Beck-Gernsheim (1998) los textos del movimiento feminista, expresan con esperanza que con el final de la represión de la mujer comenzará una mejor relación entre los géneros. En pocas palabras, el verdadero amor sólo es posible entre libres e iguales. El «estar para los hijos» se ha convertido en un periodo transitorio para la vida de la mujer. «Mientras las mujeres tengan hijos, los amamanten, se sientan responsables, los hijos seguirán siendo *obstáculos* deseados en la lucha por competir por un puesto de trabajo y seguirán siendo una sanción para poder decidirse conscientemente contra la independencia y la carrera económica».

En los estudios de M^a Antonia García de León sobre las élites profesionales femeninas señala que «nuestras mujeres profesionales han nacido, podríamos decir en el «Antiguo Régimen» y sin embargo han acompañado la transformación social española con una enorme vitalidad, convirtiéndose en mujeres profesionales, es decir, creando un modelo social inédito, casi salido de la nada: por falta de madres profesionales en general, por falta de mentores al respecto, y lo que es más, por un ambiente social generalizado a la contra de toda la vida profesional y pública de las mujeres» (García de León, 2002:22).

Lo que pasaba a estas mujeres era similar a lo que ocurría a Charlotte Perkins Gilman (2001), en su libro «el papel de pared amarillo» que escribió en 1880. Trata de la historia de colapso mental de una mujer que refleja la sátira de la situación de la mujer dentro de la sociedad de su tiempo. Una mujer que enloquece al intentar luchar contra toda la sociedad: el marido, los médicos y aquellas mujeres identificadas plácidamente con su rol de madre y esposa. Los expertos representados por la figura de los médicos y el marido, en este caso médico también, quieren que haga reposo, que no escriba, que no realice ninguna tarea, sólo que descansa, viéndose anulada como persona. Entra en un círculo vicioso donde acaba en la «locura». Se trata de un proceso depresivo en el que aparecen ideas suicidas.

Se trata de un documento feminista, de política sexual de una mujer del siglo XIX que denuncia la situación de la mujer en aquella época, donde el ideal de mujer era la esposa sumisa, tratada como un objeto al que se le decía lo que tenía y debía de hacer. Su autora pensó seriamente en todas las injusticias que sufrían las mujeres, estaba cada vez más preocupada por los problemas de las mujeres: mundo obrero, universidades. Criticaba duramente la institución del matrimonio y algunas cuestiones sobre sexualidad. Argumentaba que la mujer tendría que poder casarse, ser madre y también hacer un trabajo independiente en el mundo, pero sus argumentos no llegaban a convencer en aquella época, ¿Qué modelos tenía? Sus miedos, eran que tanto la maternidad como el matrimonio la incapacitarían para «su trabajo en el mundo», y realmente en aquella época era así: se separó y dejó a su hija con su marido para dedicarse a su tarea de conferenciante y escritora después de sufrir largos periodos de depresión, por cierto, la primera fue posparto. Después de tener a su hija se convirtió en «una ruina mental», se sentía «completamente amargada».

El remedio que le dio el médico fue que se dedicara a su hija y al trabajo doméstico, que limitara como máximo dos horas diarias al trabajo intelectual y que

nunca tocara la pluma ni el lápiz mientras viviera. Se rebeló contra todo esto y la poca energía que le quedaba la dirigió a mantenerse en primera línea como escritora feminista y conferenciante a lo largo de 30 años.

La escritora de «el papel de pared amarillo» se separó y se trasladó a California donde se mantuvo económicamente sólo como mujer y empezó a dar conferencias una detrás de otra sobre la mujer. En el libro que escribe aparece la figura de una mujer que no rompe con aquellas estructuras que la rodean y acaba enloqueciendo. Trata de explicar lo importante que era para «esa mujer» trabajar, escribir, para mantener su salud mental, pero es desaconsejada por los médicos como lo hacían en toda sociedad patriarcal. Sin la posibilidad de escoger, encarcelada por su marido en aquella habitación y con el sentimiento de culpa sólo tiene como refugio el papel amarillo de su habitación -formas, textura....-, se identifica con él. La locura es la última libertad que le queda. Como muchas mujeres innovadoras en su época que han encontrado el suicidio al final de sus vidas.

Suicidios de mujeres en determinadas obras son acusaciones dramáticas deliberadas sobre las presiones sociales impuestas a las mujeres en el S. XIX, y los sufrimientos que les comportaban:

- Mujeres que no podían ir a la universidad, aunque sus hermanos sí lo hacían.
- Mujeres que debían ocuparse exclusivamente de sus padres ancianos y enfermos.
- Mujeres tratadas como juguetes o como criaturas y sufriendo por tanto la falta de confianza en ellas mismas.

Nos hemos referido a esta historia que ejemplifica como las mujeres que viven «a contracorriente» acaban muchas veces en «depresión». La protagonista del libro ha tratado de oponerse a todos los códigos sociales y médicos de su tiempo, pero las cartas están en su contra y no lo ha conseguido. Finalmente aparece la locura. Las mujeres del estudio han tenido poco apoyo social, sobretodo de sus compañeros.

Los hombres están divididos en sus reacciones. No llevan a la práctica aquello que defienden con la cabeza. «los padres no cocinan, no limpian, no lavan, prácticamente no se implican en el trabajo doméstico». Se conforman con aportar una contribución financiera a la economía doméstica y a la educación de los hijos.

Según Beck (2002) hace 10 años la mayoría de hombres explicaba la discriminación de la mujer en la vida profesional diciendo que su cualificación era peor. Cuando estos argumentos ya no se pueden seguir sosteniendo una vez ha

tenido lugar la expansión educativa, hoy se recurre a otros muros de contención: el rol de madre. La mayoría de los hombres alemanes patrocinan el modelo: la mujer se queda en casa, el hombre trabaja fuera (80%).

En España son pocos los hombres que disfrutan de la baja por paternidad y la mujer sigue representando el papel de madre además de en muchos casos trabajadora. Los hombres desean una mujer autónoma que sabe lo que quiere. Sólo tienen problemas con la emancipación cuando «la autonomía» de la mujer amenaza en volverse contra ellos. Aquellos amos de casa y nuevos padres que se han quedado en casa, padecen «el síndrome de ama de casa»: invisibilidad, falta de reconocimiento, falta de autoconciencia. Lo peor es limpiar, es desagradable. Cuando hasta ahora ha sido poco aceptado socialmente, estos hombres son elogiados por su entorno, mientras la mujer es sometida a reproche por no ser una buena madre.

La sociedad no comprende la enfermedad. La mayoría de compañeros de las mujeres que la padecen tampoco. Es fruto de las terapias o de la concienciación de diferentes profesionales sanitarios que lo van haciendo.

- *“Primero el marido no lo comprendía, lo hizo a partir de que fuimos al psiquiatra y se lo explicó”.*

- *“A veces me ha comprendido, a veces no. No lo entienden bien”.*

Las mujeres socializadas para el trabajo de cuidadora y madre no olvidan que su tarea primordial es ésta, aunque algunas veces inconscientemente se rebelen contra ello.

- Mujer 64 años: *“Siempre había trabajado. Lo dejé para cuidar a mi padre”.*

- Mujer 70 años: *“Me agobió mucho la enfermedad de mi marido Alzheimer. Me sentía disgustada y nerviosa. No me dieron medicación porque me dijeron que si tomaba medicamentos no le podría cuidar. Me sentía cansada y triste porque se me había venido encima una cosa que no me podía esperar”.*

A mi me diagnosticaron un “cáncer” pero no me ha afectado como lo de mi marido. No he querido hacer ningún tratamiento. Lo tomo a broma, digo que es un “ocupa” que se me ha presentado. Ahora que vivo con mi hija estoy mucho mejor.

- Mujer 70 años: *“Yo soy el pilar de casa y si pierdo la salud se hunde todo. Me preocupa mi hija que no tiene trabajo, cuido a mi marido que está enfermo y al nieto de mi hija que murió (suicidio). Tengo algo, no me encuentro bien, no se lo que tengo*

vomitaba mucho y me han dicho que no tengo nada, "gastritis", pero por la edad es normal. Me han dicho que tengo nervios".

El cuidado, consume mucho tiempo, generando depresión para las mujeres cuidadoras por la obligatoriedad moral que tienen de hacerse cargo de aquella persona, no teniendo tiempo para realizar actividades propias ni para abandonar por un momento aquellos cuidados para los que ha organizado su vida y para los que no se han planteado siquiera el pedir ayuda a alguien. A veces, entran primero en un periodo de ansiedad que continua con el proceso depresivo. Otras entran de lleno en la depresión.

Para M.A. Durán (2003:215) el enfermo, no consume sólo su tiempo a jornada completa, también puede absorber el de varios familiares o amigos. En este sistema de vida en el que todos estamos tan ocupados, « ¡ay del que caiga enfermo y del que se haga cargo de su cuidado!». Para ella es inevitable que se instaure un seguro de dependencia pero, además hay que modificar la filosofía de la enfermedad y de la muerte, tal como se entiende en la actualidad, y de lo que se refiere en el libro deducimos que está refiriéndose a la muerte digna, con todo lo que ello conlleva.

Los múltiples cuidados son depresógenos también para el hombre:

- Hombre 69 a: *"Mi hermano y yo llevábamos juntos el negocio, el cayó enfermo. Estuvo mucho tiempo ingresado. Era muy pesado pues tenía que llevar la empresa y hacer muchas cosas en la casa, pues mi cuñada estaba con mi hermano en el hospital".*

- Mujer 49 años: *"Tuve que cuidar a mi padre con Alzheimer 24h al día durante mucho tiempo. Cuando se convirtió como un crío me caló muy hondo, me derrumbé".*

- Mujer 71 años: *"Enfermedad de Alzheimer de mi marido".*

- Mujer 39 años: *"Se me juntó la enfermedad de mi padre, la de mi madre que estuvo 20 meses en cama y el trabajo en una fábrica -a rendimiento- que me agobiaba: no podía con todo".*

- Mujer 58 años: *"Cuidé a mi madre, tío, abuela, padre. He sido hija única y siempre he estado sola. A mi madre la cuidé 10 años, tenía Alzheimer cuando murió mi padre de accidente, tuve que arreglar todos los papeles sola. Terminé con un agotamiento total. De noche no descansaba".*

- Mujer 46años: *“He cuidado a mi madre, mi hermano soltero, mi padre que tuvo un AVC.- Accidente Vascular cerebral-. He sido durante muchos años la única mujer en casa con tres hombres -mi padre, mi hermano, mi marido-. Ahora mi marido tiene un cáncer y vuelvo a estar mal”.*

6.2.1.4.6. FIGURA DEL MARIDO

La mayor parte de mujeres coincide en que al inicio el marido no las comprendía, pero luego sí. La figura del marido y/o compañero es una figura cuestionada en la depresión” de las mujeres; no entienden la enfermedad, no las han apoyado bastante, no las quieren escuchar, y es que la mayoría vienen de una educación tradicional donde todo se lo han llevado hecho y ahora que ven que sus mujeres no pueden, parecen que les es imposible “ayudar”.

Para Durkheim (1982:291-292) el casamiento favorece al esposo más que a la esposa en los países donde el divorcio no existe o sólo se ha establecido hace poco. En cuanto se pasa a los pueblos donde la institución del divorcio funciona ampliamente, se produce un fenómeno inverso: es la mujer quien gana terreno, por el mismo hecho que lo hace perder al marido. Establece la ley siguiente: «Tanto más favorece el matrimonio a la mujer bajo el punto de vista del suicidio, cuanto más practicado el divorcio, y viceversa». «Es muy probable que el matrimonio obre en sentido inverso sobre el marido que sobre la mujer porque si, en cuanto a padres, tienen el mismo objetivo, en cuanto a cónyugues, sus intereses son muy diferentes y a menudo antagónicos» (Ibídem: 292).

Algunas mujeres opinan que sus maridos no las ayudan lo suficiente:

- Mujer 49años, *“mi marido viene de una casa que han sido muy señores, mi suegra hasta le llevaba un vaso de agua, ha estado acostumbrado a que se lo hicieran todo”.*

- Mujer 34 años: *“Todo el peso de la familia lo llevo yo, todo ha de pasar por mí. Si he superado la depresión ha sido gracias a mi carácter, he tenido muy poco apoyo del marido, “a ellos que no les falte de nada”.*

- Mujer 44 años: *“Mi marido no me ha entendido, me he descargado con mi madre o con mis hijas”.*

El apoyo social es un factor importantísimo que influye en la evolución de la enfermedad y en la relación de pareja, parece que se desvanece aquel “amor romántico” del principio en las relaciones, es como si se esfumara por arte de magia y desapareciera en los momentos en que más se necesita. Quizás es que los hombres no sepan exteriorizar “aquellas emociones” tan importantes para dar todo el apoyo en los momentos más bajos.

Parece que mientras la mujer ha estado desarrollando aquel “rol” de mantenedora del hogar y todo ha estado en su sitio la estabilidad del hogar queda garantizada, pero cuando la mujer cae en depresión el hombre se descoloca.

Y es que los hombres ayudan pero *“quien lo he de organizar todo soy yo”* (mujer 48 años).

Los hombres siguen ayudando poco en el hogar, al menos lo continúan opinando las mujeres de 40 años:

- Mujer 43 años: *“Pensaba que era otra cosa cuando me casé, lo que él me ayuda y nada es lo mismo. Tengo una tienda de ropa de bebés y todas las mujeres se quejan de que sus maridos pasan mucho de las tareas relacionadas con los hijos”.*

- Mujer 51 años: *“He hecho un intento de suicidio, me llevaron al Centro Hospitalario de agudos de Salud Mental. No dejaré nunca la medicación porque no tengo a nadie que me apoye. A mi marido no le interesa nada de lo que me ocurre y cada vez me siento más hundida. Tanto me da vivir como morir”.*

- Mujer 51 años:

Médicos: Psicólogo, Psiquiatra, M.F.

Salud: 2

Apoyo social: *“No, no hay comunicación con la pareja”.*

Medicación actual: 4

Medicación anterior: 6

- Mujer 51 años: *“Si tienes una persona a tu lado que te apoye es muy importante, pero mi marido pasa de todo, y cada vez yo me siento más hundida. Tanto me da vivir como morir. Desde que yo tuve la depresión mi marido dice que no se siente bien, yo no tengo ganas de tener relaciones sexuales y él no lo entiende”.*

Una idea que aparece en la mayoría de las mujeres es la de *que la principal persona que te ha de ayudar eres tú*:

- Mujer 75 años: *“Me he de espabilar yo. Me pongo a cantar, a doblar ropa, hago colchas, busco actividades para distraerme. Me hago yo misma la terapia, busco combatirla yo. No me quiero liar con pastillas porque si tú te rindes mal”*.

También aparece la idea de “*ser creyente*”, sigue comentando la señora anterior *“Me ha ayudado mucho se creyente pues creo mucho en Dios”*. *Si no hubiera creído probablemente hubiera hecho una “mala cabeza”*, refiriéndose al suicidio.

Para Durkheim la religión era uno de los frenos del suicidio: el catolicismo, el judaísmo y la iglesia anglicana tenían menor suicidio que las demás religiones. El protestantismo era «una iglesia integrada con menor fuerza que la católica que concedía una mayor libertad al pensamiento y a los juicios individuales con menos creencias y prácticas comunes», mientras que los judíos vivían en comunidades pequeñas muy cohesionadas e integradas y el judaísmo consistía en «un cuerpo de doctrinas que reglamenta de modo minucioso todos los detalles y deja muy poco lugar al juicio del individuo», «la iglesia anglicana, no obstante estaba integrada de una manera más fuerte que otras iglesias protestantes» (Durkheim, 1982:140-164) .

- Hombre 65 años: *“Ya dejé toda la medicación y todo perfecto, me encuentro mucho mejor, más positivo. Me lo impuse a mi mismo, me decía: déjate de tonterías. Sabía que tenía que cambiar el chip. Ya empiezo a recuperarme de todo”*.

Pero los medicamentos no van bien a todos:

- Mujer 24 años: *“Tantos medicamentos me sientan mal y no me calman nada”*.

Médicos: M. Familia, reumatólogo, traumatólogo

Salud: 2

Medicación actual: 2

Medicación anterior: 6

El monopolio de los cuidados y del trabajo doméstico es de la mujer generalmente, esto acarrea multitud de trabajo no sólo físico sino mental -organizar y coordinar tareas, planificar- lo que se tiene que comprar -ropa, calzado, comida-, reparar, horarios extraescolares, menús a realizar, regalos para los “eventos sociales” de los hijos -fiestas de cumpleaños...-, deberes hijos.... Son aquellas tareas que “son invisibles” y no son contabilizadas hasta ahora en el PIB.

Los compañeros más jóvenes empiezan a colaborar no sin antes pactar o llegar a acuerdos con la mujer que no puede más y reclama ayuda de su compañero. Pero hay algunas mujeres que no reclaman nada, ni se lo plantean y lo ven como normal.

- Mujer 24 años: *“Mientras lo he ido haciendo yo muy bien, ahora todo son pegas”.*

Depresión+fibromialgia.

- Mujer 28 años: *“El culpable de la depresión era mi compañero. Me daba pena pues bebía”.*

- Mujer 74 años: *“Poco apoyo de los hombres. A ellos que no les falte de nada”.*

- Mujer 51 años: *“Yo trabajaba mucho dentro y fuera de casa. Mi ilusión era comprarme una “vaporetta” para limpiar y mi marido no me dejó”.*

- Mujer 59 años: *“Me ayuda todo lo que puede, pero no le hagas cocinar ni fregar los platos. Sí te irá a buscar el pan, pero le has de decir el que y apuntárselo todo. Por el mismo no lo hace, no le hagas pensar. Los hijos sí me ayudan, pero los hombres “dan muco trabajo”. No reconocen el trabajo que tú haces o no te lo dan a entender”.*

- Mujer 49 años: *“Él viene de una familia que son muy señores, mi suegra hasta le trae un vaso de agua, está acostumbrado a que se lo hagan todo”.*

- *Separación*

Las mujeres no creen que en el momento del matrimonio o de la unión tenga que salir mal, al contrario, lo ven como una unión idílica para la que han sido educadas: *“Mi marido no me ha entendido, él quería salir más”.*

Parece como que nunca les tuviera que pasar a ellas, y es que el matrimonio es una institución estable y duradera perdurable en el tiempo. Es como una nube que se instala frente a las conciencias que parece que se ha de esfumar en cualquier momento.

6.2.1.5. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN

Las consecuencias de la depresión son diversas y afectan tanto a hombres como mujeres de manera parecida para los diagnosticados y de diferente manera para todos aquellos hombres que por estereotipos culturales y sociales no se han diagnosticado. En las entrevistas realizadas, muchas mujeres en el momento actual

no presentan depresión y esto va relacionado con una buena percepción de su salud. Explican la diferencia entre la actualidad, y cuando pasaron los sucesos que desestabilizaron su vida. Las mujeres y los hombres que perciben como pasados los problemas que les hicieron enfermar y tienen en la actualidad estabilidad económica y apoyo familiar, tienen por lo general buena salud:

1. No presencia Depresión-Buena salud

- Mujer 28 años:

Salud: **8**

Ansiedad-Depresión (4-0)

Violencia física y psicológica por su pareja anterior

Enfermedades: rinofaringitis aguda (varias), alergia a opiáceos, distimia.

“Ahora estoy muy bien, vivo en otra ciudad. Todo esto sucedió con mi anterior pareja.

Estoy muy contenta con mi nueva maternidad, he rehecho mi vida”.

- Mujer 37 años:

Salud: **9**

Ansiedad-Depresión (4-0)

Depresión posparto

Enfermedades asociadas: lumbalgia, cistitis, diabetes en el embarazo, amenaza de aborto.

Apoyo social: *“He tenido mucho apoyo de mi familia, mi marido dejó de trabajar cuando me ingresaron en un centro psiquiátrico”.*

- Hombre 37 años:

Salud: **8**

Ansiedad-Depresión (0-0)

Violencia laboral

Enfermedades asociadas: cefalea tensional, bulimia nerviosa, conjuntivitis, micosis oportunistas, rinofaringitis, tos, tumores de la piel, dolor, lumbalgia, tos, faringitis.

“Tengo mucho apoyo de mi familia, especialmente de mi mujer”.

- Hombre 38 años:

Salud: **8**

Ansiedad-Depresión (1-1)

Enfermedades asociadas: gingivitis y enfermedad periodontal, obesidad, dislipemia, diarrea, fumador, trastorno psicótico agudo

*“Ya no tomo drogas. Estuve 15 años consumiendo, de los 16 a los 31 años. Hice dos episodios psicóticos a los 31 y 36 años y posteriormente la depresión, no veía salida”.
Apoyo: “Tengo mucho apoyo de mi familia, hermana, trabajo estable. Mi hermana se lo ha pasado muy mal”.*

2. Ansiedad y Depresión

Las mujeres que presentan niveles bajos de salud son las que experimentan más ansiedad y depresión. Son mujeres que siguen sufriendo un problema en la actualidad: violencia de género, pocos recursos económicos, problemas con los hijos -drogodependencia y encarcelamiento de los hijos-, enfermedad terminal del marido. Las que han vivido algún trauma en la infancia -generalmente violencia-, son las que presentan más enfermedades físicas.

- Mujer 24 años:

Salud: **2**

Ansiedad y depresión (7-6)

Violencia física, psíquica y sexual.

Enfermedades: cistitis aguda, fibromialgia, cervicalgia, malestar y fatiga, alergia a antibióticos, cistitis aguda, síndrome del túnel carpiano, faringitis aguda (tres episodios bastante seguidos), pericarditis aguda.

- Mujer 45 años:

Salud: **2**

Ansiedad y Depresión (7-6)

Violencia psicológica desde la infancia y laboral

Enfermedades: diarrea, dorsalgia, faringitis.

- Mujer 46 años:

Salud: **4**

Ansiedad y Depresión (7-3)

Violencia laboral, Sobrecarga de funciones ya desde la infancia, Enfermedad terminal marido.

Enfermedades: Micosis, Lumbalgia con ciatalgia, mareo, llagas en la boca, diarreas, infección vírica inespecífica, tabaco.

- Mujer 51 años:

Salud: 5

Ansiedad y depresión (6-6)

Violencia psíquica por el marido

Enfermedades: Dependiente de los tranquilizantes, hipertensión, fumadora, dislipemia, diabetes, dispepsia, alergia a la penicilina.

- Mujer 53 años:

Salud: 2

Ansiedad y depresión (8-6)

Violencia psicológica por el marido

Enfermedades: micosis oportunistas, lumbalgia, dislipemia, tumores benignos en la piel, hipotiroidismo, apnea del sueño, histerectomía, poliartrosis.

“Tengo a mi hijo en la cárcel. Tengo a mi nieta de vez en cuando”.

-Mujer 51 años:

Salud: 5

Ansiedad y depresión (7-5)

“Me ha obsesionado mucho el hecho de no tener hijos”

Enfermedades: bronquitis aguda, dermatitis atópica, trastorno de memoria, rinofaringitis aguda, gonartrosis.

- Mujer 57 años:

Salud: 4

Depresión-Ansiedad (7-7)

Violencia física y psicológica en la infancia.

Enfermedades: Dislipemia, dolor articular, diabetes tipo II, hipertensión.

- Mujer 69 años:

Salud: 5

Ansiedad y depresión (6-3)

Violencia psicológica en la infancia y por parte del marido. *“La depresión no se me irá nunca ya la inicié desde pequeña por mis padres y por mi marido en el viaje de novios”.*

Enfermedades asociadas: Hipotiroidismo, meningitis, Insuficiencia renal crónica, anemia, bronquitis, dependencia del alcohol, dislipemia, hipertensión, rinofaringitis, faringitis.

- Mujer 87años:

Salud: **5**

Ansiedad y Depresión (2-2)

Enfermedades: insuficiencia renal crónica, diabetes tipo II, dislipemia, hipertensión, lumbalgia, carcinoma colon.

Se ha podido observar en los registros informatizados de salud de Atención Primaria la gran cantidad de patología física asociadas a estas mujeres con "depresión". Pero existe además una patología invisible, sería consecuencia de las repercusiones que el estrés agudo o crónico provoca en la fisiología cíclica de la mujer.

Al igual que muchos trabajos de la mujer han sido invisibles o poco valorados, muchas de las enfermedades de las mujeres, o de las consecuencias del estrés en su biología o fisiología han sido muy poco investigadas o se desconocen. Podemos hablar de una *patología invisible*, pero que hemos intentado visibilizar en cada una de las entrevista, indagando los diagnósticos de las mujeres o sus malestares, que por cierto son muy numerosos y *identificados por ellas como consecuencias de la depresión*.

Cada vez que la mujer está sometida a situaciones de estrés, que sufre agresiones físicas y mentales, que sufre malos tratos en la familia, que se la desvaloriza o se le impide el crecimiento de su autoestima, se producen alteraciones en los niveles de neurotransmisores que regulan el funcionamiento cerebral, produciendo alteraciones en la menstruación. Como consecuencias pueden aparecer anemias, deficiencias de hierro, cansancio, irritabilidad, y cefaleas, cuya detección debería estar incluida en los exámenes de salud (García M, 1995:59-68).

3. Depresión, jubilación, enfermedad y soledad

Los hombres que experimentan depresión en la actualidad son aquellos que todavía no han aceptado la situación después de jubilarse, aquellos que sufren una enfermedad importante, los que se sienten solos y abandonados.

- Hombre 78 años:

Salud: **4**

Ansiedad y Depresión (4-4)

Enfermedades: tumor maligno pulmón, hipertensión, dislipemia

4. Resignación ante la depresión

Hay algunas mujeres y hombres que perciben un nivel bueno de salud pero siguen manteniendo un cierto nivel de depresión. Quizás se han acostumbrado a vivir con este malestar y se encuentran resignados.

- Mujer 51 años:

Salud: **7**

Ansiedad-Depresión (2-5)

Enfermedades: cervicalgia, faringitis, dolor articular, hipertensión, lumbalgia

“He sufrido una separación hace poco. No nos hemos entendido. Mi marido quería salir más que yo. Los hijos están conmigo y me apoyan”.

- Hombre 78 años:

Salud: **8**

Ansiedad y depresión en la actualidad (7-4) *“La soledad es muy mala. Tengo mala relación con el hijo y con la nuera. Me gustaría que fueran más cariñosos, pero sólo piensan en viajar. He pensado en una residencia. La vida es muy triste”.*

5. Violencia laboral –familiar y depresión

Pero la depresión pasada aunque se haya superado deja sus huellas en el cuerpo con múltiples enfermedades crónicas como secuelas, aparte del trauma psicológico que no se supera. La violencia de género deja importantes alteraciones en la salud de las mujeres. La violencia en el trabajo –moobing- ataca fuertemente a los hombres también.

- Mujer 26 años:

Salud: **8**

Ansiedad-Depresión (5-0)

Violencia laboral. *“Desde que empecé a trabajar en este trabajo tenía 19 o 20 años. Al principio aguantas, pero luego ya no puedes más”.*

Enfermedades asociadas: cervicalgia, desplazamiento disco intervertebral, diarrea, rinofaringitis aguda, candidiasis vulva, gingivitis, rinofaringitis aguda.

- Mujer 23 años:

Salud: **8**

Ansiedad-Depresión (2-3)

Violencia de género física, psíquica, sexual

Enfermedades asociadas: dolor articular, candidiasis vulva, alopecia areata, rinfaringitis aguda, amigdalitis aguda, gingivitis, cefalea, diarrea, agresión con fuerza, quemaduras.

Apoyo: *“tengo apoyo de mis padres y hermanos. Tengo miedo pues mi pareja anterior está en la cárcel y me ha amenazado”.*

- Mujer 38 años:

Salud: **7**

Ansiedad-Depresión (0-2)

Violencia psicológica familiar

Enfermedades: Crisis epilépticas de repetición de pequeña. A veces de 4-5 por mes y hasta **8**.

- Mujer 44 años:

Salud: 7

Ansiedad-Depresión (1-3)

Violencia en el trabajo

Enfermedades: vértigo, gastritis, contractura cervical, fractura de muñeca, hipoglucemias.

- Hombre 65 años:

Salud: **8**

Ansiedad-Depresión (2-1)

Violencia en el trabajo

Enfermedades: Glaucoma, tumor benigno de vejiga, gota, diabetes, fibromatosis, dislipemia, hipertensión.

- Hombre 75 años:

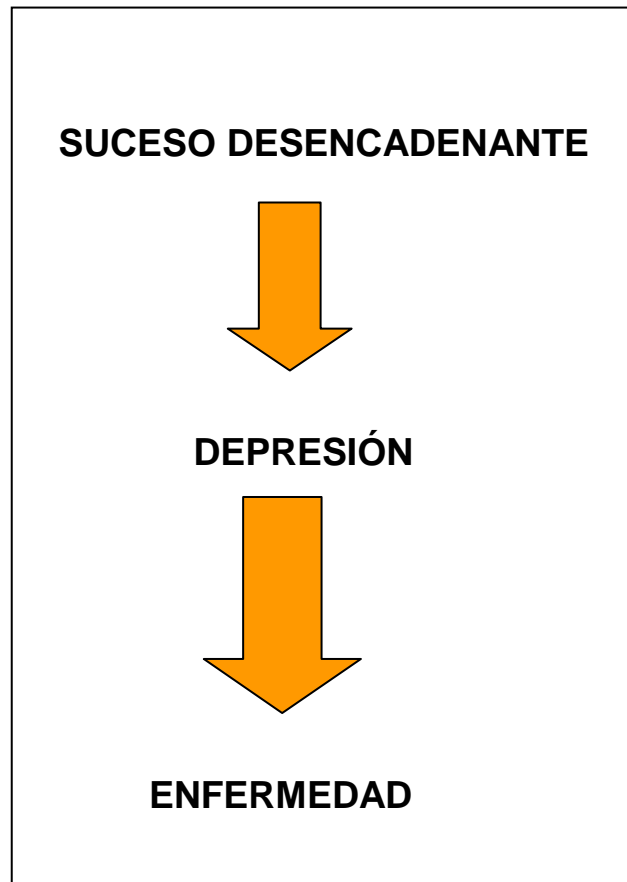
Salud: no lo puede expresar Alzheimer

Violencia (presiones y amenazas telefónicas)

Enfermedad: Alzheimer.

Algunos entrevistados-as manifiestan claramente la secuencia de la aparición de la enfermedad. Primero el suceso desencadenante después la depresión, finalmente la aparición de algún tipo de dolencia. Algunos entrevistados relatan con claridad la aparición de los síntomas:

Figura 6.2.1.5.1. Aparición de los síntomas de la depresión



Lo relatan de la siguiente manera:

- Hombre 65 años: *“Empezó la depresión con 49 años cuando tenía presión en el trabajo y a “partir de ahí salió todo”, la diabetes debutó meses después, seguidamente la dislipemia”.*
- Mujer 44 años: *“En el trabajo me hacían moobing, aquello me mató. A partir de ahí ya no me he encontrado bien, me apareció el vértigo, la depresión, bueno todo”.*
- Hombre 59 años: *“En el trabajo me hacían la vida imposible”.* Describe claramente el inicio del malestar debido a lo acontecido en el banco. (Diagnosticado de depresión octubre 2004- Infarto Agudo de Miocardio enero 2006). No había otros factores de riesgo, ni hipertensión ni dislipemia.
- Hombre 75 años: *“La depresión le salió hace un par de años cuando empezaron las amenazas y al cabo de muy poco tiempo apareció el Alzheimer”.*

A veces suelen producirse sangrados vaginales que acaban con una histerectomía posteriormente a la depresión diagnosticada.

- Mujer 59 años:

Enfermedades: dermatitis atópica, bronquitis aguda, dislipemia, virus de la gripe varias veces. *“Tuve mi primera crisis de la depresión a los 44 a y posteriormente me tuvieron que quitar matriz y ovarios”.*

- Mujer 48 años:

Enfermedades: colitis no infecciosa, obesidad, bronquitis aguda, diabetes tipo II, gastritis, efectos adversos a medicamentos, hernia discal, dislipemia, depresión después de un embarazo ectópico. Tenía dos niños pero su ilusión era una niña, yo había tenido tres hermanas.

“Cuando me operaron salí de la clínica con una depresión, tenía 35 años”:

Depresión a los 35 años, a los 3 meses me salió la diabetes mellitus, a los 38 la hernia discal y a los 40 el colesterol. Tal como lo relata. Aparición de los síntomas en la historia clínica, todos derivados de la depresión.

Episodio depresivo (01-2007) - Dislipemia - Hernia diafragmática - Desplazamiento del disco intervertebral - Efectos adversos a fármacos - Erupciones cutáneas inespecíficas - Gastritis crónica atrófica - Diabetes Mellitus II - Bronquitis Aguda - Obesidad - Otras colitis y Gastritis no específicas.

- Mujer 62 años:

Episodio depresivo (12-2004) - Quiste mama (12-2005) - histerectomía por hemorragia uterina (05-2006) - Hemorragia ano y recto (07-2007) - Hipertensión - (08-2007) - Anemia (06-2007).

6. Dificultades económicas y depresión

Las obligaciones económicas y el hecho de no poder afrontarlas siguen preocupando y afectando al nivel de salud.

- Mujer 28 años:

Salud: **6**

Ansiedad y Depresión (4-3)

“Me preocupan mucho los pagos de mi marido que es autónomo”.

6.2.1.5.1. PRINCIPALES PATOLOGÍAS ASOCIADAS CON LA DEPRESIÓN

Los entrevistados-as diagnosticados de depresión presentan gran proporción de *procesos infecciosos agudos*: Rinofaringitis o Infecciones de vías respiratorias, Faringitis, Cistitis, Gastroenteritis Aguda, Gastritis, Micosis.

También gran cantidad de enfermedades crónicas: Hipertensión, Diabetes, Dislipemia, Lumbalgia, Tumores benignos y malignos.

Estas enfermedades crónicas coexisten con otras agudas que afectan a estos pacientes en menor proporción: Nauseas y Vómitos, Gastritis, Demencia, Bronquitis, Infarto de Miocardio, Mareo-Vértigo, Hipotiroidismo, Dolores Abdominales, Anemia, Dermatitis Atópica, Cefalea, Cistitis, Gingivitis, Obesidad, Tabaquismo, Colon Irritable, Varices, Fibromialgia que se dan en menor proporción pero que afectan a estos pacientes.

Gráfico 6.2.1.5.1.1. Enfermedades crónicas más frecuentes en depresivos-as

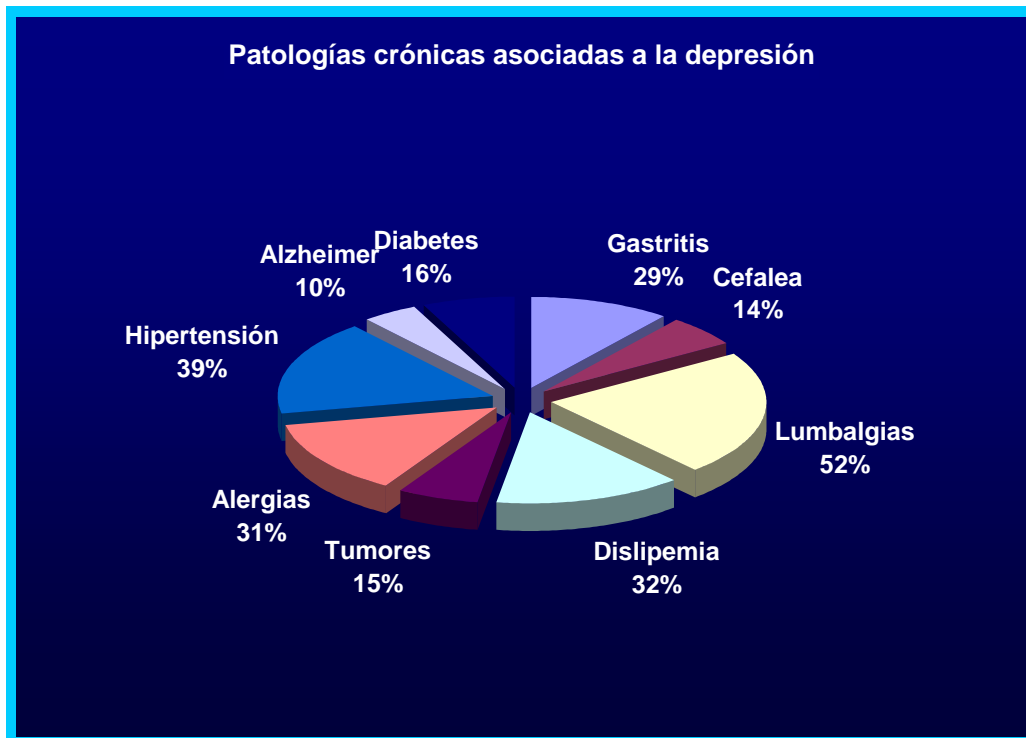
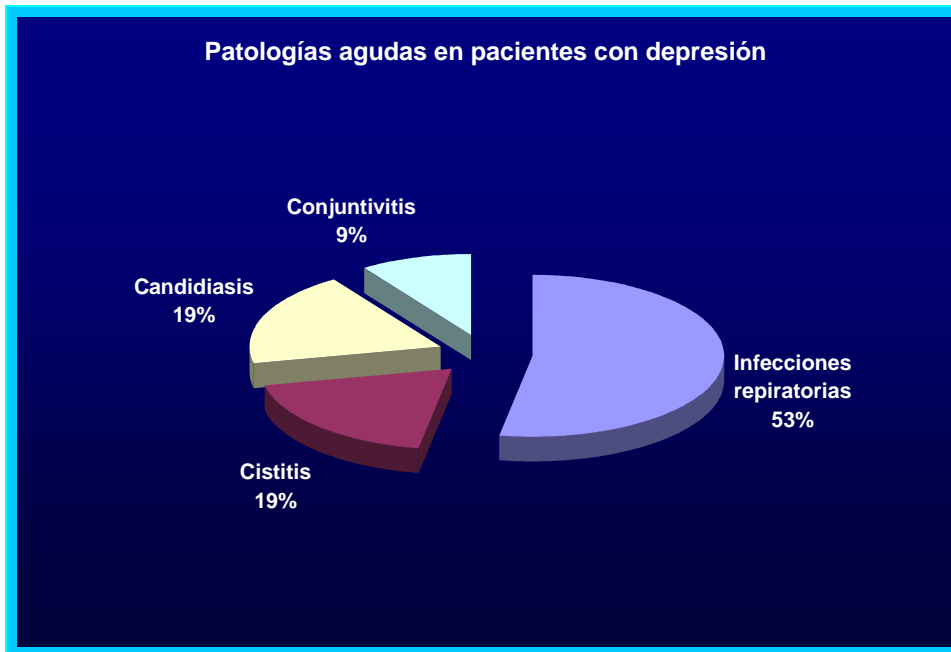


Gráfico 6.2.1.5.1.2. Enfermedades agudas más frecuentes en depresivos-as



Aparecen en algunos casos Alteraciones Menstruales:

- Amenorrea: Algunas entrevistadas describen la alteración de la menstruación después de un periodo de “acoso psicológico, físico, laboral o sexual” y es que todo el sistema hormonal e inmunitario se altera.

Mujer 1981: “Estuve 3 meses sin tener la menstruación en la época que mi encargado me hacía la vida imposible”.

6.2.1.5.2. CAMBIO DE CARÁCTER

Reconocen que han cambiado, que no son igual que antes. La mayoría parece que exteriorice más sus sentimientos, marque más los límites, delimite más su terreno: - Hombre 1965: *“Ahora ya no me callo las cosas. Antes me lo callaba todo y no decía nada. Ahora me he hecho más arisco, más malo. Era más pasivo, ahora me he hecho más agresivo, salto apenas me dicen algo. Ahora quieres que no te vuelva a pasar todo lo que te ha sucedido y quieres correr más de lo necesario”.*

Se vuelven más irritables y agresivos-as.

“Desde que me sucedió lo del trabajo ya no soy el mismo, me ha cambiado el carácter, a parte de disminuir la memoria, me he vuelto más agresivo y más irritable, reacciono mas a cualquier cosa pequeña”.

- Los que han sufrido violencia se sienten culpables de que no reaccionaron en su momento, de que todo lo consintieran y no lo intentaran evitar.

Las mujeres que han tenido una educación para servir a sus maridos, si no consiguen la ayuda de éstos, intentan no hacer las cosas de una manera tan perfeccionista y dejar las cosas para otro día, *“has de aprender a postergar”*. Muchas se sienten impotentes y después de todo ven que no ha cambiado mucho *“yo siempre he apoyado a mi marido, en cambio él a mí no”*. Ellas mismas reconocen que después de la depresión su carácter ha cambiado.

-Unos-as se vuelven más introvertidos

“Todos te molestan, me hecho más arisco, más malo, apenas me hacen una cosa ya salto, antes era muy bonachón, ahora estás a la defensiva, es como si quisieras evitar que te volviera a pasar”.

Si aprenden a reconducir los acontecimientos y encararlos de una manera más positiva se sienten más reconfortados, pero a veces se encierran en si mismas *“estoy más encerrada en mí, no soy la que era, me gusta estar sola, me da mucha pereza salir de casa”*.

“Me siento culpable, no tengo derecho a sentirme así pues tengo amigos, marido, hijo, me ayudan, pero no puede, he vuelto a caer”.

- Algunos se vuelven más extrovertidos. Antes del suceso no contaban nada en casa, todo se lo quedaban en su interior y ahora exteriorizan más las cosas.

6.2.1.5.3. IDEAS DE SUICIDIO

«Para Durkheim el suicidio pasó a ser considerado en el s. XIX como un problema social que requería explicación» (Lukes, 1984:191)¹⁷. Todo el mundo estaba de acuerdo en que el aumento general del índice de suicidios era debido a la desaparición del orden social tradicional y al crecimiento del industrialismo. «Se establecieron una serie de hipótesis relacionando los diferentes índices de suicidio con determinados factores sociales, tales como el trabajo, la urbanización, la religión y la tasa de cambio social, y con factores no sociales, tales como la herencia, la raza y el clima; también se discutió si podía estar relacionado con algún trastorno mental».

Un 15% (8) de las mujeres con depresión han pensado en el suicidio, algunas de ellas lo han intentado. Un 25% (3) de los hombres también lo han hecho y alguno de ellos también lo ha intentado. El suicidio se ha dado mayoritariamente en varones, pero un ejemplo de cambio social en el mundo occidental es el acortamiento de la

¹⁷ El suicidio durante dos siglos había sido objeto de un amplio e ininterrumpido debate. Tratado primeramente como un problema moral. Los trabajos estadísticos sobre las variaciones del índice de suicidios se multiplicaban en Francia, Bélgica, Alemania e Italia. *El suicidio* de Durkheim puede considerarse como la culminación de toda la tradición de estadísticas morales y fundamentalmente como «un intento de sintetizar teóricamente las muchas ideas y descubrimientos anteriores sobre el suicidio como fenómeno social».

distancia entre las frecuencias de tentativas de suicidios en ambos sexos (Montero et al, 2004:176).

La familia y la religión es lo que ha impedido a algunos entrevistados no pensar en éste. «Para Durkheim el suicidio se hallaba directamente relacionado con las instituciones y los aspectos generales de la sociedad en su conjunto (y, en particular, con el matrimonio, la viudedad, la vida familiar y la religión)» (Lukes, 1984:193).

Aparece en muchos-as de los entrevistados la idea de suicidio, lo que les impide hacerlo es la familia y los hijos. La familia para Durkheim aunque ocupe «menos lugar en la vida» con el tránsito de una sociedad a otra, podía continuar siendo un «centro de moralidad, una base de educación moral y una fuente de vinculación y reglamentación para los individuos» (Ibídem).

Es cuando se toca fondo, cuando aparecen las ideas suicidas cuando se reflexiona de que hay que buscar una solución:

- Hombre 37 años. *“La familia directa es un gran apoyo; he de luchar por ellos porque todo lo que hago es por mis hijos y por mi mujer”.*

Otros-as inmersos en el proceso depresivo han pensado “matar a los hijos” y “suicidarse”, pues es tan grande el sufrimiento interior que no se puede pensar en otra cosa.

- Hombre 42 años. Después de un acoso laboral lo intentó tres veces: *“me tomé pastillas” “intenté tirarme de un tercer piso” “me quería estrellar con el coche contra un camión”, pero pensé que primero debía hablar el problema con mi familia.*

Las mujeres hablan mucho de suicidio, alguna de ellas han realizado algún intento, otras no: hablan del suicidio como una oportunidad liberadora de todas aquellas dificultades que en aquel momento ven como una montaña. Ven la muerte como el final de todo aquel calvario que están padeciendo.

- Mujer 38 años: *“Me agobiaban mucho los pensamientos negativos, pensaba matar a las niñas y suicidarme”.*

- Mujer 37 años: *“Después del nacimiento del segundo hijo pensaba en suicidarme, pensaba que no podía más”.*

- Mujer 71 años: *“Me tomé un tubo lleno de aspirinas, me quería morir”.*

- Mujer 45 años: *“Cuando estoy deprimida pienso lo tranquila que estaría en el cementerio. No he pensado suicidarme porque soy cobarde”.*

6.2.1.5.4. I.T. (INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA)

El trabajo es fundamental para el desarrollo social. Según Durkheim los hombres necesitaban disponer de fines colectivos aplicables a sus actividades cotidianas, los

finances personales no son suficientes para trabajar, ya que «nuestro trabajo sólo tiene sentido cuando sirve para algo situado más allá de nosotros». Para Durkheim el trabajo es una alternativa funcional a la familia: «Un interés que no sea personal y doméstico debe incitarnos a trabajar» procedente de otro grupo distinto de la familia, más restringido que la sociedad política próximo a nosotros y que nos afecte más». El trabajo es muy importante para éste ya que los hombres necesitan fines colectivos y el matrimonio es demasiado temporal para proporcionar semejante vínculo ya que es disuelto por la muerte en cada generación. «El único grupo que puede realizar esta función es el grupo ocupacional o profesional» (Lukes, 1984:183).

El trabajo es positivo para nuestra salud, pero también nos puede conducir a la depresión por las muchas dificultades que podemos encontrar en él.

Muchas veces el diagnóstico de «depresión» es una escapatoria para aquellas personas que necesitan salir del trabajo, ausentarse, para realizar unas tareas que les exige la sociedad -como madre, hija, esposa y cuidadora- frente a un suceso inesperado o complicado de la vida -enfermedad, -... o aquellas “que no pueden más”.

Determinadas profesiones como pueden ser los profesionales sanitarios, especialmente de salud mental, enfermería y unidades de alto riesgo...tienen un elemento central etiopatogénico, a través del cual se desencadena el cuadro clínico, parece ser el estrés. Otero (1993), Esteve (1987) observan que el absentismo y el abandono de la profesión docente representa la reacción mas frecuente para acabar con la tensión que se deriva del ejercicio de la profesión. Esto también les sucede a los profesionales de la salud, cuando ya no pueden más, intentan eliminar con el cordón umbilical que en esos momentos les genera estrés. Es un mecanismo de cortar con la tensión acumulada según Esteve (1992).

Klaric (1976) describe «la ausencia del trabajo como una ruptura momentánea de una situación de dependencia y obligatoriedad y a modo de cambio necesario, en respuesta a un trabajo monótono, carente de responsabilidad, así como una pérdida de sentido de trabajo -psicológica, sociológica y moral- que va paralela a los estados mentales de estrés que muchos de los trabajos de hoy en día contienen en alto grado»¹⁸.

El fenómeno del absentismo desde la perspectiva macrosociológica se enmarca en todo un complejo y cambiante, que va incorporando en sus conductas de ausencia una multiplicidad de causas en interacción. Está probado que las mujeres abandonan empleos insatisfactorios con más regularidad que los hombres, para conseguir

¹⁸ Otero, Esteve, Klaric. en Martínez Quintana: «El absentismo: un indicador de salud laboral».

mejores oportunidades o, si los incentivos monetarios no merecen la pena, relegarse a sus obligaciones domésticas. El cuidado de los hijos y de otros familiares es el elemento que deberá ser solventado por la infraestructura social de cada una de las sociedades, y es la tendencia que proyecta el informe de la OIT. Sobre *El trabajo en el Mundo*, 1994, es hacia la armonización de las responsabilidades profesionales y familiares en los trabajadores de uno y otro sexo (Martínez Quintana, 1995:69-93).

Parece ser que estas ideas tan racionales y de sentido común se han incorporado en estos últimos diez años a cuenta gotas en el mundo empresarial.

En muchos de los entrevistados aparece la violencia laboral que muchas veces es fruto de “la ignorancia de los gestores” o de “la falsa creencia” de que poner dificultades para facilitar las obligaciones extraprofesionales de los trabajadores harán que estos cumplan mejor en el lugar de trabajo.

Quizás de una mala política de formación de estos “cargos intermedios” que al realizar un “abuso de poder” han ayudado a aumentar la depresión en hombres y mujeres del estudio. Muchas veces fruto de una presión empresarial “desde arriba” que ha hecho que realicen unas políticas de “mala gestión empresarial” con unos resultados positivos “a corto plazo” pero con un descontento en el interior de los trabajadores que no sólo han aumentado el rechazo a determinados proyectos empresariales sino a un empeoramiento de su salud, que no sólo generará pérdidas a la empresa, sino a toda la sociedad en general. Y lo peor, es que estas políticas empresariales han dejado una huella en el inconsciente de estas personas que no podrán ser nunca borradas, pues sufrieron un verdadero trauma y estrés laboral.

6.2.2. ENTREVISTAS A PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD NO DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN

Se han entrevistado a 26 personas que acuden a la consulta de Atención Primaria no diagnosticadas de depresión para control de su patología crónica o búsqueda de I.T. de manera aleatoria. De estos 12 eran hombres y 14 mujeres. Un 68% (17) dan positivo al test de Goldberg de depresión y un 50% (12) al de ansiedad. Estos niveles son muy altos, pero al entrevistarlos se ha comprobado que todavía son más altos ya que el (88%) ha sufrido alguna depresión en algún momento de su vida.

Los síntomas depresivos son comunes en los pacientes tanto masculinos como femeninos que acuden a la consulta de Atención Primaria (Peralta et al, 2006:409-414), lo que ocurre es que no se registran como tales porque no se identifican. Al

administrarles el cuestionario de depresión muchos dan positivo a él, y la mayoría de los que no lo hacen, al realizar la entrevista de vida, sí la han sufrido en algún momento. Son personas con un estado de salud muy afectado pues aparecen numerosas enfermedades en su historial clínico. La depresión aparece como factor de riesgo para las enfermedades crónicas, elemento que cada día se confirma más en los estudios más recientes; (Pedregosa et al, 2005; Jethà, 2002; Vallejo, 2004; González F (1999).

Un 88,5% de los pacientes que se han entrevistado no diagnosticados de depresión sí la sufren y no se les ha diagnosticado o bien la han sufrido y tampoco se les ha diagnosticado.

Hay que tener en cuenta que nos hallamos ante una población “enferma” que presenta gran patología crónica -diabetes, hipertensión, lumbalgias....-, incluso los más jóvenes.

Sólo un 12,5% (3 personas) no la han sufrido, y una de éstas, de sexo masculino ha sufrido un infarto de miocardio. Apenas existen diferencias en esta población entre hombres y mujeres pues nos encontramos ante un colectivo con múltiples problemas de salud, y en el que los hombres tienen una media de edad de 65,5 años.

Las causas que han provocado depresión coinciden con las de los diagnosticados, pero en este caso no son conscientes que tienen o han tenido depresión, por lo tanto tampoco toman medicación para ello.

Causas. Hombres (12)

Los hombres afirman mayoritariamente que no exteriorizan los sentimientos, no han buscado ayuda en ningún momento a causa de su “malestar”, unos no lo ven necesario “¿para que hacer sufrir a los demás si no es necesario?”.

Confiesan algunos que no les gusta manifestar las emociones, que no lo ven práctico: ¿para qué? “¿De qué me sirve quejarme si no se me va a ir el malestar? ¿Para qué he de hacer sufrir a quien está a mi lado?” (Hombre 62 años. Infarto de miocardio a los 58 años.)

- El principal problema es el estrés laboral. Trabajan muchas horas, algunos deben realizar largos desplazamientos y estar localizados muchas horas por el tipo de trabajo que realizan.

- Han sufrido moobing en varias ocasiones también.

- Para algunos la separación la han vivido como un suceso traumático, para algunos como un cataclismo.

- La enfermedad les invalida mucho sobretodo en los más mayores

- Los mayores han sufrido la muerte de la pareja, la soledad como consecuencia, y las no muy buenas relaciones con los hijos.

- Los hombres viven peor que las mujeres la muerte de sus compañeras, la soledad, la pérdida de sus capacidades -andar, pérdida de visión...-.

- Hombre 29 años: *“Tenía mucha presión en el lugar de trabajo, no me dejaban prosperar, no me dejaban superarme porque decía lo que pensaba. Tenía mucho control, presión. Fue salir de la empresa porque no podía más y aparecerme la hipertensión”.*

Ansiedad: 7

Depresión: 6

- Hombre 43 años: *“Sufrí una depresión con 27 años “estrés laboral”, tuve una crisis de ansiedad, pensaba que me iba a morir, me repitió al cabo de una semana.*

Pasaba muchas horas fuera de casa, trabajaba mucho y era un trabajo pesado aunque no lo demostraba. Ahora estoy muy bien”.

Ansiedad: 1

Depresión: 0

- Hombre 63 años: *“A los 51 años estaba muy preocupado por el negocio. Era autónomo, me presionaban los clientes, no podía con todo. Tuve tres crisis de ansiedad. No fui al médico por este motivo porque primero era el trabajo que nada”.*

- Hombre 80 años: *“He tenido que vender el piso por la dificultad de subir escaleras, no puedo caminar. Me he de sentar cuando camino unos pasos”.*

Ansiedad: 3

Depresión: 2

Las mujeres resisten mejor la condición de soledad que los varones porque han sido preparadas para producir las condiciones materiales de bienestar en su entorno doméstico (Durán, 2007:144), ya que su educación y preparación ha estado dirigida principalmente al mantenimiento del hogar, no sucede lo mismo a los hombres.

- Hombre 90 años: *“Me fatigo mucho y no tengo fuerzas. Vivo con el hijo y la nuera pero estoy todo el día solo”.*

Ansiedad: 5

Depresión: 8

- Hombre 72 años: *“Cada día me cuesta más caminar. Me afectó mucho la muerte de la mujer hace 7 años. Mi hijo es soltero y hago el trabajo de casa yo cosa que me agobia”.*

Ansiedad: 9

Depresión: 8

- Hombre 70 años: *“La depresión fue muy mala para mí. Pasé una depresión cuando me separé.” En un momento pierdes lo que has ganado durante toda la vida. El piso lo malvendí”.*

Estos pacientes no han sido diagnosticados, no han expresado su problema al médico, sí en cambio han ido a consultar los problemas referentes a otras enfermedades orgánicas. Para ellos es difícil exteriorizar los sentimientos. No les gusta manifestar las emociones, no lo encuentran práctico ni efectivo. Algunos creen que con quejarse no van a arreglar nada, tienen una mentalidad muy práctica y no entienden que otras personas se quejen: *“Si tengo dolor ¿para qué decirlo a nadie?, mi dolor no se irá, así que no soluciono nada, ¿para qué he de hacer sufrir a los de mi lado”?*

El trabajo del hogar les agobia, sobretodo si son mayores y lo han de realizar todo -comprar, limpiar, lavar...-. Algunos confiesan que beben bastante alcohol.

Causas. Mujeres (14)

Aparecen las mismas causas que en las mujeres diagnosticadas de depresión. El concepto de “violencia de género”, es importante porque aparece también en estas mujeres aunque no es identificado por ellas, pues la mayoría de las veces la Violencia queda solapada -iceberg-. Por ello definiremos el concepto de Violencia:

Para Susan George, en los estudios de violencia de José María Tortosa (1994) la violencia será «todo aquello que impida que la gente satisfaga sus necesidades fundamentales: alimentación, vivienda, vestido, pero también su dignidad».

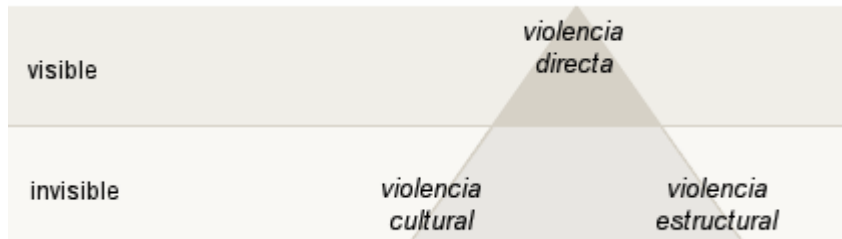
En esta misma línea se sitúan los planteamientos de Joan Galtung, para quien la violencia consiste en «amenazas evitables contra la satisfacción de necesidades humanas básicas, disminuyendo el nivel real de satisfacción de las necesidades debajo de lo que sería potencialmente posible» (Galtung, 1990:291-305). En otras palabras *«la violencia está presente cuando los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones efectivas, somáticas y mentales están por debajo de sus realizaciones potenciales, de modo que cuando lo potencial es mejor que lo efectivo, y ello es evitable, existe violencia».*

Galtung parte de un concepto de necesidades bastante amplio, además de las necesidades básicas de subsistencia se refiere a las necesidades de bienestar, identidad y libertad.

Galtung distingue tres formas de violencia:

- directa, estructural y cultural.

Figura 6.2.2.1. Violencia



Fuente: Galtung J. Cultural Violence. Journal of peace research 1990.

En los últimos años varias investigaciones -Silvia Tubert, Luís Bonito, Emilce Dio Bleichmar, Maribel Burín, Enrique González Duró...- han mostrado como los roles tradicionales de la mujer les han hecho sufrir limitaciones: «ser para los demás y no para sí», implican el sacrificio de sus deseos y necesidades, les ahoga sus posibilidades como seres humanos y es un factor de riesgo para su salud mental y psíquica. Los factores psicósomáticos están expresando un malestar, al que la mujer todavía no le ha podido poner palabras. Estas mujeres presentan muchas enfermedades crónicas, sobretodo las mujeres mayores y de mediana edad, en las más jóvenes se dan muchos problemas agudos –infecciones-, alergia a medicamentos, asma, lumbalgias...

Causas:

- Aparece la *sobrecarga laboral* -trabajo profesional, cuidado de los padres, maridos, hijos...-, la dificultad para compaginar los dos roles. Muchas de estas mujeres han trabajado en fábricas o en el campo desde edades tempranas, pues “antes no era como ahora”, “había más necesidad y te ponían a trabajar desde pequeño-a”.

Los padres se hacen mayores, aumentan los años de vida pero también las patologías propias del envejecimiento y las cuidadoras, mujeres, creen que su deber moral es hacerse cargo de ellos, parece que en las más jóvenes esta creencia está cambiando.

- Aparecen las *dificultades laborales*, la presión, cada vez más trabajo que lleva a las mujeres con una profesión consolidada y estable, mujeres con formación universitaria a querer cambiar de trabajo por el agobio que les genera y la poca posibilidad de promoción.

La mayoría de las mujeres entrevistadas desarrollan profesiones femeninas - enfermeras, auxiliares de clínica, maestras, secretarias-

Violencia de género

- *Violencia laboral* (moobing); aparece el “moobing” y la dificultad de prosperar en las empresas.

- *Infancia difícil*: muerte del padre o madre en la infancia o adolescencia temprana.

- *La emigración* de los años 50-60-70 les comportó depresión para alguna de ellas.

- Mujer 49 años: *“Me ha pasado que en el trabajo no tenía posibilidades de promoción laboral. Ahora estoy bien pues al cambiar “los jefes” me han ofrecido participar en diferentes actividades. Me preocupa el dolor que tengo, debo tener algo reumático”.*

Ansiedad: 3

Depresión: 2

- Mujer 68 años: *“Mi marido me daba palizas, era muy celoso. Si salías con él no podías mirar a nadie, era muy raro. Me encontraba muy mal, luego pasó, pero el drama te queda encima”.*

“En el trabajo nunca te agradecen lo que haces, te sacan lo que pueden. Siempre hay alguna persona que no congenia contigo y te hace la vida imposible”.

Ansiedad: 5

Depresión: 2

- Mujer 35 años: *“Me gusta tener la casa bien y me agobia no poder hacerlo. Trabajo de auxiliar de clínica y desde que tengo a mi hija me encuentro muy agobiada pues no puedo hacer las cosas como yo querría”.*

Ansiedad: 3

Depresión: 4

- Mujer 35 años: Emigrante Perú. Estudios universitarios. *“A los 15 años tuve una depresión cuando se separaron mis padres, para mí fue muy traumático”.*

Relaciona la enfermedad “alergia” con el estrés: *“cuando trabajo mucho me siento más propensa a sufrir alergia”.*

6.2.3. ENTREVISTAS A PACIENTES CON FIBROMIALGIA

6.2.3.1. MÁS ALLÁ DE LA DEPRESIÓN: LA FIBROMIALGIA

La fibromialgia es una enfermedad crónica de la que en este momento se desconoce su etiología, y que consiste en dolor músculo-esquelético generalizado, asociado a una serie de puntos dolorosos específicos que nos ayudan a un diagnóstico de la misma. La prevalencia de la fibromialgia se sitúa en un 2-3%. Debido a la alta prevalencia de esta enfermedad y a que con frecuencia estos pacientes pasan largas temporadas de baja laboral, el coste económico de la misma es elevado, convirtiéndola en un problema sociosanitario cada vez más importante (García-Campayo, 2004:157-168).

Nos referimos a esta enfermedad como más allá porque esta enfermedad es casi en exclusividad femenina. Decidimos estudiarla a fondo porque nos pareció el “estereotipo” real de enfermedad femenina. Se ha observado que la fibromialgia tiene relación directa con temas que afectan a las mujeres desde su infancia ligados a malestares no enunciados: el abuso, la discriminación, la manipulación, las dobles y triples cargas de trabajo, las dobles y triples cargas emocionales, entre otras dolencias de género. Según Ortiz (2003) el dolor del alma a través del cuerpo. Esta afirmación la pudimos evidenciar tan solo cuando llevábamos unas cuantas entrevistas. Al entrevistar a las mujeres, nos damos cuenta de que representan el máximo sufrimiento, el máximo esfuerzo y han llevado a sus espaldas la máxima carga posible que casi puede aguantar un ser humano.

En la actualidad 16 de las 20 pacientes entrevistadas presenta depresión (80%). Los casos que no presentan depresión, tienen unos niveles de ansiedad altísimos (4 pacientes). Las mujeres que tienen más ansiedad y depresión también tienen más dolor. Pero todas han tenido depresión, si no en la actualidad, en el pasado, menos una mujer que es muy religiosa y se ha pasado la vida ayudando a los demás y participando en todo tipo de actos y actividades religiosas. Durkheim describía la religión como un producto del sentimiento que «vincula al individuo al ser social en su conjunto», acentuando aún su carácter esencialmente moral, y «calificando a los dioses primitivos de dioses sociales más que personales» (Lukes, 1984:237).

Son mujeres “luchadoras” y grandes trabajadoras a las que no se les pide permiso de lo que quieren ser o hacer y ya se les introduce a trabajar en la casa, fábrica, tienda, oficina y a unir este trabajo con el de “cuidadoras” y/o responsables de otros

miembros de la familia con las tareas que llevaba esto asociado. El trabajo asignado las ha desbordado y las ha hecho enfermar no solo en su “psique” sino en su propio cuerpo que sufre las consecuencias que la sociedad les ha encomendado.

Estas mujeres han sido víctimas de los “roles de género tradicionales” con que han topado. Muchas han sufrido violencia de género, algunas no, pero sí padecen otros males que la educación tradicional les ha transmitido nada más nacer. Algunas quieren escapar del papel para ellas encomendado incorporándose a trabajos reconocidos socialmente, pero encuentran igualmente trabas en la organización del trabajo o en el propio matrimonio, estructuras que no escapan de la impregnación del patriarcado.

Algunas de ellas han tenido una educación en valores modernos, por los propios padres, madres, abuelos, que les han hecho albergar posibles esperanzas, pero el propio trabajo muchas veces les ha hecho escoger entre la maternidad y el trabajo remunerado, entre ser feliz y ser persona, pues una mujer casada era incompatible con un trabajo.

Son mujeres “inteligentes”, “con esperanzas”, “luchadoras”, “trabajadoras” “no resignadas al rol que se esperaba de ellas” que acaban finalmente pagando con su cuerpo el sufrimiento y penalidades que la sociedad patriarcal les ha reservado -servidumbre desde pequeñas, sobreexplotación infantil, maltrato infantil muchas veces no por los propios padres sino por terceras personas o por alguna institución que les recogió, cuidadoras de otros hermanos, padres...., violencia de género por parte de familiares, novios, maridos..., faltas de decidir por ellas mismas en condiciones de semi-esclavitud muchas veces, sentimiento de sentirse abandonadas o no queridas por ningún familiar-. Muchas con pocos medios económicos, otras no, que lo han dado todo por su familia, incluso hubieran dado la vida porque es lo que se les ha encomendado.

Nos llama la atención, la gran cantidad de patología asociada, así como la alta incidencia de depresión y la puntuación altísima en ansiedad.

Son mujeres de gran coraje que han tenido que luchar desde muy pequeñas para ganarse el sustento o realizar duras tareas de cuidadoras. Han tenido que soportar muchas dificultades: *“Cuando me separé, me denegaron la ayuda de leche en Cáritas”*. Estas mujeres presentan un aspecto impecable y no les cuesta en absoluto

hablar de sus síntomas y de sus enfermedades, en cambio, les cuesta expresar aspectos de su vida personal que quizás quieren guardar para siempre en su interior. Los problemas que han sufrido van surgiendo poco a poco a lo largo de la entrevista.

Según Valls (2005) «el estereotipo de género que hace que el malestar de las mujeres se pueda considerar diagnóstico y que no se investiguen realmente las causas de los problemas, está retrasando de una forma muy preocupante, su solución». Porque si no conocemos las causas, no podemos hacer buena prevención, ni habrá buenos tratamientos en el futuro. Y el paradigma de esta situación, nos ha llegado a través de otra palabra que etiqueta pero que no resuelve el problema del dolor de la mujer, que es la "fibromialgia".

Para Carmen Valls (2004) como las condiciones y las circunstancias no han mejorado, el malestar y el dolor están aumentando. «Ya no se manifiestan de formas poco verbales, como podía ser la histeria, sino que se fija en el cuerpo de la mujer en forma de dolor». Y a este dolor, la ciencia médica, de tanto escuchar dolores de la mujer, ha decidido que llamaremos fibromialgia. Y la fibromialgia, aunque halla unos puntos dolorosos en las inserciones músculo-tendinosas no aclara la causa del dolor y la visión de la ciencia médica oficial es que la mujer tiene más tendencia a sufrir este problema por su umbral al dolor más bajo. La medicina dice que las mujeres son hipersensibles y que esa es la razón que les hace sentir el dolor.

Las relaciones entre *depresión y dolor son estrechas*. Comparten vías neuronales a nivel del SNC, comparten neurotransmisores y sus alteraciones repercuten tanto en la esfera afectiva como en la sintomatología músculo-esquelética dolorosa, comparten mecanismos de puesta en marcha y además los clínicos se encuentran valorando conjuntamente ambos cuadros y realizando una serie de tratamientos independientemente de cual sea la sintomatología (Martínez F, 2005:24-31).

El diccionario de la Real Academia Española de la lengua define el dolor en su segunda acepción, como un sentimiento, una pena, una congoja que se padece en el ánimo. El componente afectivo está presente en ambas definiciones. Por ello al valorar el dolor se han de valorar sus tres vertientes:

- Daño tisular/ lesión en el organismo
- Sensación dolorosa percibida por el paciente
- Experiencia emocional

Dentro de la etiología del dolor aparece el estrés emocional: los factores estresantes pueden ser muchos y de diferente modalidad, siendo valorados de manera distinta por la persona que lo sufre.

Muchas mujeres se sienten rotuladas o etiquetadas en un patrón “fibromialgia” y todo lo que les pasa se le atribuye a ello. Algunas no se sienten identificadas con la enfermedad y se resisten a ser encasilladas en este patrón. Dan explicaciones de sus síntomas a otras patologías propias de la edad. Estas son las mujeres que tienen un nivel cultural más elevado y se plantean cuestiones continuamente. Cuestionan los tratamientos que les han administrado y las explicaciones médicas que se les ha dado. Honradamente nos comenta una señora que no tiene conocimientos de medicina pero habla claro de lo que piensa realmente, de cómo vive la enfermedad y de cómo esta la afecta: cree que se ha “achacado” un diagnóstico a un problema de edad, cree que las personas se acostumbran al dolor que no es agudo, cree que se recetan muchos antidepresivos que no son adecuados que crean dependencia y que es muy difícil dejarlos.

Algunas mujeres cuestionan los síntomas de la fibromialgia; no quieren sentirse etiquetadas como enfermas:

- Mujer 62 a: *“No creo demasiado en la fibromialgia. Ahora me duele todo porque tuve un accidente y son las secuelas que me quedaron. ¿Qué quiere decir fibromialgia? Como tal la fibromialgia no es una enfermedad, claro es una opinión mía. Las personas de mi edad empiezan a tener dolor, se debería hacer un estudio del dolor. He resultado positiva a los puntos diagnósticos, pero tengo varias enfermedades que a las que se les podría atribuir los malestares que siento”:*

- Tengo mala circulación, por tanto hormigueo
- Tengo dolor por todo el cuerpo: tuve un accidente
- Tengo alteraciones la columna: por eso tengo lumbalgia

“No quiero decir que no respete a las personas que creen que tienen fibromialgia. Me encuentro abotargada por el reposo, no puedo hacer ejercicio físico por los dolores de columna. He eliminado todos los medicamentos para el dolor y ansiolíticos. El médico de cabecera me detectó la fibromialgia por los dolores que tenía, pero siempre he tenido dolores, de pequeña tuve una meningitis poliomiélica. Se la detectaron coincidiendo con el abandono del marido unos meses, cosa que nos costó mucho que nos comunicara”.

Esta señora de muy buen aspecto físico, nos estaba escondiendo y quizás se escondía a si misma el principal problema que tuvo: el marido se fue de casa hacía unos cuantos meses. Aparentemente era una mujer de éxito que había realizado diversas profesiones, sin dificultades económicas, pero a partir del abandono del marido aparecieron diversas dolencias físicas y psíquicas.

- Mujer 72 años: *“Sólo tengo asma y fibromialgia, son cosas normales de la edad. Estoy muy contenta con el médico general porque me dice que vaya dejando medicación”.*

“Y eso que dicen que la fibromialgia da tristeza, no es cierto, a mí el humor no me falta, no tengo ganas de llorar. Yo solo lloro si veo algo que me da pena o tengo algún disgusto, si no soy llorona”.

Aceptación de la enfermedad:

Las fases de aceptación de la enfermedad son varias: negación, duda. Hasta llegar a la aceptación:

- Mujer 48 años: *“Hasta que no he aceptado lo que me pasaba no me he sentido bien”.*

Dolor y Mecanismos de Afrontamiento:

El dolor crónico que es el que se da en la fibromialgia y en otras enfermedades crónicas, a diferencia del dolor agudo, no siempre cumple una función útil para el organismo, se considera más que un síntoma, una enfermedad, suele ser refractario a los tratamientos y se asocia a importantes síntomas psicológicos. A veces se convierte en el único problema, persistiendo en el tiempo y condicionando la vida del paciente y de los que están a su alrededor. El *dolor crónico* es considerado como una alteración psicofisiológica que se deriva fundamentalmente de una adaptación inadecuada del individuo a su medio. El dolor no sólo se relaciona con enfermedad física sino también con fenómenos mentales, incluyendo depresión, ansiedad y somatización. Por ello es útil valorar al paciente de dolor crónico desde una perspectiva “biopsicosocial” (Durán, Rius, Wulff, en Català y Aliaga, 2003:27-34).

Las mujeres que identifican mucho dolor presentan unas puntuaciones altas en ansiedad y depresión:

- Mujer 58 años: *“Me duelen mucho las articulaciones, manos, brazos, tengo escalofríos, no duermo a veces”.*

Ansiedad: 8

Depresión: 5

- Mujer 46 años: *“Tengo el cuerpo hecho un desastre. El dolor es horrible y soy intolerante a la medicación”.*

Ansiedad: 8

Depresión: 8

Pero tienen diferentes estrategias para afrontarlo.

Algunas intentan *autoayudarse* de diferentes formas:

- Mujer 37 años: *“Pienso que si yo no me ayudo no me va a ayudar nadie”.*

- Mujer 64 años: *“Voy al gimnasio, hago yoga, camino 30 minutos”.*

Van a la discoteca:

- 52 años: *“De joven no pude salir, ahora voy a la discoteca y encuentro que bailar me va muy bien”.*

- 48 años: *“Me autoayuda yo. Si me pongo nerviosa, me encuentro peor, he ido a muchos profesionales y me he llegado a tomar hasta 9 medicamentos. En la actualidad no tomo ninguno”*

Ansiedad: 3

Depresión: 0

“Tengo una cinta de relax y me la pongo después de comer. Hago media hora de relajación, con técnicas respiratorias. Ahora duermo bien sin medicación. Antes estaba muy preocupada por la salud, ahora no”.

Otras siguen la medicación al pie de la letra porque los médicos así se lo aconsejan. Pero también sufren sus efectos secundarios

- Mujer 61 años: Toma medicación porque no le dejan que la deje (psiquiatra), pero es que presenta ideas suicidas afirma: *“Me hubiera gustado no casarme, mi marido bebe y tengo problemas económicos. He tenido intentos de suicidio y ahora vuelvo a tener ganas de vivir. La convivencia con mi marido es fatal, pero si me separo no se como podré vivir con lo que gano, pagar luz, agua, gas... Tengo una invalidez”.*

- Mujer 57 años: *“No tolero las pastillas, solo tomo 1g. de paracetamol cada día, si puedo calmar el dolor con 1 gramo no me tomo 2. Todos los efectos secundarios de los medicamentos los sufro yo (diarrea....)”.*

- Mujer 48 años: *“Me tomo dos pastillas desde hace más de 20 años -ansiolítico y antidepresivo-. La doctora de cabecera intentó quitármelas, estuve 3 meses muy mal, volví con el vértigo y agorafobia. No podía salir a la calle y tuve que volver a tomarlos”.*

Ansiedad: 2

Depresión: 6

Otras se revelan contra la enfermedad y los tratamientos

- Mujer 37 años: *“Llega un momento que te rebelas contra la enfermedad. Se que tengo esta enfermedad, pero esto no me ha de limitar. No me voy a quedar en casa amargada, tomando medicamentos y llorando, porque es peor, la enfermedad se apodera de ti y no solucionas nada. Yo lo he hecho al revés, sí que me paso mis malos ratos, pero procuro que no me vea nadie, porque esta enfermedad de fuera no se ve aunque los dolores son muy grandes. Trabajo en una residencia de gente mayor y siempre procuro aparcar mi enfermedad y centrarme en otras cosas”.*

- Mujer 51 años: *“Se me ha medicado para cosas sin importancia, tensión arterial baja, que la he tenido siempre”.*

Muchas prefieren aguantar el dolor y no tomar medicación

El dolor es más o menos fuerte dependiendo de temporadas pero prefieren controlarlo. Algunas mujeres relatan que se van acostumbrando al dolor. Algunas renuncian a tomar medicación aportando diferentes argumentos: les atonta, no les hace nada, no les va bien al estómago. Algunas creen que las han medicalizado demasiado. Dependiendo del tipo de depresión que tengan, algunas mujeres consiguen disminuir o eliminar la medicación ayudadas o no por los profesionales, algunas lo consiguen y otras no.

- Mujer 37 años: *“Ahora tomo 4-5 pastillas. He tomado de todo, relajantes musculares, antiinflamatorios, analgésicos, antidepresivos. No soy abusadora. Prefiero aguantar el dolor y me lo paso muy mal. No me ha gustado nunca medicarme y así voy pasando”.*

- Mujer 52 años: *“La medicación no me alivia nada. Le dije al psiquiatra que no me iba bien al estómago, me atontaba y no me interesa que me atonte”.*

- Mujer 47 años: *“Me han dado medicación sin ser necesario”.*

Lo que más les preocupa a la mayoría es que *algunos médicos no las entienden.*

- Mujer 37 años: *“Lo que más me ha preocupado es que el reumatólogo me tratara de enferma mental, a partir de entonces no he querido ir a ningún sitio más. Bueno fui al*

psiquiatra posteriormente y me dijo que estaba perfectamente. Los médicos tendrían que tratarnos mejor pues cuando yo voy al médico es que no puedo más. El dolor sólo lo sabe quien lo pasa”.

- Mujer 64 años: *“Yo no quiero pastillas para la depresión, porque no estoy depresiva, no he ido al psiquiatra. Voy al M.G, y tomo gelocatil y ya está”.*

- Mujer 51 años: *“He tenido problemas con el médico de cabecera porque no entendía que yo estuviera tanto tiempo de baja, pero al traerle informes de especialistas de Barcelona privados ya lo entendió más. Yo entiendo que a los médicos no les conviene tener pacientes así, pero yo no tenía ganas de trabajar ni de volver al trabajo pues sufría moobing y me ponía mala solo de pensarlo”.*

Algunas no solucionan nada con los tratamientos de los médicos.

No confían en la medicina tradicional porque no les ha dado buenos resultados y creen que son ellas las que deben dar respuesta a sus problemas buscando alternativas: leer, salir con las amigas, intentar solucionar sus problemas...

Están desengañadas de los tratamiento que les han administrado no sólo medicación sino intervenciones quirúrgicas -fibromialgia- que creen que no les han solucionado el problema.

Aquellas mujeres que *no han resuelto su principal problemática* -Conseguir una pensión por incapacidad-, *están en contra de todos los profesionales* e incluso de ellas mismas. Incluso los “reumatólogos” dicen que estas mujeres realizan auténticas peregrinaciones de médico en médico para conseguir una invalidez que les es denegada muchas veces. Son mujeres que culpabilizan al Sistema Sanitario y a los médicos de que no tengan una pensión. Se sienten víctimas.

- Mujer 54 años: *“No me dan una inutilidad. He trabajado mucho y ahora, no puedo trabajar. Nadie me comprende. Tengo mal humor, no me dan la baja y tengo que trabajar”.*

Con pocos recursos económicos su salud identificada es de 0.

Se rebela consigo misma. Se siente culpable: estoy enfadada conmigo misma, no se lo que tengo y no soluciono nada. *“Me dicen que tengo fibromialgia y que me irá a más. No me van bien los psicólogos, ni los grupos ni nada, ¿para qué?”*

Me he hecho varias operaciones y no me han ido nada bien, no sé para qué me he operado. Los médicos no solucionan nada, te rifan. Te piden pruebas que tardan mucho tiempo en hacértelas y encima no solucionas nada.

En mi casa no puede entrar nadie, no puedo llevar el trabajo al día, todo lo dejo para mañana. Mi marido plancha y friega la casa.

Me dejé el trabajo hace poco después de estar trabajando desde los 13 años. Lo que me preocupa es perder un sueldo después de llevar toda la vida trabajando. Nadie me ha hecho caso de lo que tengo. Lo he perdido todo, he trabajado mucho y todavía tengo que pagar el piso”.

Otras *buscan otros recursos dentro de la medicina* y confían en sus profesionales.

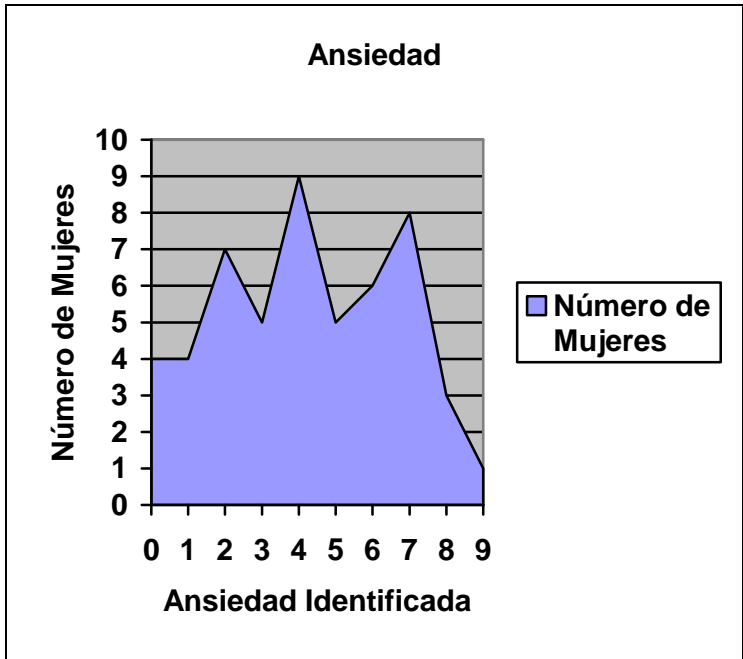
- Mujer 58 años: *“Voy a Barcelona, y me aplico ozono en una clínica privada. Me va muy bien. A mí los médicos me han ayudado mucho”.*

Lo importante para ellas es *tener un profesional de confianza que las escuche y entienda ya sea psiquiatra, médico de familia, reumatólogo...*

- Mujer 54 años: *“Me he operado de los dos codos y una mano, todo se me cae de las manos, pierdo la memoria, pero no he solucionado nada. Sólo tengo confianza con el médico de cabecera: me receta sólo analgésicos –paracetamol-, ¿para qué tomar más? Si los tratamientos fuertes me perjudican al estómago, he de tomar protectores y estoy igual. Tenía un psiquiatra que tenía mucha confianza y se fue”.*

Mujeres Diagnosticadas de Depresión

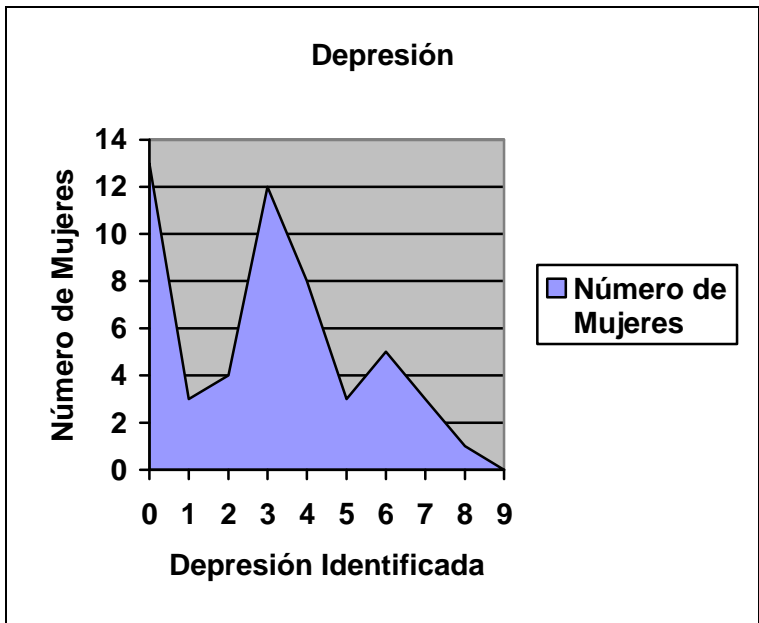
Gráfico 6.2.3.1.1. Ansiedad actual en mujeres diagnosticadas de depresión



Depresión \geq 2 Test Golberg

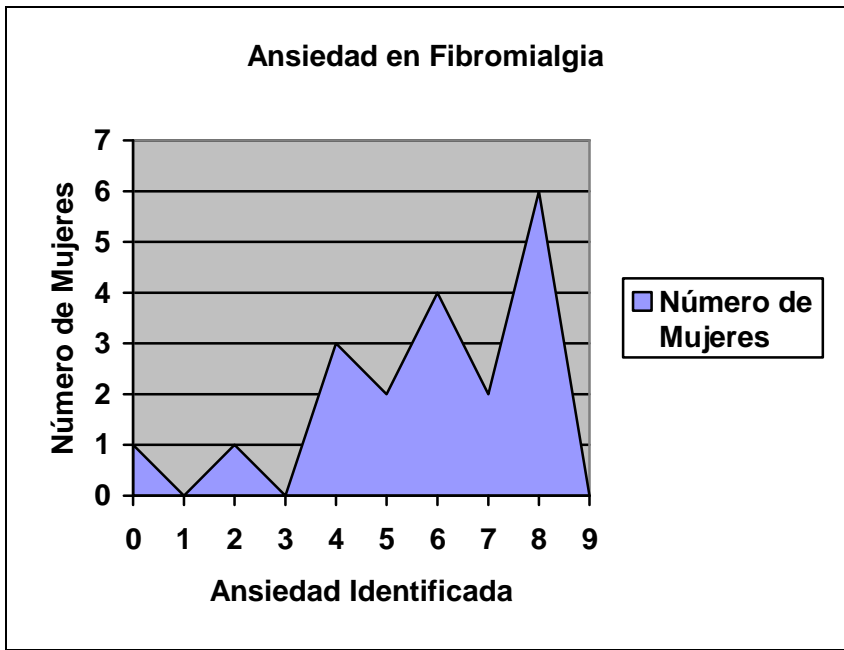
Elevada ansiedad para las mujeres con depresión. Hay mujeres diagnosticadas de depresión que no la presentan en la actualidad

Gráfico 6.2.3.1.2 Depresión actual en mujeres diagnosticadas de depresión



Mujeres Diagnosticadas de Fibromialgia

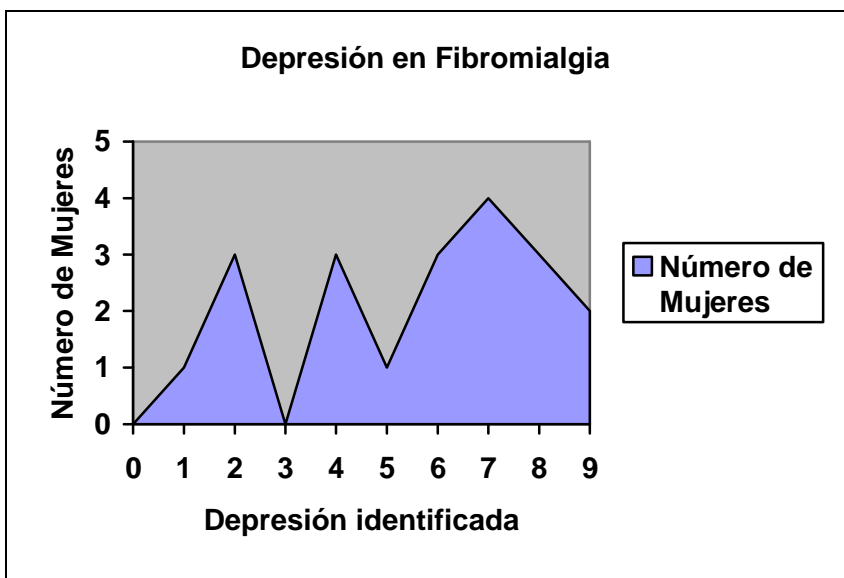
Gráfico 6.2.3.1.3. Ansiedad actual en mujeres diagnosticadas de fibromialgia



Depresión \geq 2 Test Golberg

Elevada ansiedad para las mujeres con depresión. Hay mujeres diagnosticadas de depresión que no la presentan en la actualidad

Gráfico 6.2.3.1.4. Depresión actual en mujeres diagnosticadas de fibromialgia



6.2.3.1.1. ASPECTO FÍSICO

Su aspecto físico es inmejorable en todas -quizá quieren ocultar todo lo que han sufrido en su interior pero se ha manifestado en su cuerpo-. Nos da la sensación de que intentan esconder algo, y muchas de ellas después de la entrevista están como huidizas. Quizás no quieren que descubramos todo aquello que han guardado en su interior y que muchas veces no han confesado ni al reumatólogo ni al médico de familia. El reumatólogo nos comenta que casi nunca hablan de su vida personal, sino que la mayoría de las veces se refieren a síntomas y medicación.

6.2.3.1.2. FIGURA DEL MARIDO

La figura del marido o compañero, es escasamente valorada la mayoría de las veces por las mujeres que han sufrido depresión, en la fibromialgia se encuentra aún más devaluada. No en todos los casos pero en gran parte.

Hemos visto que la figura del marido en la “depresión” pasa de la incredulidad o no apoyo al principio a la de apoyo posterior después de la intervención de algún profesional de la salud -psiquiatra, psicólogo o Médico de Familia- que les hace cambiar su percepción de la enfermedad. Hay otras mujeres que no se han sentido nunca apoyadas, otras que se han separado. En la fibromialgia encontramos, la mayoría de las veces, la figura de un marido que no les ha ayudado a soportar la carga económica de la familia -no quería trabajar, jugaba, bebía- pero no en todos los casos, no es un factor exclusivo. El apoyo social de estas mujeres ha sido bajo: *“siempre he tenido la sensación que la que tiraba del carro era yo”, “lo que más me ha afectado es la falta de comunicación con mi marido”, “me ha afectado mucho sentirme poco valorada por ser mujer y el adjudicarse las cosas buenas”.*

La mayoría se casaron jóvenes pues querían irse de casa bien para tener más libertad, bien para evitar el maltrato, pero muchas cayeron en un hogar todavía peor, dominadas por sus maridos o por la figura de alguna “suegra” dominante.

6.2.3.1.3. CAUSAS DE LA FIBROMIALGIA

Los problemas económicos son frecuentes y las que los presentan tienen también un nivel de estrés y/o depresión altos. Podemos decir que la fibromialgia es una suma de sucesos que van encadenándose uno detrás de otro y que afectan a la mujer.

Los factores psicosociales causales que influyen en la fibromialgia se ha observado que son los mismos que en la depresión pero “corregidos y aumentados”.

Se realizan 20 entrevistas en profundidad a pacientes afectadas de fibromialgia.

De estas:

- 16 sufrieron *violencia de género* (80%): No solo física y sexual sino que en la mayor parte de ellas fue psicológica.

Son mujeres que de entrada quieren explicar “su enfermedad” más que hablar de su vida, cosa que fuimos haciendo poco a poco. Tienen una *percepción muy baja de su salud*, mucho más que las diagnosticadas de depresión.

Gráfico 6.2.3.1.3.1. Causas de Fibromialgia

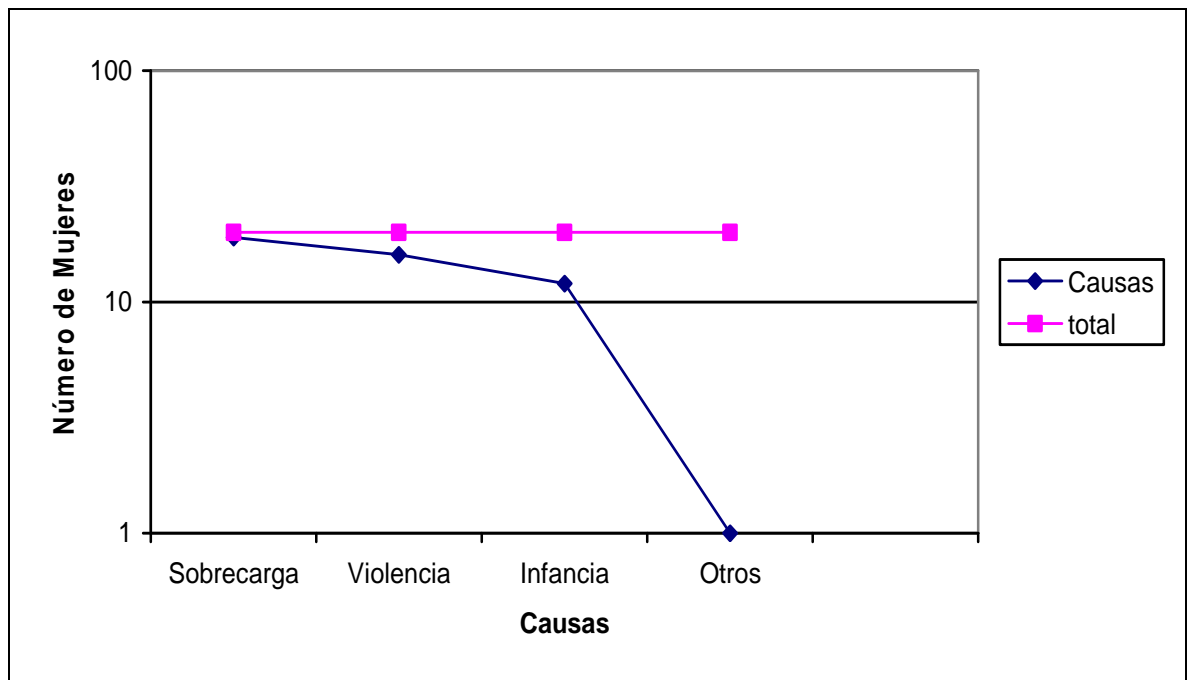
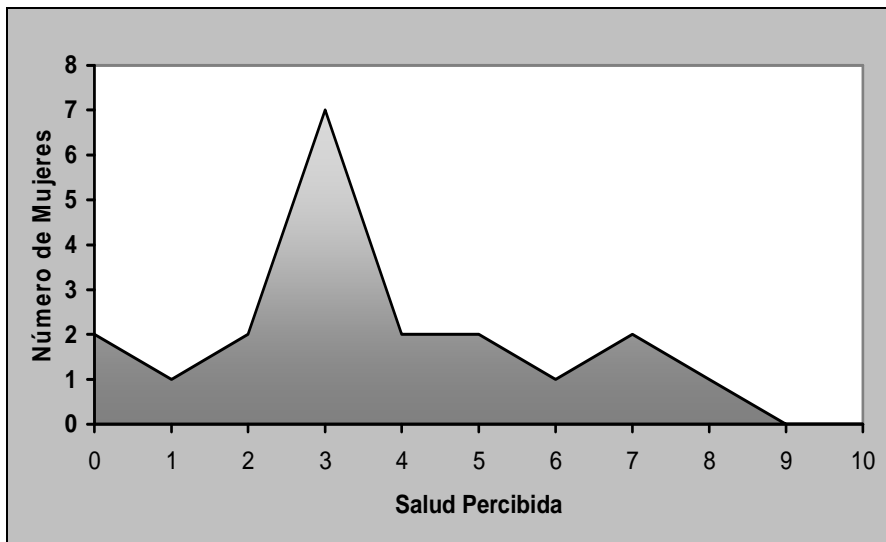


Gráfico 6.2.3.1.3.2. Percepción de la salud en las mujeres con fibromialgia



6.2.3.1.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES CON FIBROMIALGIA

- *Mujeres que han trabajado mucho desde la infancia dentro y fuera de casa. Son mujeres que desde muy jovencitas han asumido grandes responsabilidades. Viven la posguerra con enormes dificultades económicas para las familias y en ellas ha recaído la responsabilidad de aportar ingresos para el mantenimiento de la familia. No se plantean si quieren o no trabajar, es una fuerza mayor que les orienta a ello, el ayudar a los otros. Otras quieren para ellas otro futuro pero “no les han dejado”, aquello con lo que soñaban -estudios, salir...- no es para ellas, no está inscrito en el código social de la época. Algunas que lo hacen siendo transgresoras en su época han tenido que sacrificar aspectos de su vida personal como es el matrimonio y la formación de una familia.*

- *54 años: “Empecé a trabajar a los 13 años en una tienda de comestibles, después en una fábrica de arroz hasta los 21 años, después fui a limpiar por las casas hasta que entré en una empresa de limpieza para tener seguro y poder alimentar a mi hijo. He estado 30 años trabajando”.*

Ellas no reconocen el estrés que han sufrido en el trabajo, lo consideran como normal.

- *52 años: “La presión en el trabajo la tuve desde el primer día. Me sobrecargaban, tenía que hacer dos cosas al mismo tiempo. Pero claro, el trabajo tenía que salir y si te pedían algo, lo tenías que hacer, si hace unos años se hacía, se tenía que seguir*

haciendo. Bueno, presión sí tenía, bueno un poco. Se junta el trabajo con la sensación de que eres imprescindible y que tiene que pasar todo por ti.

- 48 años. *“Tenía mucha presión en el trabajo. Era autónoma. Siempre me ha costado pedir ayuda. No quería que nadie me ayudara, quería hacerlo todo yo. No tenía tiempo ni para ir a la peluquería. Quería llevar la relojería porque pensaba que podía ser bueno el día de mañana para mis hijos, por eso me desviví. Estaba hasta altas horas de la madrugada marcando piezas y llevando la contabilidad”.*

- 51 años: *“Trabajaba en el campo a los 14 años, en verano: hortalizas, en invierno: naranja. A los 16 años me fui a trabajar a Francia en una fábrica conservera. Quería estudiar, la maestra fue a hablar con mi padre pero dijo que no me podía pagar los estudios. Era la cuidadora del resto de mis hermanas, lavaba la ropa, limpiaba la casa, iba al campo junto con mi padre a trabajar recogiendo arroz. He trabajado muy duro siempre”.*

Alguna mujer que ha querido mantener un buen trabajo ha tenido que renunciar a tener pareja y “hacerse respetar en un mundo de hombres”. La tensión acumulada también hace enfermar:

- 72 años: *“He sido supervisora jefa de telefónica 39 años. He trabajado en Barcelona, Terrasa, Sabadell, Castellón y Palma de Mallorca. No he tenido problemas por ser mujer, me enfrentaba a los hombres -tenía que ponerse la coraza- y se hacía respetar. En la compañía he estado muy bien considerada. Había muy pocas mujeres en la dirección nacional. No falté nunca al trabajo. Era supervisora de 172 mujeres. No me casé”.*

Aparece el tener más de dos hijos como factor de riesgo para la salud junto con el trabajo:

- 37 años: *“He trabajado en el campo, fábrica, he hecho un poco de todo, siempre me he defendido. Con el nacimiento de sus hijos mellizos se sentía agobiada. Tiene 3 hijos. Todo lo llevaba yo, pues mi marido trabajaba fuera todo el día y no tengo madre”.*

- 58 años: *“A los 13 años trabajaba en una fábrica de aceite, luego pastelería, me fui a Barcelona a trabajar en una fábrica textil. Cuidé a mi hermano enfermo, la suegra (cáncer), madre (parkinson), todo esto me provocaba mucho estrés”.*

Ellas identifican la causa del malestar

- 60 años: *“Antes de los 12 años ya trabajaba. En una fábrica. Trabajé mucho, me hacían ir los domingos. Tenía mucha presión pues íbamos “a prima”, si no*

llegábamos, nos presionaban. Siempre he hecho un trabajo muy pesado. He cuidado a mi madre –Alzheimer-, padre –ciego-, tía –enferma-.

Antes de entrar a trabajar, le llevaba leche y chocolate caliente e mi tía que vivía cerca para desayunar, de pequeña me hizo mucho. Ahora me sale todo lo que he trabajado de joven, porque siempre he trabajado estresada con mucha presión, y ahora más con el cambio de directores. “Todos son iguales, pero antes me trataban mejor”.

- Sobreprotección o Maltrato en la Infancia

Han estado demasiado o demasiado poco protegidas. No se les ha potenciado su autoestima ni se les deja ser ellas mismas, no han podido ser “personas” con la implicación que tiene -desarrollo bio-psico-social-.

- 62 a: “Siempre he estado muy mimada, muy cuidada en mi casa de pequeña. Se preocupó mucho de mi un tío soltero y mi abuelo. Siempre tenía alrededor mucha gente cuidándome. Mi padre tenía mucha cultura pero era muy machista y mi madre estaba anulada. No me dejaron estudiar una carrera universitaria porque las que se iban de casa eran unas “prostitutas”, eso decía mi padre. Fui a las monjas y allí estudié contabilidad.

En lugar de estar orgulloso de mí, mi padre el día que empecé a trabajar me pegó y me dijo que no volvería a entrar en casa. Me asusté, si hubiera tenido el apoyo de mi madre me hubiera ido de casa. Siempre he trabajado. Hice secretariado de empresa, he sido agente de seguros entrevistando a empresarios, estudié idiomas, autónoma –tienda-“.

- 61 años: “Tengo un trauma desde que nací. Mi madre trabajaba y yo con 7 años hacía la comida y el trabajo era mío, tenía ganas de llorar. Llevaba la cena a mi padre que trabajaba fuera, un día se me olvidó y me pegaron con una cuerda, me sentía descuidada”.

- 57 años: “A los 6 años ya trabajaba en el campo cuando no iba al colegio. De la casa me encargaba yo, de todo a los 8 años. No podía con los cubos de agua, una vecina me tenía que apartar la olla del fuego porque no la podía. Mi madre trabajaba en el campo y éramos 5 en casa. Siempre he cosido. A partir de los 16 años trabajé en empresas de confección -talleres 8-9 horas-, a veces trabajaba hasta 12-13 horas cada día cosiendo. Cuidé a mis padres, a mis hijos cosiendo. Sólo dormía 4-5 horas,

me levantaba a las 5 de la mañana y no me acostaba hasta pasadas las 12 de la noche. Me hubiera gustado estudiar, me daban una beca, pero mi padre no me dejó - quizás no podían hacerlo económicamente y tenían miedo que me metiera a monja-“.

-56 años: “Mi padre era muy autoritario. Tenía ganas de irme de casa para tener más libertad. Me hubiera gustado haber sido hombre. De pequeña me hicieron la vida imposible, y de mayor he sido la “criada” de todos. He pasado de cuidar a 8 personas (padre, madre, suegros, niños, vecina...) a caer en “picado”. Me sentía como una esclava. Desde los 30 años siempre he estado cuidando gente mayor. Se me han ido los mejores años de mi vida”.

- 46 años: “Mi padre cayó enfermo de pequeña, lo tuvieron que trasladar fuera y a mí me metieron en un Orfanato para que me cuidaran. A mis padres les dijeron que estaría bien, pero no fue así. Me maltrataban (duchas frías, amenazas, prohibiciones, nos hacían aguantar el pipi muchas horas). He sufrido maltratos de pequeña y también en mi matrimonio. Mi marido no me dejó estudiar, quería que empezara a trabajar pronto para llevar un sueldo a casa”.

6.2.4. ENTREVISTAS A PSIQUIATRAS, PSICÓLOGO, REUMATÓLOGO, MEDICO DE FAMILIA

Se realizan entrevistas con médicos de familia, reumatólogo, psiquiatras. La finalidad es conocer cuál es su opinión sobre las causas de depresión en la mujer, así como las terapias utilizadas y lo que piensan sobre los síntomas de la depresión, los tratamientos, los protocolos de derivación a seguir si los-as pacientes no mejoraban.... Las entrevistas son abiertas; se les pregunta sobre las causas de depresión en las mujeres, así como las diferencias existentes entre géneros.

El reumatólogo y algunos médicos de familia más jóvenes tienen un conocimiento alto de “signos y síntomas”, “tratamientos”... pero de corte más biólogo. Muchos no conocen las causas reales -psicosociales- que han hecho enfermar a las mujeres, las dificultades en su vida. Y es que inconscientemente no quieren entrar en ellos, pues intuyen que hay un sinfín de problemática que no pueden abordar o no tienen los recursos para hacerlo, pues han recibido una formación “académica” dentro del paradigma biomédico, que es “el científico” por excelencia.

Algún médico más formado en alguna técnica Psicosocial, como ayudar a la persona a resolver sus propios problemas nos comenta que la principal dificultad de

la mujer se encuentra en la *Falta de Asertividad* -falta para pedir aquello que necesita-, él se ha formado para ello y sí le ha funcionado, al menos en los pacientes que lo ha puesto en práctica y que no han sido muchos por falta de tiempo y por la alta implicación emocional que conlleva.

Para algunos intentar indagar los problemas de las pacientes, es como entrar en un terreno desconocido, de arenas movedizas para el que probablemente no han tenido formación en sus estudios y prefieren realizar una medicina como la han realizado siempre: la mayoría de médicos de Atención Primaria nos comentan; “*si se trata de una depresión pongo tratamiento y si no mejora la envío al psiquiatra*”.

Otros intentan abordar las dificultades pero sienten que es un terreno desconocido para ellos y los derivan a otro profesional principalmente al psiquiatra.

Se observa que los médicos de atención primaria no tienen suficiente formación en la clasificación de depresiones y de entrada, la mayoría de las veces instauran tratamiento antidepresivo; si éste no actúa de la manera prevista, a los tres o seis meses son enviados al especialista.

Entrevistamos a tres psiquiatras, cada uno de ellos tiene una opinión diferente de las causas que provocaba la depresión según la escuela en que fueron formados.

Para unos lo biológico es lo más importante, para el otro lo psicológico pues pertenece a la escuela psicoanalítica y para el otro lo social. Si bien todos comparten que hay diferencias biológicas -hormonales, cerebro...- cada uno le otorga un peso diferente en el origen de la depresión. Y es que para entender las diferencias universales en el comportamiento humano no basta con buscar las diferencias biológicas, sino que es necesario reconstruir la historia evolutiva del comportamiento de ambos sexos.

Una de las psiquiatras a las que entrevistamos que da mucha importancia al *factor biológico*, acaba relatando la evolución de la especie para relacionar los factores biológicos distintivos en machos y hembras que han estado íntimamente ligados a los factores sociales -maternidad en la mujer, rol cazador y de protección de la familia en el hombre-: los diferentes roles según el sexo en las diversas culturas femeninas es un tema clásico de la antropología. En todas las sociedades estudiadas hay dos tipos de comportamientos básicos para la supervivencia que presentan una diferenciación según los sexos. Los hombres se dedican a la caza y las mujeres al cuidado de los hijos (Ember, Ember y Peregrine, 2002:381-391).

Las ventajas del cerebro masculino son mayor tendencia a la búsqueda del poder y el dominio social, la agresividad, la pericia, el liderazgo y tolerar la soledad.

Por el contrario, las ventajas del cerebro femenino se centran en las habilidades empáticas. Una de las capacidades es relacionarse y hacer amistades. «Una mujer empática, que cuida de sus hijos está mejor equipada para crear una comunidad de amigos que cuiden de sus hijos cuando lo necesiten» (Tucker, Friedman, Schwartz y cols., 1997: 381-391).

Hablando de los roles de género empezamos la entrevista con la psiquiatra que había realizado una tesis doctoral sobre los rasgos ansiosos de personalidad en la depresión y nos comentaba que éstos están en la misma persona nada más nacer y si se observa a los bebés y niños ya se podía detectar:

En cuanto a sexos sabemos que las mujeres son más ansiosas comenta. La ansiedad está íntimamente ligada a la depresión y esto también se ha comprobado en las entrevistas, la ansiedad es una respuesta adaptativa que te previene de sufrir. En las mujeres este sistema de alarma se activa más fácilmente que en los hombres. Cuando se hace un estudio de personalidad a pacientes depresivos-as, un porcentaje altísimo pertenece a los que puntúan positivamente a la escala de ansiedad.

Estas afirmaciones coinciden con los resultados de las entrevistas en las que observamos que todas las causas identificadas por las mujeres, es todo aquello que para ellas es percibido como “dificultades”, que suelen ser vividas al principio como ansiedad pero que pueden pasar a depresión. Para esta psiquiatra dentro de la depresión lo más importante son aquellos estímulos que provocan una respuesta ansiosa y como ésta se convertía en patológica “depresión”. Pero al mismo tiempo que afirma la diferencia biológica, de comportamiento, de sensaciones entre hombres y mujeres está reconociendo el porqué de estas diferencias en la misma sociedad ya desde el inicio de la vida humana. Y es que las diferencias asignadas para el hombre y mujer no son fruto de la “cultura”, que nació mucho más tarde en occidente - mesopotamia-, sino que ha nacido con el desarrollo de la especie humana y la cultura aumenta la división entre los sexos.

Hay otras tesis que afirman que en el paleolítico y neolítico la mujer tiene mayor estatus que el hombre. La mujer en el paleolítico no se vincula al varón, ella sola cuida de alimentar a sus hijos. No existe vinculación masculina porque el varón desconoce ser el causante de la fecundación humana y por tanto no identifica a los hijos como propios. Las mujeres tienen un papel importante en la alimentación del grupo pues se dedican a la caza menor y a la recolección.

La carne no es tan importante en el proceso de hominización pues sólo constituye 1/3 parte del consumo de las calorías. Las mujeres tendrían mayor estatus social, ostentarían mayor poder político. Pero una tesis no excluye a la otra. Queda claro que

en todas las sociedades indistintamente del estatus de la mujer, su principal tarea es la de la maternidad, la reproducción de la especie queda indiscutiblemente en sus manos y por tanto su tarea primordial es dedicarse a «que otras personas» se desarrollen.

Los hombres son menos ansiosos, como rasgo de personalidad, frente a estímulos nuevos y peligros potenciales. Su cuerpo genera menos miedo y esto es genético. Y es que ha sido un rasgo evolutivo, sino la especie no hubiera sobrevivido, pues que la mujer tuviera mayor ansiedad era un mecanismo adaptativo para la supervivencia de la maternidad.

- Las mujeres puntúan más alto en la escala de ansiedad pues han tenido que ser protectoras de sus hijos para que la especie pudiera reproducirse. Y sufren ansiedad ante un peligro inmediato y también son capaces de anticiparse a éste -ansiedad anticipatorio-, cosa que favorece la depresión.

- Los hombres puntúan de manera más elevada en escalas de impulsividad y de búsqueda de sensaciones, les da placer el peligro y la búsqueda de sensaciones nuevas. Es un rasgo evolutivo pues los hombres eran cazadores, tenían que salir de casa a buscar presas y enfrentarse a los diversos peligros que se les presentaban.

Por tanto evolutivamente se han favorecido unos rasgos femeninos de ansiedad y masculinos de búsqueda de sensaciones para reproducirse la especie. Pero con el surgimiento de la Cultura -con la aparición de la agricultura en Oriente Medio- se siguen potenciando estos rasgos.

Los roles que surgieron con la “cultura” siguen potenciando aquello que dice la genética: maternidad para la mujer, mantenedor del hogar el hombre. La educación recibida se ha encargado de ello. Llevamos 50 años de abundancia en la que la comida ya no es un problema -al menos de momento-. El hombre ya no ha de abandonar el hogar materno para la caza ni tampoco como en la sociedad “patriarcal” la mujer debe encargarse en exclusiva de la maternidad y el cuidado de la casa. Pero nos pesa la tradición de miles de millones de años a todos y por tanto las contradicciones con las que tropezamos hombres y mujeres son continuas.

Pero también hay elementos positivos en los roles tradicionales de la mujer: la maternidad en algunas culturas tienen un gran valor, y junto con la religiosidad son un mecanismo de protección frente al suicidio. Comenta que este tema lo ha observado durante 25 años de profesión y es que las mujeres momentos antes de suicidarse han pensado en sus hijos, por eso muchas no se han suicidado.

La idea es similar a la que expone Durkheim para el que dichas instituciones (familia, trabajo, religión) hacían que el individuo se vinculara con la sociedad, y si no

lo hacía y se « toma a si mismo como un fin cae en un estado de miseria moral que le conduce al suicidio» (Lukes, 1984:183). Para éste «la religión junto con el derecho y la moral, tenía la función de asegurar el equilibrio de la sociedad y adaptarla a las condiciones exteriores, siendo una forma de *disciplina social*, una mera forma de costumbre» (Ibídem: 237).

Los cambios a los que ha tenido que adaptarse la mujer en estos últimos años han sido numerosos:

En estos 50 años nos encontramos con la mayor revolución a nivel mundial que nos podemos encontrar a nivel de especie humana -incorporación de la mujer al mundo laboral, nuevas tecnologías...-. *“Si la mujer es más ansiosa y además debe adaptarse al nuevo entorno, no es difícil que aparezca mayor depresión, pues se encuentra con la contradicción de realizar aquellos roles para los que ha sido formada y con los nuevos que le demanda la sociedad: trabajar fuera de casa, realizar su proyecto de vida, ser autónoma.... “*

- *“La mujer que trabaja 8h fuera de casa pero no es capaz que su marido le ayude en poner lavadoras, hacer la compra... va mal”* (psiquiatra).

- *“El hombre que quiere alcanzar un alto nivel profesional a costa de no colaborar en la cría de sus hijos ni colaborar en las labores familiares está creando indirectamente dificultades que repercutirán negativamente en la salud psíquica de la mujer”*.(psiquiatra)

“La mujer se encuentra en un mundo con infinitas posibilidades que no ha tenido nunca: acceso a la educación, aparatos electrónicos que la ayudan a hacer la carga más llevadera.... La mujer hace unos pocos años ha descubierto que además de ser madre y esposa, puede ser persona” (psiquiatra). *“Pero para ella es muy difícil abandonar todo aquello que tenía pautado en sus genes -hacer de madre, cuidadora, protectora, realizar las tareas de casa...- y es que si no lo hace no es feliz, ahí aparecen las contradicciones que muchas veces se convierten en ansiedad y llega un momento en que no puede más”*.

El género femenino muestra unas características diferenciales en el procesamiento emocional, en algunos casos en marcado paralelismo con las observadas en pacientes deprimidos, lo cual podría conferir una mayor vulnerabilidad a padecer trastornos afectivos y explicar, en parte la elevada prevalencia de dichos trastornos en las mujeres. Es posible especular que un sistema emocional más complejo, como el femenino, pueda presentar un «mayor riesgo de alteraciones en su funcionamiento, las cuales deriven en una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de

patología afectiva» (López-Araquistán, Cardoner, Urretavizcaya en Ezcurra et al, 2006:234).

Pero para los hombres también serán difíciles estos cambios y en la consulta desde hace algunos años estoy viendo que acuden cada vez más hombres a la consulta por problemas de depresión y es que muchas veces se encuentran desorientados y no saben el papel que han de adoptar (psiquiatra).

La mayor parte de los clínicos entrevistados, no sólo profesionales de la psiquiatría, sino también de la medicina de familia, son partidarios de un modelo de depresión que no se concentraría sólo en un factor sino en varios.

El modelo *sociobiológico de la depresión formulado por Cyranowsky (2000)* trata de integrar factores genéticos y de aprendizaje que dificultan la creación de vínculos afectivos, a los que se suman cambios hormonales, factores sociales y acontecimientos vitales interpersonales, que dan lugar a la depresión (Ezcurra, 2006:3).

Siguen unificando las hipótesis siguientes en mayor o menor cuantificación según la escuela en que se han formado:

1- La hipótesis biológica plantea diferentes posibilidades, una predisposición genética mayor de las mujeres, alteraciones en el eje hipofiso-adrenal, influencia de los estrógenos sobre los neurotransmisores cerebrales, disfunciones tiroideas, en apoyo a esta hipótesis se mencionan los trastornos relacionados con el ciclo reproductivo.

2- La hipótesis social plantea que la mujer está más expuesta al estrés o a vivenciar los acontecimientos vitales como más estresantes; la desventaja social de la mujer en muchas culturas, su mayor vulnerabilidad a la carencia de apoyo social, el desempeño de múltiples roles o un menor número de factores de protección. El papel protector del trabajo como factor de la depresión ha sido cuestionado y no es generalizable.

3- La hipótesis cognitiva señala la posibilidad de que las mujeres desarrollen un modelo cognitivo semejante a la depresión aprendida de Seligman y una mayor propensión a un estilo cognitivo «rumiativo» de respuesta.

Pero a lo que no dejan de dar importancia los psiquiatras que entrevistamos es que la situación de la mujer en nuestra sociedad, los roles que asumen y les ha tocado asumir -cuidados-, las situaciones a las que están sometidas -violencia, desvaloración- las ha llevado muchas veces a la «depresión».

Pero: ¿Cómo es posible cambiar la larga historia evolutiva de la humanidad con tan poco tiempo? Con educación, leyes, con ansiedad, con depresión que no dejarían de

ser un mecanismo de respuesta del organismo ante los diferentes fenómenos con los que se enfrenta el ser humano.

El tema de la fibromialgia, es abordado por la mayoría de médicos de familia y reumatólogos con incredulidad. Creen que no existe tal enfermedad, que se trata únicamente de una enfermedad psiquiátrica y que éste es el motivo que las mujeres experimenten un número tan elevado de quejas somáticas.

6.3. RESULTADOS FASE CUANTITATIVA: ESTUDIO POBLACIONAL -EN UNA COMUNIDAD- SOBRE LA DEPRESIÓN 2007-2008

Se realiza el estudio sobre depresión en una población o comunidad de la que se extrae una muestra. Se realiza un muestreo estratificado para cada grupo de edad y sexo. Tipo de Muestreo en los diferentes estratos: Sistemático con reposición de las no respuestas.

Para comparar variables se utilizan los siguientes métodos estadísticos: t-Student para medias, Chi-cuadrado para proporciones y Análisis de Regresión Logística univariante y multivariante.

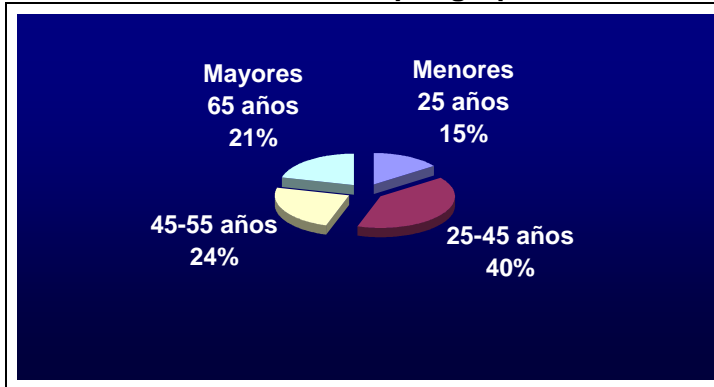
Tabla 6.3.1. Muestra necesaria para estudio depresión

Edad	Hombres	Muestra Hombres	Mujeres	Muestra Mujeres	Total	Muestra
De 15 a 19 años	208	8	169	7	377	15
De 20 a 24 años	255	10	220	9	475	19
De 25 a 29 años	354	14	291	12	645	26
De 30 a 34 años	389	16	300	12	689	28
De 35 a 39 años	362	15	299	12	661	27
De 40 a 44 años	297	12	258	10	555	22
De 45 a 49 años	249	10	226	9	475	19
De 50 a 54 años	203	8	190	8	393	16
De 55 a 59 años	224	9	202	8	426	17
De 60 a 64 años	182	7	190	8	372	15
De 65 a 69 años	146	6	117	5	263	11
de 70 a 74 años	150	6	204	8	354	14
De 75 a 79 años	146	6	150	6	296	12
De 80 a 84 años	93	4	112	5	205	8
De 85 años y más	47	2	110	4	157	6
Total	3.891	157	3.553	143	7.444	300

Se realizan 317 cuestionarios telefónicos (véase Anexo 6), 157 a mujeres y 160 a hombres.

La distribución de la población por edad es la siguiente: Los menores de 25 años representan el 15,1%(48), de 25-45 el 39,7%(126), de 45-55 el 24%(76), de 65 y más el 21%(67).

6.3.1. Gráfico. Distribución por grupos de edad



- 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.

Violencia y Género. Una cuarta parte de la población sufre violencia, la mujer superior al hombre.

Tabla 6.3.2. Violencia según género

VIOLENCIA	SEXO		TOTAL	Chi-cuadrado
	HOMBRE	MUJER		
NO	129 80,6%	103 65,6%	132 73,2%	≤ 0,005
SI	31 19,4%	54 34,4%	85 26,8%	
TOTAL	160	157	317	

Un 34,7 % (110) sufre o ha sufrido estrés, los hombres un 32,5% (52) y las mujeres un 66,9% (58). Un 33,4 % (116) ha sufrido sobrecarga laboral, las mujeres un 34,4% (54) y los hombres un 32,5% (52). Un 17,9% (57) tiene bajo o nulo apoyo social, los hombres un 14,3% (23) las mujeres un 21,6% (34).

Tabla 6.3.3. Factores asociados a la depresión y género en población total

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Violencia	19,4% (31)	34,4% (54)	26,8% (85)
Sobrecarga	32,5% (52)	34,4% (54)	33,4% (106)
Estrés	36,9% (52)	36,9% (58)	34,7% (110)
Bajo o nulo apoyo social	14,3% (23)	21,6% (34)	17,9% (57)
TOTAL	157	160	317

- Un 34,4% (109) sufre ansiedad. De estos un 78% (85) presentan depresión ($p \leq 0,001$), todavía este porcentaje aumenta más si lo que tenemos en cuenta es la depresión global 84,4% (92) con una ($p \leq 0,005$).

Consumo de medicación de salud mental (Ansiolíticos y antidepresivos)

- El consumo de ansiolíticos y antidepresivos, que son los dos medicamentos que se dan para tratar la depresión, es superior en las mujeres que en los hombres, pero la diferencia no llega a ser significativa, quizás por el pequeño número de pacientes que entran en cada grupo. Si se observa una tendencia que es superior para la mujer.

En cambio en el resto de medicación el hombre consume más que la mujer, este hecho tendría relación con que el hombre manifiesta menos la depresión por los condicionamientos socio-culturales y en cambio presenta otras enfermedades como; gastrointestinales, musculoesqueléticas ...

Tabla 6.3.4. Consumo de medicación habitual de salud mental y otra medicación según sexo

CONSUMO DE MEDICACIÓN		SEXO		TOTAL	Chi-Cuadrado
		HOMBRE	MUJER		
Consumo de medicación habitual de salud mental	NO	79 49,4%	77 49%	156 49,2%	p= 0,294
	DE SALUD MENTAL	22 13,8%	31 19,7%	53 16,7%	
	OTRA MEDICACIÓN	59 36,9%	49 31,2%	108 34,1%	
TOTAL		160	157	317	

En cuanto a grupo de edad y consumo de medicación sí hay diferencias $\leq 0,001$. Los grupos de edad en los que se consumen más ansiolíticos y antidepresivos concuerdan con los que se identifican con mayor depresión y ansiedad.

En otros, referido al resto de medicamentos tomados, aumentan al aumentar la edad de la población, ya que al aumentar la edad aumentan también las enfermedades crónicas.

Tabla 6.3.5. Consumo de medicación según grupo de edad

	TIPO MEDICACIÓN	Hasta 25 años	25-45 años	45-65 años	65 y más	Total	Chi-Cuadrado
Mediación Habitual	Nada	42 87,5%	87 69%	23 30,3%	4 6%	156 49,2%	p \leq 0,001
	Ansiolíticos	1 2,1%	12 9,5%	5 6,6%	6 9%	24 7,6%	
	Antidepresivos	2 4,2%	3 2,4%	6 7,9%	4 6%	15 4,7%	
	Mixto	0 0%	4 3,2%	3 3,9%	2 3%	9 2,8%	
	Otros	1 4,2%	18 14,3%	39 51,3%	49 73,1%	108 34,1%	
	Terapias Complementarias	1 2,1%	2 1,6%	0 0%	2 3%	5 1,5%	
TOTAL		48	126	76	67	317	

La salud disminuye con la edad con una p \leq 0,001.

Tabla 6.3.6 Salud percibida

Grupo de Edad	Media
Hasta 25 años	7,90
25-45	7,60
45-65	7,09
65 y más	6,67
TOTAL	7,32

La salud percibida de los que tienen depresión es inferior a la de los que no la tienen (6,79-8,05), y es superior para el hombre que para la mujer:

Tabla 6.3.7. Salud percibida según depresión o no

	Personas con Depresión	Personas sin Depresión
Salud Percibida	6,79 ± 1,6	8,05 ± 1,2

La salud que perciben las mujeres con depresión es más baja que en los hombres.

- Hombres con depresión 7,01 ± 1,5, sin depresión 7,99 ± 1,05 (p ≤ 0,005).

- Mujeres con depresión 6,63 ± 1,7, sin depresión 8,18 ± 1,4 (p ≤ 0,005).

Tabla 6.3.8. Depresión y salud percibida según género

	HOMBRES	MUJERES
Salud Percibida	7,01 ± 1,5	6,63 ± 1,7

La edad media para la depresión es de 50,93 ± 21,3 (p ≤ 0,001), la edad media de 54,15 ± 2,33 para el hombre y de 48,16 ± 1,98 para la mujer (p ≤ 0,005).

Tabla 6.3.9. Edad media depresión

EDAD MEDIA DEPRESIÓN
50,9 ± 21,2

Tabla 6.3.10. Edad media depresión en hombres y mujeres

	HOMBRES	MUJERES
Edad Media Depresión	54,3 ± 22	48,3 ± 20,5

6.3.1. TIPOS DE DEPRESIÓN

Distinguímos tres tipos diferentes de depresión:

- 1- *Depresión diagnosticada*: aquella que ha sido diagnosticada por el sistema médico de salud y así nos lo comunica el paciente. **26,1%** (86), de los que son hombres 18,1% (29) y mujeres 36,3% (59).

- 2- *Depresión identificada + diagnosticada*: aquella que además de ser diagnosticada es identificada por el entrevistado-a. Son aquellos que al administrarles el cuestionario reconocen sí han tenido estos problemas anteriormente. **30,6%** (97) de los que 40,1% (63) son mujeres y el 21,3% (34) son hombres.

- 3- *Depresión de goldberg o actual*: Aquellos-as que dan positivos en la escala de ansiedad-depresión de Goldberg (EADG) que administramos. **46,7%** (148), de los que 53,5% (84) son mujeres y el 40% (64) son hombres ($p \leq 0,001$)

- 4- *Depresión total*: 1+2+3
57,7% (183) de los que 49,4% (79) son hombres y el 66,2% (104) son mujeres

Por este motivo al hablar de depresión es preciso saber a que tipo de depresión nos referimos. Si es de la depresión que se ha “rotulado” por el sistema sanitario, si es la que además el paciente ha identificado pero no se ha clasificado, si es la que aparece en un test validado, o si es la suma de todas que es la que puede aparecer a lo largo de la vida.

El porcentaje va aumentando a medida que incorporamos diferentes perspectivas –la diagnosticada, la identificada, la que determinamos mediante un test, la suma de todas-. Un 30% de depresiones no se diagnostican. Un 16% de depresiones no se identifican.

La depresión es diagnosticada por el sistema sanitario para la mujer al doble que para el hombre ($p \leq 0,05$), este porcentaje se mantiene para la depresión identificada + la diagnosticada, un 4% no es diagnosticado y es detectado por los propios individuos -3% en la mujer y un 4% en el hombre- .

La depresión actual contabilizada mediante el test de Goldberg aumenta un 16% - 13% para la mujer y mucho más para el hombre 19 %- respecto la que habían diagnosticado o identificado; en esta depresión, se acortan las diferencias entre sexos.

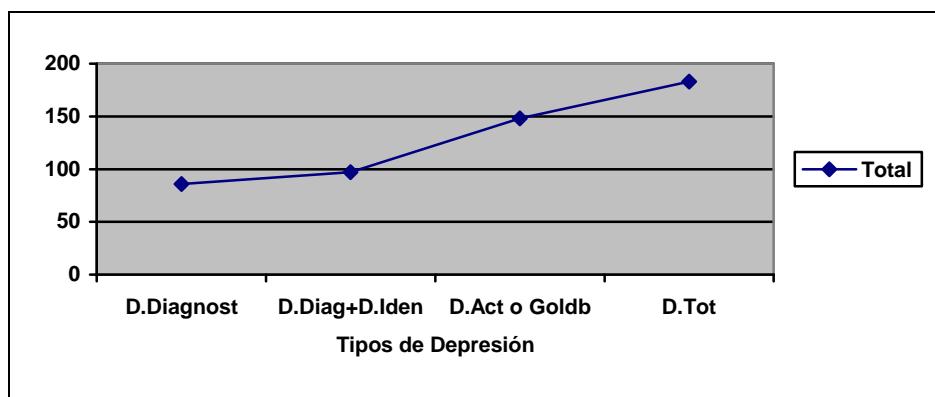
Es la depresión que puede aparecer a lo largo de la vida la que es más elevada; ésta puede identificarse con la escala de EADG, también ha podido diagnosticarse por el sistema médico o identificarse por el sujeto.

Es importante también distinguir si hablamos de depresión en un momento puntual o a lo largo de la vida.

Hay un 30% de depresiones que no son diagnosticadas en nuestro estudio, pero el motivo de este infradiagóstico es que los síntomas no son reconocidos por el propio paciente, por lo que no busca ayuda o que los síntomas que presenten tampoco son identificados por los médicos.

La depresión total, aquella que aparece a lo largo de la vida de un individuo es de un 57,7%, siendo superior para la mujer 66,2% que para el hombre 49,4%.

Gráfico 6.3.1.1. Tipos de depresión



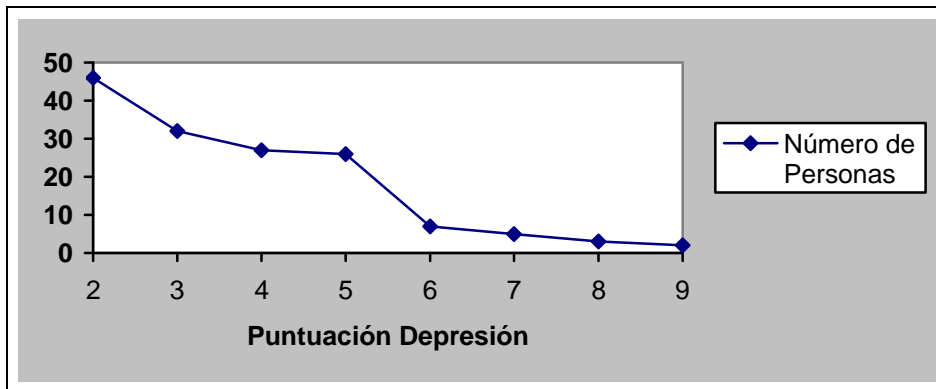
Intensidad de la Depresión

La mayor parte de depresiones que aparecen están situadas en la parte inferior de la EADG -Escala de ansiedad y Depresión de Goldberg- y equivalen a las puntuaciones 2-3-4-5 de dicha escala -niveles más bajos de depresión-. Menos depresiones corresponden a las puntuaciones de depresión 6-7-8 y 9 -niveles más altos de depresión-.

Puntuación en la EADG

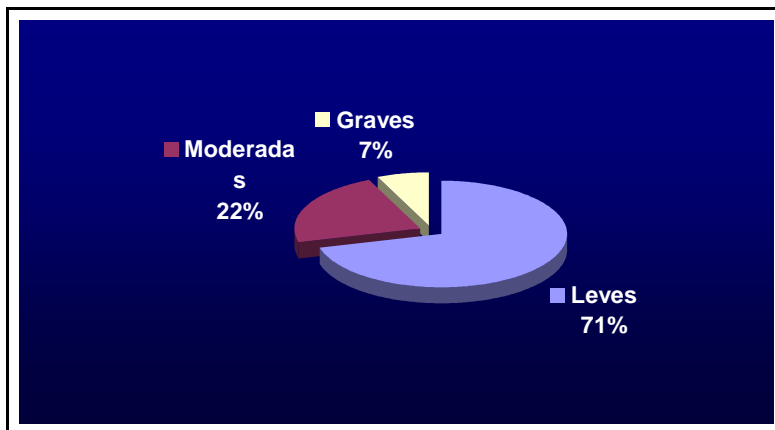
- 2- 46 personas (31%)
- 3- 32 personas (21%)
- 4- 27 personas (18%)
- 5- 26 personas (17%)
- 6- 7 personas (4%)
- 7- 5 personas (3%)
- 8- 3 personas (2%)
- 9- 2 personas (1%)

Gráfico 6.3.1.2. Puntuación en depresión según EADG



Las depresiones más leves (2-3-4) representan el 71 % de las depresiones
 Las depresiones moderadas (5-6) representan el 22 % de las depresiones
 Las depresiones más graves (7-8-9) representan el 7 % de las depresiones

6.3.1.3. Gráfico depresión leves-moderadas-graves



En la depresión medida en el momento actual o de Goldberg los que sufren más depresión son los que tienen mayor edad, pero la depresión es alta en el grupo de los menores de 25 años ($p \leq 0,001$).

Tabla 6.3.1.1. Depresión actual y grupos de edad

Depresión Actual o de Goldberg	Hasta 25 a.	25-45 a	45-65 a	65 y más	Total	Chi-cuadrado
		21 43,8%	49 38,9%	37 49,7%	41 61,2%	148 46,7%
TOTAL	48	126	76	67	317	

La ansiedad es mayor para el grupo de 45-65 años a diferencia de la depresión que lo es para los mayores de 65 años.

Tabla 6.3.1.2. Ansiedad actual y grupos de edad

Ansiedad Actual o de Goldberg	Hasta 25 a.	25-45 a	45-65 a	65 y más	Total	Chi-cuadrado
	12 25%	36 28,6%	34 44,7%	27 40,3%	109 34,4%	p= 0,038
TOTAL	48	126	76	67	317	

La depresión actual es una de las mayores encontradas en la bibliografía revisada. En el momento actual la depresión es presentada por el **46,7%** de la población, pero si tenemos en cuenta aquellas personas que han tenido algún episodio depresivo anterior la cifra aumenta a un **57,7%**, la cifra todavía aumenta más si tenemos en cuenta aquellas personas que han presentan también ansiedad 60,9%.

Tabla 6.3.1.3. Depresión actual o de Goldberg

Depresión Actual	Frecuencia	Porcentaje
NO	169	53,3%
SI	148	46,7%
TOTAL	317	100%

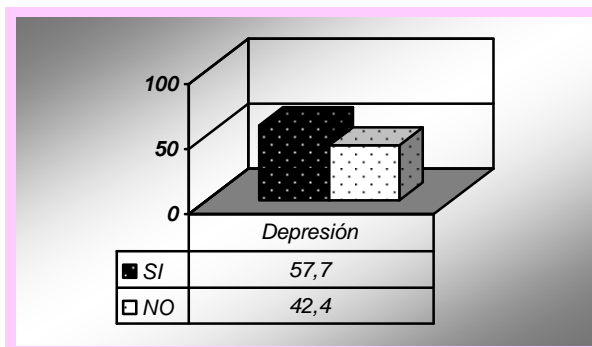
Tabla 6.3.1.4. Depresión global -a lo largo de la vida-

Depresión Global	Frecuencia	Porcentaje
NO	134	42,3%
SI	183	57,7%
TOTAL	317	100%

Tabla 6.3.1.5. Ansiedad o Depresión global -a lo largo de la vida-

Ansiedad o Depresión Global	Frecuencia	Porcentaje
NO	124	39,1%
SI	193	60,9%
TOTAL	317	100%

Gráfico 6.3.1.4. Depresión a lo largo de la vida



La depresión es alta para el grupo de menos de 21 años y posteriormente aumenta con la edad ($p \leq 0,001$).

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.

Tabla 6.3.1.6. 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%	

Existen diferencias de género en depresión para el grupo de edad de 25-45 años ($p \leq 0,05$).

Tabla 6.3.1.7. Sexo y depresión en grupo de edad

DEPRESIÓN Edad	SEXO		TOTAL	CHI-CUADRADO
	HOMBRES	MUJERES		
Hasta 25 a	9 37,5%	12 50%	21 43,8%	p = 0,281
25-45 a	16 26,2%	33 50,8%	49 38,9%	p = 0,004
45-65 a	17 44,7%	20 52,6%	37 48,7%	p = 0,323
65 y más	22 59,5%	19 63,3%	41 61,2%	p = 0,472

La ansiedad es de un 34,4% (109), en las mujeres un 44,6% (70) y en los hombres un 24,4% (39) ($p \leq 0,001$).

La ansiedad aumenta con la edad menos para los más mayores ($p \leq 0,001$)

Tabla 6.3.1.8. Ansiedad en Grupo de edad

	Hasta 25 a.	25-45 a	45-65 a	Mas 65 a	Total
Ansiedad	12 25%	36 28,6%	34 47,7%	27 40,3%	109 60,9%

Si además de la depresión tenemos en cuenta la ansiedad, los porcentajes aumentan.

Tabla 6.3.1.9. Ansiedad o Depresión Global en hombres y mujeres

	Hasta 25 a.	25-45 a	45-65 a	Mas 65 a	Total
Ansiedad o Depresión Global	26 54,2%	63 50%	49 64,5%	55 82,1%	193 60,9%

La edad media para la ansiedad es de $50,80 \pm 21,2$ ($p \leq 0,001$)

La salud para los que tienen o han tenido depresión es inferior a los que no la tienen $6,79 \pm 1,68$ - $8,05 \pm 1,22$ ($p \leq 0,001$).

Las variables que presentan relación estadísticamente significativa con la depresión a lo largo de la vida son el género, el estado civil, el apoyo social, violencia de género, estrés, sobrecarga, ansiedad, salud percibida, comorbilidad, nivel de estudios, consumo de alcohol -en la depresión global no en la actual-, presencia de hijos, no trabaja fuera de casa.

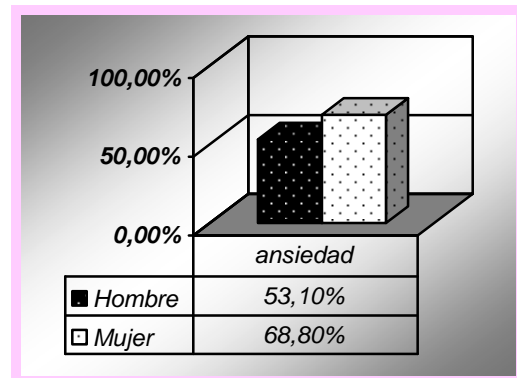
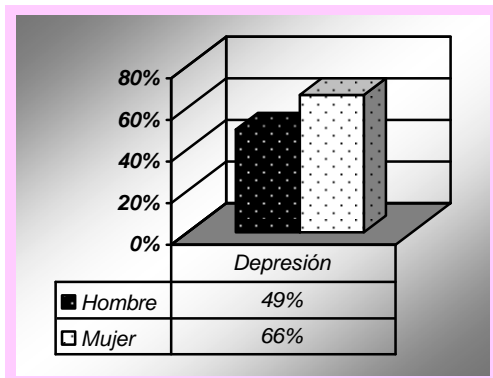
Las variables que están relacionadas con la depresión actual son; la violencia, la sobrecarga, el apoyo social, el estrés, las pérdidas debidas a la edad, el género, la salud, el tener hijos -a más hijos, mayor depresión-, el nivel de estudios, el trabajo remunerado fuera de casa, el consumo de alcohol -depresión global-, la comorbilidad y el estado civil -depresión actual-.

Tabla 6.3.1.10. Depresión según presencia de hijos

	SI	NO	Total	Chi-Cuadrado
Depresión	100 50,8%	48 40%	148 46,7%	p = 0,040
TOTAL	197	120	317	

Las mujeres son las que tienen mayor depresión. En los hombres, los más vulnerables a la depresión son los separados y viudos, los que no trabajan fuera de casa, los que no tienen o tienen poco apoyo social, los que tienen menos estudios, los que consumen más alcohol, los que presentan más ansiedad, tienen una peor salud percibida, han sufrido violencia, sobrecarga y estrés y presentan mayor número de enfermedades asociadas, crónicas o agudas.

Gráfico 6.3.1.5. Depresión según género **Gráfico 6.3.1.6. Ansiedad según género**



Los solteros son los que presentan menor depresión, seguidos de los casados y los separados $p \leq 0,001$.

Gráfico 6.3.1.7. Depresión total según estado civil

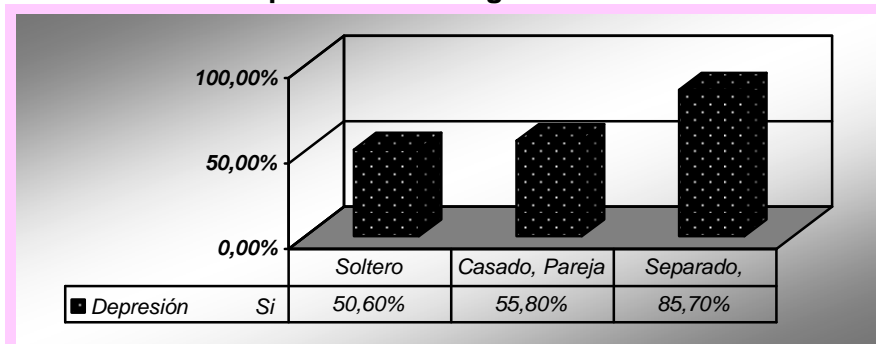
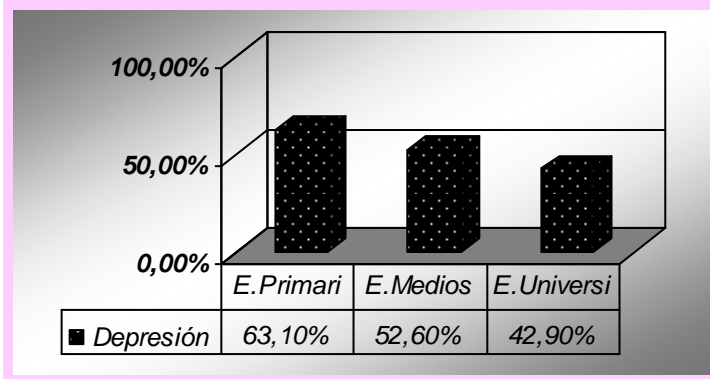


Gráfico 6.3.1.8. Depresión y nivel de estudios



Los que no trabajan fuera de casa presentan mayor depresión ($p \leq 0,005$).

Gráfico 6.3.1.9. Depresión y trabajo fuera de casa

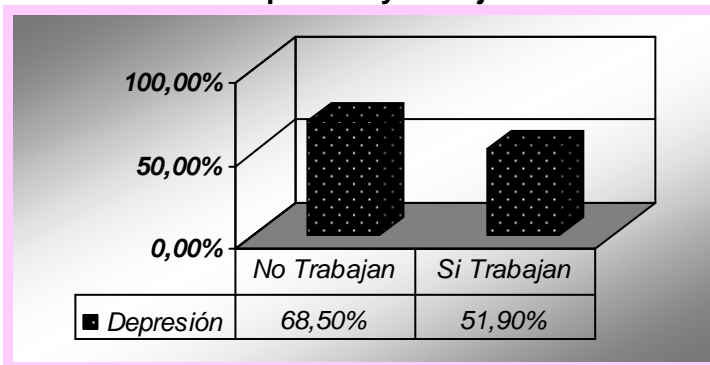
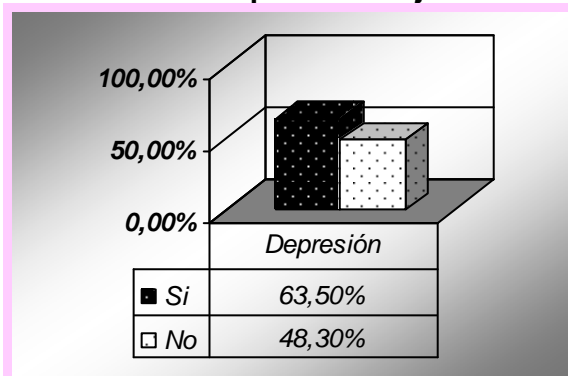


Gráfico 6.3.10. Depresión e hijos



6.3.2. FACTORES RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN

Violencia

Un **26,8%** (85) de la población total (317) presenta algún tipo de violencia. La violencia está relacionada con la depresión ($p \leq 0,005$).

La mujer sufre más violencia que el hombre ($p \leq 0,005$). Los hombres la padecen en un 19,4% (31) y las mujeres en un 34,4% (54).

La violencia se divide en:

- Violencia familiar y de pareja 12,9% (41)
- Violencia laboral 8,8% (28)
- Violencia familiar y laboral 2,8% (9)
- Violencia por compañeros de colegio 1,9% (6)

La violencia familiar y de pareja ha sido identificada fundamentalmente por las mujeres, es la que denominamos violencia de género; mientras que la violencia laboral la sufren tanto mujeres como hombres.

El grupo de edad más numeroso que ha sufrido violencia de género es el de 45-65 años seguido de los menores de 25 años.

La violencia está directamente relacionada con la depresión e influye en la depresión tanto en los hombres como en las mujeres, aunque los hombres la sufren menos.

Un **88,2%** (75) de los que han sufrido violencia (85) han presentado depresión en algún momento de su vida (183), siendo superior para la mujer que para el hombre.

Si lo que analizamos es la depresión en un momento dado los porcentajes son; un **72,9%** (62) de los que ha sufrido violencia presenta depresión; la mujer en un **75,9%** (41) y el hombre en un **67,7%** (21).

Sobrecarga

Un **33,4%** (106) de la población entrevistada sufre sobrecarga. En los hombres se da en un 32,5% (52) y en las mujeres en un 34,4% (54).

La sobrecarga está relacionada con la depresión ($p \leq 0,005$). Del total de los que han presentado sobrecarga (106), un **85,8%** (91) ha sufrido depresión a lo largo de la vida (183).

Si lo que analizamos es la depresión en un momento dado los porcentajes son; un 75,5% (80) de los que han sufrido sobrecarga han presentado depresión de Goldberg (148), los hombres un 71,2% (37) y las mujeres un 79,6% (43).

No hay diferencias estadísticamente significativas entre cómo afecta la sobrecarga en los que padecen depresión entre hombres y mujeres, tampoco cuando se analizan

los dos sexos conjuntamente al igual que ocurre con otros factores causales analizados como la violencia, estrés o el apoyo social.

Apoyo Social

Un **11,4%** (57), de la población total afirma que no tiene apoyo social. En las mujeres se da un bajo o nulo apoyo social en un 21,6% (34) y en los hombres en un 14,3% (23).

Las mujeres identifican un más bajo apoyo social.

El apoyo social está relacionado con la depresión ($p \leq 0,005$). De los que no presentan apoyo social o éste es bajo, un **82,5%** (47) sufre depresión a lo largo de la vida, las mujeres en un 88,2% (30) y los hombres un 73,9% (17).

Si lo que analizamos es la depresión en un momento dado (148); un 73,6 % (81) de los que ha presentado un bajo apoyo social ha sufrido depresión, las mujeres en un 79,3% (46) y los hombres en un 67,3% (35).

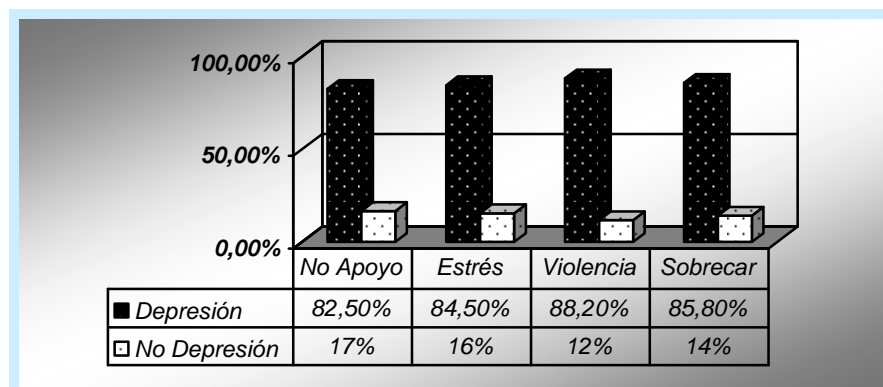
Estrés

Se da en un **34,7%** (110) de la población entrevistada. En los hombres se da en un 32,5% (52) y en las mujeres en un 36,9% (58). El estrés está relacionado con la depresión ($p \leq 0,005$). De los que padecen estrés, un **84,5%** (93) sufre depresión a lo largo de la vida.

De los que presentan depresión en un momento dado (148); un 54,7 % (81) ha sufrido estrés, un 79,3% (46) son mujeres y un 67,3% (35) son hombres.

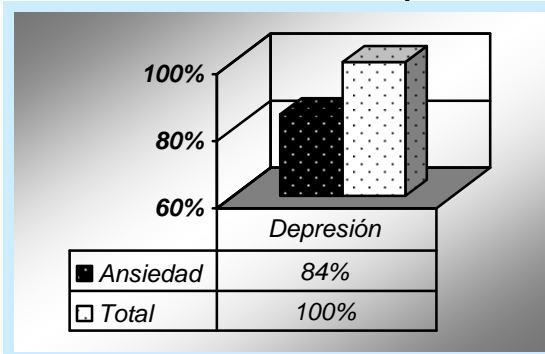
Los factores que se relacionan con la depresión en la mujer y en el hombre son los mismos ($p \leq 0,005$): bajo apoyo social, estrés, violencia, sobrecarga.

Gráfico 6.3.2.1. Falta de apoyo social, estrés, violencia, sobrecarga, pérdidas relacionadas con la edad, en personas con depresión



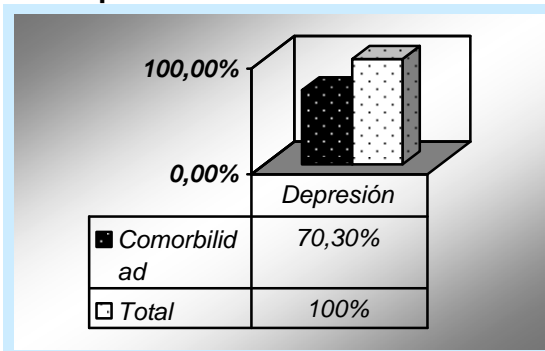
De los que presentan depresión, un 84% presenta también ansiedad. La ansiedad está relacionada con la depresión ($p \leq 0,005$).

Gráfico 6.3.2.2. Ansiedad en personas con depresión



La comorbilidad se relaciona también con la comorbilidad ($p \leq 0,005$).

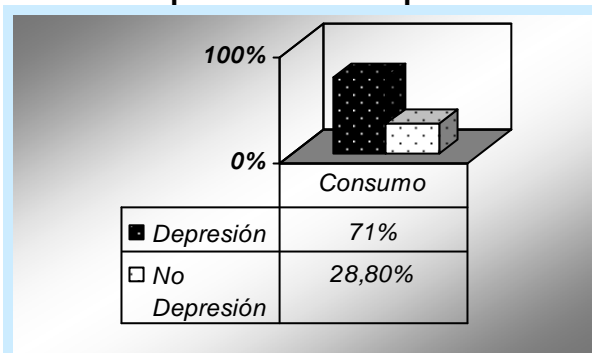
Gráfico 6.3.2.3. Comorbilidad -enfermedades asociadas a la depresión- en personas con depresión



No encontramos relación estadísticamente significativa de la depresión con el consumo de tabaco ni con el consumo de alcohol, aunque los que consumen alcohol presenta unas cifras más elevadas de depresión. Estas variables representan los resultados de la depresión actual EADG (148).

Sí existe relación de la depresión con el número de hijos y el nivel de estudios ($p \leq 0,005$), ésta disminuye a medida que aumenta el nivel académico: estudios primarios; **53,5%** (100), secundarios **37,9%** (36), universitarios **34,3%** (12).

Gráfico 6.3.2.4. Depresión y consumo de Alcohol en personas con depresión



Las personas que no trabajan fuera de casa presentan mayor depresión ($p \leq 0,005$).

6.3.3. DEPRESIÓN EN MUJERES

Las variables que influyen en la depresión en las mujeres de manera significativa son:

- *Nivel de estudios*: En las mujeres a mayor nivel de estudios menor depresión ($p \leq 0,05$).

Tabla 6.3.3.1. Nivel de estudios en la mujer y depresión

	E. Primarios	E.Secundarios	E.Universitarios	TOTAL	Chi-cuadrado
SI	54	23	7	84	p = 0,018
	62,80%	46,90%	31,80%	53,50%	
TOTAL	86	49	22	157	

- 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 6.3.3.2. Trabajar fuera de casa y depresión

	NO TRABAJAN FUERA	SI TRABAJAN FUERA	TOTAL	Chi-Cuadrado
Depresión	43	61	104	p = 0,047
Mujer	75%	61%	66,2%	

- Sí se confirman como verdaderas las *causas que identificamos como probables de causar depresión en la mujer*.

Violencia. Es mayor la depresión en aquellas mujeres que han sufrido violencia ($p \leq 0,001$). Un 75,9% de las mujeres que ha sufrido violencia sufre depresión respecto a un 41,7% que no la sufre.

Tabla 6.3.3.3. Depresión y violencia en las mujeres

	NO VIOLENCIA	SI VIOLENCIA	TOTAL	Chi-cuadrado
Depresión	43 41,7%	41 75,9%	84 53,5%	p ≤ 0,001
TOTAL	103	54	157	

Sobrecarga. Es mayor la depresión en mujeres que han sufrido sobrecarga ($p \leq 0,001$). La sobrecarga se refiere al exceso de trabajo reconocido por la mujer, puede ser trabajo de casa, de cuidados, trabajo fuera de casa o ambos.

Un 79,6% de las mujeres que ha sufrido sobrecarga sufre depresión respecto a un 39,8% que la ha sufrido.

Tabla 6.3.3.4. Depresión y sobrecarga en las mujeres

	NO SOBRECARGA	SI SOBRECARGA	TOTAL	Chi-Cuadrado
Depresión	41 39,8%	43 79,6%	84 53,5%	$p \leq 0,001$
TOTAL	103	54	157	

Estrés. Las mujeres que sufren estrés tienen más depresión ($p \leq 0,001$). Un 79,3% de las mujeres que ha sufrido estrés sufre depresión respecto a un 38,4% que no lo ha sufrido.

Tabla 6. 3.3.5. Depresión y estrés en las mujeres

	NO ESTRÉS	SI ESTRÉS	Total	Chi-Cuadrado
Depresión	38 38,4%	46 79,3%	84 53,5%	$p \leq 0,001$
TOTAL	99	58	157	

Apoyo social. Las mujeres que tienen poco apoyo social tienen mayor depresión ($p \leq 0,001$). Un 81% de las mujeres que no ha tenido apoyo social o ha sido bajo sufre depresión respecto a un 47,2% que sí lo ha tenido.

Tabla 6.3.3.6. Depresión y apoyo social en la mujer

	NO APOYO	SI APOYO	REGULAR	TOTAL	Chi-Cuadrado
Depresión	18 81,8%	58 47,2%	8 66,7%	84 53,5%	$p \leq 0,001$
TOTAL	22	123	12	157	

Las mujeres que tienen comorbilidad -número elevado de enfermedades- presentan mayor depresión ($p \leq 0,001$). Un 64,9% de las mujeres que presentan patologías asociadas sufre depresión respecto a un 35% que no las presenta.

Tabla 6.3.3.7. Depresión y comorbilidad -enfermedades asociadas a la depresión- en las mujeres con depresión

	NO COMORBILIDAD	SI COMORBILIDAD	TOTAL	Chi-Cuadrado
Depresión	21 35%	63 64,9%	84 53,5%	$p \leq 0,001$
TOTAL	60	97	157	

Las demás variables no se ha demostrado que influyan en la depresión en la mujer: las pérdidas de salud que experimenta conforme avanza la edad y si es emigrante o no.

6.3.4. DEPRESIÓN EN HOMBRES

A diferencia de las mujeres, los hombres que presentan depresión tienen *mayores pérdidas con la edad* –físicas y psíquicas- ($p \leq 0,001$), el apoyo social influye en los hombres de la misma manera que en las mujeres en la depresión. Otras variables que no presentan relación estadísticamente significativa son: ser emigrante o no. Por tanto las variables que se relacionan con la depresión en hombres y mujeres son las mismas, menos las pérdidas relacionadas con la *edad* que influye en los hombres y el *nivel de estudios* que influye en las mujeres.

El trabajar fuera de casa influye en la depresión del hombre como en la mujer, los que no trabajan presentan mayor depresión ($p \leq 0,005$). Los que no trabajan fuera de casa presentan depresión en un 61,1%, los que si lo hacen un 43,4%.

Tabla 6.3.4.1 Trabajan fuera de casa y depresión

	NO TRABAJAN FUERA	SI TRABAJAN FUERA	TOTAL	Chi-Cuadrado
Depresión Hombre	33 61,1%	46 43,4%	79 49,4%	$p = 0,025$

Pérdidas relativas a la edad

Las pérdidas de salud no se relacionan de manera estadísticamente significativa con la depresión en la mujer, pero sí es factor relacionado con la depresión en el hombre.

Los que tienen pérdidas a nivel de salud tienen mayor depresión ($p \leq 0,005$). Parece que en el hombre las pérdidas de salud física, psíquica y mental son peor percibidas y representadas afectando directamente a su salud mental.

De los hombres que presentan pérdidas relacionadas con la edad, un 75% presentan depresión.

Tabla 6.3.4.2. Depresión y Pérdidas relacionadas con la edad en los hombres

	NO PERDIDAS	SI PERDIDAS	TOTAL	Chi-cuadrado
Depresión	55 37,2%	9 75%	9 75%	p = 0, 012
TOTAL	148	12	160	

Las variables que se relacionan con la depresión son las mismas que en la mujer:

Respecto a la violencia, no nos referimos a la violencia de género que no es identificada por los hombres, sino a la violencia general que sufre el hombre, y ésta mayoritariamente sucede en el trabajo. Los hombres que tienen violencia han sufrido mayor depresión ($p \leq 0,001$) fundamentalmente de tipo laboral.

Un 67,7% de los hombres que ha sufrido violencia sufre depresión respecto a un 33,3% que no la ha sufrido.

Tabla 6.3.4.3. Depresión y violencia en los hombres

	NO VIOLENCIA	SI VIOLENCIA	TOTAL	Chi-Cuadrado
Depresión	43 33,3%	21 67,7%	64 40%	P ≤ 0,001
TOTAL	129	31	160	

Los hombres que han sufrido estrés sufren mayor depresión ($p \leq 0,001$). Un 67,3% de los hombres que han sufrido estrés sufre depresión respecto a un 26,9% que no lo ha sufrido.

Tabla 6.3.4.4. Depresión y estrés en los hombres

	NO ESTRÉS	SI ESTRÉS	TOTAL	Chi-Cuadrado
Depresión	29 26,9%	35 67,3%	64 40%	$p \leq 0,001$
TOTAL	108	52	160	

Sobrecarga. Los hombres que han sufrido Sobrecarga (obligaciones familiares y laborales o ambas) sufren mayor depresión ($p \leq 0,001$). Un 71,2% de los hombres que han sufrido sobrecarga sufre depresión respecto a un 25% que no la ha sufrido.

Tabla 6.3.4.5. Sobrecarga y depresión en los hombres

	NO SOBRECARGA	SI SOBRECARGA	TOTAL	Chi-Cuadrado
Depresión	27 25%	37 71,2%	64 40%	$p \leq 0,001$
TOTAL	108	52	160	

Es mayor la depresión en aquellos hombres que tienen bajo o nulo apoyo social ($p \leq 0,001$). Un 73,9% de las mujeres que ha sufrido bajo o nulo apoyo social sufre depresión respecto a un 45,3% que sí lo ha tenido.

Tabla 6.3.4.6. Depresión y apoyo social en los hombres

		NO	SI	TOTAL	Chi-Cuadrado
Depresión	NO	6 26,1%	75 54,7%	81 50,6%	$p \leq 0,001$
	SI	17 73,9%	62 45,3%	79 49,4%	
TOTAL		23	137	160	

6.3.5. DIFERENCIAS EN LAS CAUSAS DE DEPRESIÓN EN HOMBRES Y MUJERES

Las Variables que influyen en la depresión analizando a los hombres y a las mujeres por separado son las siguientes:

Cuadro 6.3.5.1. Variables relacionadas con la depresión ($p \leq 0,005$)

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

Cuadro 6.3.5.2. Variables relacionadas con la depresión actual y global

	Depresión Actual (148)	Depresión Global (183)
Violencia	41% (62)	40,9% (75)
Sobrecarga	54% (80)	49,7% (91)
Estrés	54,7% (81)	50% (93)
Bajo apoyo social	26% (39)	25,6% (47)

Gráfico 6.3.5.1. Depresión y trabajo según género

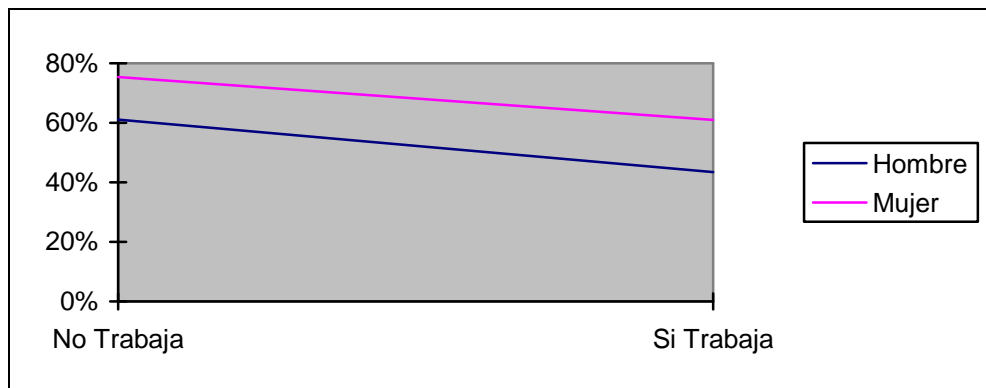


Gráfico 6.3.5.2. Depresión y nivel de estudios según género

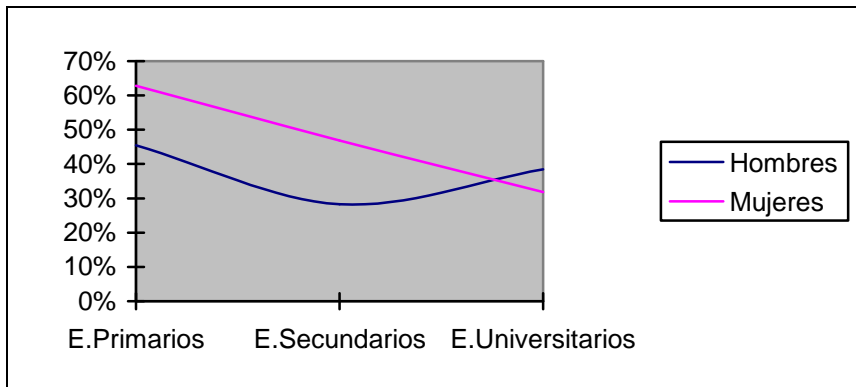
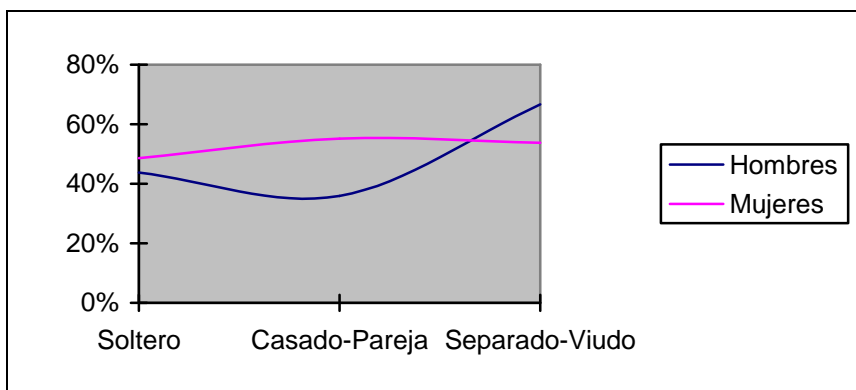


Gráfico 6.3.5.3. Depresión y estado civil según género



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 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 éstas.

6.3.5. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

Se realiza análisis univariante y multivariante

Cuadro 6.3.5.3. Resultado análisis univariante

	Puntuación	gl	Sig.
Variables viol_re(1)	44,294	1	,000
sobrecar(1)	51,604	1	,000
apoy_rec(1)	17,413	1	,000
estres(1)	49,643	1	,000
pérdidas(1)	12,967	1	,000
sexe(1)	9,238	1	,002
salud_pe	46,254	1	,000
hijos(1)	6,985	1	,008
estud_re	6,396	2	,041
estud_re(1)	5,394	1	,020
estud_re(2)	1,444	1	,229
trab_rec(1)	8,074	1	,004
alco_rec(1)	,004	1	,952
comor_re(1)	32,587	1	,000
e_civ_r	13,270	2	,001
e_civ_r(1)	2,340	1	,126
e_civ_r(2)	,833	1	,361
med_rec2	57,149	2	,000
med_rec2(1)	46,726	1	,000
med_rec2(2)	34,955	1	,000
edat	19,102	1	,000
ans_gol(1)	48,439	1	,000
Estadísticos globales	142,619	19	,000

Las variables relacionadas con la depresión son las mismas que aparecen en el análisis de Chi-cuadrado menos el consumo de alcohol que no aparece relacionado con la depresión, aunque sólo estaba relacionado en la depresión de Goldberg y no en la depresión global.

Se realiza análisis multivariante en 317 personas en los que aparecen 7 factores que tienen influencia en la depresión.

Cuadro 6.3.5.4 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 Universitarios	No	0,005	6,06	1,71 – 21,44
Ansiedad	Si	0,038	2,24	1,04 -4,78

El riesgo de sufrir depresión es 7,7 más si se recibe violencia, 4 veces más si se padece estrés, 5,8 más si se sufre sobrecarga, 2,24 más si se padece ansiedad, 2,48 más si se dispone de poco apoyo social, 5,51 más si no se dispone de estudios medios, 6,0 veces más si no se dispone de estudios universitarios y 1,9 veces más si se es mujer.

Si tenemos en cuenta los resultados del análisis multivariante una persona con una *buena formación académica*, que no sufra *violencia*, *estrés*, *sobrecarga*, *ansiedad* y que además tenga un *buen apoyo social* tiene pocas probabilidades de caer en depresión y estas probabilidades serán menores si además no se es mujer.

Si consideramos el análisis univariante podríamos añadir como factor protector contra la depresión el *trabajo remunerado*, *la edad* como factor de riesgo ya que al aumentar la edad aumenta la depresión, *el estado civil*; aparece como protector ante la depresión el ser soltero y como riesgo las *pérdidas relacionadas con la edad – físicas y psicológicas-* ya que las dificultades para realizar las actividades de la vida diaria aumentan con ellas. La comorbilidad no la tenemos en cuenta puesto que más que una causa sería una consecuencia de la depresión. Estas causas no aparecen en el análisis multivariante.

CUARTA PARTE

CAPÍTULO VIII

7. DISCUSIÓN

7. 1. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS 1

La depresión es elevada en nuestra sociedad, pero son las depresiones leves las mayoritarias.

La depresión es alta en el estudio cuantitativo. Pero la mayoría de depresiones son leves (inferiores a 3 en la EADG). No ocurre lo mismo en las pacientes diagnosticadas de fibromialgia que presentan una puntuación más alta en la escala.

Una de las prevalencias más alta encontrada en estudios comunitarios es la que aparece en Vázquez-Barquero (2005), de un 28,6% (Vázquez-Barquero y Torres, 2003). Encontramos una prevalencia de 36,7% para la mujer en Montero I (2004). La prevalencia es de un 15% en Vázquez-Barquero (1987) cifra que se duplica en estudios de Atención Primaria según González V.M. (2003).

En los estudios publicados por la World Health Organization (2001) y Montero I (2004), una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de trastorno mental o neurológico a lo largo de su vida. Para la OMS (2001), las tasas de alteración de la salud mental se incrementan y afectan a la mitad de la población. Pero lo que preocupa no es sólo la enfermedad mental o depresión sino que, según el Ministerio de Sanidad y Consumo, los trastornos mentales aumentan la morbilidad por padecer otras enfermedades como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes o Sida.

Lo controvertido de las cifras es que cada estudio utiliza un cuestionario de salud diferente. Montero I (2004) utiliza el GHQ que genera cifras más uniformes pero más elevadas que mediante entrevistas psiquiátricas. En la encuesta del Eurobarómetro se utiliza la escala SF-36. En España las investigaciones publicadas de morbilidad, realizadas con métodos de doble fase validadas internacionalmente: GQH y entrevistas estructuradas y CIS (Clinical Interview Schedule) Vázquez-Barquero (1989) detectan cifras del 11,7% al 14,7%.

Otros grupos de trabajo utilizan el CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Aparece un porcentaje de depresión del 59% en el estudio realizado en

Uribe-Costa por Pinilla y Salcedo (1987). En investigaciones europeas de doble fase la prevalencia oscila entre 11-38,8%.

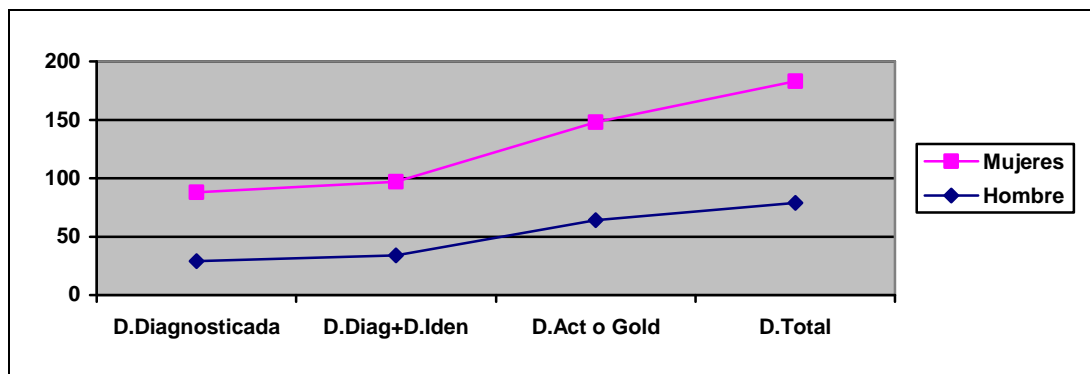
Hay múltiples cuestionarios y variantes del GHQ-12, GHQ-60, GH Q-28, GH Q-30.

El test utilizado en el estudio poblacional –en una comunidad- que hemos realizado es la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) que ha sido validada en España por Montón y col (1993:345-9). Si el test es positivo existe una alta probabilidad de padecer ansiedad o depresión. La prueba consta de dos subescalas, una para la detección de ansiedad y la otra para la detección de depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas pero las 5 últimas sólo se formulan si hay respuestas a las 4 primeras preguntas que son obligatorias. Es una escala sencilla con una buena sensibilidad (83,1%), una especificidad (81,2%) y un V.P.P. – valor predictivo positivo- de un (95,3%).

Las comparaciones entre los diferentes estudios son difíciles de realizar debido a la variedad de instrumentos utilizados. Deberían unificarse las clasificaciones y los métodos utilizados para realizar estudios sobre la depresión.

En el estudio comunitario realizado, la depresión que existe es mucho mayor que la que se diagnostica.

Gráfico 8.2.1.1. Tipos de depresión y género



En España las depresiones leves (52%) y las moderadas el (36%) son las más prevalentes, aunque las más graves son menores pero más difíciles de tratar (Torres, M et al., 2006). En el estudio realizado las depresiones leves y moderadas -

puntuaciones 2 a 5 en la EADG- representan el 88% de las depresiones; las más graves -puntuaciones 6-9 en la EADG- el 11% de las depresiones.

La prevalencia de depresión de nuestro estudio poblacional 46,7% es elevada si la comparamos con otros estudios; Vázquez-Barquero 31,5% 1997 en Cantabria, Fernández J; 34,7% 1997 en Granada, Roca 21,4% 1997 en Formentera. «La prevalencia en el estudio aumenta cuando hablamos de depresión global o para toda la vida a un 57,7%; para Gorneman es de 42% en Andalucía 2002, para Kessler de 48% en EE.UU 1994, para Jacobi de 43% en Alemania 2004» (Torres et al, 2006).

Cuadro 7.1.1. Prevalencia depresión global en estudios comunitarios según localidad e instrumento de medición

Autor	Lugar	Instrumento	Hombre	Mujer
Muñoz et al (1982)	Navarra	PSE 140	11,6	23,6
Vázquez-Barquero et al (1982)	Navarra	CIS	19,2	28,3
Seva-Díaz et al (1982)	Soria	GHQ-30	-	34,2
Vázquez-Barquero et al (1987)	Cantabria	PSE-140	8,1	20,6
Herrera et al (1987)	Cataluña	GHQ-60	15,9	30,8
Mateos et al 1989)	Galicia	GHQ-60	20,8	33,6
Canals et al (1997)	Cataluña	SCAN	21,7	36,1
Rajmil et al (1998)	Cataluña	GHQ-12	15,8	18,7
Roca et al (1999)	Formentera	GHQ-28	15	23,6

Torres, M. et al. (2006): *Psicología y Salud: Una visión integradora de los conflictos psicológicos*, editorialuoc, Barcelona.

En cambio hay investigaciones que presentan unos resultados muy inferiores; éstas utilizan diferentes cuestionarios y analizan la depresión de manera parcelada -definida como depresión mayor y distimia- en los que la prevalencia de *depresión mayor* para el hombre es de 8-12% y para la mujer de 18-25% según Torres et al (2006); la *distimia* en la mayoría de estudios oscila entre 8-18,9 (Piñol, Aragonés, Labad, 2005:586-61). En el estudio de Piñol J.L et al (Ibídem) la *depresión mayor* es

de 14,3%, la *Distimia* de 4,8%; si sumamos las dos depresiones alcanza un 20% todavía muy por debajo de otros estudios que utilizan otros instrumentos de medida.

HIPÓTESIS 2

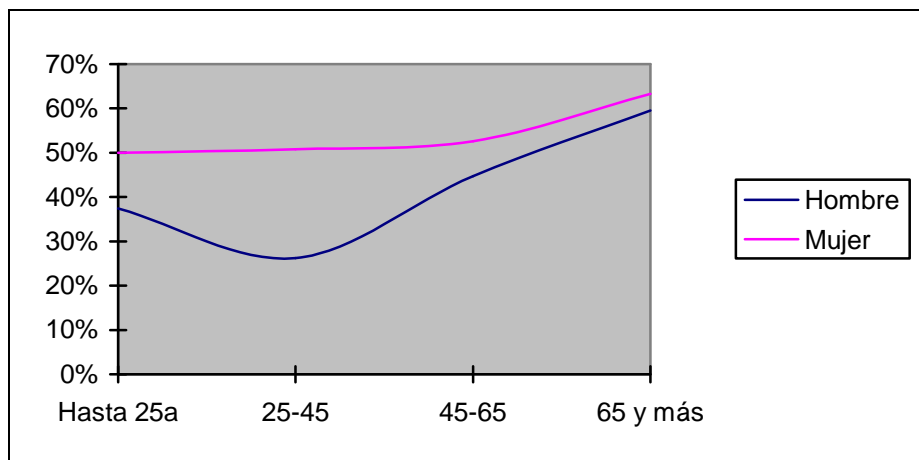
Las mujeres presentan mayor depresión que el hombre. Estas presentan “mayor malestar físico y mental”, “peor percepción de la salud”, “menor autoestima y menor asertividad”, “mayor violencia de género”, “poca valoración social” características del rol de género asignado.

La depresión en la población estudiada es de un 46,7% siendo un 40,1% para el hombre y un 53% para la mujer, pero si se tienen en cuenta la depresión sufrida a lo largo de la vida aumenta a un 57,7%. Este último análisis de la depresión no es tenida en cuenta por la mayoría de los estudios.

El porcentaje de depresión total o a lo largo de la vida encontrado en este estudio es elevado tanto para hombres como para las mujeres, pero son las mujeres quienes presentan mayor depresión, como en todos los estudios revisados, siendo el 49,4% en hombres y el 66,2% en mujeres.

El grupo de edad en el que la mujer presenta mayor diferencia de depresión respecto al hombre es el de 25-45 años, pues para el hombre disminuye considerablemente pero para la mujer aumenta ligeramente. La mujer de 16 a 25 años ya tiene mayor depresión que el varón, por lo que el punto de partida ya es más alto. Será importante incidir en este grupo de edad donde las diferencias se hacen ya evidentes.

Gráfico 8.2.1.1. Depresión en grupos de edad según género



Las diferencias según sexo en la depresión en Montero (2004), López Adduard (2000), Burín (1990), Bleichmar (1990), ocurren al doble en la mujer y

desaparecen en sociedades que son más homogéneas, según Brugulat (2001) y cuando hombres y mujeres están sometidos a condiciones laborales y sociales similares hay más similitudes que diferencias.

En aquellas depresiones donde la herencia y la biología juegan un papel importante no existen diferencias de sexo según Dio Bleichmar (1998). Las mujeres tienen más depresiones “no bipolares” y dentro de estas más depresión mayor y Distimia, son estas depresiones las que afectan al doble a la mujer que al hombre; Mas y Tesoro (1993), Montero (2004). Por tanto según Castilla del Pino (2006) las depresiones serias son escasas. Lo que aumentan son las formas más leves de depresión, aquellas relacionadas con factores psicosociales, más que biológicos. Aquellas que tienen que ver con las dificultades que surgen en la vida y en la manera de afrontarlas y que tanto afectan a las mujeres, estas depresiones también han sido las más frecuentes en nuestro estudio.

En el estudio realizado a profesionales sanitarios la mujer tiene peor percepción de la salud que el hombre (6,37-6,83) al igual que ocurre en el estudio poblacional (7,99-8,15). La salud es peor para la mujer en los diagnosticados de depresión (7,01-6,63).

Las mujeres tienen *peor salud* en casi todos los estudios consultados, Calvete (2005:203-214), Alonso (1995), Velasco (2005), Brugulat (2001:54-60), han tenido peores oportunidades de empleo y no han podido tomar decisiones libremente por el rol femenino que les ha tocado asumir.

Las mujeres diagnosticadas de depresión sienten que han dedicado su vida a ayudar a los otros -marido e hijos-, prefieren callar a protestar o rebelarse. Pero hay algunas que aunque tienen una personalidad más fuerte y otras expectativas de futuro, han tenido otros problemas en el trabajo o en la familia que las ha afectado seriamente. Nos referimos a aquellas situaciones conflictivas -moobing en el trabajo- -violencia de género- que las ha hecho caer en depresión aunque su carácter o condiciones psicosociales hayan sido fuertes.

El sentimiento que tienen las mujeres de lo que son, lo que valen, lo que representan se lo devuelve la misma sociedad, los otros. Si ésta les demuestra que “valen poco”, que “no se las reconoce”, que no “se cuenta con ellas”, excepto para aquellos deberes con los que siempre se las ha relacionado -madre y esposa-, las mujeres actuales pueden encerrarse en un estado depresivo. Es el testimonio de una mujer de 52 años, sin estudios, con alcoholismo aunque no lo ha confesado

públicamente, con desvaloración social terrible y con depresión continua: *“Me defino como una persona inútil, como un cero a la izquierda, no valgo nada, nunca me he sentido bien, siempre con miedo por si mi marido se enfada o si me riñe, siempre me he sentido culpable, no hago esto por si le sentará mal a mi marido. Solo se limpiar, limpiar y limpiar, no me valoro para nada más. Soy muy cobarde frente a los demás, no me pelearé nunca con nadie, prefiero que me pisen la cabeza”*.

Si la sociedad, la familia, los maridos, las empresas... les quitan las pocas ilusiones que tienen, se lo están quitando todo.

“Compré una “vaporetto” pensaba que me iría bien para ayudarme en los trabajos domésticos, la pagaría a plazos y pensaba que lo podía pagar pues trabajaba. Cuando se enteró mi marido fue como si hubiera cometido un delito”.

En nuestra sociedad se valora el éxito laboral, el poder, la belleza, tener un buen estatus tanto social como económico. Si las mujeres no se identifican con estos valores quizás sufran depresión.

Este «malestar cultural» para la mujer es identificado por Velasco S (2005:401), Rodríguez Magda (1994), Sáez-Buenaventura (1988), Burín (1991), Tubert (2001).

Según Isabel Montero (2004) en sus estudios sobre salud mental y género explica que los factores psicológicos y sociales hacen que la mujer tenga más depresión que los hombres. Además de estos factores, algunos autores se refieren también a los biológicos como causantes de depresión. Se identifican como causantes de la depresión factores biológicos, psicológicos y sociales, pero cada vez más se tienen en cuenta las causas sociales. Según Cova (2005) y Matud (2006) que estudian las diferencias de género en depresión exponen que desde las hipótesis más biológicas, no se ha demostrado la transmisión genética ligada al cromosoma X, ni tampoco la fisiología endocrina femenina como responsable de la mayor tasa de depresión.

Hay algunos autores que sí apoyan la influencia del ciclo menstrual en la depresión (Ezcurra et al, 2006). El componente biológico se ha demostrado en las depresiones bipolares donde no hay diferencia entre sexos. Según Carmen Ferré (2005) la hipótesis biológica no se sostiene pues debería mantenerse más o menos constante entre diferentes categorías sociales y no ocurre así. Según Félix Cova (2005) en sus estudios sobre diferencias de género en la depresión explica que parece que los factores genéticos pueden tener importancia de manera indirecta, a

través de su influencia en características con un componente hereditario como un temperamento ansioso o un neuroticismo más elevado.

En los estudios sobre diferencias de género desde la psiquiatría en Ezcurra et al (2006) se afirma que las mujeres presentan más intensidad emocional que los hombres. Se ha avanzado hacia la independencia sexual de la mujer, pero hay que progresar en la independencia sentimental; hay que buscar la «igualdad sentimental».

Por tanto, la manera de socializar a las mujeres les ha hecho desarrollar sentimientos que no les han ayudado a adaptarse a la realidad actual sino al contrario. Algunas lloran al explicarlo, pues no se han atrevido a confesarlo nunca a nadie, siempre han callado, han escondido sus deseos, se han sentido mal y su malestar va por dentro (70 años). Otras algo más jóvenes (50 años) se han planteado cómo hubiera sido su vida si no hubieran tenido aquellos acontecimientos tan desastrosos en su infancia.

Diferentes autores han propuesto que la mayor parte de síntomas depresivos podían deberse a importantes desventajas en factores de riesgo sociales, tales como la pobreza, el estatus educativo bajo, peores oportunidades de empleo y la falta de control sobre la toma de decisiones en la vida (Nolen-Hoeksema en Calvete , 2005:203-214). Los *sentimientos de inculpa* para el psiquiatra Enrique González Duro (1999) son los responsables mayores del estrés y su consecuencia es la depresión.

Las mujeres desarrollan un *pensamiento negativo asociado* (Sempere et al, 1998:49-50), indefensión aprendida (Burín y Meler, 1998), donde la pasividad y dependencia, debido a la socialización con los valores y normas prevaletes, han sido la causa principal de depresión. Han desarrollado su deber natural, como si lo llevaran en los genes (Freixas, 2006:27-28).

Por tanto la manera de socializar a las mujeres les ha hecho desarrollar sentimientos que no les han ayudado a adaptarse a la realidad actual sino al contrario.

Esta hipótesis se verifica en las entrevistas donde las mujeres manifiestan sus sentimientos respecto a valores, roles y depresión; las mujeres han estado vinculadas a las llamadas *actividades de mantenimiento*, relacionadas con la preparación de alimentos y preservación de unas adecuadas condiciones de higiene y salud, además del cuidado de los miembros del grupo y de la socialización de los individuos infantiles. Para Sánchez M (2000) en *El lugar de la mujer en la prehistoria*, el

problema es que estas actividades se han *minusvalorado y englobado en el depreciado concepto de “doméstico”*. Tradicionalmente se ha considerado que no requieren ningún tipo de tecnología, experiencia o conocimientos para su desarrollo. No obstante se convierten en fundamentales para cualquier sociedad.

Un reflejo de su importancia es que desde la incorporación de la mujer al mundo laboral, que implica un cambio en este reparto de roles tradicionales, se están produciendo situaciones que llevan a la administración a tomar medidas como la conciliación de la vida familiar y laboral o la ley de la dependencia. Una sociedad no puede vivir sin estas tareas de mantenimiento.

El menosprecio de estos trabajos domésticos es una construcción de la sociedad patriarcal en la que hemos vivido, que ha hecho que todas aquellas tareas realizadas hace millones de años por las mujeres se devalúen y por tanto también su propia persona. Las mujeres con menor nivel de estudios, mayor edad, más hijos y con mayor número de enfermedades es el grupo que tiene mayor depresión.

Se ha establecido una clasificación a modo de tipologías de las diferentes mujeres:

1. “Mujeres tradicionales”

Son aquellas nacidas en los años 30-40, hasta mediados los 50. Las más mayores han sufrido la posguerra y la educación que comportaba “deben callar y aguantar”, han sido educadas para la resignación. Estas mujeres acumulan gran cantidad de tensiones.

Aunque algunas mujeres han trabajado, lo han hecho ya desde pequeñas y no se han cuestionado nada de lo que querían ser o hacer. La mayoría se ha dedicado a atender a su hogar y a su familia. Han nacido en época de crisis o guerra y han sido fruto de una educación patriarcal y su labor fundamental ha sido el mantenimiento del hogar. Estas representaciones tradicionales de *mujer-madre-ama de casa* siguen prevaleciendo en el imaginario colectivo, al menos en muchas de las mujeres entrevistadas. Estas representaciones generan conflicto y malestar. No es que no quieran ser madres, es que no quieren ser las madres que las enseñaron a ser. El malestar se convierte en depresión muchas veces, pero las mujeres tienen mecanismos para salir de ella y enfrentarse de nuevo a la vida.

- Las mujeres se quejan de que *no se sienten valoradas*, que han dedicado toda la vida a los demás, que han sufrido la dominación en su cuerpo y mente, que la

“formación” que les prometieron que sería un arma de liberación se convierte en una trampa.

- Se observa la *falta de un proyecto de vida personal, alternativo al de “ama de casa”*.

No existe un proyecto de vida alternativo al de ama de casa. Hay una resignación del papel asignado, de un destino aparentemente inmodificable, un constante malestar. Surge el conflicto frente al hecho de tener que cumplir con lo que socialmente se espera de ellas y el deseo de hacer algo distinto.

Efectivamente las mujeres que sufren depresión se sienten *“devaluadas”, “que no valen nada”*. Este proceso de formación de estas identidades es progresivo, muchas veces se forma en la infancia cuando se encuentran que han de afrontar situaciones para las que no están preparadas en el domicilio familiar; se hace evidente en la adolescencia y persiste en la edad adulta cuando en el domicilio conyugal continúan aquellas pautas de dominación y subordinación.

Ya de pequeñas se les modifican sus deseos porque son “masculinos” y no les serán útiles para su vida adulta, inculcándoles y enseñándoles aquellas tareas “femeninas” que sí les podrían servir para alguna cosa en la vida adulta. En realidad la familia estaba reproduciendo aquello que la sociedad estaba demandando en esos momentos y que era mujeres con un cierto tipo de aptitudes y conocimientos. A la mujer en aquellos momentos, se les educaba para el matrimonio, y para las labores del hogar (corte y confección....); todo lo demás no les iba a servir para nada.

Así lo resume una mujer de 72 años, sin estudios, analfabeta: *“he llorado mucho por ser peluquera pero tenía 14 o 15 años y tenía que pasar un río en San Adrián del Besós, allí salían hombres y por eso mis padres no quisieron que fuera a aprender a leer ni a escribir, ni aprender peluquería ni que hiciera nada.” “A mi hermano le regalaron una moto, una máquina de retratar. Todo eso a mí me gustaba, ¿y sabes lo que me regalaron a mí? Pues una máquina para coser con mi madre. Ahí me enfadé, ¿por qué mi hermano sí y yo no?, ¿y sabes que me decían mis padres?”Tu hermano saca buenas notas, cuando tu sepas coser bien, entonces te daremos otro premio.”*

Pero las mujeres dentro de lo que podían tenían mecanismos para mejorar un poco su situación.

“Pero mi hermano me dejaba la bicicleta, cuando no nos veían me enseñaba a ir en moto, me dejaba hacer fotos, y es que mi hermano me ha querido mucho”.

- Las mujeres no tan mayores son más libres en la toma de decisiones pero no se escapan a las dificultades por conciliar lo que quieren y lo que deben, por lo que viven

estas contradicciones en su propia experiencia: entre acatar normas y ponerlas en tela de juicio.

Nos encontramos ante numerosos conflictos, fruto de una sociedad en continua transformación. La familia moderna se asienta en tres mitos: el de la mujer-madre, el de la pasividad erótica y el del amor romántico, los cuales se han ido reproduciendo en los discursos sociales como modelos desde los cuales ejercer el disciplinamiento, control y vigilancia social. Se evidencian las contradicciones entre estos «modelos» tradicionales y actuales que se presentan en conflicto.

- El trabajo de la mujer en el hogar ya no está reconocido socialmente. La hace dependiente del marido, no es directamente útil a la sociedad. Por mucho que la respeten, su labor es secundaria, subordinada, parasitaria. El marido es un ciudadano, ella es sólo una esposa. Se vive muchas veces como un conflicto de rol sobretodo cuando el medio que les rodea no les apoya. Hay una resignación del papel asignado como presencia de un destino aparentemente inmodificable, un constante malestar.

-La *autoimagen de estas mujeres se encuentra devaluada*. Son mujeres que no se les ha preguntado lo que querían sino sólo les han enseñado que debían obedecer.

Son mujeres, sobretodo las mayores, a las que se les ha dado permiso social para expresar sus emociones, pero no se las ha dejado “quejarse”. En su familia debían “callar el dolor”, “silenciar las penas”. El resultado será la acumulación de tensiones que se descargará muchas veces hacia ellas mismas.

Así expresa el silencio de sus penas una mujer de 64 años: *“yo recibo las bofetadas de todos y no puedo hablar con nadie. Siempre he cuidado a todos, he callado y aguantado. Nunca hablo estas cosas con nadie. He sufrido y sufro trastornos de la alimentación, cuando estoy nerviosa como sin conocimiento, no sé ni lo que como”*.

2. “Mujeres en transición”.

Nacidas a mediados de los años 50-60, entran en contradicción con aquello que les han impuesto culturalmente y aquello que quieren hacer. Esta situación las predispone más para la depresión, porque los nuevos tiempos les están demandando nuevos roles y eso es fuente de conflicto y depresión, ya que las mujeres quieren hacerlo todo perfecto, sin descuidar ninguno de los dos campos. Entran en contradicción con lo impuesto culturalmente, lo que les predispone más a la depresión.

Son mujeres fruto de la transición que quieren tener un reconocimiento social pues así han sido educadas pero las estructuras y las políticas sociolaborales, todavía no se encuentran adecuadas para ello. Mujeres que pagarán caro el precio de su esperado reconocimiento. Las denominamos en transición, porque cuestionan aquellos roles para los que han sido educadas y quieren alcanzar la autorrealización, aunque quizás no tengan los mecanismos adecuados -sociales, políticos, educacionales...- y caen en depresión.

- La mujer que trabaja quiere hacerlo pero aparece el sentimiento de culpa. Cargadas de culpa, prohibiciones, deberes, las mujeres sólo se sienten bien cuando hacen el bien para los otros. Para Fernández A (1992) en *Las mujeres en la investigación colectiva: Una historia de discriminación y resistencias*, hay una vivencia de goce cuando las mujeres complacen los deseos y necesidades de los otros.

Así lo expresa una mujer de 54 años: *“lo que no repetiría es tener a los hijos tan joven, yo tuve a mis hijas con 20 y 23 años y no las disfruté, siempre trabajando. Había días que querían que hiciera horas extraordinarias en la fábrica y salía a las 8 de la noche, casi no las veía. Llegó un momento que pensé, basta, haré algunas horas de más para pagarme el carné de conducir pero no más, de esta manera salía de trabajar a las 6 de la tarde y me iba mucho mejor, pero incluso así trabajé mucho”*.

3. “Mujeres innovadoras”

Encontramos este tipo de mujeres a partir de mediados de los 50, pero van con aumento al disminuir la edad, y en los años 60-70-80. Han abandonado algunos estereotipos tradicionales, pero encuentran “el techo de cristal”.

Las llamadas mujeres innovadoras “quieren romper con los estereotipos de género vigentes, unas se esfuerzan en el ámbito profesional, otras en su participación social, otras diversifican y amplían sus actividades recreativas, de estudios, de cuidados de salud, etc., en el intento de investir libidinalmente otros objetos pulsionales” Burín (2005), pero una parte de ellas encuentran el problema en el «techo de cristal» que tiene un componente de obstáculo social al avance de la carrera laboral de las mujeres, y otro obstáculo que radica en la subjetividad que sustenta ese mandato social y que impone una parte de su superficie a ese techo. Tropezan con la violencia laboral -moobing- que hace que incluso mujeres sobrecualificadas, no puedan avanzar en su promoción profesional.

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 mujeres que tienen más depresión son aquellas que han sufrido:

- Sobrecarga
- Violencia de género
- Bajo apoyo social
- Estrés

Estas causas se han detectado en los estudios revisados del marco teórico, se han identificado en las entrevistas y se han verificado en los cuestionarios telefónicos del estudio comunitario.

HIPÓTESIS 3

La violencia de género influye en la mala percepción de la salud y en el desarrollo de depresión y fibromialgia.

Las mujeres y hombres que han sufrido depresión han experimentado una elevada incidencia de violencia, cosa que ha influido en su salud física y mental y física.

La violencia influye en la depresión de manera directa, es un hecho que observamos tanto en las entrevistas como en el estudio cuantitativo:

En el estudio poblacional –en una comunidad-, la violencia representa el 41% (62) de los que han sufrido depresión en un momento dado (141), las mujeres la sufren en un 48,8% y los hombres en un 32,8%.

En éste estudio, las mujeres que han sufrido violencia, presentan depresión en un 75,9% si nos referimos a depresión en un momento puntual, pero ésta aumenta si nos referimos a la depresión sufrida a lo largo de la vida que alcanza un 88,2% para quienes han sufrido violencia y un 46,6% para quienes no la han sufrido. Las mujeres con fibromialgia presentan violencia en un 80%.

La violencia laboral representa un 24,7% (20) de las depresiones –en un momento dado, actual o de Goldberg- si tenemos en cuenta el total de mujeres y hombres que han trabajado, y alcanza el 30% en la depresión global o total. En las entrevistas aumenta el porcentaje de depresión ya que es quizás donde las personas pueden expresar con más facilidad los acontecimientos percibidos y sufridos.

En las entrevistas cualitativas, la violencia laboral ha sido la causa de depresión en casi la mitad de los diagnosticados de depresión -48%- ; los hombres la sufren en un 42,8%, y las mujeres en un 36,5%. El porcentaje es superior para los hombres porque hay muchas mujeres que no han trabajado. Si tenemos en cuenta todas las

mujeres que han trabajado en algún momento de la vida, el porcentaje alcanza un 51,3%.

La violencia es una forma de resolver los conflictos por medio del control. La violencia es un instrumento del poder y se utiliza cuando el poder es amenazado, o cuando lo que se detenta es un poder débil.

La violencia no siempre es evidente, sino que se encuentran aquellas “pequeñas violencias” que consisten en humillaciones, descalificaciones, chantajes, depresión, abandono afectivo, falta de reconocimiento de las características positivas de los sujetos, exacerbación de lo negativo, carencia de apoyo... factores con los que las mujeres se han encontrado muchas veces.

Las mujeres que sufren más violencia tienen más depresión, al igual que los hombres que sufren más violencia padecen también más depresión. La mujer tiene más violencia que el hombre porque hay más mujeres en que se da, no porque afecte de manera diferente a un sexo u a otro, por ello las diferencias desaparecen cuando realizamos comparación por sexos de manera conjunta.

Aparece en el estudio la Violencia laboral tanto para mujeres como hombres como causantes de depresión -moobing-. Un 12% de trabajadores en activo son víctima de moobing según Piñuel de la Universidad de Alcalá, llegando al 14,41%; según Leymann (1991) en *el Informe Cisneros II sobre violencia laboral*, de Piñuel (2002:3-7) lo ha padecido un 14,41%. En cualquier caso, las cifras varían de un estudio a otro.

Según González V (2004) en el ambiente sanitario hay riesgo elevado al ser un entorno muy competitivo, con estructuras piramidales muy marcadas, casi feudales, y donde con cierta facilidad pueden promocionarse los «mediocres obedientes» que reúnen perfiles afines a los del acosador y que pueden aflorar en situaciones en las que puedan ver peligrar su posición u autoridad (González V, 2004:3-7). Es probable que algunas de estas víctimas acaben abandonando el puesto de trabajo, como ha sucedido en varias de las personas entrevistadas.

Las personas que han sufrido violencia laboral en el estudio y han acabado en depresión, han sufrido desacreditación profesional, limitación de su capacidad laboral, etc. El origen del moobing son «perfiles narcisistas, psicopáticos y paranoides del

acosador junto con sistemas organizativos pobres -burocratizados, rígidos- que facilita la situación de acoso psicológico en el trabajo» (Ibídem).

HIPÓTESIS 4

La sobrecarga o “realizar múltiples roles con poca ayuda”, llevan a las mujeres a la depresión y fibromialgia.

En el estudio poblacional, un 75,5 % de los que sufren sobrecarga padece depresión, para la mujer un 79,6%, y para el hombre un 71,2%.

En las entrevistas a pacientes con depresión sufren sobrecarga un 62,7% de las mujeres y un 42,8% de los hombres.

La sobrecarga o realización de múltiples tareas con poca ayuda se vive como dificultad en la mujer, sobretodo cuando los hijos son pequeños y trabajan, o cuando son “cuidadoras” de sus maridos o familiares con patologías. Cuando la dependencia de los pacientes que deben cuidar aumentan, se incrementa también la depresión y la ansiedad, pues son mayores las demandas que han de solucionar. Han de trabajar muchas horas y lo viven como “agobio”. Este exceso de demandas puede llevar al estrés y a diferentes problemas de salud.

Algunas mujeres del estudio han podido estar cuidando a dos y tres personas dependientes al mismo tiempo y sin muchas ayudas adicionales –alzheimer, cáncer, parkinson, etc- manifestando que “no pueden más”. Muchas de ellas han recibido tratamientos antidepresivos y ansiolíticos para aliviar la ansiedad y la depresión, pues se han encontrado realmente sobrecargadas.

HIPÓTESIS 5

Existe en la actualidad un sobrediagnóstico e hipermedicalización de los trastornos mentales en la mujer - depresión, fibromialgia-.

No se cumple la primera parte de la hipótesis, pues la depresión está infradiagnosticada tanto para los hombres como para las mujeres en nuestro estudio, aunque más para los hombres. Sí se cumple la segunda parte de la hipótesis, ya que la medicación en la depresión es superior para las mujeres.

El porcentaje de depresión tanto de mujeres como de hombres resulta muy elevado, pero hay un 30% de depresiones que no se diagnostican. Hemos dividido la depresión en subtipos para analizar si la que se diagnosticaba era inferior o superior a la identificada o a la identificada según el test de Goldberg -TGAD-.

En el estudio poblacional, se observan cuatro clasificaciones de depresión según lo que se defina para identificar a cada una de ellas; depresión diagnosticada, depresión identificada, depresión actual, depresión total. Va ampliándose el número de afectados-as según aumentemos los criterios anteriormente mencionados; en la depresión diagnosticada se tiene en cuenta la clasificación médica (26,6%), en la depresión identificada, lo que identifica el paciente. La depresión diagnosticada + la identificada aumenta el porcentaje al (30,6%); la depresión actual, registrada mediante el TADG es de (46,7%); y la depresión total, que es una suma de las tres anteriores alcanza un (57,7%). En todos los tipos de depresión el porcentaje para las mujeres es mayor que para los hombres.

Al igual que el psiquiatra García del Pino (2002) en *Un estudio sobre la depresión*, se puede afirmar que no es que aumenten las depresiones graves, sino aquellas más leves que menos relación tienen con factores hereditarios y que son las que están directamente relacionadas con los factores sociales. Aquellas que tienen que ver con la discriminación, falta de igualdad, pobreza, enfermedad, poca autoestima, descontento personal...

Aunque desde la Atención Primaria de Salud se alerta sobre el bajo diagnóstico de depresión en la población frente a la «epidemia» que se produce a nivel global, parece ser que de los que acuden más a la consulta, se diagnostica más a las mujeres. Si a esto se une con que la mujer tiene más dificultades sociales y más enfermedades crónicas quizás también estas causas hacen que pueda tener más depresión. La mujer no está sobrediagnosticada, sino que acude más asiduamente a la consulta médica y/o expresa sus síntomas de manera más clara que los hombres. Se ha visto en los diferentes estudios que los hombres están infradiagnosticados porque acuden menos a las consultas y/o manifiestan menos sus emociones; de Miguel (1978) y Brugulat (2001:54-60).

Los hombres buscan menos ayuda porque muchas veces no identifican o reconocen la depresión. La medicina nos ayuda a reconocer los síntomas de depresión ya que a veces son desconocidos y pasan desapercibidos. Los hombres, a pesar que tienen unos síntomas depresivos diferentes a la mujer -mayor agresividad, trastorno del sueño, en lugar de tristeza-, también los manifiestan menos. Si las mujeres tienen hipermedicalización, también existen estudios en los que al

hombre antes de recibir tratamiento se le realizan más pruebas complementarias o derivaciones, en cambio a la mujer rápidamente se le prescriben ansiolíticos o antidepresivos.

Los síntomas de los trastornos mentales -ansiedad, depresión, fibromialgia, colon irritable, problemas digestivos, fatiga crónica- son manifestaciones de tristeza vital y de dificultad para no poder afrontar los procesos de la vida al entrar en conflicto con los valores de género adquiridos y los que le demanda la sociedad actual (González Duro, 1999:169-176) (Velasco, 2006) y (Mingote, 2004:28). Seguramente la mujer experimenta que tiene una peor salud que el hombre, y esto es así, pero desde la medicina convencional se ha diagnosticado como enfermedad. Esto lo analizaremos en los pacientes afectados de Síntomas Somáticos Sin Causa Orgánica (SSCO) que permanecen médicamente inexplicados.

Estas enfermedades (SSCO) no tienen una causa orgánica clara, la fibromialgia sería la enfermedad donde el porcentaje de mujeres es más alto, llega incluso a un 90 % seguida de la depresión. Intentar que las mujeres y también los hombres conceptualicen o analicen aquellas situaciones que para ellos pueden ser un conflicto de rol es importante para definir su salud mental.

Al tener que sobreadaptarse a las expectativas tradicionales de su rol de género - una mujer que desde la infancia «fue preparada para que fuera la niña buena, obediente, pasiva y nada agresiva- hace que muchas veces sienta malestar». «La mujer etiquetada de ansiedad y/o depresión presenta abatimiento, hundimiento, un no poder seguir más, incapacidad, falta de cualquier ilusión, tristeza, llanto o desesperación». Pero también la depresión se da en aquellas otras patologías fundamentalmente femeninas como la anorexia y la fatiga crónica o fibromialgia donde las mujeres afectadas alcanzan el 90% (Mingote, 2004:28).

En el trabajo realizado en una comunidad, las mujeres toman más medicación de salud mental (19,7%) que los hombres (13,8%), pero las diferencias no alcanzan a ser significativas.

El gasto en medicamentos está aumentando y la mujer consume a nivel general más psicofármacos. Es importante que se plantee la exposición de la población al consumo de fármacos, los potenciales efectos dañinos del abuso y/o dependencia, el impacto de este consumo sobre el gasto sanitario público y la constancia de que este

comportamiento es modificable, sin perder por ello la calidad de la prescripción de una manera racional de los medicamentos.

HIPÓTESIS 6

La mujer que tiene peor salud mental ha pasado de ser la mujer exclusivamente cuidadora a aquella que realiza los dos roles por la tensión y los conflictos que le supone.

No se cumple esta hipótesis, ya que las mujeres que tienen mayor depresión en el estudio poblacional son las que no trabajan –un 75% tiene depresión- pero el porcentaje es alto también para las que trabajan fuera de casa -61%-. Los hombres que no trabajan también tienen mayor depresión que los que trabajan -61,1% -43,4%-.
.

Existen estudios contradictorios frente a que el trabajo laboral pueda considerarse como un factor protector frente a la depresión. Todo depende de “cómo” lo viva la mujer.

En el estudio poblacional realizado las mujeres y los hombres que trabajan no presentan más depresión, al contrario, los que no trabajan presentan mayor prevalencia de depresión tanto en el hombre como la mujer. En los hombres con depresión que no trabajan la depresión es de un (63%) y en las mujeres de un (78,9%), pero encontramos porcentajes también altos de depresión en los hombres que trabajan (48%) al igual que en las mujeres que trabajan (63%).

En la mayoría de estudios González-Duró (1999:413), Matud (2006), Bebbington en Cova (2005:49-57), la mujer que sólo realiza trabajo familiar se siente más devaluada, y más en la actualidad pues este trabajo no se reconoce socialmente. Muchas dicen que les hubiera gustado trabajar o estudiar pero que no pudieron hacerlo.

Las mujeres casadas o divorciadas, con bajo nivel de estudios, no profesionales presentan mayor depresión. Las mujeres con estudios universitarios y las profesionales, tienen menor depresión que los hombres con empleo manual, solteros, con menores estudios según Matud (2006). Los hombres con empleos manuales tienen más depresión que las mujeres que realizan trabajos no manuales, pero son las mujeres con empleos manuales las que presentan más depresión que

los hombres con empleos manuales (Cortés et al, 2004:351-359), la falta de autonomía en el trabajo, se asoció positivamente con un mal estado de salud mental en las ocupaciones no manuales, al igual que el apoyo social como protector del estado de salud mental.

Para Sau (2001:181-185) uno de los factores que producen la depresión es el exceso de roles de interior unidos a los pocos o ningunos que ejerce en el exterior, que compensarían los primeros -participación en la vida pública de su localidad o distrito, en asociaciones culturales...-.

La depresión en el estudio cuantitativo que hemos realizado aparece directamente relacionada con nivel de estudios y con no trabajar fuera de casa. Las mujeres con mayor nivel de estudios tienen menor depresión. Parece que el *trabajo remunerado*, así como un *alto nivel de estudios* protege a la mujer contra la depresión.

Las mujeres que no trabajan fuera de casa experimentan depresiones más severas que las que sí lo hacen. El empleo parece ser un «factor positivo porque mejora la situación económica, aumenta los contactos, refuerza el sentido del logro y de la autoestima» (McBride, 1988:41-47). El prototipo del mayor riesgo psiquiátrico corresponde a la mujer casada, de 35-50 años, con más de tres hijos, que reside en zona urbana y que no trabaja fuera del hogar según González-Duró E (1999). En los hombres, el estar casado, se comporta como un factor protector en la enfermedad mental.

Aparece la depresión ante la maternidad que no representa poco esfuerzo en nuestra sociedad. Así lo reconoce una mujer de 46 años, con estudios universitarios y con diagnóstico de depresión en el embarazo y posparto: *“Soy muy responsable. Pensaba que la depresión solo afectaba a la gente que tenía poco trabajo, yo siempre he dado clases y estudiado. Me llegó la maternidad y yo estaba feliz, no comprendo porqué me ocurrió a mí. Quizás me vino grande la maternidad. El otro día aún encontré una libreta donde apuntaba todos los biberones que tomaba diariamente el niño pues pensaba, a ver si no me acuerdo y el niño está mal alimentado”*.

Otra mujer de 38 años, con depresión post parto por dos veces, estudios universitarios que trabaja a media jornada por prescripción del psiquiatra, afirma: *“Tengo un niño de 2 y otro de 12 años, la gente cuando viene a mi casa me dicen que cómo lo puedo tener tan limpio y ordenado y es que voy acelerada. Cuando una persona te limpiará un cristal yo te habré limpiado diez. Soy una persona que antes*

de la depresión todo había de pasar por mí, otro no puede fregar por mí, ni limpiar el polvo porque tengo que ir a ver cómo lo ha hecho. Me gustaba que todo estuviera impecable, ahora ya no tanto después de la depresión. Mi madre también es así, muy obsesiva en el orden”.

Las mujeres con elevada formación, transicionales, que quieren prosperar en el ámbito profesional también tienen numerosos problemas por el hecho de ser mujer. Según Silvia Velasco (2006) que analiza el malestar psicosocial de las mujeres y señala que «éste es el efecto del conflicto de ideales que no acaba de resolverse aun entre las mujeres que se frenan para no llegar al objetivo laboral más alto, para no contravenir el ideal de feminidad que proscribía la agresividad y posición de poder que sería necesaria para acceder a aquel lugar en la carrera profesional».

Y si no se frenan ellas mismas, aparecen otros que también les ponen trabas como reconoce una mujer de 45 años: *“He estado diez años en mi puesto de trabajo, haciendo de secretaria cuando tenía una licenciatura terminada. No me han enviado a realizar ningún curso de formación, me han tenido vetada, relegada, no me han dejado prosperar. Ahora hace un mes que han cambiado a los directivos, ya me han propuesto realizar un curso de postgrado, cosa que me ha halagado mucho. Llegó un momento que pensé que no servía para nada y que todos mis esfuerzos realizados no me servirían nunca. No me sentía reconocida por la empresa. Me hicieron moobing”.*

En el trabajo poblacional –en una comunidad-, las diferencias mayores de depresión entre el hombre y la mujer lo representan las de 25-45 con un 50,8% de depresión respecto al hombre 26,2%, quizás sea una época difícil para la mujer pues en ella se realiza la crianza de los hijos, y un poco más tarde, sobre los 40 las mujeres “hacen balance” de la vida comunicándonos un cierto desencanto pues no se han promocionado a nivel laboral como les hubiera gustado, otras han trabajado tanto que no volverían a repetirlo pues se han perdido parte de la infancia de sus hijos, otras se plantean volver a trabajar y otras creen que ya han llegado demasiado tarde.

HIPÓTESIS 7

Los hombres que presentan fibromialgia y depresión presentan valores más femeninos. Los que tienen depresión y no han sido diagnosticados presentan

diferentes pautas de búsqueda de ayuda y diferentes maneras de canalizar la depresión.

El perfil o aculturación de estos hombres diagnosticados de depresión y que han presentado valores más femeninos se ha podido observar en las entrevistas cualitativas. No se ha podido entrevistar a ningún hombre con fibromialgia porque no se encontró ninguno en los registros sanitarios.

Los hombres que han sido diagnosticados de depresión sí presentan valores más femeninos: sensibles, manifiestan emociones, han sido educados por múltiples figuras maternas. Presentan una educación más igualitaria por las circunstancias que les ha tocado vivir. Y cuando no manifiestan estos rasgos más femeninos, el diagnóstico es debido a que han tenido algún problema grave de salud al que se les asoció la depresión. En algunos casos la depresión está enmascarada, incluso escondida y lo que afloran son enfermedades crónicas y agudas graves -infarto-.

En cambio, los que presentan depresión pero no se les ha diagnosticado no presentan esta imagen, seguramente por ello no lo han sido: son hombres a los que les cuesta manifestar emociones, sufrimientos, dolor pues no lo ven necesario.

Presentan valores que tipifican el modelo de rol masculino, caracterizado por –actividad, autonomía, asertividad, agresividad.... Tienen un espíritu práctico, que a veces les ha costado alguna enfermedad grave pues acuden en búsqueda de ayuda cuando ya es demasiado tarde -infarto, crisis de ansiedad-. En ellos aparecen otros valores como son: competitividad en el deporte, varios han participado en competiciones de gran alcance, conductas de riesgo -bebedores de alcohol-, aficiones que más bien son encuentros de grupos de hombres -caza...-, adicción al trabajo. Practican o han practicado deporte con regularidad y alguno de ellos de “alta competición”. Tienen un espíritu práctico y dicen que aunque se preocupan por lo que les va a pasar les ocurrirá de igual modo, por lo tanto, no vale la pena preocuparse.

Así lo reconoce un hombre de 43a: *“Me lo guardo todo para mí, no exteriorizo los sentimientos”.*

La mayoría no exteriorizan lo que sufren, no demuestran lo que sienten. Algunos han tenido crisis de angustia pero no quieren ir al médico, porque primero es el trabajo. El no exteriorizar los sentimientos también ha sido expresado por Carrasco (2006) que señala el hecho de que los hombres deben ser exitosos, restringir sus emociones y que la mayoría tienden a esconderlas. Para Félix Cova (2004) en sus

análisis de diferencias de género en la depresión, señala que las mujeres tienen más capacidad para expresar síntomas.

Afirman que están contentos de su espíritu práctico, que intentan no complicarse la vida, aunque algunos de ellos tienen conductas de riesgo como el consumo de alcohol y todas las actividades sociales que les rodean como la caza -con el alto consumo de alcohol que comporta durante las comidas que realizan en grupo-, o la adicción al trabajo, confesado por ellos mismos.

Y es que las construcciones sociales de género son tan fuertes que constituyen barreras difíciles de derrocar o de superar. Las peculiaridades de lo que es femenino y de lo que es masculino están fuertemente arraigadas en nuestra cultura y difícilmente se suavizan.

Según Alberdi, Escario y Matas (2000:26-28) en *Las mujeres jóvenes en España* señalan que las mujeres más progresistas «sienten que van por delante, porque aquello que ellas ya han asumido la sociedad todavía lo rechaza». En las mujeres jóvenes de España no se concibe una feminización radical del modelo masculino, sino más bien una suavización de los rasgos más duros del estereotipo de género, de manera que las personas defiendan su identidad con mayor libertad.

El grupo de edad en que el hombre manifiesta más la depresión es el de más de 65 años cuando quizás ya no tiene tanta presión social para manifestarla, este grupo de edad manifiesta experimentar la depresión en 59,5%. Otras teorías es que coincide con la jubilación y que al hombre le afectan más las enfermedades y déficits que van apareciendo al aumentar la edad.

Tanto los hombres como las mujeres llevan unas máscaras que exhiben en público; estas máscaras representan lo que la sociedad les ha inculcado en el proceso de socialización.

HIPÓTESIS 8

La fibromialgia está relacionada con la depresión y al igual que ésta, está influida por las desigualdades y dificultades “percibidas” por la mujer a lo largo de la vida.

Las mujeres que tienen fibromialgia presentan en el estudio cualitativo una puntuación altísima en ansiedad y todas a lo largo de la vida han presentado depresión.

Las dificultades principales que encuentran las mujeres del estudio, son aquellas que se encuentran en la vida:

- No dejarles desarrollar sus potencialidades, alguna quería estudiar pero estaba mal visto en la época.
- Maltratos psicológicos-sociales.
- Sobreesfuerzos ya de pequeñas tanto en las tareas domésticas como fuera de casa –en el campo o en alguna fábrica, principalmente-. Esfuerzos “sobrehumanos”. Casi todas han trabajado fuera de casa en los años 40-50-60 desde los doce o trece años, han sido víctimas de la escasez de la “posguerra”.

Está comprobado el componente emocional del dolor. Cuando se trata bien a un enfermo por parte del personal sanitario, se le explican las posibles dudas del proceso terapéutico y se le trata afectivamente, disminuye la necesidad de analgesia que necesita. Aquellos “afectos positivos que experimentamos” favorecen nuestra salud. Todo lo que percibimos como negativo lo perjudica. Según Martínez M (2005) si hacemos daño, se activan treinta y siete áreas en el cerebro. Aquellas personas que han sufrido torturas cuando vuelven al lugar, reproducen el dolor. Existe un recuerdo del dolor. Las áreas del dolor son complejas, son vías de diversos tipos, en la fibromialgia los analgésicos no hacen mucho efecto, influyen otros factores como personalidad, enfado, frustración con otras personas, estado de ánimo, sexo, edad...

Muchos clínicos no se han adentrado en los aspectos psicosociales porque han partido de una medicina biológica, pero incluso esta medicina ofrece explicaciones para la anterior interrelación.

Carmen Valls (2004) señala que en la fibromialgia el dolor y el malestar de las mujeres, está basado en la discriminación histórica, en la invisibilidad, en el desprecio que la sociedad y en el que los padres de la Iglesia tuvieron con ellas, en la invisibilidad de sus problemas biológicos, que fueron contemplados como psicológicos, en no entender su sexualidad y su deseo. Todo esto ha generado

malestar y rabia. «Los problemas músculo-esqueléticos generados por las condiciones de vida y trabajo en el cuerpo de las mujeres y los problemas de la salud mental ha sido bien estudiados por Marian Frankerhaueser y Ulf Lundberg de Suecia» en Valls (2004).

El dolor que sufren es un dolor neuropático, no hay cura ni pruebas de laboratorio que verifiquen su presencia. Los médicos recomiendan estar atentos a cualquier dolor persistente e intenso sobretodo en la mujer.

Estas mujeres están desengañadas de los tratamientos e intervenciones que les han realizado -algunas hasta cinco intervenciones- no les han servido para mejorar. Se sienten víctimas del sistema porque no les reconoce la pensión de invalidez.

CAPITULO VIII

8. CONCLUSIONES

8.1. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

1. *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. A lo largo de la vida, la depresión alcanza a un total de un 57,7% de la población; las mujeres la sufren en un 66,2% y los hombres en un 49,4%.

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.

Tabla 8.1.1. Depresión actual y género

DEPRESIÓN ACTUAL Y GENERO	
MUJERES	HOMBRES
53,5%	40%

Tabla 8.1.2. Depresión global y género

DEPRESIÓN A LO LARGO DE LA VIDA Y GÉNERO	
MUJERES	HOMBRES
66,2%	49,4%

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% en Montero et al (2004).

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* (Ibídem). El incremento de la enfermedad 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. El consumo de ciertas drogas por parte de las mujeres es un hecho relativamente reciente y, por tanto, afecta fundamentalmente a los grupos de edad más jóvenes, los cuales, como ocurre con el consumo de alcohol, tienden a equiparar sus patrones conductuales a los de los hombres adultos. Mientras que el consumo de drogas, que implica una transgresión y un notable desarraigo y problemática psicosocial, predomina en los hombres y en los grupos más jóvenes, el consumo más socializado, generalmente medicalizado y a niveles adecuados de integración y afección psicosocial, lo hace en las mujeres de edad más avanzada.

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 (Ribes, 1996)

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.

2. 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 (2002) la depresión verdadera es escasa. 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 el modelo dicotómico –endógeno-exógeno- Eysenck (1970) Carney M. (1972) en Ramos y Cordero (1997) que analiza la clasificación de la depresión, aunque algunas se inclinan por las categorías múltiples. La *Depresión psicótica, endógena* –de origen interno, hereditario y desconocido con una dimensión psicótica y de falta de contacto con la realidad-, está relacionada con anomalías biológicas.

López Ibor, J (1996) 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. 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 (Ramos y Cordero, 1997).

También surgen trabajos que apuntan a la causación biopsicosocial de trastornos mentales con causa biológica importante como las esquizofrenias y depresiones endógenas.

3. 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 (2005:418-424), Nolen-Hoeksema (1991) en Matud (2005); para ellos «las desigualdades ya experimentadas» es el motivo que aumente la depresión en los adolescentes. Para estos 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 poblacional o comunitario, 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 García-Campayo y Lou (2006), 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 (Lewisohn et al, 1993:133-44).

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 poblacional o comunitario, 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%. Al igual que Mirowsky en Matud (2006), «las diferencias de género son mayores en la edad adulta que es cuando las mujeres y hombres experimentan mayores diferencias en el estatus de género. El grupo de 25-

45 años, quizás sea el grupo que experimente desigualdades de género más importantes tanto a nivel familiar como profesional pues la diferencia entre los sexos es realmente impactante».

Podríamos hablar de las dificultades de la mujer en este grupo de edad para compaginar el trabajo remunerado con el doméstico y que en el trabajo todavía no se encuentran demasiado recompensadas. La depresión para el hombre de este grupo de edad es la mitad que para la mujer.

Las mujeres se siguen enfrentando ante el dilema de seguir trabajando o abandonar el puesto de trabajo ante el nacimiento de un hijo. Las que mayoritariamente tienen una buena formación, un buen sueldo continúan, pero son múltiples barreras que se van a encontrar en el terreno profesional. Dificultades por parte de sus compañeros-as, jefes-as y incluso de ellas mismas pues dudan muchas veces de su “competencia”. Los estrictos horarios laborales, son fuente de malestar y sentimiento de agobio para las mujeres de este grupo de edad. Estas mujeres experimentan “sobrecarga” al tener que atender los diferentes roles que les demanda la sociedad y tanto las empresas como la familia todavía no desarrollan suficientes ayudas para solucionar sus demandas. Deberían abordarse la eliminación de las desigualdades, fundamentalmente en este grupo de edad.

En las entrevistas realizadas a profesionales sanitarios, la mayor gratificación con el nuevo rol de las mujeres –trabajo remunerado y trabajo doméstico- es superior para las mayores ≥ 50 años, la menor, para el grupo de 41-50 años y mejora para el grupo de 31-40 años. En este trabajo, este grupo que tiene peor gratificación se identifica como “Grupo de Transición”. Las mujeres transicionales, serían aquellas que experimentarían menos satisfacción con los dos roles -41-50 años-, ya que las estructuras tanto laborales como familiares no estarían adecuadas para cubrir las necesidades de estas mujeres que tendrían que abrir el camino ya que la mayoría serían la primera generación de mujeres asalariadas nacidas en el franquismo y crecidas con la democracia.

Para las mujeres actuales según Alberdi, Escario, Matas (2000) en *Las mujeres jóvenes en España*, «no hay modelos concretos de mujeres con éxito porque las

pautas de lo que se considera una vida femenina completa son muy nuevas y porque una buena parte de las mujeres que podrían ser referentes para las nuevas generaciones todavía están luchando aún con ellas mismas para definir y afirmar sus valores. Las mujeres reconocidas por sus éxitos laborales, políticos..., son aún modelos de mujeres que reciben críticas y un cierto rechazo porque no se sabe lo que han conseguido o a qué precio lo han podido conseguir».

4. 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 (tabla 6.3.3). «La depresión es más inaceptable para los hombres porque discrepa del estereotipo masculino», según Warren (1994) en Ferré (2005).

En las entrevistas realizadas a depresivos-as, la única causa que difiere es el consumo de drogas que no ha aparecido en las mujeres, aunque una chica que sí consumía no acudió a la entrevista –informantes clave nos lo comunicaron-. El consumo de drogas y el alcoholismo no es aceptado socialmente para las mujeres en la actualidad y es escondido por ellas. Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) en el *Informe Salud y Género* realizado por el Observatorio de Salud de la Mujer, parece que en las pautas de consumo hay un acercamiento para las más jóvenes aunque sigue siendo superior para los hombres el consumo de cannabis, la cocaína y el éxtasis.

A continuación vemos como estos factores identificados anteriormente en las entrevistas aparecen en el estudio poblacional o comunitario en los que han sufrido depresión sea en el momento puntual que se realiza el cuestionario o a lo largo de la vida.

Tabla. 8.1.3. Variables asociadas con la depresión

VARIABLES ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN	VIOLENCIA DE GÉNERO	SOBRECARGA	NO APOYO SOCIAL	ESTRÉS
DEPRESIÓN ACTUAL -GOLDBERG-	72,9%	75,5%	68,4%	73,6%
DEPRESIÓN GLOBAL	88,2%	85,8%	82,5%	84,5%

Las variables son importantes para los dos sexos como causantes de depresión, pero la mayor incidencia de estos factores en la mujer le ha provocado una mayor incidencia.

Tabla 8.1.4. Variables asociadas con la depresión según género

VARIABLES ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN	GÉNERO	VIOLENCIA DE GÉNERO	SOBRECARGA	NO APOYO SOCIAL	ESTRÉS
DEPRESIÓN ACTUAL -GOLDBERG-	HOMBRES	67,7%	71,2%	76,4%	67,3%
	MUJERES	75,9%	79,6%	56,5%	79,3%

Y no es que el hombre no los haya sufrido, sino que estos factores han sido los que se han dado en la mayor parte de mujeres y han perjudicado directamente su salud mental.

En el trabajo tanto cualitativo como cuantitativo ha quedado reflejado que cuando el hombre también los sufre, su salud tanto física como mental, también se resiente y cae también en depresión.

Un 26,8% de la población total presenta algún tipo de violencia. Para la mujer representa casi el doble; el 34,4% y para el hombre el 19,4%

- Violencia familiar y de pareja 12,9%
- Violencia laboral 8,8%
- Violencia familiar y laboral 2,8%
- Violencia por compañeros de colegio 1,9%

Las variables que influyen en la depresión de manera significativa en nuestro estudio son:

Cuadro 8.1.1. Variables que influyen en la depresión

DEPRESIÓN Y VARIABLES
- Género
- Salud
- Número de hijos
- Nivel de estudios
- Trabajo remunerado fuera de casa
- Consumo alcohol (Depresión Global)
- Comorbilidad
- Apoyo Social
- Estado Civil (Depresión Actual)
- Sobrecarga
- Pérdidas con la edad
- Ansiedad
- Estrés
- Violencia

1. Violencia

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

En los diagnosticados de depresión del estudio cualitativo, un 61% (32) de los que han sufrido depresión de una u otra forma han sufrido violencia. En el estudio cuantitativo un 72% de los que sufren violencia sufren depresión en un momento dado y un 88% de los que sufren violencia a lo largo de la vida sufren depresión, siempre siendo superior en las mujeres.

Tabla 8.1.5. Violencia y depresión

VIOLENCIA Y DEPRESIÓN	
MUJERES	HOMBRES
75,9%	67,7%

Un 37,8% de los que sufren depresión en el estudio cualitativo (66) ha sufrido violencia laboral, pero este porcentaje aumenta a un 48% si tenemos en cuenta las mujeres que han realizado trabajo remunerado en algún momento de su vida (51), representando el 42,8% para el hombre y el 51% para la mujer. La violencia familiar afecta al 48 % de las mujeres que han sufrido depresión en el mismo estudio cualitativo.

Socialmente se está avanzando hacia la independencia sexual de la mujer, pero hay que progresar también en la dependencia sentimental, que es mucho más importante. Una dependencia sentimental que se inculca desde niña. Para Mateu (2006) en *La dependencia sentimental de la violencia de género*, la chica adolescente deja lo que tenga que dejar por ir detrás del novio, el 80% de sus conversaciones giran alrededor del amor, para un chico la novia es lo último, jamás un hombre deja cosas importantes por el amor de una mujer.

Las leyes son necesarias, pero en el problema de la violencia lo más importante es la información y la educación. Y la educación en este tema empieza muy pronto, comienza cuando de niños se les educa en la absoluta igualdad. No es sólo que el niño y la niña compartan juguetes o pongan la mesa, sino también es necesario fomentar la igualdad sentimental. Esta dependencia sentimental de la mujer respecto al varón siempre creará una desigualdad. En la violencia sentimental de la mujer está en gran parte el origen de la violencia de género (Ibídem).

Las mujeres del estudio diagnosticadas de depresión creen que valen poco, que han dejado de realizar sus proyectos personales, que siempre han pospuesto sus deseos y siempre los demás de su alrededor han sido primero que ellas, que no se las tiene en cuenta, que han sufrido violencia laboral y familiar, que siempre han cuidado de los demás, que siempre han servido de “sostén familiar” y no han podido realizar aquello que se plantearon, que pensaban que el matrimonio sería otra cosa, que les daría más independencia respecto a la que tenían en la casa de sus padres, pero esto no ha sido así.

Muchas prefieren “*que les pisen la cabeza*” a protestar y así nos lo han definido en las entrevistas, fruto de la educación social tradicional “*callar y aguantar*”, quieren agradar a los otros, han de hacer todas las actividades a la perfección por miedo a ser censuradas por los demás o porque quieren que los demás las aprecien, se enfadan pocas veces, al menos no lo exteriorizan. Algunas de ellas es la primera vez que se ha abierto al exterior, otras no lo han hecho, y así nos lo han hecho saber “*no voy a contar todo lo que me ha sucedido*”, otras, más jóvenes no escasean en detalles incluso de asuntos personales como los malos tratos, violencia laboral y familiar. Las mujeres experimentan peor percepción de su salud, ellas se preocupan en primer lugar de cuidar la salud de la familia y sólo en último lugar de la suya propia.

2. Sobrecarga

Un 33,4% de la población entrevistada sufre sobrecarga. La sobrecarga está relacionada directamente con la depresión.

Las mujeres sufren depresión en un 79,6% y los hombres en un 71,2%.

Tabla 8.1.6. Sobrecarga y depresión actual

SOBRECARGA Y DEPRESIVOS-AS	
MUJERES	HOMBRES
79,6%	71,2%

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.

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 Escario et al (1978) en Alberdi (1999:237-238) los hombres ven el trabajo de sus mujeres como una oportunidad de disfrute, no como un esfuerzo. 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. Por un lado representa una imagen positiva de las mujeres trabajadoras porque fomenta su seguridad y autoestima, pero por otra parte es injusta e irreal al no tener en cuenta los esfuerzos de todo tipo que representa el trabajo extradoméstico de las mujeres impidiendo de esta forma que se pueda plantear la reorganización de las responsabilidades domésticas.

El rol de cuidadora lleva a la sobrecarga y provoca depresión. Para M^a Angeles Durán (2002:263-300) en *Los costes invisibles de la enfermedad*, «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

Un 11,4% de la población total afirma que no tiene apoyo social.

De los que presentan bajo apoyo social sufren depresión a lo largo de la vida en un 82,5%, las mujeres son quienes menos apoyo social identifican, un 88,2% y el hombre un 73,9% a lo largo de la vida. Un 76,4% de las mujeres con bajo apoyo social y un 56,5% de hombres sufren depresión actual, en un momento dado o de Goldberg.

Tabla 8.1.7. Apoyo Social y depresión actual

APOYO EN DEPRESIVOS-AS	
MUJERES	HOMBRES
76,4%	56,5%

El apoyo social es para Brown y Harris (1978) 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. La incidencia de más de tres hijos menores de 14 años y la muerte de la madre antes de los 11 años, también es superior para las mujeres trabajadoras (Sánchez E., 2004:49-71).

El apoyo social se vincula indirectamente con el apartado anterior de sobrecarga. Si los hombres ofrecen apoyo social a sus compañeras, éste se ve traducido en un aumento de ayuda tanto psicológica como materializada en un mayor reparto de las tareas domésticas y familiares.

4. Estrés

Un 34,7% de la población identifica estrés.

Un 84,5% de los que sufren estrés desarrolla depresión en algún momento de su vida.

Un 73,6% de las mujeres con estrés sufre depresión en un momento dado o de Goldberg, un 67,3% de hombres y un 79,3% de mujeres.

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 (2006).

Tabla 8.1.8. Estrés y depresión actual

ESTRÉS Y DEPRESIVOS-AS	
MUJERES	HOMBRES
88,2%	73,9%

Se ha comprobado que los grupos más desfavorecidos económicamente padecen mayor estrés. Los estudios muestran una mayor incidencia para los grupos *desfavorecidos socioeconómicamente* (Nazar y Zapata, 1998), resultados que han encontrado confirmación en estudios más recientes.

Las mujeres tienen mayor tasa de *pobreza*, además de ser con mayor frecuencia víctimas de violencia y abusos sexuales, los cuales generan depresión.

5. Ansiedad

El sexo femenino duplica en ansiedad al masculino.

Tabla 8.1.9. Ansiedad y género

ANSIEDAD Y GENERO	
MUJERES	HOMBRES
44,6%	24,4%

La ansiedad es una variable que está relacionada directamente con la depresión.

Un 84% de las personas que presentan depresión tienen ansiedad, por ello son dos trastornos mentales que están interrelacionados.

La ansiedad junto con el estrés son elementos que caracterizan a la sociedad actual, ambos están ligados con el uso del tiempo. Y en un único sentido: la elevada velocidad. «La comunicación: instantánea; los transportes: acelerados; las terapias: breves; la alimentación: rápida; el aprendizaje: intensivo; el diseño: cambiante; los servicios: al momento» son factores que nos pueden llevar a la ansiedad y como consecuencia a la depresión (Talarn, 2007:98).

6. Número de hijos

El tener hijos influye en la depresión

Un 63% de los pacientes con depresión tienen hijos. El hombre que tiene hijos tiene depresión en un 60,9% y la mujer en un 72,6% pero las diferencias por género no llegan a ser estadísticamente significativas.

6. Nivel de estudios

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

La depresión disminuye a medida que aumenta el nivel académico primarios 53,5%, secundarios 37,9%, universitarios 34,3%.

7. 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.

Un 54,2% de las mujeres que no trabajan sufren depresión mientras que las que trabajan la sufren un 42,2%. Los que están desempleados la sufren en un 60%.

Si bien el trabajo remunerado hace más libres a las mujeres, según Teresa Añón (2008), en la última década, la mujer trabajadora entre 35-44 años está acusando *patologías tempranas y sobretodo masculinas*. 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*. Los horarios estrictos, rígidos e inamovibles, el trabajo dentro y fuera de casa, y la competitividad, acarrearán cuadros depresivos y ansiosos. Enfermedades como hipertensión y hipercolesterolemia son comunes antes de los 45 años. En el ámbito hormonal se ha duplicado en los últimos años la interrupción prematura del ciclo menstrual: un trastorno autoinmune ocasionado por el estrés crónico.

La única solución es preguntarse porqué el cuerpo enferma y conocer los mensajes que da el cuerpo por estrés, al igual que modificar las estructuras sociales y empresariales ya que España al igual que Italia son los países que tienen mayor número de horas laborales que los países del centro de Europa y son menos productivos. Otro efecto que aparece debido al estrés en la mujer es que al alterarse la producción de occitocina necesaria para dilatar en el proceso de parto *el motor del parto se está perdiendo*, y todo ello debido a que los circuitos de la contención del estrés quedan bloqueados por las hormonas de la gestación.

8. Medicación

Los hombres consumen mayor número de medicamentos para patologías crónicas, pero las mujeres consumen más medicación para la ansiedad y depresión, aunque no llega a ser estadísticamente significativo en nuestro estudio poblacional o comunitario.

Según Carmen Valls (2005), los psicofármacos forman parte de un amplio grupo de sustancias farmacológicas denominadas «drogas legales», desarrolladas en todo el mundo a partir de la Segunda Guerra Mundial, junto con el avance de nuevas tecnologías destinadas a la protección de la salud. En este sentido, podemos considerar los psicofármacos como una parte de las nuevas tecnologías que pretenden incidir sobre la salud mental de las mujeres. Más del 85% de los psicofármacos son administrados a mujeres en el Estado español, sobrepasando en mucho la evidencia científica existente que sitúa la prevalencia de ansiedad y depresión en un 50%, más en mujeres que en hombres.

Los estudios de evaluación de eficacia de los antidepresivos han demostrado que un tercio de los pacientes tratados con antidepresivos no responden a los criterios de curación y que dos tercios de ellos experimentan una mejora sintomática de al menos el 50% al cabo de 6 u 8 semanas. «También tienen sus efectos secundarios, sus peligros» (Granger, 2003:36). En cuanto si la depresión es una enfermedad del alma o del cuerpo, tanto lo psíquico como lo somático *son dos caras de una misma moneda*. Esta concepción dificulta toda explicación unívoca de la depresión, ya sea por un conflicto psíquico inconsciente o por una falta de serotonina. El dolor moral que produce la depresión es muy difícil de traducir en palabras.

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

Existe un 13% de depresiones en la actualidad identificadas mediante el test de Goldberg que no son reconocidas por las mujeres y un 19% que no son reconocidas por los hombres en nuestro estudio cuantitativo. Los estereotipos de género insertados en nuestra cultura hacen difícil al hombre reconocer la enfermedad 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» (Cova, 2005:49-57) (Carrasco, 2006) (Pérez, 2006:25-31).

Los hombres que *siguen enmascarados* en las enfermedades coronarias, es difícil que se les diagnostique depresión si no es que han sufrido uno o varios *ataques de ansiedad* debido a causas laborales -moobing o estrés- como aparece en el estudio de los hombres diagnosticados de depresión. Pero ¿cómo afrontan estos hombres la depresión? Aparecen unos mecanismos compensatorios ya que no reciben el tratamiento ni el apoyo adecuado. Estos mecanismos son: alcoholismo, adicción al trabajo, drogas, conductas violenta, suicidio... Podríamos decir que la depresión no diagnosticada en hombres pueda estar generando otras patologías. Quizá en un futuro no muy lejano, cuando las diferencias de género no sean tan evidentes, puedan presentarlas también las mujeres.

En el estudio las mujeres no nos han confesado en ningún caso alcoholismo, pero en dos casos, informantes clave sí lo han hecho. También hay evidencias que el número de suicidios aumenta en mujeres.

Los hombres a los que se les ha diagnosticado depresión, tienen valores identificados en nuestra cultura como «femeninos» -sensible, servicio a los demás, se desviven por los demás, sufridor, pensamientos negativos...- pero alguno de ellos «niega que la haya tenido»; no puede ser que se la hayan diagnosticado a ellos. La mayoría de hombres han sido diagnosticados de «depresión» después de un largo proceso de «acoso laboral» que además de provocarles depresión, les ha provocado también otras enfermedades crónicas -diabetes, infarto...- ya que el estrés que les ha ocasionado ha sido importante. Y es que, los mismos factores que se han identificado como causantes de la depresión en la mujer, cuando se dan en el hombre pueden también causarles depresión.

Los hombres sobrevaloran su salud, respondiendo al estereotipo que demanda la sociedad, deben ser duros y fuertes. Se ocultan tras el estereotipo aunque cuando enferman lo pasan mal. Persiste el estereotipo de que la depresión es una enfermedad femenina, cosa que evita que los hombres reconozcan los síntomas y busquen el tratamiento apropiado.

Este estereotipo cultural que llevamos inmerso en nuestra cultura perjudica tanto al hombre como a la mujer, al hombre porque se le deja de diagnosticar de depresión, enfermedad típicamente femenina y a la mujer porque se la deja de diagnosticar infartos o enfermedades típicamente masculinas.

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 (Warren en Ferré, 2001:21). Este estereotipo se caracteriza por 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. Por todo ello, la mujer reaccionaría frente a las dificultades y problemas de una manera depresiva y buscaría con más facilidad apoyo social y profesional, mientras que los hombres tendrían tendencia a buscar una salida a sus problemas de adaptación más congruentes con su autoimagen, por ejemplo, con un incremento de la conducta alcohólica.

La mujer resulta medicalizada ante el primer síntoma y el hombre es derivado a los especialistas por lo que les realizan múltiples pruebas complementarias y visitas especializadas. El Sistema Sanitario tiende a «encasillar» las dolencias o quejas de las mujeres en «patología psiquiátrica» y más recientemente en «patología reumatológica» por lo que se puede escapar el diagnóstico de otras enfermedades importantes o puede aumentar la medicalización de las mujeres sobre todo en lo que se refiere a ansiolíticos, antidepresivos, analgésicos y antiinflamatorios.

¿Cuál es la diferencia específica de las máscaras masculinas que las distinguen de las imágenes femeninas? Según Gil Calvo, «la imagen femenina está construida de forma transparente para que desde afuera se adivine la identidad de su portadora, pues las mujeres se definen en público por su imagen corporal. De ahí que exhiban una imagen abierta frágilmente vulnerable, que las expone a ser penetradas por las miradas ajenas. Pero con las máscaras masculinas sucede a la inversa, pues no buscan la transparencia sino la opacidad, a fin de que no pueda traslucirse desde fuera la naturaleza oculta de la propia identidad secreta. En suma, mientras la imagen femenina descubre y revela el yo íntimo de su portadora, la máscara masculina se construye para que lo encubra, censure y reprima, hasta clausurarlo y sellarlo de forma impenetrable» (Gil Calvo, 2006:30-33). Estas dos maneras de actuar repercuten en las dos formas diferentes que tienen de manifestar la depresión los hombres y las mujeres, ya que los hombres exteriorizan menos el malestar y de esta manera ocultan también su diagnóstico y su tratamiento y pronta recuperación.

8.2. CONCLUSIONES GENERALES

1.- La diferente conceptualización de lo que ha de ser una hombre y una mujer en nuestra cultura ha propiciado a que a la mujer se le asignaran “roles de género tradicionales” –rol maternal y cuidadora- y a unas condiciones de vida que les han conducido a “malestar” y depresión. Estos roles les han llevado a sufrir violencia, sobrecarga, estrés y poco apoyo social con mayor frecuencia que sus compañeros varones y por tanto a un porcentaje mayor de depresión.

Los factores psicosociales de género que predisponen actualmente al malestar y la enfermedad son los que proceden, por un lado, del mantenimiento de papeles tradicionales, como el exclusivo de ama de casa y madre –madre y esposa tradicionales- que siguen imponiendo restricciones a la realización como personas y que exponen a posiciones objetales de pasividad, dependencia y aislamiento y dedicación exclusiva al cuidado, que hemos expuesto en el apartado anterior y, por otra parte, a las contradicciones vividas entre estos ideales decimonónicos y la vivencia de propuestas simultáneas de libertad de realizaciones de horizonte de independencia.

Al tratar de representar roles antiguos y nuevos que echan sobre las espaldas de las mujeres múltiples funciones y frustración por no llegar a lo que idealmente tienen interiorizado, sufren sobrecarga; la perfección esperada en las funciones de mujer amante-trabajadora-madre-esposa sobrepuestas en la identidad femenina; los abusos de los que son objeto procedentes de la posición subordinada en las relaciones de género; las pérdidas que dejan expuesta a un vacío que no alcanza a simbolizarse o recubrirse cuando están limitadas otras vías de realización por la sujeción a modelos tradicionales.

Para Sara Velasco (2006) todas estas sobrecargas y contradicciones de ideales de género se alían con las exigencias culturales de éxito y el depósito en el cuerpo del ideal personal, configurando el conjunto de determinantes que subyacen a los síndromes del malestar. Éste es el efecto del conflicto de ideales que no acaba de resolverse aún entre las mujeres que se frenan para no llegar al objetivo laboral más alto, para no contravenir el ideal de feminidad que proscribía la agresividad y posición de poder que sería necesaria para acceder a aquel lugar en la carrera profesional.

Aparece también la dificultad para afrontar la «maternidad» por la magnificencia de este rol en la sociedad actual, sobretodo en aquellas mujeres perfeccionistas que quieren que ninguna pieza de sus vidas se descoloque ante tal suceso. También

aparece la imposibilidad de ser madre con el «fracaso» que supone para la mujer en esta sociedad, así como la prohibición del egoísmo de las mujeres, dificultad para tener un proyecto «propio» de vida. Falta de asertividad.

Se encuentra la mayor diferencia de la depresión entre hombres y mujeres en el grupo de 25-45 años; donde la mujer con hijos pequeños tiene dificultad para compaginar el trabajo laboral con el familiar, además de los problemas que encuentra en las estructuras empresariales para la conciliación de su vida y para la promoción y reconocimiento.

Al adoptar las mujeres mayoritariamente el rol de cuidadora y esposa hasta hace dos o tres décadas, las estructuras sociales no han desarrollado mecanismos para satisfacer sus demandas o necesidades, por lo que las mujeres han caído en depresión en un porcentaje elevado.

Según Inés Alberdi (1999:168) «la presión social y psicológica sobre las mujeres con hijos pequeños es constante. Por una parte, una presión material que les dificulta compaginar sus obligaciones con el cuidado de sus hijos: horarios escolares y laborales diversos, transportes inadecuados, falta de equipamientos colectivos, etc., y por otra parte, presiones sociales, más solapadas, que les originan inseguridad en torno a sus decisiones y los motivos de las mismas».

Estas circunstancias sociales tradicionales, les ha llevado a una disponibilidad incondicional hacia los demás en vez de desarrollar relaciones de respeto mutuo y reciprocidad. Escasas de autoconfianza las mujeres tienden a adaptarse al medio y al conformismo social, con tendencia a la pasividad. El «aislamiento social tradicional» es uno de los principales factores responsables de la depresión en la mujer. La integración social, refuerza el bienestar. Es importante que la mujer sepa definir sus necesidades con palabras -asertividad-. Las contradicciones con los antiguos y los nuevos roles se alían con las exigencias culturales de éxito creando malestar (Mingote, 2004:28).

Los discursos sociales son como modelos desde los cuales ejercen el disciplinamiento y la control social; en estos discursos es donde se reproduce la desigualdad para la mujer.

Es importante incidir en el ámbito familiar y laboral pues son los dos lugares donde tienen lugar los acontecimientos causantes de depresión ya que en ellos se produce la violencia, sobrecarga, estrés, bajo apoyo social principales causantes de depresión.

Un 26,8% de la población presenta algún tipo de violencia, las mujeres el 34,4% y los hombres el 19,4% en el estudio poblacional o comunitario realizado. La violencia

familiar es de un 12,9%, la violencia laboral de un 8,8%, un 2,8% ambas y otros tipos de violencia de un 1,9% -vecinos, compañeros...-. Un 48% de los que han padecido depresión han padecido violencia en el estudio cualitativo. En el estudio cuantitativo de los que sufren violencia, el 72,9% sufre depresión, siendo superior para la mujer 75,9% que para el hombre un 67,7%.

La violencia familiar se ha denominado violencia doméstica. En la mentalidad tradicional y patriarcal está justificada. Para Inés Alberdi Y Rojas Marcos (2005:54-58) «la necesidad de orden y de unidad, esconde una estructura de poder en la que el conflicto no llega a manifestarse porque ya de antemano se impone el padre de familia». El ideal del orden, se confunde con el de armonía familiar y se niega la realidad de los inevitables conflictos cotidianos, que no tienen por qué constituir un motivo de la violencia. Bajo la ideología de la armonía, a veces laten ideas sobre el poco valor de las mujeres y que van unidas al reparto rígido de responsabilidades domésticas entre el marido y la mujer. Es preciso ahondar en la democratización de la esfera privada, poniendo fin al mito de la familia armoniosa, que encubre prácticas milenarias de control patriarcal y sometimiento femenino.

La sobrecarga también lleva a la depresión y es que el rol de cuidadora consume mucho tiempo, y las mujeres son las principales cuidadoras. Después de un largo proceso de enfermedad de algún familiar al que han tenido que cuidar, aparece la depresión, y como más dependiente sea éste de cuidados, mayor depresión experimenta la «cuidadora» que generalmente es mujer y de mediana edad, generalmente superando ya los 60 años. Para M. Angeles Durán (2003:215) en *Diario de batalla. Mi lucha contra el cáncer*, las enfermedades largas son difíciles. Ella, después de sufrir un cáncer analiza el plan minucioso de cuidados que deberían organizarse frente a lo que llama una enfermedad verdadera, y no las consecuencias de una terapia que es por lo que ella ha tenido que pasar. Afirma que los cuidadores son vitales para el enfermo. «Los médicos hacen el diagnóstico, operan, revisan, dicen lo que tienes que hacer, y todo eso es insustituible e importantísimo. Pero, cuando sales de su consulta, empieza la vida corriente y allí los médicos no te ayudan. Es en la carrera de fondo, de la supervivencia gris y sin brillo, donde los cuidadores marcan la diferencia entre el éxito y el fracaso de la calidad de vida. ¡Que diferencia entre el hacer el camino sola o acompañada por ellos!».

M.A. Durán intenta dar valor a los cuidados, que tan desvalorizados están en nuestra sociedad y tan desvalorizados están quienes lo realizan; las mujeres y el personal que los efectúa. Como más dificultades tengan las personas para realizar sus actividades de la vida diaria, más dependiente será y más necesidad tendrá de

tiempo y de recursos que invertir en ella. Y habrá que tenerlo en cuenta, porque hemos entrado en una sociedad cada día más envejecida y más demandante de «cuidados».

Según Cecilia Castaño (1996:93-94) «Que las mujeres trabajen no es un hecho nuevo, siempre lo han hecho: en el hogar, cuidando del ganado, en el campo. Lo que cambia es que las mujeres tienen trabajos remunerados sujetos a un horario y perciben un salario a cambio. Tienen que desplazarse fuera del hogar, dejar a sus hijos al cuidado de otras personas, o comprar comidas preparadas. Se pone en cuestión la división sexual de funciones y las mujeres ya no consideran que su papel prioritario sea la reproducción y su actividad deba limitarse al entorno familiar. Desean participar, en igualdad de condiciones con los hombres, en todas las actividades sociales. Y el punto de partida es un trabajo remunerado».

Para Beck-Gersheim (2008) los cambios que deberán realizar las mujeres educadas en el rol tradicional les conllevarán tensiones, ya que habrá un incremento de exigencias profesionales lo que dará lugar a una relación de tensión con las exigencias de rol tradicional. Se resolverá en falso y los costes sociales y emocionales para ellas serán altos ya que el peso del cuidado a personas dependientes sigue revirtiendo sobre ellas, pero ahora en un marco de fuerzas sociales inestable y tenso.

Todos estos roles asumidos, al igual que las aspiraciones no resueltas, debido a la dificultad y lentitud de la incorporación de los cambios necesarios para incorporar a estas mujeres en la plena ciudadanía, repercuten en una peor salud mental y en una mayor depresión. «Es imprescindible que nuestra sociedad evolucione más rápidamente hacia una actitud generosa y favorable a las mujeres, para que la combinación empleo-maternidad o empleo-matrimonio, deje de constituir una fuente de frustración y contribuya a la realización personal y la felicidad de las mujeres» (Castaño, 1996:112-114). Pero en el conjunto de la Unión Europea, la opinión pública todavía no se muestra favorable a las acciones de discriminación positiva. Una sentencia del Tribunal Europeo de Luxemburgo así lo confirma. La insuficiencia de las políticas de apoyo positivo en la Unión Europea puede ser una de las razones que determinan que la participación laboral femenina sea más baja que en los Estados Unidos y la vuelta al empleo tras la maternidad sea también menos frecuente.

España pertenecería a un Estado de bienestar de tipo «mediterráneo», caracterizado por el papel esencial que juega la familia en el cuidado de sus ciudadanos, y al decir familia sigue considerándose a la mujer como principal dispensadora de cuidados. Por herencia cultural junto con la herencia también del

franquismo, las estructuras de protección social se encuentran en un estado de inmadurez respecto a otros países de nuestro entorno. Según Salido (2002) en *La participación laboral de las mujeres en España: cifras para un debate*, las estadísticas aportan la prueba de tal situación, situando a España en cuanto a volumen del PIB dedicado a gasto social, en una de las últimas posiciones respecto al resto de los países de la Unión Europea. El porcentaje del PIB de la Unión Europea era de un 27,6% de media, para España del 20%, mientras que el peso de ayuda a las familias sobre el total del gasto social era de un 8,5% para Europa y de un 2,1% en España, ocupando el último puesto en la Unión Europea. La plena incorporación de la mujer al mundo laboral abre nuevos espacios de actuación política para el Estado español, que estaba apoyado en la vieja idea de una economía familiar basada en el trabajo estable del varón y la permanencia en el hogar de las mujeres.

Las nuevas políticas serán necesarias para mejorar las condiciones laborales y personales de las mujeres y por tanto disminuir la depresión.

La cuestión clave es la de si la reproducción de las generaciones venideras de ciudadanos, puede ser considerada una “responsabilidad individual” o si se trata de una cuestión de bienestar colectivo. Parece ser que la situación en salud mental es mejor para las mujeres en aquellos países, como los nórdicos, con una amplia cobertura de protección social, de las necesidades de cuidado de niños y de personas dependientes.

Las medidas flexibilizadoras que desde los años 80 se han introducido en el mercado de trabajo español no han tenido como objetivo explícito la conciliación familiar y laboral, sino que han estado orientadas a frenar el desempleo.

Las políticas de conciliación laboral y familiar son de desarrollo muy reciente en España y suponen el reconocimiento explícito de que no es posible el desarrollo personal pleno sin conseguir el equilibrio entre los roles productivo y reproductivo. En Salido (2002) dos leyes importantes que aparecen en España son la de Ley 39/99 de 5 de Noviembre, de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral. La reducción de la jornada laboral a ambos cónyuges se establece por primera vez en: Real Decreto 121/2001.

2- Existen diferentes tipologías de depresión que difieren según quien las haya identificado o catalogado.

- Depresión Diagnosticada: Es la que ha “rotulado” o “etiquetado” el sistema sanitario.

- Depresión Identificada: Es la que ha identificado la persona. Si acude al sistema sanitario se le puede diagnosticar o no, ya que a veces pasa desapercibida tanto para el médico como para la propia persona.

-Depresión Actual: Es el tipo de depresión que identificamos al realizar un test de depresión o entrevista en un momento determinado. Una persona puede conocer que tenga depresión o no, y algunas no la reconocen hasta el momento en que las entrevistamos o les administramos el cuestionario.

-Depresión Total, Global o depresión a lo largo de la vida: Es la suma de todas las depresiones.

Por tanto la depresión pasa a veces desapercibida pues no es identificada ni por el sistema sanitario, ni por el propio paciente y aunque se “sienta malestar” no se sabe a que es debido. Además, al tener periodos de normalidad –social y de síntomas somáticos- entre las diferentes recaídas, hace que todavía se tenga menos conciencia de enfermedad o de problemática social.

Será importante tener en cuenta estas tipologías para que la sociedad reconozca y realice un abordaje correcto de la depresión.

3.- El mayor nivel de estudios, el trabajo remunerado y el apoyo social son factores que protegen de la depresión a las mujeres

Parece ser que aquellas mujeres dotadas de más apoyo social, son las que pueden superar mejor la depresión o hacer que no caigan en ella. También la educación, aunque hemos visto que no garantiza la posibilidad de «ascenso social», sí que es un factor protector ante la depresión. El tener un trabajo remunerado gratificante también es importante. La violencia es el factor que se relaciona más positivamente con la depresión como hemos visto en las entrevistas y en los cuestionarios, seguida de la sobrecarga, estrés y bajo apoyo social.

La depresión está relacionada con el nivel de estudios -a mayor nivel de estudios, menor depresión- y el trabajar fuera de casa. Si la sociedad le devuelve a las mujeres la imagen a la mujer de que valen poco, de que ya no se las tiene en cuenta, excepto para aquellos deberes con los que siempre se las ha relacionado, pueden caer en depresión. Si la sociedad les quita las ilusiones, se pueden deprimir con gran facilidad. Según Nazar (1998) los factores económicos determinan gran parte de la depresión.

Para Alberdi Castell (1999) reconocer la importancia que ejerce el trabajo fuera del hogar para la mujer, es un elemento decisivo para elevar el estatus de las mujeres

y por lo cual reducir la inequidad entre los géneros. Los síntomas para las mujeres que no trabajan son mayores, por lo tanto el balance final parece ser positivo por la libertad que comporta, vida activa, independencia económica, permite experimentar varios roles y da la sensación de competencia, supone un tiempo para las mujeres mismas fuera del hogar.

Según Gómez V (2004) al realizar dos roles, uno puede proteger del efecto dañino del otro. Pero es importante que exista un apoyo institucional para que las mujeres puedan conciliar los dos ámbitos y hacer desaparecer la idea de que los dos roles deben desempeñarse a la perfección, o en los hombres, la idea de que deben responder mejor que las mujeres, obtener éxito y trabajar muchas horas para sentirse importantes.

Existe relación depresión-clase social (Ibídem). Hay más depresión en las clases más desfavorecidas (Brugulat et al, 2001:54-60). Peor salud para la mujer en todos los grupos de edad, clases sociales más bajas y con menor nivel de estudios, desempleados de ambos sexos y las clases más desfavorecidas son las que tienen más factores estresantes. Los factores sociales son un fuerte determinante para la depresión en la mujer para Brown y Harris (1978) en Sánchez E (2004:49-71).

Los niveles de depresión para las mujeres que están en casa son altísimos según Betty Friedan. Ello se debe a que sus oportunidades vitales se ven restringidas a las condiciones de ama de casa, esposa y madre. Es lo más común en las clases desfavorecidas (Ruiz y Verdú, 2004:118-125).

La depresión es mayor para la mujer en todas las clases sociales y niveles de instrucción de todos los estudios revisados, cosa que indica que hay unos factores estructurales presentes que atrapan a la globalidad de las mujeres. Entre las posibles causas de este problema destacan el poco reconocimiento de las mujeres y el impacto que tiene sobre su autoestima.

El porcentaje del estudio poblacional o comunitario 66,2% de depresión para las mujeres es alto, si tenemos en cuenta la mayoría de estudios anteriores, pero no se aleja de uno de los últimos estudios realizado por el Instituto de Estudios Políticos-Sociológicos Eurispes de Italia que revela que el 70% de las mujeres de este país tiene depresión. El estudio SHARE (2007) *Encuesta de salud, envejecimiento y jubilación de Europa. Perfiles y tendencias*, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, financiado por la Unión Europea, que estudió a más de 22.000 europeos de

más de cincuenta años afirma, que «en los países latinos existe mayor tendencia a la depresión que quienes viven en Suiza, Dinamarca, Finlandia, Holanda y Grecia».

Para el profesor Martin Prince del Institute Psychiatry del King's College de Londres, existe una desintegración fuerte de la estructura familiar. Tradicionalmente, la familia –las mujeres- ha cumplido el papel de soporte y red social en los países del sur de Europa. Sin embargo, cada vez existen más personas que no tienen hijos, y también aumenta la tasa de divorcios. Esto puede suponer un problema si los gobiernos no son capaces de intervenir para suplantar el papel cubierto por la familia. Las diferencias entre políticas sociales recibidas en los países nórdicos y los mediterráneos pueden haber podido contribuir a una mayor depresión ya que en estos últimos las políticas en protección social son menores.

Existe una fuerte crisis del papel tradicional de la familia en cuanto a suministradora de cuidados ya que la mujer ha entrado a formar parte del mercado laboral con el cambio de mentalidad que trae asociado a ello; ya no está disponible «para todo» como antes. Según Tezanos J.F. (2004:195) el debilitamiento de los lazos familiares puede tener a medio plazo efectos críticos en la función «amortiguadora» que cumple la familia en países como España para evitar la exclusión social –sobretudo jóvenes y mujeres- y añadiríamos que podría debilitar el apoyo social, factor importante para prevenir la depresión.

Las mujeres que trabajan se enfrentan no solo a la triple jornada, sino a «tener que demostrar a los demás «que valen» en el trabajo remunerado. El nivel de autoexigencia para la mujer en todos sus actos diarios es altísimo, siempre han de demostrar su competencia, en el mundo laboral, y eso es una fuente de estrés y de presión que pagan sus cuerpos y sus mentes. La autoexigencia es por parte de los demás pero sobretudo por parte de «Sí mismas».

Las mujeres actuales se encuentran en estado de transición. El hecho de realizar múltiples funciones y frustración por *no llegar a lo que idealmente tienen interiorizado; la perfección esperada* en las funciones de mujer amante-trabajadora-madre-esposa sobrepuestas en la identidad femenina; *los abusos de los que son objeto* procedentes de la posición subordinada en las relaciones de género; las pérdidas que dejan expuesta a un vacío que no alcanza a simbolizarse o recubrirse cuando están limitadas otras vías de realización por la sujeción a modelos tradicionales, son factores causales que pueden llevar a la depresión.

Se necesitarían renovadas representaciones culturales sobre la mujer que trabaja fuera de casa, que legitimen otras formas de relación, no culpógena y contradictoria, entre el trabajo maternal y el extradoméstico.

4. Los problemas de violencia laboral son casi una tercera parte de las causas que provocan depresión.

El entorno laboral es un entorno hostil y el porcentaje que alcanzan las depresiones en el estudio cuantitativo poblacional o comunitario es de un 30%. En el estudio cualitativo, casi la mitad de las depresiones tienen su origen en el mundo laboral, con un porcentaje de depresión de un 48%. El porcentaje que alcanza para la mujer con depresión que en algún momento de su vida ha realizado una actividad remunerada es de 51% y el 42,8% para el hombre. El absentismo, es una forma de hacer frente a la depresión cuando los problemas laborales son importantes.

Talarn (2007:471) afirma que debido al modelo globalizado neoliberal que impera en el momento actual, existe una cultura que favorece la emergencia de diferentes tipos de violencias y malos tratos y el mundo laboral es el eje central de dicho modelo.

Cuando un individuo presenta una depresión como consecuencia de las condiciones laborales se ausenta de la vida laboral, queda ajeno a la vida laboral y muchas veces se aparta también de la vida social. El individuo con depresión puede estar alienado de su trabajo, pero también puede llegarlo a estar de su propio potencial humano. Según Marx debido a esa total alienación de las funciones humanas, una persona ya no puede satisfacer sus capacidades y necesidades humanas y se ve obligada a concentrarse en las capacidades y necesidades naturales. Los trabajadores están alienados de su propio potencial humano en las sociedades capitalistas. «Se realizan cada vez menos como seres humanos...». (Ritzer, 1983: 187)¹⁹.

Los problemas que se encuentran en este ámbito y que llevan a la depresión son cada vez más numerosos. En el estudio de Martínez Quintana V (1994:137-152), «a mayor status laboral, menor porcentaje de individuos con bajas laborales», «a mayor satisfacción en el trabajo, menor absentismo». La depresión se correlaciona de manera significativa con estas dos variables -nivel de instrucción/status laboral y satisfacción-. Además hemos visto que múltiples Síntomas Somáticos Sin Causa Orgánica escondían malestar o depresión -lumbalgias, molestias del sistema

¹⁹ Según Marx los trabajadores se realizan cada vez menos como seres humanos y quedan reducidos en su trabajo a animales, bestias de carga o máquinas inhumanas debido a esa total alienación de las funciones humanas como consecuencia de la relación con el trabajo. Una persona ya no puede satisfacer sus capacidades y necesidades humanas y se ve obligado a concentrarse en las capacidades y necesidades naturales: «De esto resulta que el hombre (el trabajador) sólo se siente libre en sus funciones animales, en el comer, en el beber, engendrar y todo lo más en aquello que toca a la habitación y al atavío, y en cambio en sus funciones humanas se siente como un animal. Lo animal se convierte en humano y lo humano en animal»

digestivo, colon irritable, fibromialgia, fatiga crónica ...- por lo que parece evidente que la depresión sería una causa enmascarada de IT -incapacidad laboral transitoria-.

El absentismo laboral para Martínez Quintana V, «es un fenómeno psicosociológico que se caracteriza por tener unas relaciones conflictivas - manifestadas o encubiertas- con la empresa siendo el absentismo un indicador clave que incluye el grado de conflictividad existente. Las ausencias del trabajo no se producen al azar o por la mera morbilidad de los empleados, sino que enlazan otros fenómenos sociales. El trabajador absentista suele estar más insatisfecho en varios aspectos de su vida laboral».

Los factores de insatisfacción laboral que enlazan con algunas causas de depresión en hombres y mujeres son; las oportunidades de promoción, el reconocimiento de lo que hace, la seguridad e higiene en el trabajo, el salario, la información sobre la situación de la empresa, las relaciones con la dirección y con determinados jefes y encargados. Los factores que generan insatisfacción generan moral de trabajo baja. Hemos visto que detrás de estos factores de insatisfacción identificados se encuentra la «violencia laboral» ejercida «por jefes» o «compañeros» que pueden llegar a la depresión y como consecuencia a la enfermedad, e incluso a intentos de suicidio o suicidio en el peor caso.

Las mujeres que tienen menor depresión son aquellas que tienen mayores ingresos, jornada laboral más larga, mayor antigüedad en el puesto de trabajo, y mayor satisfacción laboral (Muñoz et al, 2004). Por lo tanto trabajar para mejorar las condiciones laborales, es indispensable para disminuir la depresión tanto en hombres como mujeres.

El estrés laboral preocupa tanto a las mujeres como hombres. Aparece la desilusión y apatía cuando la tarea es percibida como intrascendente y no se cumplen las expectativas previstas. Este estrés laboral o subestrés se da en varios entrevistados que realizan trabajos por debajo de sus competencias, se da mayoritariamente en profesionales. También hemos reconocido el estrés profesional, en aquellos trabajadores que no llegan a todo, que realizan trabajo a rendimiento, a turnos, autónomos.

5. El rol de género tradicional asignado a la mujer y los rápidos cambios sociales a los que nos enfrentamos hace que sea más difícil para las mujeres adaptarse al nuevo entorno ya que las estructuras organizacionales no han tenido tiempo de ajustarse a ellos; este hecho ha influido de manera importante en el aumento de depresión y otras enfermedades orgánicas.

Los rápidos cambios sociales a los que nos enfrentamos no han dado tiempo a que puedan cambiar las estructuras sociales, ni a que se estudien sus consecuencias, por ello están creciendo los problemas de ajuste, ya que se ha de realizar un sobreesfuerzo de adaptación a éstos con los conflictos que comporta. Estos problemas de ajuste, generan más estrés ansiedad y por tanto mayor depresión. Éstas son las causas de aquellas depresiones más leves, mayoritarias en el estudio poblacional o comunitario que hemos realizado.

La incertidumbre se ha instalado en nuestra sociedad, ya no existe el concepto «para toda la vida» ni para el mundo laboral ni para el matrimonio o vida en pareja. Para Inés Alberdi (1996), si antes el amor era un azar y el matrimonio una certidumbre, ahora se han invertido las tornas y sólo el amor es una certidumbre, al menos como proyecto, mientras que el matrimonio es una situación cada vez menos definitiva y más reversible. Es el reino de la incertidumbre. En las sociedades tradicionales el matrimonio significaba buscar la seguridad y escapar de la precariedad. En las sociedades modernas tiene como objetivo primordial buscar la felicidad. Ir un paso más allá en las ambiciones personales y ensanchar los objetivos vitales.

Las verdades absolutas y duraderas van desapareciendo a pasos agigantados en nuestra sociedad actual.

A las mujeres les cuesta compaginar los roles actuales. Según Castaño y Palacios (1996) «la gran cuestión pendiente, la pregunta que cada día se hacen millones de mujeres, es cómo combinar el trabajo profesional y el trabajo doméstico, las reuniones a partir de las cinco de la tarde, con esa nevera vacía o el enorme cesto de ropa por planchar».

Las mujeres que trabajan con hijos pequeños se sienten mal, porque se las identifica como madres que abandonan a los hijos; pero si deciden no trabajar quizás lo pasen peor porque, el trabajo de ama de casa está muy desvalorizado Alberdi (1999:168).

El patrón que han seguido las mujeres españolas en los años en el mercado de trabajo en los años 80 y 90 al igual que los países del Sur de Europa menos Portugal ha sido su abandono a partir de los 25 años, que coincide con el nacimiento del primer hijo. En Reino Unido y la República Federal Alemana, el empleo se retoma a los 40 años cuando ya los hijos son mayores, y en el modelo Danés, las mujeres no dejan de trabajar al tener hijos, es un modelo con una mayor homogeneización de

comportamientos masculinos y femeninos de actividad y con muchos más recursos de apoyo laboral a las mujeres (Comisión de las Comunidades Europeas, Cuadernos de las mujeres en Europa, El lugar que ocupa la mujer en el mercado laboral de la Comunidad Europea, Tendencias y evoluciones en los doce países de la CEE entre 1983 y 1990:7).

Para Martínez Quintana (2001) la escalada en la participación de las mujeres en las organizaciones significó una subida repleta de obstáculos, a gran velocidad y con un nivel alto de vértigo, que fue posible merced a la asunción, en muchos casos, de valores masculinos como defensa de un derecho a conquistar aquellos espacios laborales que habían sido preservados casi con exclusividad a los hombres. Este es el caso de los puestos de más alto rango, que se situaban en las ocupaciones de directivos y funcionarios públicos, empresarios y profesionales en general que las mujeres habían ido ocupando a un precio excesivamente alto, unas veces por gran esfuerzo físico y mental y otras, no menos numerosas por un sacrificio relacionado con su vida familiar.

De nuevo introducimos el concepto de Mabel Burín (1998) que llama transicionales a las mujeres que hacen enormes esfuerzos para añadir a sus cargas domésticas y de cuidado, que «requieren vinculación de tipo afectivo con las personas, la tarea, y la responsabilidad laboral que exige vinculación de predominio racional» las nuevas tareas profesionales, con las consecuentes tensiones y conflictos que conlleva, en parte por el cambio de posición subjetiva que para ellas supone ir de uno a otro tipo de vinculación. Son las que más sufren el factor de la doble jornada laboral que se expresa en los múltiples síntomas de malestares somáticos y psíquicos tendentes a los estados de cansancio psicofísico y depresivos.

Según Martínez Quintana (2001) a la vez que la mujer iba incorporándose en el mundo público, sobretudo laboral surgían problemas que hacían necesarias políticas de igualdad. Las políticas de igualdad que han ido surgiendo desde 1988, iban dando respuesta a las necesidades de estas mujeres; desde paliar las discriminación en el acceso al empleo, acceso a puestos de decisión, inserción de las mujeres afectas por procesos de marginación, favorecer la actividad empresarial, y conciliar la vida familiar: habrían de hacerse efectivas en las políticas empresariales que deberían impulsar políticas transversales para alcanzar la igualdad. Representan la plataforma inicial de introducción plena al mundo de la independencia y los derechos más básicos:

- Primer Plan de Igualdad (1988). El objetivo fue paliar la discriminación en el acceso al empleo y de hacer frente a los obstáculos pertenecientes a las relaciones laborales.
- Segundo Plan de Igualdad (1993-1995). Trata sobre la participación de las mujeres en el ámbito laboral, el acceso de las mujeres a puestos de decisión y finalmente, la inserción de colectivos de mujeres afectados por procesos de marginación.
- Tercer Plan de Igualdad (1997-2000) Quiere promover el pleno acceso a las mujeres a los derechos sociales y económicos, facilitarles la incorporación al mundo laboral, promover la actividad empresarial de las mujeres, impulsar cambios que favorezcan la incorporación, permanencia y promoción de las mujeres en el mercado laboral. Y finalmente la conciliación de la vida familiar y profesional.
- Cuarto Plan de Igualdad (2003- 2006) incluye actuaciones en materia de inserción laboral, conciliación de la vida laboral y personal, educación, medios de comunicación, cultura, ocio y deportes, derechos sociales, urbanismo, salud y bienestar, y violencia de género.

Los Planes afectan también a Ordenamiento Jurídico, Familia y Protección Social, Educación y Cultura, Empleo y Relaciones Laborales, Salud, Sociedad y Política.

Las políticas de conciliación serán imprescindibles para mejorar la salud de las mujeres, sobretudo en el grupo que presentan mayor diferencia de depresión por género, que es el de 25-45 años. La flexibilidad laboral, deberá incorporarse en las empresas para disminuir «el agobio» y la depresión en las mujeres.

Pero aunque las mujeres tengan la formación que tengan según M^a Ángeles Durán, les cuesta ir consiguiendo logros progresivos «la mayor parte de las mujeres hemos llegado apenas a conquistar el papel de profesionales –de buenas profesoras, incluso de investigadoras excelentes- pero no nos atrevemos a dar un paso más lejos y asumir el papel de evaluadoras e intérpretes de la obra intelectual y de los hechos sociales en que vivimos» (Durán, M.A., 1996:218) , parece que con esta reflexión quiere indicarnos que todavía tenemos que recorrer un largo camino.

Las mujeres de los países latinos como hemos visto en el proyecto SHARE financiado por la Unión Europea eran las que tenían mayor depresión de toda Europa. Las mujeres de todos los países puntuaron de manera más elevada con el sufrimiento afectivo -tristeza, culpa, impulso suicida o sentimientos de que la vida no merece la pena-, pero además en estos países latinos, las mujeres puntuaron más alto en la

ausencia de motivación -incapacidad de proyectarse en el futuro, desgana y falta de interés- (Luna, 2007).

Nos encontramos en una situación de cambio social intenso, donde han de convivir las antiguas estructuras sociales con las nuevas, situación que lleva a un «choque cultural» que hace aumentar la depresión sobretodo en la mujer.

En la actualidad, lo que se espera de la mujer no es sólo que sea madre y cuidadora. Según Durkheim el rápido cambio social puede llevar a la desviación social –anomia-. Schwartz desde la teoría Durkhemiana define «los trastornos depresivos como formas de responder al estrés que reflejan las expectativas sociales para cada género» (Mas y Tesoro, 1993). La mujer que tiene más depresión es la que no realiza un trabajo remunerado y el hombre que tiene más depresión es el hombre que trabaja, aunque siempre no es así.

Para Martínez Quintana (2001) la nueva imagen de la mujer que trabaja representa el nuevo modelo valorizado que se yergue de manera imperante a finales del siglo XX, y que contrasta con la imagen de madre que constituyó el prototipo femenino del siglo XIX. En contraposición, surgen situaciones nuevas que no sólo hacen referencia a los obstáculos que proyectan las organizaciones y los impedimentos que las empresas ponen para contratar a este colectivo, sino también aparecen los sentimientos que experimentan las propias mujeres; «en la sociedad contemporánea, el trabajo introduce una situación conflictiva que engendra un *sentimiento de culpabilidad* en la mujer atrapada en sus diversos roles». Este nuevo modelo que entra en contradicción con el «antiguo» para el que fueron formadas y educadas, en muchas de las mujeres del estudio es lo que las hace sentirse mal.

En las mujeres más jóvenes que son madres y trabajan, se impone el deber de ser madre porque es lo que socialmente se espera de las mujeres. Las mujeres desean ser madres pero se debaten entre serlo de una manera tradicional o innovar prácticas maternas de acuerdo con sus propias expectativas. Esta situación plantea conflictos que generan culpa, desencanto. Este conflicto es posible porque existe cierta conciencia de la situación, no son las mujeres resignadas que solían ser sus madres y abuelas en un contexto social tradicional. Son mujeres conscientes, no resignadas, el discurso de la modernidad abrió nuevas perspectivas de renovación social. La figura de la madre es ambivalente, hipervalorada como ideal, devaluada como función social (Palomar, 2004:12-34).

Según J.F. Tezanos (2004) las mujeres ya no «*están disponibles*» como hace varias décadas para ocuparse de las personas mayores, de los jóvenes, de los necesitados, y al mismo tiempo, la mayoría de la población ha interiorizado la

convicción de que el Estado tiene contraídas obligaciones firmes, que no puede «endosar» o traspasar a las familias, cuando atraviesa un mal momento financiero. Pero ¿quién realizará la función de cuidar si las mujeres están realizando un trabajo remunerado? Pues a la vista está, lo siguen realizando mujeres, muchas de ellas inmigrantes que realizan largas jornadas laborales, otras mujeres contratadas por Servicios Sociales, contratadas privadamente por horas, y cuando llega la mujer después de una jornada laboral agotadora, ella sigue siendo responsable. Muchas de ellas realizan la doble jornada de manera tan natural porque como el marido o compañero también trabaja y seguramente algunas horas más que ellas, no le pueden traspasar algunas de las obligaciones familiares. Otras no socializadas en una cultura tan conservadora realizan grandes esfuerzos pero sí piden ayuda a su compañero.

Para disminuir la depresión, la mujer debe hacer posible compaginar los dos ámbitos: familia y trabajo. Un buen ejemplo es Suecia, país de la Unión Europea con la tasa más alta de empleo femenino 70% y de fertilidad 2,1% (Instituto de la Mujer, 2003, Situación laboral de la mujer en España). El Gobierno ha puesto las estructuras imprescindibles a disposición de la familia para que las mujeres puedan compaginar ambas funciones. En 2006, en España, las mujeres con una tasa de ocupación del 41,9% y los hombres con un 64% tienen múltiples necesidades, y experimentan las máximas diferencias de depresión entre sexos para el grupo de 25-45 años.

Las reformas organizacionales son importantes –conciliación laboral, flexibilización laboral...- pero deben ir acompañadas de políticas de Igualdad, sino no disminuiríamos la depresión en las mujeres.

No obstante, algún cambio se atisba en estos últimos años por parte del hombre que empieza a darse cuenta de que han de colaborar en el cuidado de nuestros mayores si lo hacen también de los hijos. Deben aumentar las políticas de conciliación de la vida laboral con la profesional para el cuidado de los hijos y familiares enfermos no sólo para la mujer sino también para el hombre. El perfil masculino va cambiando y podemos decir que se va feminizando un poco, cosa que ya nos parece bien en una cultura donde los valores individualistas y masculinos siguen primando. Incluso las mujeres valoran en el hombre aquellas cualidades más femeninas que antes eran despreciadas. En el ámbito familiar, los hombres ayudan en el cuidado de los hijos, consiguen licencias paternales, apoyan en el mantenimiento del hogar, y lo que se ha podido comprobar en algunos casos es que son ellos los que reducen sus jornadas laborales, sobretudo aquellos que tienen un

beneficio familiar mayor quedándose en casa, pues son sus mujeres las que tienen una remuneración mayor.

Según Cecilia Castaño (1996:93) una vez superado el pánico, a muchos hombres les invade el desconcierto al verse obligados a compartir las tareas domésticas después de su horario laboral, o incluso por no saber cómo tratar a aquellas mujeres que toman asiento de igual a igual en los lugares de trabajo o en los puestos de dirección en las empresas.

Al igual que se ha de educar al hombre para aquellos trabajos que eran fundamentalmente de mujeres, también las mujeres han de formarse para enfrentarse al mundo exterior -participación política y ciudadana-. Deben eliminarse la subordinación cultural o institucional y las dependencias económicas, laborales, jurídicas, políticas, etc. -neopatriarcalismo jerárquico-autoritario-.

La tendencia nos lleva a una disminución de las desigualdades entre géneros. Éstas se reflejan en nuevas actitudes, formas de ver la vida. El hombre adopta un aspecto «no tan masculino», sobretodo en los más jóvenes.

Los hombres de las nuevas generaciones asumen sus «obligaciones parentales», con sus hijos, pero todavía no es suficiente. Estas formas de igualdad están llevando a que la mujer «adopte» patrones de conducta masculina que le lleva a un aumento de patologías que hasta hace poco eran en exclusividad de los hombres; infartos, alcoholismo, adicciones, acortamiento del suicidio entre los sexos (Ribes, 1996 en Montero et al, 2004), así como el aumento del consumo de drogas en mujeres (Ibídem: 403). Algunos autores sostienen el aumento de depresión en los hombres en los últimos años (Ibídem: 417).

Parece que nos encaminamos hacia una sociedad unisexuada, donde las diferencias entre los sexos tienden a difuminarse. Las dificultades para la mujer son importantes pero también lo serán para el hombre que muchas veces no «sabe» que papel adoptar, y si éste es el que le demanda la sociedad. Parece que este «nuevo rol» en el momento actual de grandes cambios no será único sino que serán «varios» dependiendo del contexto social con el que interactúe.

6. La enfermedad mental en nuestra sociedad está estereotipada porque no es el prototipo de éxito que ésta demanda, por lo que aparecen otras formas de manifestar “el malestar” que son los problemas físicos o enfermedades, que están más aceptados socialmente.

No sólo está aumentando la ansiedad y la depresión, sino múltiples Síndromes – fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable- que no han encontrado causa orgánica y

que aumentan en la población. Éstos agrupan diferentes síntomas como dolor, cefalea, debilidad, fatiga, insomnio, desatención, enlentecimiento, pérdida de peso, respiración superficial, mareo, diarrea, dolor abdominal.

Los rápidos cambios sociales también afectarán a los hombres, pero mucho más a las mujeres por la gran capacidad de adaptación que van a requerir de una manera más inmediata.

Además, la depresión, provoca una alteración del equilibrio funcional del organismo, apareciendo múltiples patologías que denominaremos comorbilidad. Existen numerosas patologías identificadas por los pacientes después de haber sufrido depresión. En el estudio cualitativo y cuantitativo, un 74% de los que padecen depresión sufren comorbilidad, es decir, otras patologías asociadas.

Así pues, en el caso de la comorbilidad, hay un aumento de enfermedades en pacientes depresivos como pueden ser -enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, artritis, diabetes tipo II, ciertos cánceres, problemas periodontales y enfermedades agudas como infecciones-.

La depresión estimula la producción de unas sustancias que producen inflamación -citoquinas- que tienen gran influencia en el proceso de enfermar y envejecer. Además la depresión puede debilitar el sistema inmunológico y como consecuencia provocar un proceso prolongado de infecciones y retardo de las curaciones.

En el análisis cualitativo, los pacientes depresivos la mayoría de las veces definen el proceso de enfermedad. Al reconstruir la historia o proceso de enfermedad se ha podido observar la enfermedad registrada en la historia clínica de los pacientes -entrevistas cualitativas- y en el cuestionario administrado telefónicamente. Pero los datos registrados de manera exhaustiva, son fruto de las entrevistas cualitativas.

Las personas con depresión, relatan la gran cantidad de infecciones -respiratorias, vaginales, gastrointestinales, bucales, urinarias, alergias a antibióticos, faringitis, conjuntivitis, cefalea, hipoglucemias, bulimia, micosis, tos- sufridas después de una depresión, sobretodo después de un proceso continuado de violencia familiar o violencia laboral. También describen las enfermedades crónicas sufridas después de un proceso angustioso que desembocó en depresión -diabetes, dolor crónico musculoesquelético, hipertensión, dislipemia, tumor, alzheimer-.

Después de enfermedades graves, también puede aparecer depresión, como consecuencia.

Puede aparecer también la depresión Enmascarada o Síndromes Somáticos Sin Causa Orgánica.

Existen numerosas «enfermedades» que no encuentran causa médica posible y que representan un 25% de las consultas de Atención Primaria. Serían diferentes manifestaciones somáticas, que también se han llamado «depresión sin depresión» o «depresión enmascarada» para López Ibor (1972:120-245). Entre las más frecuentes están: dolor, parestesias, cefalea, vértigos, agorafobia, trastornos gastrointestinales, cefaleas, anorexia nerviosa, histeria. Los factores para el enfoque médico son desconocidos y las hipótesis no demostradas, se apunta a factores causales psicológicos como respuesta al estrés. Estilos de vida, aprendizajes y creencias y características como personalidad histriónica en mujeres, antisocial en hombres o dependiente en ambos, se consideran predisponentes. Los pacientes se niegan a atribuir sus síntomas a causas psicológicas. Algunos de estos síntomas se mezclan en algunos síndromes como fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable.... Estas enfermedades han sido estudiadas desde el punto de vista feminista dándole otra interpretación que la puramente biológica y centrándose en cómo el malestar experimentado en la mente se traducía en el cuerpo.

Al utilizar el enfoque de género para analizar la depresión se ha hecho evidente que las mujeres expresan parte de su malestar -de rol, feminidad tradicional...- a través de su cuerpo mediante una serie de síntomas inespecíficos -colitis ulcerosa, fibromialgia, fatiga crónica...-, estos síntomas corresponden con manifestaciones de conflictos internos que viven en relación al género -baja autoestima, sumisión, violencia de género-. Según Beauvoir (1995) las mujeres son seres inferiores físicamente, socialmente y psíquicamente. Les es difícil desarrollar sentimientos de competencia y autoestima asociados con una salud mental positiva.

Según Burín et al (1990) las categorías feministas hablan sistemáticamente de quejas y malestar: «quejas somáticas, malestar psicológico, síntomas del malestar», en el sentido psicoanalítico del malestar en la cultura. Se define el malestar de las mujeres como «una sensación subjetiva de padecimiento psíquico que no se encuentra dentro de los criterios clásicos de enfermedad, sino que se corresponde con conflictos psicosociales» «*Es el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras* y que aparece en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable». Además, especialmente en el feminismo-ecosocial, se definen como «síntomas médicamente no explicados, síntomas sin enfermedad o síntomas de enfermedad no diagnosticada».

Según Sara Velasco et al (2006:317-333) los médicos sienten frustración y desconcierto desembocando en el rechazo de los pacientes. Se encuadra como un equivalente de la «histeria» del siglo XIX, en la medida que lo consideran un producto del «malestar de la cultura». El modelo de atención biomédico se restringe a un hipotético funcionamiento fisiopatológico que, no por desconocido e improbadado, deja de tomarse como causa. Se aplican los tratamientos farmacológicos disponibles - psicofármacos y analgésicos-, aún con evidencias reconocidas de escasa eficacia y bajo la convicción de que los trastornos por somatización en realidad no tienen cura, al menos biológica. Hay tensión entre lo que el médico espera del paciente, al que encuentra inadecuado, frustrante y difícil, y lo que el paciente espera de la medicina, que no alivia su sufrimiento. El encuentro en esta tensión está marcado por una cierta lucha de poder y rechazo mutuo.

7. La capacidad y la formación de las mujeres todavía no es reconocida en ciertos ámbitos. Para conseguir la «verdadera igualdad» deberá acompañarse de medidas políticas y jurídicas. Con estas medidas se disminuirá también la ansiedad y depresión.

España se encuentra dentro de estos países donde la mujer encuentra más dificultades a la hora de proyectarse como persona. Si ya llevamos desventaja histórica sobre otros países, ésta es superior para la mujer que en nuestra sociedad ha tenido enormes dificultades por las circunstancias políticas, sociales y culturales en que le ha tocado vivir.

Para Raquel Osborne (2005:163-180) «las mujeres necesitan sobrecualificarse e incluso así muchas veces no se les es tenido en cuenta»; es como si su «capital humano» fuera también invisible, tanto para las organizaciones como para la sociedad. «Persiste una diferencia de estatus simbólica entre los sexos, por lo cual los varones gozan de un excedente de valoración por el mero hecho de serlo, mientras que las mujeres además de sobrecualificarse, necesitan demostrar, de una parte, que son más que lo que se espera de ellas y, de otra, que no son eso que al mismo tiempo se espera de ellas». Ellas, han de mostrar excelencia, es una necesidad; el superlogro, la necesidad del sobrerrendimiento, mientras que es posible, para un hombre mediocre alcanzar comparativamente un éxito mayor. Este sobreesfuerzo y poco reconocimiento es fuente de estrés y fuente de depresión para las mujeres.

La feminización de la población activa y asalariada es uno de los acontecimientos sociales más importantes de este final de siglo. Pese a ello, las mujeres no han conquistado la igualdad profesional. Las características de la actividad laboral para las mujeres en Europa son la discriminación y la segregación: no se ha llegado a una verdadera distribución mixta de los empleos, tampoco se han alterado las desigualdades profesionales de todo tipo. También se encuentran más en paro que los hombres y tienen mayor precariedad laboral (Comisión de las Comunidades Europeas, 1992, *El lugar que ocupa la mujer en el mercado laboral de la Comunidad Europea, Tendencias y evoluciones en los doce países de la CEE entre 1983 y 1990*, Cuadernos de las mujeres en Europa).

Desde el punto de vista de la «segregación vertical», es decir, de las dificultades que encuentran las mujeres para ocupar puestos de responsabilidad en la jerarquía profesional, se observa una fuerte presencia de los procesos no igualitarios. Pese al aumento de formación e instrucción de las mujeres, éstas siguen encontrando las mismas dificultades para «subir» en la jerarquía. En muchos casos, las mujeres tienen una cualificación superior a la que corresponde al puesto que ocupan (Ibídem: 20).

8. El aumento de patologías leves -depresiones moderadas o leves- así como la cronicidad a la que tiende la depresión requiere un nuevo abordaje de la Salud Mental basado en terapias más psicosociales. Pero no se ha de abandonar aquellos enfermos de Salud Mental con patologías más graves que requerirán de una Psiquiatría bien organizada y dotada de recursos para su asistencia integral.

Vivimos en una época en la que se está produciendo un fenómeno ampliado de «medicalización de la vida». La religión, las tradiciones y los rituales han perdido parte de su papel ansiolítico, por lo que cuando un trabajador no soporta más sus condiciones laborales, no acude al sindicato ni intenta resolverlos por otros medios, sino que va al médico. Cuando las cosas se presentan mal, no es necesario darle más vueltas, se recurre a «las píldoras de la felicidad». Los protagonistas de la medicalización son muchos: los profesionales sanitarios, los medios de comunicación, la gestión política de la sanidad, los consumidores de los servicios sanitarios –la población en general-, la industria farmacéutica (Talarn, 2007:168).

No podemos frenar estos cambios sociales, lo que sí podemos es cambiar la manera de abordar estas depresiones leves o moderadas que son efectos de la sociedad en la que nos hallamos inmersos.

El problema de la depresión es que un 50% de los pacientes que se recuperan de un episodio inicial de depresión, padece al menos otro posterior. La depresión se ha convertido en un problema crónico de salud, por tanto el objetivo del tratamiento que en los años 60-70 del siglo XX era tratar la fase aguda, ahora sería realizar un mantenimiento. Los antidepresivos son superiores al placebo en las depresiones más graves, pero no se han demostrado las diferencias en la depresión leve.

Es importante la detección precoz de la depresión sobretodo en la adolescencia para evitar otras patologías relacionadas con ella o que evolucionen hacia formas más graves. La anorexia y la bulimia, al igual que el consumo de drogas están relacionadas con la depresión. Chicos-chicas del estudio nos comentan «su malestar», al igual que algunos de los entrevistados confiesan su adicción a las drogas. La depresión en personas jóvenes generalmente ocurre con otros trastornos mentales como ansiedad, comportamiento contraproducente, o abuso de sustancias tóxicas.

Los trastornos depresivos conllevan un mayor riesgo de tener enfermedades y tener dificultades interpersonales, psicosociales que pueden persistir mucho después de que se haya resuelto el episodio depresivo; existe un mayor abuso de sustancias adictivas y comportamiento suicida (National Institute of Mental Health, 2005, Los hombres y la depresión). A veces estos trastornos no son reconocidos por la familia y pasan desapercibidos. Como consecuencias del consumo de drogas, se puede desarrollar también una enfermedad mental importante como puede ser una depresión grave o una esquizofrenia; problemas que consultan en los Centros de Salud Mental cada día con más frecuencia.

Este contexto exige de una atención de la salud mental que desborda los límites del modelo positivista biomédico, amurallado en la medicina hospitalaria de «agudos», y el despliegue redes de atención comunitaria, de psiquiatría pública, más allá del acto clínico individual.

En cuanto a la medicina M.Focault (1973) observa dos tendencias en la práctica médica, lo que llama «medicina de la especie» y la «medicina de los espacios sociales» (Cockerman, 2001:177-202). La primera se refiere al énfasis puesto por la medicina occidental en la clasificación, diagnóstico, tratamiento de las enfermedades, donde el cuerpo humano se convierte en objeto de estudio y de investigación. La segunda no trata tanto de curar la enfermedad sino de la prevención de las mismas. Esto supone más participación gubernamental en la regulación de la vida diaria. Serán importantes las políticas de prevención para evitar la enfermedad.

Sería necesario incorporar un modelo capaz de hacer frente a los desafíos que nos muestra la epidemiología; las patologías mentales están aumentando tanto en los países de bajos ingresos como en el llamado primer mundo, superando en incidencia al cáncer, y situándose entre las diez primeras causas de enfermedad e incapacidad, debido, por una parte, a la proporción cada vez mayor de personas que se hallan expuestas a situaciones psicosociales adversas, con aumento de la vulnerabilidad para la enfermedad: el paro prolongado, formas de vida aislada tras el debilitamiento de los lazos familiares y sociales; conflictos armados, con la consiguiente movilidad social y geográfica, situaciones de exclusión social. También existe un incremento de modelos de conducta lesivos para la salud -especialmente el abuso de drogas, el alcohol, el suicidio, la violencia, la conducción peligrosa de vehículos y las pautas arriesgadas de comportamiento sexual- siendo la depresión la causa de algunos de éstos.

El futuro de la psiquiatría no depende sólo de una apuesta técnica, de la necesaria construcción de una teoría psicopatológica capaz de comprender la enfermedad mental en sus determinaciones múltiples: histórica, social, biológica, psicológica. El futuro de la psiquiatría depende de la apuesta de la sociedad mundial por un mundo mejor, por un desarrollo socioeconómico compatible con una política social más equitativa, donde sea posible la hoy utópica definición de salud de la OMS.

Los cambios socioeconómicos que se han producido en los últimos años en los que se han desarrollado unas políticas neoliberales que fomentan la competencia, el individualismo, la sociedad de consumo y la pérdida del lazo social también han contribuido a perjudicar la salud mental. La salud se ha convertido en un producto más dentro del mercado y con una demanda que desborda los límites de la sanidad.

En este contexto el individuo tiende a medicalizar y psiquiatrizar sus problemas y el cambio en el lenguaje actual pone de relieve este problema catalogándose hoy día como «depresión» cualquier cambio anímico por acontecimientos comunes de la vida o cualquier reacción de estrés. Con la prescripción poco discriminada de antidepresivos contribuimos a la atribución de un rol de enfermo al individuo que le desresponsabiliza del manejo de sus problemas y anula la posibilidad de enfrentarse a ellos como modo de desarrollar habilidades adaptativas. Es importante cambiar este patrón de consumo de medicamentos concienciando tanto a los médicos como a los usuarios de la importancia de un «uso racional de los medicamentos» y la instauración de otras terapias psicosociales.

9. La Fibromialgia

La fibromialgia es una enfermedad desconocida y mal entendida por la sociedad y los médicos. Las pacientes que la sufren tienen múltiples síntomas, van a múltiples médicos que les piden numerosos estudios muy elaborados y nunca se llega a un diagnóstico concluyente. Para Martínez M (2005) *«no se puede entender la fibromialgia, que es una enfermedad médica compleja, con el modelo médico vigente que ve al cuerpo humano como una máquina y a la enfermedad como un desengranaje de esta máquina. Se debe entender como una alteración en el funcionamiento de adaptación interna y al medio ambiente para adaptarse a un entorno que hemos convertido en hostil»*. Esta afirmación integra un concepto global de salud mental donde cada elemento -bio, psico, social- interactúa. Para este autor las alteraciones del sistema nervioso autónomo ofrecen una explicación coherente para todas las manifestaciones de la fibromialgia. El dolor se debe a que los nervios encargados de transmitirlo están irritados porque existe demasiada adrenalina en el cuerpo.

Estas mujeres presentan un elevado nivel de ansiedad, depresión, pérdida de memoria, dolor muscular, en niveles superiores que aquellas mujeres que sólo padecen depresión.

Las mujeres con fibromialgia están atrapadas en el rol de enfermas «sick role» de Parsons, al instalarse en este rol obtienen lo que denomina una «ganancia secundaria» de la enfermedad, pues al adoptar este rol pueden apartarse de las obligaciones normales y adquirir otros privilegios que son concedidos a los enfermos (Cockerman, 2001:180). El «sick role» evoca una serie de expectativas y puede proporcionar un «status» sustitutorio a aquellas personas que carecen de otros tipos de status socialmente aprobados. En cierta manera, el rol de enfermo estigmatizaría menos que ser considerado un fracasado.

Otras mujeres con fibromialgia intentan controlar el dolor y llevar una vida lo más normal posible. Pero tanto a unas como las otras «la sociedad las estigmatiza», las trata como «locas» y «simuladoras», no se comprende su enfermedad y se cree que los síntomas que presentan son inventados para obtener una ganancia -una pensión o invalidez la mayoría de las veces-. Después de realizar las entrevistas lo que sí podemos decir es que estas mujeres sienten realmente dolor, que no lo simulan, aunque hemos visto que el dolor está relacionado con numerosos procesos psicosociales y no necesariamente tiene que ser inventado.

El dolor es un síntoma desagradable. El dolor como síntoma es el resultado de un proceso «elaborado y complejo» propio de cada persona, variable en el tiempo y que puede aumentar o disminuir por diferentes motivos como serían: el estado de ánimo, actividad física, experiencias anteriores...tales circunstancias hacen que el dolor crónico tenga difícil tratamiento. El dolor crónico es el resultado de una compleja y dinámica interacción de sensaciones, cogniciones, conductas y emociones (Català y Aliaga, 2003).

Se ha demostrado que el dolor crónico, está íntimamente ligado con las experiencias emocionales, varía de una cultura a otra (Ibídem: 190). Según el estudio de de Zborowski entre la percepción del dolor en judíos, italianos y norteamericanos-, en los dos primeros las madres sobreprotegían a los hijos mientras que los padres norteamericanos consideraban el dolor de los chicos como normal golpearse en los deportes y luego seguir luchando. Se les enseñaba a no llorar y a «aguantar el dolor como un hombre». Cada vez son más importantes los estudios que consideran al *dolor como una construcción social*, y cada vez se abren más las puertas de la investigación y del estudio del dolor a ciencias como la antropología o la sociología. Múltiples estudios han mostrado la influencia del entorno cultural en la percepción y en las respuestas de los sujetos en el dolor crónico (Monsalve et al, 2005:55-66). El conocer técnicas y adquirir conocimientos para controlar el dolor será fundamental.

Asunción González de Chávez afirma que «la fibromialgia está relacionada con conflictos psíquicos actuales y de su historia particular, así como las condiciones en que viven y trabajan; variables psicosociales y culturales como experiencias de la infancia y relación/apoyo de la pareja, familia y modelos culturales actuales entorno al cuerpo femenino» (Charles, 2008).

Pero lo más importante es que la sociedad y los médicos comprendan la enfermedad, que no crean «que es simulada, inventada» sino que son mujeres que han sufrido numerosas dificultades debido al rol que se les ha encomendado y que los síntomas son expresión del «malestar general» que han tenido. Además esta situación les ha producido diferentes alteraciones en la mente -cerebral- y en el cuerpo que les ha hecho enfermar, junto con alteraciones en diferentes sistemas corporales -músculos, tendones, fibras-. Quizás quieran alcanzar una «ganancia secundaria» con el rol de enfermo como cree Parsons, pero sería *un mecanismo de defensa* para evadirse de todas aquellas situaciones que ya no pueden mantener

porque el sufrimiento que les repercute es importante -sobrecarga, violencia, poco apoyo social, estrés...-. Este rol de enferma puede ser que sea el único que les quede para afirmarse como personas -que se les tenga en cuenta, que se les satisfagan sus necesidades- pues no han tenido otros mecanismos o no se les ha enseñado otras vías. Como empezábamos la introducción, cada época crea sus enfermedades. En el siglo XXI, la fibromialgia, junto con alguna otra enfermedad, podría ser el equivalente de la histeria del siglo XIX.

Para las mujeres con fibromialgia sería muy importante que los médicos y la sociedad consideraran como real su sufrimiento, de esta manera mejoraría la relación terapéutica médico-paciente así como la integración en la sociedad.

Un equipo «multidisciplinar» será imprescindible para mejorar el sufrimiento de estas pacientes ya que los síntomas físicos son sólo una parte de la enfermedad, y el dolor, síntoma principal se encuentra íntimamente ligado con la ansiedad y depresión. La «ayuda» para la inserción laboral y social de estos pacientes será fundamental para mantener su autoestima. Debería gestarse «un proceso de ayuda» que tuviera una continuidad del hospital a la comunidad, guiada tanto por profesionales sanitarios como sociales que les ayudaran a la plena integración social. Participar en la sociedad será fundamental para su integración, pero una vez se hayan desmitificado todos los conceptos «de inutilidad» que tienen «en su mente» y se hayan podido aliviar los síntomas dolorosos.

Probable explicación de la fibromialgia

Las condiciones de vida experimentadas por las mujeres han hecho que las mujeres sean poco reconocidas, ignoradas, maltratadas. Las mujeres han padecido «este malestar» fruto de su educación, y de las estructuras sociales que lo han mantenido históricamente.

Las emociones que perciben no las pueden expresar y esto hace que se manifieste en la mente y en el cuerpo. Han sido mujeres educadas en “la obediencia” “el respeto” a aquellas instituciones tradicionales como “la familia” o “el estado” representado por sus consejeros oficiales; como la institución médica o la educacional. Han reprimido o callado muchos de sus deseos, por temor a que no les quieran o a que los demás se enfaden. Han aprendido a no llevar a cabo la acción, a velar siempre por los otros olvidando sus deseos porque eran poco importantes. Han sido “perfeccionistas” en todo lo que hacían, ideal de la mujer.

Todos estos condicionantes han hecho a la mujer incapaz de dirigir su vida y por lo tanto ha generado múltiples insatisfacciones. La han llevado a una “inadaptación” a la vida.

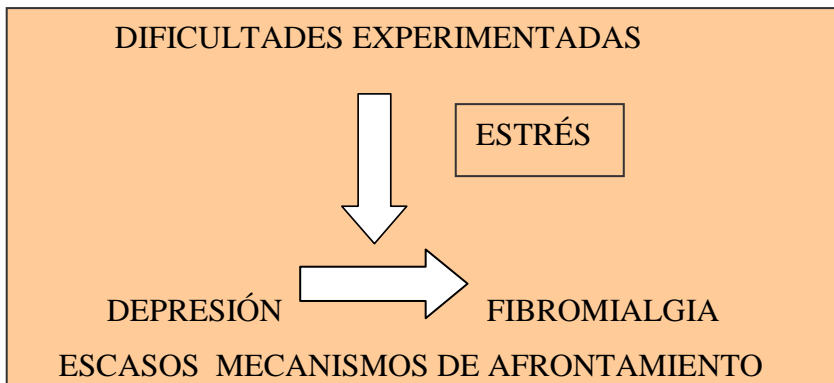
Han llevado a cabo en sus vidas un ritmo frenético de actividad que no han sabido ni siquiera identificar. Al ofrecerlo todo por los de su alrededor inmediato, no se les ha tenido en cuenta, ya que lo que se ofrece siempre de buena gana no es reconocido ni recompensado por los demás. Este ritmo acelerado les ha producido estrés que no han manifestado y han contenido produciendo malestar psicológico y físico.

Este malestar percibido por las mujeres ha condicionado su salud, muchas de ellas han caído en depresión y algunas de ellas en fibromialgia. Han sido mujeres que han sufrido numerosas dificultades debido al rol femenino que les ha tocado vivir y con pocos mecanismos de ajuste o válvulas de escape.

Todos estos cúmulos de circunstancias relativas a su «feminidad» o «estereotipos de género» impuestos o culturalmente aceptados, han producido desajustes en el sistema hormonal, sistema nervioso autónomo produciendo la enfermedad.

Se observa una diferente intensidad de los niveles de depresión en los diagnosticados de depresión y fibromialgia. En las diagnosticados de fibromialgia, la ansiedad y depresión es mucho mayor, al igual que las dificultades que estas mujeres han experimentado en su vida y los pocos mecanismos de afrontamiento que han tenido debido al «rol de género» experimentado. No se descarta que pueda existir una cierta predisposición genética al igual que en la depresión, ya que hay mujeres que han tenido muchas dificultades y no han experimentado depresión ni fibromialgia, pero parece que estas mujeres entrevistadas han experimentado factores psicosociales de alta intensidad, que han podido actuar como desencadenantes de su malestar.

Cuadro 8.2.1. Causa de depresión y fibromialgia



10.- *Los cambios en la vida de las mujeres son una parte de los numerosos cambios sociales que deberá afrontar nuestra sociedad transicional.*

La depresión que aparece en nuestro estudio poblacional o comunitario es elevada, sobretodo para las mujeres; la mayoría de depresiones que aparecen son leves y moderadas, propias de las dificultades psicosociales. La depresión, es *la exteriorización del malestar social que de manera evidente aparece en nuestra sociedad actual*. En un porcentaje elevado es fruto de la violencia que se ha instalado en todos los ámbitos de la sociedad: familia, trabajo, vida diaria...

Los complejos fenómenos que presenciamos -violencia, de género en colegios, trabajo, familia, a los que añadiríamos; elevado consumo de drogas en jóvenes, aumento de suicidio, elevadas tasas de depresión...- constituyen indicios muy expresivos del malestar social y cultural latente que se está gestando en sociedades en transición que no han encontrado todavía aún nuevas estructuras de religación e inserción social que resulten motivadoras y creíbles. Aparece un sector creciente de «*excluidos*», caracterizados cada vez por rasgos más homogéneos: *grupos de edad* - los más jóvenes y los más viejos-, *emigrantes*, *personas con menor nivel de estudios y cualificación* (Tezanos, 2004:344-345) y dentro de cada uno de ellos *las mujeres*. Intentamos establecer una secuencia de depresión en la mujer a la que se llega después de que aquellos acontecimientos que las personas no controlan se conviertan en estrés.

Nos encontramos, en una encrucijada sociológica de cambios económicos, culturales tan intensos que es fundamental que la transición se desarrolle sin traumas ni costes sociales. Por ello hay que evitar la cristalización de una estructura dual

caracterizada por la existencia de una precarización laboral o un desempleo de larga duración para amplios sectores marginados y excluidos, y el enclaustramiento de una mayoría social y política insatisfecha e insolidaria, por otro (Ibídem: 346).

En el análisis multivariante del estudio cuantitativo, observamos que los que están expuestos a diferentes formas de violencia, los que se encuentran sobrecargados-as ya que deben realizar múltiples tareas con poco apoyo social, los que sufren estrés y ansiedad tienen mayor posibilidad de sufrir depresión. Estos factores son definatorios de la sociedad actual con gran desarrollo científico-tecnológico, y con pocas capacidades humanas y de reflexión, donde el individualismo, la velocidad y el deseo de consumo se están convirtiendo en sus características principales. Todo este malestar que se produce no sólo afecta a la mente sino también al cuerpo como hemos visto al analizar las enfermedades que se producen después de sufrir depresión y en la fibromialgia.

Asistimos a una mayor libertad para las mujeres debido al proceso de individuación, que irá penetrando como valor social en alza, con los efectos de todo tipo que del mismo se derivarán. La familia parece que perderá la relevancia como institución social. Caminamos hacia un modelo de sociedad donde el multiformismo convivirá con la competitividad, en un entorno marcado por la tríada individualización, libertad, soledad. No es extraño que la depresión sea elevada en este entorno transicional, de quiebra de valores y reposición de otros nuevos, que si bien son positivos, también traen consigo el debilitamiento de las relaciones sociales, por lo que aumentarán los sentimientos de soledad y aislamiento. Estas nuevas pautas sociales; simetría, igualdad, individuación, sino se asimilan e interpretan adecuadamente, traerán consigo a situaciones de mayor riesgo social (Sánchez Morales, 2002: 325-355).

Para Durkheim, el proceso de cambio hacia la sociedad industrial tuvo como consecuencia el «debilitamiento de la moralidad colectiva y una regulación externa del individuo insuficiente para contener sus pasiones» (Ritzer, 1996:216), pero estos cambios han ido produciéndose de una forma acelerada en la sociedad actual con las numerosas modificaciones que conlleva.

Uno de los valores que ha cambiado es la felicidad por la estabilidad a la hora de contraer matrimonio o buscar pareja. Ello es posible por los cambios que se han producido en la moral y en las mentalidades dominantes en nuestras sociedades. Pero el aumento de libertad produce también angustias e incertidumbres. Éste es el

reto con que se encuentran actualmente las nuevas generaciones de mujeres, que se ven obligadas, a responsabilizarse de sus elecciones, de sus fracasos, de sus aciertos (Alberdi en Castaño, 1996:170-175).

Para Osborne (2003) no sólo están en crisis los roles asignados tradicionalmente, sino la propia sexualidad, lo que provoca un modelo de sexualidad plural, procesual y cambiante, características intrínsecas de todos los hechos sociales. Por eso puede afirmarse que la sexualidad es un producto social e histórico. La triada padre-madre-hijo se corresponde con el orden social del capitalismo incluido el marco familiar en el que se acepta la sexualidad bajo ese sistema, tan constreñidor del deseo. El deseo se opone a la razón, y es el camino por el que se llega a la libertad. Por ello la familia tradicional se encuentra en crisis en la sociedad actual donde existe una mayor vindicación de lo que hoy se denominan derechos sexuales y reproductivos, libertad de elección respecto a la orientación sexual, surgiendo los movimientos de lesbianas simultáneamente a los movimientos gays.

Parece que nos encaminamos hacia una sociedad unisexuada sin diferencias tan marcadas para los roles masculinos y femeninos como hemos visto en las pautas de comportamiento adoptadas por los más jóvenes. Si esto ocurre es posible que en un futuro no muy lejano las diferencias de depresión entre hombres y mujeres desaparezcan también, pero antes asistiremos y estamos asistiendo a este profundo malestar social característico de las sociedades transicionales que se cobrarán numerosas víctimas, sobretudo mujeres.

Los cambios se suceden de una manera tan rápida que será difícil adaptarnos a ellos no solo para las mujeres sino también para los hombres.

Las dificultades económicas y de integración socio-laboral, será otro elemento transversal a tener en cuenta cuando se hable de Salud Mental y sobretudo de depresión. En las investigaciones realizadas hemos visto que afectan a *los seres humanos* en general sin diferencia de género. Los hombres también sufren depresión cuando viven «dificultades» en su vida como paro -sobretudo si son los únicos mantenedores de la familia-, violencia laboral, sobrecarga -cuando han de realizar tareas de cuidado en la casa y de familiares generalmente enfermos-, poco apoyo social, estrés...

8.3. LÍNEAS DE MEJORA

Mejorar las condiciones de vida de las mujeres y de los hombres será prioritario para prevenir y disminuir la depresión. Las causas identificadas en la tesis como

principales causantes de depresión y relacionadas significativamente con ella en el estudio comunitario son: la violencia sufrida por las mujeres y los hombres, la sobrecarga laboral, el estrés y la falta de apoyo social. La violencia de género y otros tipos de violencia que se extienden a lo largo de todas las estructuras siendo visible e invisible, la sobrecarga laboral que sufre principalmente la mujer; el estrés que afecta tanto el hombre como la mujer, y la falta de apoyo social. Algunas de estas causas ya se están trabajando desde los diferentes organismos e instituciones. La principal aportación que se realiza, se centra más en políticas a nivel de salud tanto en el sistema sanitario como a nivel social.

Estas causas, han afectado más a las mujeres por los roles de género a los que se han sometidos, pero en los resultados del trabajo cuantitativo en la depresión a nivel poblacional o comunitario, las diferencias entre los sexos desaparecen cuando se analizan conjuntamente, lo cual indica que las causas que hacen caer en depresión a los hombres y a las mujeres son las mismas, únicamente los porcentajes son diferentes porque los dos sexos han tenido una exposición diferente a ellas.

Parece ser que caminamos hacia una sociedad donde las diferencias tienden a desaparecer progresivamente, por lo que trabajar estas causas en la mujer, significa trabajar también en un futuro para el hombre y, de la misma manera, investigar sobre las causas que provocan depresión en el hombre servirán para identificar las que se producirán en la mujer en un futuro no muy lejano y que parecen ser las mismas.

En la investigación realizada se ha registrado la alta prevalencia de depresión para el grupo de edad de los más jóvenes -37% en hombres y un 50% en mujeres- la diferencia podría deberse a que en esta época ya existen diferencias que sitúan a la mujer en inferioridad de condiciones. Abordarlas a nivel escolar y político será importante para ir logrando progresivamente la igualdad. Impulsar estudios de depresión en este grupo de edad será necesario para prevenir enfermedades futuras y prevención del suicidio.

Políticas reales de igualdad serán necesarias para aumentar la promoción de la mujer en todos los niveles organizacionales de la sociedad. Las mujeres tienen dificultades para ocupar puestos de responsabilidad, opinión que es reflejada por un (72%) de miembros del Parlamento Europeo (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007: *Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la igualdad entre hombres y mujeres*). La ONU también critica el lento acceso de las mujeres a puestos de liderazgo.

1- Medidas para disminuir la Violencia de Género

Este tema ya está siendo abordado y parece ser que será uno de los que con más urgencia se desarrollará en la actual legislatura porque las víctimas que genera son importantes no sólo para la propia persona sino por el efecto que produce en su familia y comunidad y la afectación que puede llevar consigo para quienes son los miembros más jóvenes de la familia.

- En la Educación. Desde la educación primaria deberían realizarse campañas informativas y formativas para aumentar la autoestima de las mujeres, aumentar su asertividad -que sepan identificar sus necesidades y comunicarlas-. Es importante desactivar los estereotipos de género en los que hombre debe ser exitoso y debe restringir sus emociones (Carrasco, 2006) pues la mayoría tiende a esconderlas. La mujer debe desactivar aquellos sentimientos de inculpaación (González Duro,1999), pensamientos negativos asociados (Sempere et al, 1998: 49-50) y la indefensión adquirida donde la pasividad y la dependencia se ha adquirido de acuerdo con los valores y normas prevalentes (Burín et al, 1990).

- En el Trabajo donde cada día se encuentra más presente la violencia sería importante realizar *cursos de formación en valores, en resolución de conflictos, en habilidades sociales y de comunicación, vigilancia del clima laboral e implicación de todos los responsables así como sindicatos y personal de prevención de riesgos laborales*. Se debería mejorar en políticas de Igualdad, Promoción, Conciliación. Luchar contra el «acoso laboral» ya que el acoso es un indicador de poder patriarcal (Pernas en Osborne, 2001).

- En el Hogar. Medidas legales que ya se están desarrollando, de inserción laboral, ayuda a la vivienda y ayuda en la orientación laboral a las víctimas. Hay que tomar conciencia de que la violencia doméstica no es un problema de los hombres y de las mujeres, es una responsabilidad de todos; de los gobiernos, legisladores, profesionales, educadores, medios de comunicación...

- En los Medios de Comunicación, y en especial la televisión, ya que transmiten imágenes de enorme potencia a la hora de configurar estereotipos de género, y siguen contribuyendo a mantener una imagen de la mujer que la identifica con el mundo de lo privado y de la pasividad y con ser sólo un objeto sexual. Otro problema es la cantidad de violencia que transmiten los medios de comunicación (Alberdi y Rojas Marcos, 2005:54).

Deberían realizarse Campañas informativas sobre la violencia en el Trabajo y en el Hogar, dirigidas fundamentalmente a las mujeres pero también a los hombres que son víctimas de violencia laboral en el trabajo.

2- Medidas para disminuir la Sobrecarga Laboral

- Educación en temas de igualdad en la educación infantil; así como *campañas publicitarias* para fomentar el tema de la importancia de la igualdad para la salud mental de la mujer y *de los hombres; así como el reparto de las tareas domésticas. Educación en compartir* tanto las tareas masculinas como femeninas.

3- Medidas para disminuir el Estrés

- Medidas de flexibilidad y Conciliación Laboral; aumentando el teletrabajo, cambiar viejos tópicos inmersos en nuestra cultura laboral sobre cumplimiento estricto de horario y buscar la consecución de objetivos y/o otros parámetros evaluables que permitan la creatividad, la satisfacción tanto de la empresa como del trabajador y la búsqueda de la innovación. Hay inercias organizativas que requieren cambios culturales en las empresas y en su entorno social no fáciles de realizar. Para M^a Angeles Durán (2007:74) «las pequeñas ayudas disponibles actualmente para la conciliación no dejan de ser eso, ayudas o parches, válvulas de escape que permiten que el conflicto se mantenga dentro de los límites tolerables». Probablemente es un tema que los responsables de recursos humanos de las empresas tendrán que incorporar en sus agendas al menos que contraten trabajadores *blindados* frente a la vida familiar, una especie de robots libres de afectos profundos o de eunucos afectivos. El tiempo moderno exige de las empresas una reorganización y flexibilización.

- Importancia de formación en los mandos intermedios; se necesitan jefes que motiven, que sean buenos conformadores de equipos. Se debe hacer participar a los trabajadores en las decisiones de la empresa ya que es importante que el trabajador se sienta reconocido e implicado en el proceso -evitar la alienación- en los niveles que les correspondan, ofrecer apoyo social en el trabajo, invertir económicamente en prevención.

- Hay que instaurar la «verdadera igualdad» según Raquel Osborne (1989) en la empresa, ya que a las mujeres en toda su vida se les induce a «permanecer», es importante que puedan tener la opción de «transitar». A los hombres se les educa para que abandonen el ámbito en el que transcurre su infancia y progresen en el ámbito público (Poal, 1995:93-103). Esto lleva implícito fomentar habilidades como buscar, sopesar, elegir, decidir a lo que añadiríamos; las mujeres deberían poder: - cambiar, crear, indagar, solucionar, negociar, cuestionar, reintentar, reinventar, participar, construir...-, pero esto no está aceptado socialmente y las que lo hacen sufren duras críticas –sanciones o burlas- por parte de la estructura social.
- Garantizar la formación continuada adecuada a las demandas de la empresa pero también a las demandas de los trabajadores. Es importante hacer confluir los intereses de ambos para una mayor productividad y satisfacción a nivel personal y de empresa.
- Adecuar la formación a los puestos de trabajo para no crear estrés ni subestrés
- Instaurar medidas de promoción en la empresa.
- Evaluar los riesgos psicosociales en la empresa.

4- Aumentar el Apoyo Social que está directamente relacionado con la depresión.

Es importante buscar la integración social, como decía Durkheim, vincularse con las estructuras de la sociedad. Vincular al individuo con el proyecto colectivo, de esta manera, el bienestar se verá afectado de forma positiva. El apoyo social, mejora la salud de las mujeres: el papel positivo de los lazos sociales para promover la salud y prevenir la enfermedad se ha convertido en una dedicación creciente. Es importante:

- Fomentar el asociacionismo.
- Campañas informativas sobre la importancia del apoyo familiar en los pacientes con depresión a nivel institucional y/o televisivo.

5- Las políticas a nivel de Salud serán necesarias para que la población tome conciencia y pueda manejar la depresión.

Reconocer que la depresión es una enfermedad crónica es importante para establecer unos objetivos a largo plazo para mejorar el nivel de salud global. No importa que sea diagnosticada de depresión, fibromialgia, colon irritable, gastritis que muchas veces son procesos que aparecen juntos y/o representan múltiples peregrinaciones por diferentes médicos.

Es importante realizar un abordaje hacia la globalidad, cronicidad y en definitiva a mejorar el nivel de vida o la calidad de vida. Para ello hay que estar abiertos a múltiples técnicas terapéuticas individuales, grupales, que pueden partir tanto de políticas sanitarias como sociales. Las políticas deberán orientarse hacia toda la población pero sobretodo hacia las mujeres ya que son las principales representantes de los trastornos de ansiedad y depresión.

Hay que trabajar también para mejorar la depresión en los ancianos que son el grupo de edad en el que se da mayor depresión, en las mujeres y los hombres. Debería darse valor a este colectivo en nuestra sociedad, pues todo lo relacionado con la ancianidad se encuentra devaluado. Debería trabajarse para afrontar aquellas dificultades que provocan depresión a nuestros ancianos que son principalmente “la soledad” y “la pérdida de facultades relacionada con la edad” que lleva consigo la incapacidad de resolver las necesidades de la vida diaria.

5.1. *Realizar campañas informativas* para identificar y detectar la depresión a nivel institucional y/o en los medios televisivos será fundamental para considerar la depresión como una *enfermedad crónica* y seguir así las recomendaciones y pautas a seguir para su prevención y tratamiento. Campañas dirigidas a identificar los síntomas y evitar las complicaciones pues hemos comprobado que la depresión está infradiagnosticada tanto en hombres como mujeres, pero más en los hombres.

-Las expectativas culturales, pueden enmascarar algunos de los síntomas verdaderos de depresión y fuerzan a los hombres a expresar agresión y rabia en vez de síntomas depresivos. Al varón no le está permitido como signo de masculinidad sus vulnerabilidades, sus dolores, y el varón no es un consultador habitual de los servicios de salud y menos de los servicios de salud mental. Estos estereotipos deberían desactivarse desde la educación como se ha comentado en el apartado anterior.

- Muchas veces, la depresión se presenta de forma enmascarada -sobretodo cefaleas, trastornos digestivos, fibromialgia, lumbalgias...- que hace difícil reconocerla. Es importante la formación de los médicos y de toda la población en estos temas para que puedan anticiparse al diagnóstico de depresión reconociendo los “síntomas con los que se muestra” ya que a veces no se identifica ni por el médico ni por el paciente, ya que no aparecen como se define mayoritariamente. Otras veces

las conductas que aparecen son conductas antisociales como adicciones -drogas, delincuencia, alcohol- que son formas de apartar de la mente el sufrimiento que experimenta la persona (Torres, 2006).

- Mientras el consumo de drogas que implica una trasgresión predomina en los hombres y en los grupos más jóvenes, el consumo de ciertas drogas por parte de las mujeres es un hecho reciente, afectando a los grupos de edad más jóvenes, las cuales, como ocurre en el consumo del alcohol, tienden a equiparar sus patrones conductuales a los de los hombres adultos. El consumo más socializado, generalmente medicalizado corresponde a las mujeres de edad más avanzada (Montero et al, 2004). Será necesario crear líneas de investigación en la adolescencia en depresión, consumo de drogas, anorexia y bulimia ya que en el estudio de Paniagua H (2003:411-422) el 10,2% de adolescentes presenta trastornos de la conducta alimentaria y trastornos depresivos, estando asociados al sexo femenino. El 8,4% tiene signos de alerta de conductas violentas, mas frecuentemente en varones. La depresión en la adolescencia se asocia con el consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales. También se asocia en la adolescencia la depresión y la anorexia.

- Según Ayuso Mateos (2005) la depresión es el antecedente principal en el 30-40% de los suicidios.

5.2. Medidas para mejorar el Sistema Sanitario y la Atención a los Pacientes con depresión:

- Es indispensable *aumentar la formación de los profesionales sanitarios en el diagnóstico y tratamiento de la depresión*, para que puedan identificarla y reconocerla.

No es un proceso complicado, sino sólo se necesitan romper pautas estereotipadas de comportamiento en la clínica habitual, donde muchos realizan únicamente el tratamiento de los síntomas sin buscar las causas -si tienen dolor se les recetan analgésicos y antiinflamatorios, si no pueden dormir, hipnóticos, si tienen molestias gastrointestinales, antiácidos-.

En estas dos observaciones se basaba una de las recomendaciones del *estudio de la calidad asistencial de la depresión en España de 1997* (Horn, Sineke, 2004:167-176) «a la vista de las evaluaciones que hacen tanto los médicos como los pacientes y sus propuestas de mejora, parece claro que las actuaciones deben dirigirse hacia

una formación continuada de los médicos de atención primaria que incluya los capítulos de detección, diagnóstico, indicaciones terapéuticas y guía de recursos asistenciales para conocer mejor las manifestaciones de la depresión, lograr una actitud profesional y personal más segura en este terreno, evitando derivaciones al especialista que no son necesarias por su gravedad».

Los pacientes depresivos tienen un «peso» importante en el conjunto total de pacientes que consultan en atención primaria o en psiquiatría y de un 40 a un 50% no se identifican. Por un lado, los médicos de cabecera algunas veces tienen dificultades para detectar una depresión, riesgo de suicidio o autoagresión pues muchas veces predominan los síntomas somáticos según Ayuso Mateos (2004). Por un lado los médicos de Atención Primaria prescriben más ansiolíticos a las mujeres (Moreno et al, 2000) y por otro lado, los médicos de familia igualmente derivan pacientes a psiquiatría de forma innecesaria, pues ya no saben qué hacer y creen que ya no pertenece a su ámbito.

La finalidad sería informar y poder influir beneficiosamente en la salud cambiando pautas de comportamiento asociadas al género:

- Las mujeres hablan más de sus síntomas y consultan más según de Miguel (1978) y Montero (2004). Los hombres por el contrario tienen cifras más elevadas en suicidios.
- Las mujeres acuden más a la atención primaria y los hombres van más al hospital (de Miguel, 1978:403).

5.3. Buscar Estrategias de Colaboración y Alianzas entre diferentes Sectores Sanitarios.

En Holanda, desde el año 2001 «los psiquiatras han comenzado a desarrollar pautas multidisciplinares junto con los médicos de cabecera, los psicólogos, los psicoterapeutas, las enfermeras y otros profesionales, para grupos de determinados diagnósticos» (Horn, Sineke, 2004:167-176).

En este momento, existen seis pautas de tratamiento para:

- Trastornos Depresivos
- Trastornos de Ansiedad

- Las Psicosis Esquizofrénicas
- Trastornos de la Personalidad
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Seguirán para otros grupos diagnósticos.

5.4. Profesionales y Pacientes deben trabajar conjuntamente en las decisiones sobre el tratamiento.

El rol del paciente debe cambiar, haciéndose más participativo, pues el acceso a la información está a la disposición de todos. Nos hallamos cada día más ante un cliente-paciente informado que debe tener una orientación de los profesionales de la salud, porque la información que fluye por la red puede ser fiable o contradictoria a veces.

Los pacientes deben ser informados de las posibilidades de tratamiento y deben poder elegir, siendo conscientes que la elección que realizan es fruto de sus valores, siempre que pueda ofrecerla el sistema sanitario.

De todos modos, la participación de los pacientes se incluye, ahora también, en el campo de la investigación. Los pacientes participan no solamente como objetos de investigación, sino también eligiendo los temas de estudio y utilizando los resultados de las investigaciones como, por ejemplo, en el desarrollo de las pautas, las recomendaciones de mejora y cambios en la atención de salud -mental y primaria-. Al fin y al cabo ¿No son los pacientes los que saben más de su propia enfermedad? Se les puede hacer comprender los síntomas, explicar las terapias, pero son ellos los que deben experimentar cómo reaccionan en sus cuerpos y deben ser capaces de elegir entre aquellas terapias que les reporten más beneficios.

5.5. Plantearnos Líneas Futuras de formación en las Universidades para la educación de profesionales en terapias más integradoras y que tengan en cuenta a la persona en su totalidad es indispensable.

Evitar los reduccionismos centrados sólo en solucionar los síntomas ya no resulta adecuado cuando la persona no busca sólo ayuda en una fase aguda, sino lo que intenta es vivir una vida lo mejor posible con su enfermedad. Es importante realizar un enfoque dual -somático y emocional- de la depresión y de la fibromialgia pues cuerpo

y mente interactúan tanto a nivel fisiológico como bioquímico contribuyendo a producir desajustes.

5.6. Cambio de las Funciones de los Profesionales.

Hasta ahora los profesionales sanitarios han estado desvinculados de “lo social”, al menos en la práctica. En ciertos momentos se ha intentado converger lo social con lo sanitario, pero no ha sido posible por la clara separación de sus estructuras a nivel organizacional. Quizás es el momento de abordar la salud de una manera más global y de crear un concepto que integre a ambos conceptos de manera operacional - Sistema Sanitario y Sistema Social-. Los profesionales sanitarios deberían identificarse como profesionales de la salud que es un concepto que simboliza una perspectiva más amplia. Deberían compaginar la atención en consulta con una atención a nivel comunitario.

5.7. Otras terapias con integración de nuevos profesionales

Aunque no hay clara evidencia de que la mayor prescripción de antidepresivos tenga una repercusión clínica positiva -mejor tratamiento de la depresión, IT y tasas de suicidio-, es un fenómeno que va en aumento. Se ha atribuido este incremento al mejor conocimiento y detección de este trastorno pero probablemente existen otros factores influyentes. En la pasada década -denominada del cerebro- se ha propugnado el empleo de los *tratamientos farmacológicos* en psiquiatría. El concepto de depresión cada vez más vago e impreciso y el desarrollo de nosologías operativas que buscan rapidez y agilidad en el sistema pero que descontextualizan de la biografía y el entorno del individuo, han contribuido a la creación de un modelo reduccionista de orientación biológica.

Este modelo propicia que la prescripción de psicofármacos sea el abordaje más frecuente para estos trastornos. La industria farmacéutica también ha propugnado cada vez más una visión biomédica de la enfermedad mental -lo que parece comprensible si se tiene en cuenta la enorme rentabilidad que supone el incremento en las ventas de estos productos- y ejerce su poderosa influencia mediante estrategias muy diferentes.

Es importante que haya una utilización adecuada de los antidepresivos, en aquellas depresiones más endógenas, donde la herencia juega un papel importante.

Hacer un uso costo-efectivo de la medicación será importante para no construir una sociedad “medicalizada”.

Dado que hay una tendencia creciente a tratar a los pacientes depresivos de forma ambulatoria -exceptuando los casos graves y complejos-, la depresión se vuelve un tema de interés creciente y necesario en el ámbito de Atención Primaria. Sería interesante que desde este nivel asistencial se pudieran realizar *técnicas grupales psicosociales* que podrían partir de aquellos profesionales formados en estas terapias.

Cuanto más participa el paciente en la definición de los objetivos, mayor es la motivación y, por lo tanto, aprecia el tratamiento de forma más positiva.

Deben aprovecharse los recursos que ofrece la Atención Primaria de Salud dirigiendo sus actividades hacia actividades de *promoción y prevención de la salud mental* en los colegios. También debería orientarse la formación de los profesionales de enfermería hacia aquellas actividades grupales de “empoderamiento”, “aumento de autoestima”, “relajación” , “mediación de conflictos”. Deberían recibir una formación adecuada en actividades cognitivas-conductuales para disminuir la depresión y aumentar la calidad de vida.

Parece ser que la enfermería de “Salud Mental” será una de las profesiones más demandadas en el futuro por el aumento de estas patologías mentales y sobretodo de la ansiedad y depresión. La importancia de los sociólogos en el campo de la salud, será participar en la definición, organización y coordinación de todas estas actividades a nivel sanitario y social -ayuntamientos, consejos comarcales, hospital, atención primaria, colegios, institutos- , de esta manera podrían trabajarse los mismos programas a la vez en los diferentes ámbitos.

La situación actual con la crisis financiera internacional no es excesivamente positiva para creer que las cifras de la depresión disminuyan, por ello sería importante trabajar desde las administraciones y realizar políticas reales para evitar que se convierta en una epidemia globalizada.

6- Formación en Valores, Gestión de Conflictos, Emociones, Trabajo Grupal... en Colegios, Institutos, Ayuntamientos, Asociaciones, Grupos de Jóvenes, Empresas coordinadas por sociólogos y psicólogos puede ser una medida que a largo plazo pueda disminuir la depresión en la sociedad.

Aquellos conocimientos que hasta ahora en nuestro país sólo se efectuaban en cursos de preparación para la gestión o liderazgo, deben pasar a todas las personas y a todos los ámbitos. Deberían ser políticas transversales al igual que las políticas de igualdad de género.

Peláez (2005) plantea en su estudio «*el deber de educar la agresividad*» aprender a orientar la agresividad ya que la sociedad puede crear determinados climas que favorecen las conductas agresivas. Éstas pueden diferenciarse en conductas agresivas no delictivas y delictivas, división que realiza la propia sociedad al establecer los criterios delictivos (Peláez en Martínez Quintana, 2007).

Existen en la sociedad conductas consideradas como no delictivas - competitividad, dominio, la posesión, el chantaje afectivo, y las tensiones convivenciales- que se diferencian de las conductas agresivas marcadas como delictivas. Dar a conocer el lado oscuro de las sociedades actuales, que constituyen las sociedades violentas será importante para iniciar una posterior “educación en valores”.

La visión que tienen los sociólogos de las sociedades actuales según Martínez-Quintana (2007:358-359) va desde una visión positiva identificada por aquellos que creen que los jóvenes tienen unas enormes posibilidades, a los aspectos más negativos compartidos por la mayoría de ellos como; sociedades típicas de finales de civilización con grandes posibilidades técnicas y muy escasas capacidades humanas. Algunos abogan por la necesidad de que es necesario que el hombre vuelva a pensar, a reflexionar, pues vivimos en una época de desencanto. Vivimos en un mundo desequilibrado que es un mundo neurótico, enfermo totalmente. En estas sociedades el hombre está alienado, o vivirá en soledad, en el anonimato, con falta de relación humana y de contacto. No se ha conseguido alcanzar unos niveles mínimos de convivencia, soportamos tremendas presiones por la soledad y la competencia que nos plantea. Vivimos en una sociedad desorientada, de incertidumbre, con superficialidad, vamos hacia una sociedad individualizada, sin valores, con grandes problemas medioambientales.

Parece ser que ya desde el gobierno se impulsan medidas en educación para tratar este punto como es la introducción de la asignatura de Sociología y Psicología

en los Institutos pues parece que «los valores» más importantes para la formación psicosocial de la persona están desapareciendo. Lo importante es aprender a vivir con las dificultades y conflictos, aprender a gestionarlos y buscar la integración social.

8.4. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

- Medicalización de la sociedad y nuevas terapias
- Depresión y IT –Incapacidad Laboral Transitoria-
- Depresión y nuevos valores en la sociedad globalizada
- Formas de organización y dirección en la empresa y depresión
- Insatisfacción laboral y depresión
- El cuerpo en la cultura actual: depresión, anorexia y bulimia
- Consumo de drogas, tabaco, alcohol y depresión en adolescentes
- Depresión y nuevas adicciones: Adicción al trabajo, al consumo, a Internet, al móvil, al amor o a las relaciones cambiantes (Talam, 2007)²⁰
- Nuevas formas de violencia y depresión en la sociedad actual
- Nuevas formas de organización familiar y depresión
- Evaluar cómo han influido las medidas de flexibilización y promoción en la depresión
- Diferentes formas de manifestar la depresión en hombres y mujeres en la adolescencia y edad adulta
- Enfermedades crónicas y depresión
- Enfermedades agudas y depresión
- Depresión y fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable
- Depresión en el anciano y su manifestación
- Depresión e incapacidad física y/o psicosocial
- Suicidio e ideas suicidas en la sociedad actual

²⁰ A. Talam, en el libro *Globalización y Salud Mental*, habla de una patología moderna: la adicción al amor, el estar enamorado de estar enamorado. De esta manera se entiende que tantas relaciones amorosas tengan fecha de caducidad y que haya quien esté probando las diferentes ofertas que se puedan dar.

CAPITULO IX

9. PROGRAMA PARA AUMENTAR LA IGUALDAD EN LAS MUJERES: CONCILIACIÓN LABORAL-FAMILIAR Y NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN LABORAL

El proyecto va dirigido al personal y responsables de empresas, organizaciones, ayuntamientos... que quieran trabajar para la Igualdad, de esta manera conseguiremos disminuir las principales causas de depresión y fibromialgia en la mujer; Violencia, Sobrecarga, Estrés, Poco Apoyo Social y aumentar la Valoración Social de la mujer tanto para ellas mismas como para sus parejas. Es importante que sepan “percibir, identificar” las desigualdades que existen en las estructuras sociales - empresa, familia- y que reciban formación sobre diferentes conceptos relacionados con el “concepto de género” y su conceptualización en nuestra cultura occidental. La prevención de todas las formas de violencia de género comienza por la educación en la igualdad.

Según Inés Alberdi y Rojas Marcos (2005:54) «hay que tener claro que la violencia es una conducta aprendida que se puede modificar. Es posible socializar a los niños y las niñas en contra de la violencia de género y es posible reeducar a los adultos acerca de la igualdad entre los hombres y mujeres. Sin embargo este camino requiere de una de las cosas más difíciles de lograr: la voluntad política de hacerlo, la decisión y el liderazgo suficiente para reconocer el problema y tomar las medidas necesarias para erradicarlo.

Para Inés Alberdi, el problema del reparto de las tareas familiares es que los hombres se resisten a compartirlo, sobretodo con la mala prensa que ha tenido el trabajo doméstico en estos últimos tiempos. En cierta forma, «las feministas han llevado a cabo una campaña poco hábil al denigrar el trabajo doméstico para luego exigir a los hombres que lo compartan» (Alberdi, 1999:241-242). Aunque cada vez existen más familias simétricas que comparten las responsabilidades familiares y laborales, mientras la sociedad asista impasible a una desigualdad tan fuerte de oportunidades laborales entre hombres y mujeres, éstas no serán más que aventuras individuales y minoritarias. Y es que en el año 1975, en una encuesta de carácter nacional, el 81% de los hombres, y el 83% de las mujeres estaban de acuerdo en que “las faenas de la casa corresponden a la mujer y sólo en el caso de enfermedad de la esposa, debe hacerlas el marido”.

Para M.A. Durán (2007:128-129) que ha contabilizado el tiempo invisible de las mujeres en las tareas relacionadas con los «cuidados»; en el nivel más bajo de ingresos, la media que las mujeres dedican a limpiar es de 1,81 horas diarias, seis veces más que sus compañeros varones. En el nivel más alto de ingresos, es cinco veces más que el dedicado por varones de sus mismo nivel socioeconómico, pero es la mitad del tiempo que le dedican las mujeres del nivel más bajo de ingresos. «Las mujeres que compran algo de ayuda doméstica en el mercado de trabajo, sólo consiguen reducir como promedio media hora diaria, la carga habitual de tiempo dedicado a limpiar, ordenar el hogar que comparten con el resto de sus familiares. Las mujeres siguen dedicándole mucho tiempo 1,03h. porque la externalización no es completa, pero ganan media hora para realizar otras actividades».

«El nivel educativo afecta muy poco al tiempo que los varones dedican a la limpieza. Sean analfabetos o doctores, los promedios de tiempo destinados a limpiar apenas varían: solo hay ocho centésimas de variación entre el grupo de educación máxima y mínima. En cambio, en las mujeres el impacto de la educación –que va asociado a la edad-, es muy visible y cuanto mayor es su cualificación, menor tiempo dedican a estas actividades». ¿Cómo lo consiguen? Si compramos estos servicios al exterior, sólo conseguimos reducir media hora el tiempo destinado a limpiar. Hay muy pocas familias que externalizan totalmente estos servicios –persona contratada a jornada completa-, además en el estudio en profesionales sanitarios hemos observado que a medida que disminuye la edad, disminuyen las empleadas domésticas, por lo que la solución que debería instaurarse está en compartir el trabajo doméstico.

Son necesarias políticas laborales para conseguir la igualdad. Creemos que lo más importante pasa por la **conciliación y nuevas formas de organización del trabajo**.

- Modernización de estructuras laborales y reorganización de puestos de trabajo para aumentar la satisfacción -conciliación, flexibilidad laboral-.

«Las políticas de formación que no van unidas a políticas de promoción profesional, como muchas de las que se han realizado no tienen sentido» (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004, Guía para la aplicación transversal del principio de igualdad de oportunidades en proyectos de investigación Equal)

- Mejorar la flexibilidad de la empresa en la realización de cursos de formación que pueden ser de interés para el trabajador-a y para la misma empresa en cuanto a número de días autorizados.

La **flexibilidad laboral** es uno de los pilares más importantes para alcanzar la igualdad:

En España sólo un 5% de las compañías ofrecen *guarderías* para sus empleados, y sólo un 10% tiene las medidas de flexibilización horaria que demandan tres de cada cuatro trabajadores, según un informe de Cátenon Worldwide Executive Search.

En España la situación no es diferente. De hecho nuestro país es, con una inversión del 0,8% del PIB, uno de los países europeos que menos invierte en ayudas a la familia. Del informe se extrae además que no llegan al 5% las compañías que prestan algún servicio de guardería para los hijos de sus empleados y que sólo una de cada diez ofrece medidas de flexibilización horaria, demandadas por tres de cada cuatro empleados consultados en el «Estudio Anual Cátenon de Satisfacción Laboral y Calidad de Vida 2007».

Cátenon resalta negativamente la escasa disposición de las compañías europeas a escuchar a sus empleados en la adopción de medidas que favorezcan la conciliación entre vida personal y profesional. Según se recoge en el estudio, casi tres de cada cuatro empleados consideran la «flexibilidad horaria» como una de las medidas más valoradas para conseguir un mayor equilibrio entre su vida personal y profesional, mientras que casi uno de cada dos trabajadores reivindica la «distribución libre de las horas de trabajo a lo largo del año». Por ello, resulta llamativo para los autores del estudio que las compañías europeas sigan aferrándose a la rigidez de horarios que presidía la actividad económica en décadas pasadas (Gobierno Vasco, 2006).

Según estos consultores, son mayoría las empresas de Finlandia, Suecia y Dinamarca que ofrecen a sus trabajadores algún tipo de medida que les permita flexibilizar su horario, ya sea mediante la flexibilidad en las horas de entrada y salida diarias, en la acumulación de tiempo trabajado que se puede canjear por tiempo de vacaciones, o en la opción de decidir de manera completamente flexible sus horas de trabajo a lo largo del año. Países como Grecia, Portugal y España son, sin embargo, mucho menos receptivos a las demandas de los trabajadores sobre la flexibilidad horaria, y apenas llegan al 10 ó 15% las empresas que han establecido algún tipo de medida en este sentido.

Consideran que las empresas avanzadas en políticas de conciliación -y en las que se suele trabajar menos horas que la media del país en el que operan-, reciben una compensación directa en la entrega de rendimiento de sus empleados, que

sienten mayor responsabilidad hacia su empleador e invierten su tiempo de forma más rentable. Por el contrario, las empresas con un largo horario laboral anual son casi siempre las que presentan mayores niveles de absentismo y mayores índices de estrés y falta de motivación en su plantilla.

Es importante aumentar la promoción de las mujeres porque de esta manera aumentaremos la satisfacción de los profesionales y disminuirémos el techo de cristal.

La segregación vertical no sólo está relacionada con la gestión de alto nivel ya que, en muchos casos, las mujeres tienen que enfrentarse a barreras invisibles o al «techo de cristal» en las primeras fases de su trayectoria profesional. En el año 2002, el 10% de los hombres empleados en la Unión Europea se clasificaban en la categoría de gerentes, en comparación con solamente un 5,5% de las mujeres (Eurostat, 2002, *Las vidas de mujeres y hombres en Europa, un retrato estadístico*). Cada vez hay más ministras, pero «todavía son muy pocas las mujeres que se sientan en consejos de administración» (Castaño, 1996:92). Ello justifica el sentimiento de impaciencia y de insatisfacción para ver consolidar los avances y colocar a tantas mujeres como hombres en los puestos de responsabilidad y poder. El sentimiento de agravio histórico tiene tal magnitud que todo lo conseguido parece poco. Y razones hay para reclamar esa deuda, especialmente si tenemos en cuenta que hasta finales del siglo pasado en nuestro país no había escuela para niñas. El saber, el conocimiento, se consideraba negativo para ellas.

Se realizarán Talleres y Aulas formativas a empleados y empleadas, así como a directivos de la organización para concienciar sobre desigualdades y estereotipos de género y se intentarán incorporar algunas medidas institucionales.

-Destinatarios

El personal que trabaja en diferentes empresas tanto públicas como privadas.

-Recursos Humanos y Materiales

Dos personas formadoras que llevarán a cabo tanto los talleres como las aulas formativas. Se necesitarán ocho días al mes disponibles para el personal formador, cuatro para las sesiones con los trabajadores y cuatro para analizar los resultados y consultar nueva bibliografía a medida que van surgiendo preguntas y recomendaciones.

- Material necesario para realizar la formación.

-Objetivos

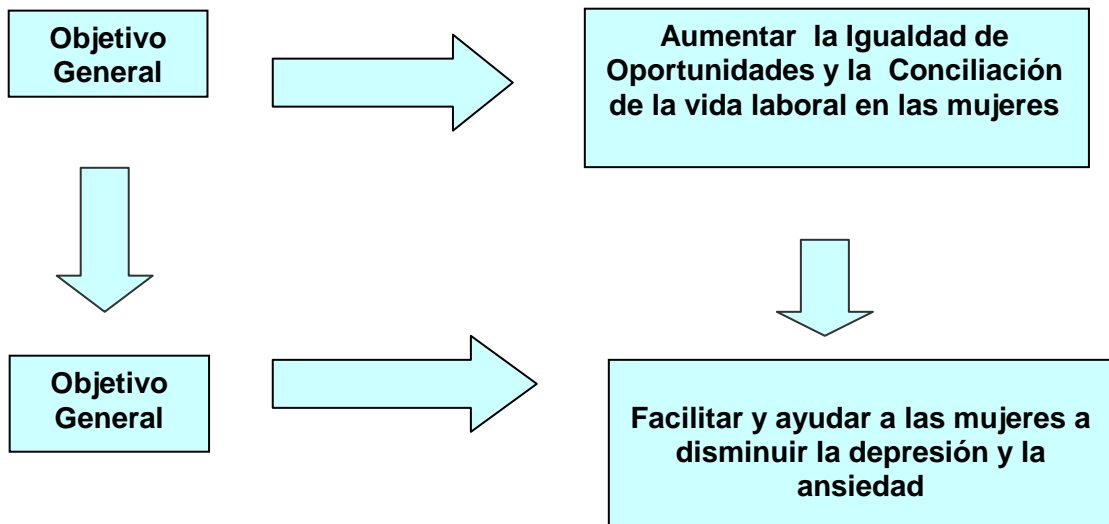
1.- Objetivo General:

Aumentar la Igualdad de Oportunidades y la Conciliación de la vida laboral en las mujeres de las empresas.

2. -Objetivo General

Facilitar y ayudar a las mujeres a disminuir la depresión y la ansiedad

Figura 9.1.1. Objetivos Generales



1.1. Objetivo Específico:

-Concienciar de las desigualdades y desenmascarar los estereotipos de género por parte de las mujeres y los responsables de la empresa.

1.2. Objetivo Específico:

Aumentar el reparto del trabajo doméstico en la familia y la conciliación del trabajo y la vida privada.

1.3. Objetivo Específico:

Profundizar en el conocimiento de la perspectiva de género o mainstreaming en todos los procesos de la empresa.

1.4. Objetivo Específico:

Sensibilizar de la importancia del compromiso de la empresa para luchar contra el acoso sexual y moral en el trabajo

1.5. Objetivo Específico:

Mejorar la calidad de los puestos de trabajo de las mujeres.

1.6. Objetivo Específico:

Desarrollar la carrera de las mujeres.

1.7. Objetivo Específico:

Luchar contra el acoso sexual y moral en el trabajo

1.8. Objetivo Específico:

Instaurar Algunas Medidas de Conciliación Laboral

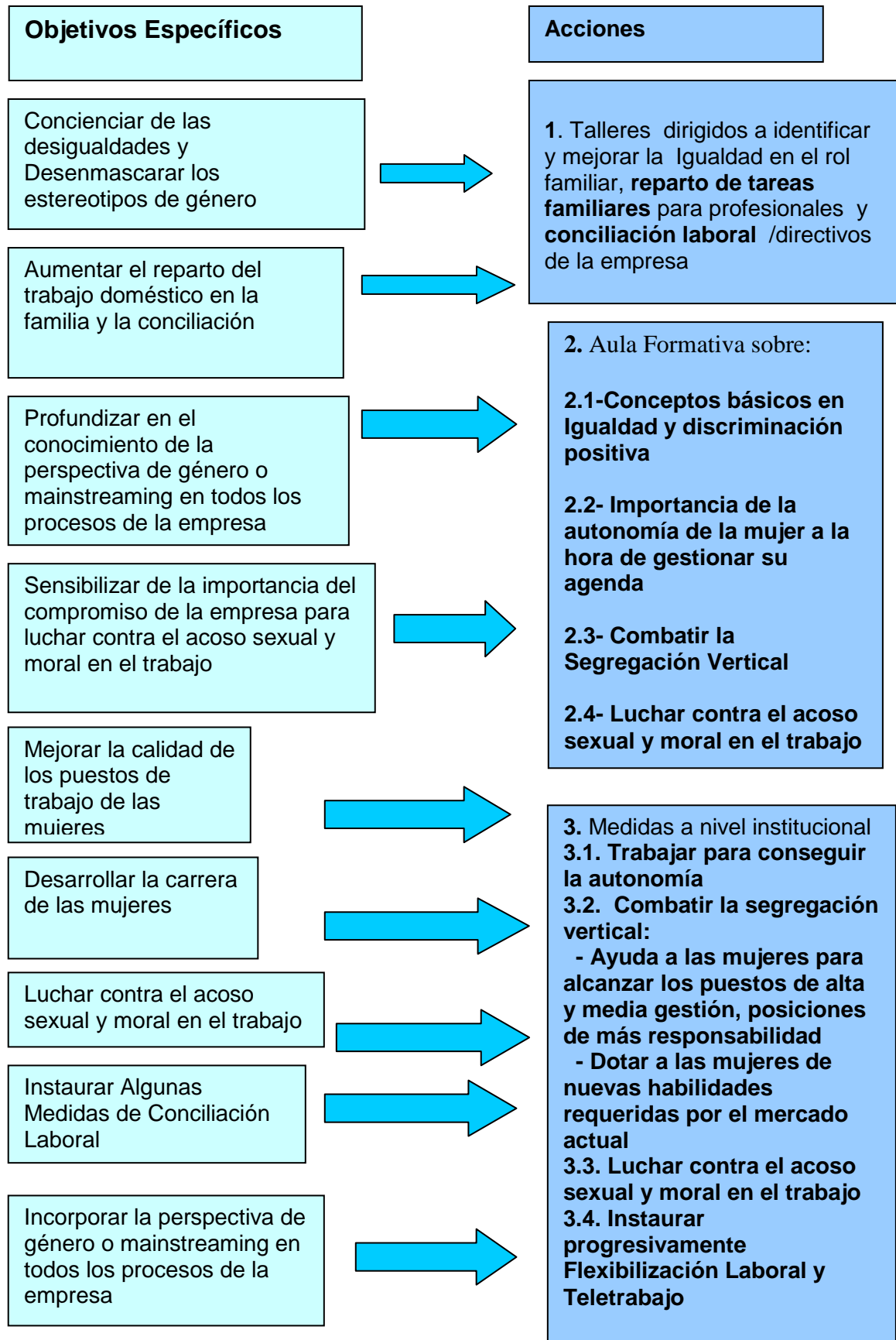
1.9. Objetivo Específico:

Incorporar la perspectiva de género o mainstreaming en todos los procesos de la empresa.

1.10. Objetivo Específico:

Difundir los resultados del proyecto

Figura 9.1.2. Objetivos Específicos y Acciones



1.- Talleres dirigidos a identificar y mejorar la igualdad en el rol familiar, reparto de tareas familiares y conciliación laboral para profesionales y/o directivos de la empresa. Los contenidos serán los siguientes:

1.1. La conciliación laboral-familiar **no sólo es cosa de mujeres.**

En general la mujer asume el trabajo de casa. El hombre se responsabiliza en general de los trabajos «exteriores» de la casa según Robles (2000).

1.2. **“Los cuidados”** realizados en la esfera privada que han sido tan poco valorados han de ser delimitados y contabilizados en la economía familiar y global, tanto por los hombres como por las mujeres.

1.3. Conocimiento y aceptación de la **realidad actual sobre reparto de roles** para que los hombres puedan aceptar más responsabilidades, introducir mejora en el reparto de éstas, solicitar permisos paternales...

1.4. Importancia de la **Flexibilidad laboral** para realizar asuntos personales -trámites burocráticos, visitas médicas, entrevistas profesores hijos....-

- Intentar realizar la formación dentro de la jornada laboral.

- Compensar con tiempo libre la formación que se realiza fuera del horario laboral.

- Promover el teletrabajo, en los puestos que se permita, manteniendo los mismos derechos laborales y las mismas posibilidades de promoción.

Metodología

1.- Realizaremos **Talleres de formación** a las mujeres y a sus parejas para analizar la perspectiva de género. Grupos de 16 personas -trabajador-a con pareja- . Se pretende concienciar a todos los participantes de la desigualdad existente, para que de esta manera se puedan buscar entre todas medidas positivas. La finalidad es la educación para la igualdad. Los talleres al igual que el resto de las actividades formativas deben realizarlas todo el personal con cargos directivos, implicando así a toda la organización.

Se realizará durante todo el año. Cada mes asistirá un grupo diferente al que se podrán incorporar también directivos-as de la empresa.

Un día de la semana se realizarán los **talleres de 4 horas de duración** para un grupo de ocho trabajadores-as junto con sus parejas. Se realizarán un día a la semana durante tres semanas.

Título del taller: “Un día cualquiera”. Deberán anotar en un cuaderno las cosas que realizan y el tiempo que utilizan en cada actividad -hacer la comida, lavar la ropa, ir a comprar...- , desde que se levantan hasta que se acuestan, descontando el tiempo que pasan en el trabajo.

Análisis de pequeño grupo: Un portavoz de todos los grupos irá anotando en una pizarra las actividades y los tiempos horarios para cada actividad que realizan los hombres y las mujeres en cada grupo.

Análisis de resultados: Se analizarán los resultados de todas las aportaciones expuestas, con la finalidad de que se visibilicen las diferencias de género.

Análisis de gran grupo: Soluciones que proponen para aumentar la igualdad.

Se pueden realizar tres talleres de 4h cada uno. El primero se referirá a un día cualquiera laboral, el segundo a un día festivo y el tercero a un día de vacaciones.

Tabla 9.1. Cronograma talleres de formación

ACCIONES PREVISTAS 2009	I	II	III	IV	V	VI	VI I	VII I	IX	X	X I	XI I
Taller de formación: “un día cualquiera” (5h). 1ª Semana	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Taller de formación: “un día festivo” (5h). 2ª Semana	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Taller de formación: “un día en las vacaciones” (5h). 3ª Semana	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X

2.- Aula formativa a profesionales y directivos que incluirá los siguientes contenidos:

2.1. Sensibilización de profesionales y directivos de que es positivo para todos contar con políticas para alcanzar la Igualdad de género.

Breve exposición teórica sobre conceptos básicos en Igualdad:

Con el objetivo de examinar adecuadamente el origen de las desigualdades que existen entre las mujeres y los hombres, es necesario manejar dos conceptos: el sexo y el género.

- Sexo y género

Las diferencias existentes entre los hombres y las mujeres son de carácter biológico y de carácter social.

Sexo es una palabra que hace referencia a las características biológicas que distinguen al macho de la hembra, que son universales.

Género es un concepto que hace referencia a las diferencias sociales entre mujeres y hombres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura.

Ejemplo: mientras sólo las mujeres pueden dar a luz -diferencia determinada biológicamente-, la biología no dicta quién cuidará a los niños -comportamiento sociológicamente determinado-.

Igualdad entre hombres y mujeres

Situación en que todos los seres humanos son libres de desarrollar sus capacidades personales y de tomar decisiones, sin las limitaciones impuestas por los estrictos roles tradicionales, y en la que se tienen en cuenta, valoran y potencian por igual las distintas conductas, aspiraciones y necesidades de hombres y mujeres. La igualdad formal -de jure- no es sino una primera etapa hacia la igualdad real -de facto-. Un trato desigual y ciertas medidas incentivadoras -acciones positivas- pueden ser necesarias para compensar discriminaciones pasadas y presentes. Las diferencias entre hombres y mujeres pueden verse influidas por otras diferencias estructurales, como la raza, la pertenencia étnica y la clase social. Estas dimensiones -y otras como la edad, la discapacidad, el estado civil o la orientación sexual- pueden también ser útiles para nuestra evaluación.

Transversalidad -"mainstreaming"-

En la comunicación de la Comisión Europea sobre la integración de la igualdad de oportunidades entre las mujeres y los hombres en el conjunto de las políticas y acciones comunitarias COM (96-97) se afirma que «no basta con aplicar medidas positivas centradas en las mujeres, sino más bien (...) recurrir a todas las políticas y medidas generales con el fin específico de lograr la igualdad» (Instituto de la Mujer, 2003, *Guía para la incorporación de la igualdad de oportunidades en las actuaciones de los fondos Estructurales*).

El Mainstreaming o transversalidad consiste en una reorganización, mejora, desarrollo y evaluación de los procesos políticos, de manera que las perspectivas de igualdad de género se incorporen a todos los niveles, todas las políticas y en todas las etapas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000, Programa Óptima).

Planes de Acción Positiva

- Selección: Promover procesos de selección en igualdad, evitando la segregación vertical y horizontal y incorporando a las mujeres a puestos de responsabilidad.
- Promoción: Impulsar la promoción de las mujeres a puestos de decisión con mayores cotas de responsabilidad.
- Formación: Garantizando el acceso en igualdad de hombres y mujeres a la formación de empresa tanto interna como externa, posibilitando en la medida de lo posible que no dificulten la conciliación con la vida personal ni el desarrollo de la carrera profesional.
- Conciliación: Conseguir un mayor ajuste entre la vida familiar y la profesional de las mujeres y los hombres.
- Comunicación e imagen: Presentar una imagen de la empresa, comprometida con la igualdad, sensibilizar a todo el personal de la empresa de la necesidad de actuar y trabajar, conjunta y globalmente en la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, implicar a la dirección en la creación y difusión de una cultura empresarial comprometida con la igualdad.
- Valoración de puestos de trabajo: Diseñar y poner en práctica un sistema de valoración de puestos de trabajo con criterios no sexistas, evitando de esta manera, la segregación y las diferencias salariales.

- Empoderamiento de las mujeres: Aumento de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y acceso a poder.
- Incluir dentro de los compromisos de la empresa, el compromiso de luchar contra el acoso sexual y moral en el trabajo, y difundir una actitud de absoluto rechazo por parte de la dirección de la empresa a este tipo de conductas.

Metodología

2.- Aula Formativa

La última semana del mes se realizará un aula formativa con el mismo grupo que ha realizado los talleres. Será una **sesión** de 4 horas de duración que consistirá en una **clase teórica** sobre los conceptos básicos de igualdad y la definición de los aspectos a mejorar citados anteriormente (2h) y las (2h) restantes será de un debate-colquio entre todos los asistentes.

Tabla 9.2. Cronograma aula formativa

AÑO 2008												
ACCIONES PREVISTAS	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Aula Formativa (5h)	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X

3. Medidas a nivel institucional

Enumerar algunas medidas que se han instaurado en cuanto a promoción, flexibilización, teletrabajo...

-Ubicación, Espacio y Tiempo.

Se realizará en las diferentes empresas que quieran empezar a trabajar el proyecto. Deberá buscarse financiación.

-Evaluación

1.- Cuestionario que realizaremos un año después de la formación para ver si ha mejorado la satisfacción, ansiedad y depresión, autonomía de las mujeres, así como si se realiza un reparto más equitativo de las tareas domésticas (Anexo 7).

2.- Al inicio de la formación se administrará el test de ansiedad y depresión de Goldberg y un año después de la formación otro para ver si la situación ha mejorado.

2.- Indicadores de Resultados

Estas acciones pueden influir en alguna mejora en la situación de las carreras de las mujeres que lo valoraremos mediante la medición de las mujeres que han promocionado:

Tabla 9.3. Promoción de las mujeres el año anterior a la formación

Categorías a las que se ha promocionado	Mujeres	%Mujeres	Hombres	%Hombres
1.				
2.				
3.				
4.				
TOTAL				

Tabla 9.4. Promoción de las mujeres el año siguiente de la formación

Categorías a las que se ha promocionado				
1.				
2.				
3.				
4.				
TOTAL				

Financiación: DOG Núm 5128 9-5-2008 (Gobierno de Cataluña, Generalitat de Catalunya, 2006)

Concesión de Subvenciones destinadas al establecimiento de un Plan para el Fomento de la Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres en el ámbito de las relaciones laborales en Cataluña. Diferentes convocatorias.

Destinatarios: Empresas privadas de más de 30 personas trabajadoras que reúnan la condición de empresario/a y empresas públicas y entidades autónomas de más de 30 personas trabajadoras.

Lugar de Presentación: Dirección General de Relaciones Laborales o Servicios Territoriales del Departamento de Trabajo.

Información General

Esta subvención tiene por finalidad apoyar a las empresas de más de 30 personas trabajadoras que, en el ámbito de las relaciones laborales, adopten un proyecto para fomentar la Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres, consistente en la elaboración y aplicación de un plan de igualdad para mejorar los resultados respecto de la paridad en todos sus elementos jerárquicos de su organización.

Ejes del trabajo:

Los tres ejes de trabajo obligatorios de los tres programas son los siguientes:

Eje 1. Igualdad de oportunidades en el acceso y promoción a cualquier lugar de trabajo dentro de la organización.

Eje 2. Igualdad en las condiciones de trabajo, y en especial, en materia retributiva y de condiciones de seguridad y salud en el trabajo -acoso moral y sexual, riesgos psicosociales, trastornos musculoesqueléticos-.

Eje 3. Redistribución del tiempo para mejorar la conciliación de la vida personal, familiar y laboral.

Entidad responsable

Dirección General de Relaciones Laborales

Quien lo puede pedir

a) Empresas privadas de más de 30 personas trabajadoras que reúnan la condición de empresario/aria.

b) Empresas públicas y entidades autónomas públicas de más de 30 personas trabajadoras.

Estas empresas han de desarrollar su actividad en centros de trabajo ubicados en Cataluña.

Requisitos para poder solicitarlo:

Las empresas solicitantes habrán de cumplir los requisitos siguientes:

- a) Dar cumplimiento a lo que establece el artículo 38 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de personas discapacitadas, y si es necesario, el Real decreto 364/2005, de 8 de abril.
- b) Cumplir los requisitos establecidos en los artículos 32.1, 32.3 i 36.4 de la Ley 1/1998, de 7 de enero, de política lingüística.
- c) No encontrarse en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo 13 de la ley 38/2003, de 17 de noviembre, general de subvenciones.
- d) No haber estado sancionado por firme resolución, durante los últimos 3 años, por la comisión de una infracción grave en materia de integración laboral de personas discapacitadas o muy grave en materia de relaciones laborales o en materia de prevención de riesgos laborales, de conformidad con el Texto refundido de la Ley sobre infracciones y sanciones del orden social, aprobado por el Real decreto legislativo 5/2000, de 4 de agosto.
- e) Cumplir las obligaciones tributarias del Estado y la Generalitat y las obligaciones con la Seguridad Social
- f) Acreditar que se dispone de los medios humanos, materiales y económicos necesarios para realizar actividades de prevención de riesgos laborales en la empresa, de acorde con el que dispone la ley 31/1995, de 8 de noviembre, sobre prevención de riesgos laborales y el Reglamento de servicios de prevención.

Salud Mental y Género: Causas y Consecuencias de la Depresión en las Mujeres

influencia familiar influencia amigos
 temprana independencia económica que una carrera más larga
 me gustaba desde siempre no pude hacer lo que yo quería
 otras

21.- Días de baja laboral en los últimos 2 años

22.- Diría que mi salud global (física, psíquica, social) en la actualidad es de o mi nivel de felicidad (de 0 a 10)

22.- A lo largo de tu carrera has realizado algún cargo de responsabilidad ¿cómo te has sentido? ¿Por qué?

.....

¿Te han propuesto para algún cargo de responsabilidad y no lo has accedido?

.....

o ¿has tenido la oportunidad de presentarte para ello y no lo has hecho?

.....

¿Por qué?

.....

.....

23.- ¿Si volvieras a empezar, volverías a elegir esta profesión? ¿Por qué?

.....

P.1. Aparecen preguntas sobre **vida en pareja, maternidad y familia**. Si éste no es vuestro caso, no las contestéis.

Aparecen preguntas sobre la mujer de manera general, que se pueden contestar igualmente por todos.

0-1(nada), 2-3(poco), 4-5-6(bastante), 9-10(mucho).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. La educación recibida por mi familia ha sido muy igualitaria en cuanto a lo que teníamos que hacer los hombres y las mujeres											
2. La educación recibida en la escuela-instituto ha sido igualitaria en cuanto a lo que teníamos que hacer hombres y mujeres											
3.-Grado de ansiedad percibido al compaginar maternidad-paternidad-trabajo											
4.-Sentimiento de culpa por compaginar trabajo-maternidad-paternidad											
5.-Mis padres siempre me inculcaron que debía realizar un trabajo remunerado											
6.- En el caso de tener hermanos de diferente sexo. Mis padres realizaron mayor inversión educativa en los varones											
7.-Me siento muy cansada-o por tener que compatibilizar el trabajo de dentro y fuera de casa											
8.-Estoy tan absorbida-o en el trabajo que no me da tiempo plantearme maternidad-paternidad											
9.-He renunciado a la maternidad por mi carrera											
10.- Aunque la mujer trabaje debería hacerlo menos horas que el hombre											
11.- En el terreno profesional he dejado de realizar muchos más proyectos que mi pareja											
12.- Creo que hoy en día la mujer está demasiado emancipada											

¿Qué puntuación darías a las siguientes afirmaciones?.

P.2. ¿Cómo es la **ayuda recibida por tu familia**? Marca con una cruz la que creas mas adecuada

0-1(nada), 2-3(poco), 4-5-6(algo), 7-8(bastante), 9-10(mucho).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.-El apoyo de mi familia en mi vida profesional en general ha sido											
2.-La ayuda en las tareas domésticas por mi cónyuge es											
3.-La responsabilidad del cuidado de los mayores y/o hijos recae mayoritariamente en mi											
4.-La ayuda en las tareas domésticas y/o cuidado hijos por mi padre es o ha sido											
5.-La ayuda en las tareas domésticas y/o cuidado hijos por mi madre es o ha sido											

P.3. Valores

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.-La enfermera ha de ser sumisa, obediente, respetuosa											
2.-La enfermera ha de ser independiente, autónoma, responsable											
3.-Es necesario conseguir una formación superior en enfermería											
4.-La importancia del trabajo para mi es											
5.-La importancia de la familia para mi es											

P.4. Motivación actual respecto al trabajo

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.- dinero											
2.- Realización personal											
3.- Independencia económica											
4.- Ocupar el tiempo											
5.- Adquirir experiencia											
6.- Relacionarse con otras personas											

P. 5. Reconocimiento

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.-Me siento reconocido-valorado en mi trabajo por los pacientes											
2.-Me siento reconocido-valorado por los médicos											
3.-Me siento reconocido-valorado por los jefes											
4.-Me siento reconocido-valorado por mi familia											
5.- Me siento reconocido-valorado por la sociedad en general											

P. 6. Grado de satisfacción

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.-Satisfacción general con el trabajo											
2.-Satisfacción con el sueldo											
3.-Seguridad laboral											
4.-Relaciones con los compañeros											
5.-Trato recibido de los jefes											

P.7. En tu vida personal y laboral ¿Qué te hubiera gustado realizar que no has hecho?

Puedes introducir o lo que quieras (viajes, política, hobbies, otros trabajos, otras responsabilidades, otros estudios,...)

.....

14.-Profesión padre

15.-Profesión madre

16.-Profesión cónyuge

17.-Cursos de Postgrado o Masters realizados (¿hay alguno no presencial?)
.....
.....
.....

18.-Otros cursos realizados últimos 5 años (solo el número) presenciales

19.-Trabajo doméstico (puedes marcar más de uno)

no presencial

- lo hago yo lo hace mi pareja compartido
empleada de hogar lo hago yo y me ayuda mi pareja
 lo hace mi pareja y le ayudo yo

20.- Motivos de elección de esta profesión (puedes marcar más de uno)

influencia familiar influencia amigos

temprana independencia económica que una carrera más larga

me gustaba desde siempre no pude hacer lo que yo quería

otras

21.- Días de baja laboral en los últimos 2 años

22.- Diría que mi salud global (física, psíquica, social) en la actualidad es de. O mi grado de felicidad (de 0 a 10)

22.- A lo largo de tu carrera ¿has realizado algún cargo de responsabilidad?

.....¿cómo te

has sentido? ¿Por qué?

.....

.....

¿Te han propuesto para algún cargo de responsabilidad y no lo has accedido? o

¿has tenido la oportunidad de presentarte para ello y no lo has hecho?

.....¿Por qué?

.....

.....

23.- Si volvieras a empezar, ¿volverías a elegir esta profesión? ¿Por qué?

.....

.....

P.1. Aparecen preguntas sobre **vida en pareja, maternidad y familia**. Si éste no es vuestro caso, no las contestéis.

Aparecen preguntas sobre la mujer de manera general, que se pueden contestar igualmente por todos.

Salud Mental y Género: Causas y Consecuencias de la Depresión en las Mujeres

0-1(nada), 2-3(poco), 4-5-6(bastante), 9-10(mucho).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. La educación recibida por mi familia ha sido muy igualitaria en cuanto a lo que teníamos que hacer los hombres y las mujeres											
2. La educación recibida en la escuela-instituto ha sido igualitaria en cuanto a lo que teníamos que hacer hombres y mujeres											
3.-Grado de ansiedad percibido al compaginar maternidad-paternidad-trabajo											
4.-Sentimiento de culpa por compaginar trabajo-maternidad-paternidad											
5.-Mis padres siempre me inculcaron que debía realizar un trabajo remunerado											
6.- En el caso de tener hermanos de diferente sexo. Mis padres realizaron mayor inversión educativa en los varones											
7.-Me siento muy cansada-o por tener que compatibilizar el trabajo de dentro y fuera de casa											
8.-Estoy tan absorbida-o en el trabajo que no me da tiempo plantearme maternidad-paternidad											
9.-He renunciado a la maternidad por mi carrera											
10.- Aunque la mujer trabaje debería hacerlo menos horas que el hombre											
11.- En el terreno profesional he dejado de realizar muchos más proyectos que mi pareja											
12.- Creo que hoy en día la mujer está demasiado emancipada											

Que puntuación darías a las siguientes afirmaciones.

P.2. ¿Cómo es la **ayuda recibida por tu familia**? Marca con una cruz la que creas más adecuada.

0-1(nada), 2-3(poco), 4-5-6(algo), 7-8(bastante), 9-10(mucho).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.-El apoyo de mi familia en mi vida profesional en general ha sido											
2.-La ayuda en las tareas domésticas por mi cónyuge es											
3.-La responsabilidad del cuidado de los mayores y/o hijos recae mayoritariamente en mi											
4.-La ayuda en las tareas domésticas y/o cuidado hijos por mi padre es o ha sido											
5.-La ayuda en las tareas domésticas y/o cuidado hijos por mi madre es o ha sido											

P.3. Valores

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.-La enfermera ha de ser sumisa, obediente, respetuosa											
2.-La enfermera ha de ser independiente, autónoma, responsable											
3.-Es necesario conseguir una formación superior en enfermería											
4.-La importancia del trabajo para mi es											
5.-La importancia de la familia para mi es											

P.4. Motivación actual respecto al trabajo

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.- dinero											
2.- Realización personal											
3.- Independencia económica											
4.- Ocupar el tiempo											

5.- Adquirir experiencia																				
6.- Relacionarse con otras personas																				

P.5. Reconocimiento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.-Me siento reconocido-valorado en mi trabajo por los pacientes											
2.-Me siento reconocido-valorado por los médicos											
3.-Me siento reconocido-valorado por los jefes											
4.-Me siento reconocido-valorado por mi familia											
5.- Me siento reconocido-valorado por la sociedad en general											

P.6. Grado de satisfacción	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.-Satisfacción general con el trabajo											
2.-Satisfacción con el sueldo											
3.-Seguridad laboral											
4.-Relaciones con los compañeros											
5.-Trato recibido de los jefes											

P.7. ¿Crees que los procesos de discriminación de género (por ser mujer) están vigentes en nuestra profesión (Atención Primaria), o va cambiando progresivamente? Si eres hombre como te sientes

.....

P.8. El perfil masculino va cambiando, dicen algunos, se está feminizando cada vez más. El hombre no sabe muchas veces que papel adoptar. ¿Cual es tu opinión?

.....

* El Cuestionario del estudio cuantitativo y cualitativo en el colectivo de Personal Sanitario 2005-2006 es enviado por correo interno en el ámbito de Atención Primaria. Mediante un sobre cerrado se hace llegar a los profesionales de los diferentes Centros Sanitarios –médicos y personal de enfermería-. Del total de cuestionarios enviados N= 380, se reciben n= 183 -122 mujeres y 61 hombres-. Dentro del personal de enfermería encontramos -89 mujeres y 14 hombres- y en la medicina -33 mujeres y 47 hombres-.

Este cuestionario es un resumen del que se utilizó en el trabajo del D.E.A, presentado en la UNED en noviembre de 2006 y que analizaba la evolución de la profesión enfermera, así como las dificultades que experimentaban las mujeres tanto a nivel familiar como profesional.

Se incorpora parcialmente en la Primera Fase de la Investigación de la tesis como estudio exploratorio.

Se presenta únicamente un resumen de aquellos aspectos relacionados con la salud mental o salud psicosocial –satisfacción con la profesión, gratificación con los dos roles, reconocimiento, discriminación de género, nivel de salud percibido, ayudas en el trabajo doméstico, y aspectos de vida en pareja, maternidad y familia...).

El trabajo de campo dura aproximadamente 4 meses y se realiza en los meses de octubre, noviembre, diciembre 2005 y enero de 2006.

10.2. ANEXO 2. ESTUDIO CUALITATIVO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN 2007 (CUESTIONARIO Y ENTREVISTA)

2.1. CUESTIONARIO

- Sexo.....

- Edad.....

– Estado Civil

Soltero-a

Casado-a

Separado o divorciado-a

Viudo-a

- Hijos Si

No

- Salud.....

- Tabaco Si

No

- Alcohol Si

No

- Edad de inicio del malestar.....

- Edad del diagnóstico de fibromialgia.....

- 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, otros tipos? 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

.....

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

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.

2.2. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD (Historia de vida en pacientes diagnosticados de depresión)

P 1. Describa a qué edad le diagnosticaron la depresión y con qué acontecimientos lo relaciona. Intente analizar las causas exhaustivamente.

P 2. Aunque le diagnosticaron depresión en una fecha determinada díganos si empezó usted a notar cierto “malestar anteriormente” similar al de las preguntas del test de Goldberg administrado, indíquenos la edad que tenía e intente describir cómo ocurrió aquella situación y las razones y motivos a que se lo atribuye.

P 3. Si ha tenido más episodios a lo largo de la vida, descríbalos y analice sus posibles causas en los diferentes episodios.

P 4. Describa las diferentes enfermedades que ha tenido –agudas y crónicas- y díganos cuando surgieron. Díganos cuando aparecen y si tienen relación o no con el proceso depresivo.

P 5. Díganos qué terapias o tratamientos ha seguido para afrontar la depresión y si le han sido útiles o no.

P 6. Explique si cree usted que tiene suficiente apoyo con la familia y si recibe suficiente ayuda del personal sanitario.

P 7. Describa las consecuencias cree que ha tenido la depresión en su carácter, comportamiento o manera de ver la vida.

P 8. Explique todo lo que usted quiera conforme al tema de la depresión que sea importante para usted.

* Las entrevistas a pacientes con depresión fueron un total de 66 -14 hombres y 52 mujeres- se realizan durante 6 meses, de marzo a julio y septiembre de 2007. Se realizan en Atención Primaria de salud.

Se cumplimenta el cuestionario y posteriormente se registran las entrevistas mediante grabadora para su análisis posterior siempre que el entrevistado acceda, que es en la mayoría de los casos. Existen algunos casos que se nos pide que paremos la grabación pues el paciente quiere asegurarse la confidencialidad. Existe una guía de entrevista a seguir pero el orden de los puntos o la omisión de alguno de ellos

depende de cada caso y de la evolución de la entrevista. También se toman notas importantes de la conversación a la vez que se graban las entrevistas.

10.3. ANEXO 3. ESTUDIO CUALITATIVO EN PACIENTES NO DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD 2007 (CUESTIONARIO Y ENTREVISTA)

3.1. CUESTIONARIO

- Sexo.....

- Edad.....

- Estado Civil

Soltero-a

Casado-a

Separado o divorciado-a

Viudo-a

- 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

Si el test de Goldberg es positivo para la depresión realizamos también las siguientes preguntas

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, otros tipos? 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

.....
.....

3.2. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD (Historia de vida en pacientes con problemas de salud)

Tanto si ha tenido o no positivo el test de Goldberg se realiza una exploración a fondo de la historia de vida de estos pacientes para ver si identifican la depresión en algún momento.

Pregunta 1. Si se identifica depresión con el test de Goldberg, describa con que acontecimientos lo relaciona. Intente analizar las causas exhaustivamente.

Pregunta 2. Díganos si empezó usted a notar cierto “malestar anteriormente” similar al de las preguntas del test de Goldberg administrado, indíquenos la edad que tenía e intente describir cómo ocurrió aquella situación y las razones y motivos a que se lo atribuye.

Pregunta 3. Aunque usted no identifique malestar indíquenos las enfermedades y problemáticas que ha sufrido en su vida y cómo lo vivía.

Pregunta 4. Si ha tenido más episodios de depresión a lo largo de la vida, descríbalos y analice sus posibles causas en los diferentes episodios.

Pregunta 5. Describa las diferentes enfermedades que ha tenido –agudas y crónicas- y díganos cuando surgieron. Díganos cuando aparecen y si tienen relación o no con el proceso depresivo.

Pregunta 6. Díganos qué terapias o tratamientos ha seguido para afrontar este “malestar” y si le han sido útiles o no.

Pregunta 7. Explique si cree usted que tiene suficiente apoyo con la familia y si recibe suficiente ayuda del personal sanitario.

Pregunta 8. Describa las consecuencias que cree ha tenido la depresión o “malestar” en su carácter, comportamiento o manera de ver la vida.

Pregunta 9. Explique todo lo que usted quiera conforme al tema de la depresión que sea importante para usted.

* Las entrevistas en pacientes con problemas de salud fueron un total de 26–12 hombres y 14 mujeres- se efectuaron en seis días del mes de septiembre de 2007. Se cumplimenta el cuestionario y se registran las entrevistas mediante grabadora para su análisis posterior. Existe una guía de entrevista a seguir pero el orden de los puntos o la omisión de alguno de ellos depende de cada caso y de la evolución de la entrevista. También se toman notas importantes de la conversación a la vez que se graban las entrevistas.

10.4. ANEXO 4. ESTUDIO CUALITATIVO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2007 (CUESTIONARIO Y ENTREVISTA)

4.1. CUESTIONARIO

- Sexo.....

- Edad.....

– Estado Civil

Soltera

Casada

Separada o divorciada

Viuda

- Hijos Si

No

- Salud.....

- Tabaco Si

No

- Alcohol Si

No

- Edad de inicio del malestar.....

- Edad del diagnóstico de fibromialgia.....

- 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, otros tipos? 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

.....

.....

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

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.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD (Historia de vida en pacientes con fibromialgia)

P 1. Describa a qué edad le diagnosticaron la fibromialgia y con qué acontecimientos lo relaciona. Intente analizar las causas exhaustivamente.

P 2. Díganos si le diagnosticaron depresión y con que acontecimientos lo relaciona.

P 3. Aunque le diagnosticaron fibromialgia o depresión en una fecha determinada díganos si empezó usted a notar cierto “malestar” similar al de las preguntas del test de Goldberg administrado, indíquenos la edad que tenía e intente describir cómo ocurrió aquella situación y las razones y motivos a que se lo atribuye.

P 4. Si ha tenido más episodios depresivos a lo largo de la vida, descríbalos y analice sus posibles causas en los diferentes episodios.

P 5. Describa las diferentes enfermedades que ha tenido –agudas y crónicas- y díganos cuando surgieron. Díganos cuando aparecen y si tienen relación o no con el proceso depresivo o con la fibromialgia.

P 6. Díganos qué terapias o tratamientos ha seguido para afrontar la fibromialgia y la depresión y si le han sido útiles o no.

P 7. Explique si cree usted que tiene suficiente apoyo con la familia y si recibe suficiente ayuda del personal sanitario.

P 8. Describa las consecuencias que cree que ha tenido la fibromialgia en su carácter, comportamiento o manera de ver la vida.

P 9. Explique todo lo que usted quiera conforme al tema de la fibromialgia y la depresión que sea importante para usted.

* Las entrevistas a mujeres con fibromialgia fueron un total de 20, no se entrevistó a ningún hombre puesto que en el campo de investigación utilizado no se encontró. Se realizan durante 4 meses, de mayo a julio y septiembre de 2007. Se cumplimenta el cuestionario y se registran las entrevistas mediante grabadora para su análisis posterior. Existen algunos casos que se nos pide que detengamos la grabación pues el paciente quiere asegurarse la confidencialidad. Existe una guía de entrevista a seguir pero el orden de los puntos o la omisión de alguno de ellos depende de cada caso y de la evolución de la entrevista. También se toman notas importantes de la conversación a la vez que se graban las entrevistas.

10.5. ANEXO 5. ESTUDIO CUALITATIVO. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A MÉDICOS, PSIQUIATRAS, PSICÓLOGO, REUMATÓLOGO 2007

P 1. Describa las causas que usted cree que son las que llevan a sufrir depresión en las mujeres y si difieren de los hombres.

P 2. Díganos si cree que las mujeres tienen diferentes maneras de expresar los síntomas depresivos y consultan de manera diferente a los hombres.

P 3. Explíquenos cómo trata la depresión, y qué criterios utilizan los médicos de familia para derivar a los pacientes a otro nivel asistencial más especializado.

P 4. Díganos que métodos de tratamiento recomienda y cuáles son los más adecuados.

P 5. Explique cuál es la situación actual de la depresión, si está aumentando últimamente y las causas a las que lo atribuye.

* Las entrevistas a 16 profesionales sanitarios -10 hombres y 16 mujeres- se realiza durante cinco meses, abril, mayo, junio, julio y septiembre de 2007. Sólo se registra una entrevista con grabadora –psiquiatra-. Estas entrevistas son complemento de las anteriores y se realizan muy espaciadas en el tiempo.

Las entrevistas realizadas a médicos de familia se realizan de manera más informal en el ámbito diario de trabajo que compartimos, la Atención Primaria. Se ha de solicitar permiso para realizar las entrevistas a los psiquiatras y psicólogo del Centro de Salud Mental. Se realiza una entrevista a un reumatólogo.

**10.6. ANEXO 6. ESTUDIO POBLACIONAL –EN UNA COMUNIDAD-
SOBRE LA DEPRESIÓN 2007-2008 (CUESTIONARIO)**

- Sexo.....
- Edad..... – Estado Civil Soltera
 Casada
 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

.....
.....

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.

10.7. ANEXO 7. EVALUACIÓN PROGRAMA DE IGUALDAD (CUESTIONARIO)

1. CUESTIONARIO A LAS MUJERES-HOMBRES

- 1.-Fecha nacimiento..... 2.- Sexo hombre 3.- E. Civil soltero-a
 en pareja
 mujer casado-a
 viudo
- 4.-Hijos Si No
- 5.-Tipo de contrato fijo interino eventual
- 6.-Cargo directivo Si No

7.-Nº de personas que viven en el domicilio (incluyéndote tu)

8. ¿Cómo es la ayuda recibida por tu familia? Marca con una cruz la que creas mas adecuada.

0-1(nada), 2-3(poco), 4-5-6(algo), 7-8(bastante), 9-10(mucho).

0 1 2 3 4 5 6 7 8

9 10

1.-El apoyo de mi familia en mi vida profesional en general ha sido														
2.-La ayuda en las tareas domésticas por mi cónyuge es														
3.-La responsabilidad del cuidado de los mayores y/o hijos recae mayoritariamente en mí														

- 9.- Trabajo doméstico (puedes marcar más de uno)
 lo hago yo lo hace mi pareja compartido
 empleada de hogar lo hago yo y me ayuda mi pareja lo hace mi pareja y le ayudo yo

¿Crees que la situación ha cambiado desde la formación que realizaste en el hogar? ¿Crees que ha sido positivo para ti y para los miembros restantes de la familia?

.....

- 10.- Formación realizada el último año, en horas a distancia.....
 Presencial.....

¿Crees que la formación ha mejorado el trabajo tanto en cantidad como en calidad desde la formación que recibiste?

.....

- 11.- ¿Ha mejorado la Conciliación Laboral?
 SI NO

Puedes organizar libremente tu agenda -visitas- si has de realizar algún asunto personal

-visita médica, entrevista tutor hijos, realizar trámites burocráticos.....-

- SI NO

Si la conciliación laboral ha mejorado especificar en que lo ha hecho - flexibilidad horaria, formación dentro del horario laboral, compensación de días libres por formación realizada fuera del horario laboral, promoción del teletrabajo...-

.....
.....
.....

12.- ¿Tienes más autonomía que antes de la formación a la hora de organizar tu TRABAJO? ¿Consideras que los cambios realizados han sido suficientes para mejorar tu capacidad de decisión y liderazgo?

.....
.....
.....

13.- ¿Crees que la actitud de tus responsables para impulsar los cambios hacia la igualdad ha sido?

- Muy Buena Buena Regular Mala
 Indiferente

14.- ¿Has tenido la posibilidad de presentarte a algún proceso de selección para mejorar la situación laboral?

- SI NO

15.- ¿Has sufrido acoso laboral (mobbing) o algún tipo de discriminación sexual o laboral en el último año?

- SI NO

¿Y si es así, se han tomado las medidas oportunas?

- SI NO

¿Crees que la situación ha mejorado en el último año?

.....
.....
.....

16.- Días de baja laboral en los últimos 2 años

.....

17.- Diría que mi salud global (física, psíquica, social) en la actualidad es de. Dicho de otra manera, mi nivel de felicidad (de 0 a 10)

.....

18.- ¿Crees que tu salud actual es mejor a la anterior después de incorporar algunos cambios para la Igualdad?

.....
.....
.....
.....

10.8. ANEXO 8

BIBLIOGRAFÍA

- Acedo, M. (2005): *El consumo de antidepresivos se triplica entre los españoles*. Disponible en tgh: www.diagonalperiodico.net/antigua/pdfs01/31cuerpo.pdf. Cuerpo [revista on-line]. 3 de marzo [Consultado el 12 de febrero del 2008].
- Aguinaga, J. (2004): *El precio de un hijo. Los dilemas de la maternidad en una sociedad desigual*, Random House Mondadori, S.A., Barcelona.
- Aguinaga, J. (2005): «Las teorías feministas» en Martínez Segarra, R. Parcerro Torre, C. Aguinaga Roustán, J. (coord.): *Agentes de igualdad de oportunidades: Acciones positivas en el marco de la cooperación*, Editorial Universitat Internacional S.L., Madrid.
- Alberdi Castell, R.M. (1999): «Mujeres Sanitarias: una historia de género», *Bioética y Debate*, may, vol. 4, n.º 6.
- Alberdi I. (1996): «Un amor para toda la vida» en Castaño C, Palacios S.: *Salud, dinero y amor. Cómo viven las mujeres españolas de hoy*, Alianza Editorial, Madrid.
- Alberdi I. (1999): *La nueva familia española*, Taurus, Madrid.
- Alberdi I. (1999): «La sociología del género como enfoque interdisciplinar del conocimiento» en Martínez Quintana V. (coord.): *Mujer y participación en las organizaciones*, UNED, Madrid.
- Alberdi I, Escario P, Matas N. (2000): *Las mujeres jóvenes en España*, Fundación “la Caixa”, Barcelona.
- Alberdi, I. Rojas Marcos, L. (2005): *Violencia: Tolerancia cero*, Fundación “la Caixa”, Barcelona.
- Alonso, J. et al (1997): «Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly», *Public Health*, n.º 87.
- Alonso, J. Prieto, L. Antó, JM. (1995): «La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos», *Med Clin*.
- Álvaro, J.L., Torregrossa, J.R. y Garrido Luque, A. (1992): *Influencias sociales y psicológicas en la salud*, Siglo XXI de España Editores, Madrid.
- Amorós, C y de Miguel, A. (eds.) (2005): *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización*, Minerva ediciones, S.L., Madrid.
- Amorós, C. (1995): *10 Palabras clave sobre mujer*, Ed Verbo Divino, Estella (Navarra).
- Amorós, C. (2005): *La gran diferencia y sus pequeñas cosas*, Ed.Cátedra, Madrid.

- Ander-Egg, E. (1993): *Técnicas de investigación social*, el Ateneo, México.
- Antonini, C. (2007). «Depresión. Tratamiento en el logro de objetivos», Interpsiquis.
- Añón, T. Directora del Instituto de Medicina Avanzada (2008): *La depresión se ha triplicado entre las mujeres trabajadoras*. Valenciahui 2008. Jueves 24 enero [Consultado el 12 de marzo del 2008].
- Arasa Favá, X. (2005): *Protocolo sobre fibromialgia. Área sanitaria de Tortosa-Terres de l'Ebre*. Sección de Reumatología. Hospital Virgen de la Cinta.
- Austin, T. (2000): «Dimensión social de la depresión: una mirada desde la modernidad », en: Foro-Panel: *Depresión: Modalidades de Intervención*, Agrupación servir y Servicio de Salud Magallanes, Universidad de Temuco.
- Astelarra, J. (2005): *Veinte años de políticas de igualdad*, ediciones cátedra, Instituto de la Mujer, Madrid.
- Ayuso Mateos, J.L. (2004): «Depresión: una prioridad en salud pública», *Med Clin*, vol 123, n.º 5.
- Balmón, C. (2000): «Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención Primaria», *Revista española de Neuropsiquiatría*, vol 24, n.º 90.
- Ballina García, L., Lacuevas, Iglesias García, Hernández Mejía. (1995): «La Fibromialgia», *Rev Clin Esp*, vol 195, n.º 5.
- Barona Vilar, J.L. (1998): *Salud mental, uno de los mayores retos sociales y sanitarios del siglo XXI. La construcción social de las enfermedades*. Director del departamento de Historia de la Ciencia y documentación, Universidad de Valencia.
- Barral, M^aJ., (2001): «Genes, género y cultura» en Miqueo, C., Tomás, C., Tejero, C., Barral, M^aJ., Fernández, T., Yago, T. (eds.)(2001): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, minerva ediciones, Madrid.
- Barrera, M.I. et al. (2005): «La fibromialgia ¿Un Síndrome funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cualitativo», *Salud Mental*, vol. 6, n.º 28.
- Bastida, R. (1988): *Sociología de las enfermedades mentales*, Siglo veintiuno, México.
- Bauman, Z (2005): *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*, Madrid, Fondo de cultura económica.
- Beauvoir, S. (1995): en *¿Qué hace que se enfermen las mujeres? Género y la economía política de la salud*. Traducción de los capítulos 1 y 2 del texto de L. Doyal: *What makes women sick? Gender and the political economy of health*, Macmillan. Londres.

- ˆ Bebbington, Rutter, Carpi & Moffit. en: Cova, F. (2005): «Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos», *Terapia Psicológica*, vol 23, n.º 1.
- Bebbington, P. «Psychosocial aetiology of schizophrenia and affective community study. In Michels R.Psychiatry». Philadelphia, Lippincot (Citado en Henderson Ob.cit) en Mas, J. (1993): *Mujer y Salud Mental. Mitos y Realidades*, Xiana Color Gráfico, SL, Madrid.
- ˆ Beck, U. Beck-Gernsheim. (1998): *El normal caos del amor. Las nuevas formas de relación amorosa*. Paidós, Barcelona.
- ˆ Beck, U. (2002): *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós, Barcelona.
- ˆ Beck, CT. (2002): «Revision of the postpartum depression predictors inventory», *Jobstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol 31, n.º 4.
- ˆ Bernis, C. López, M.R. Prado, C. Sebastián, J. (2001): *Salud y género. La salud de la mujer en el umbral del siglo XXI*, Instituto Universitario de estudios de la mujer., Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- ˆ Blanco, G. y Feldman, L. (2000): «Responsabilidades de las mujeres en el hogar y salud de la mujer trabajadora», *Salud Pública de México*, vol 42, n.º 3.
- Borrell, C. y Pasarín, J. (1999): «The study of social inequalities in health in Spain: where are we? » *Epidemiol Community Health*, 53.
- Brown, GW., Harris, TO. Peto, J. (1973): «Life events and Psychiatric disorders», *Psychol Med*, n.º 3.
- ˆ Brown, G. Harris, and T. (1978): «Social Origins of Depresión. Study of Psychiatric Disorder in Women», London Tavistok Publications en Sánchez, E (2004): «Por una sociología de la enfermedad mental: Etiología», Universidad Complutense de Madrid, Cuadernos de Trabajo Social, n.º 16.
- Brugulat, P. Seculi, E. Fusté, J. (2001): «Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de fuentes de información disponibles», *Gaceta Sanitaria*, vol 15, n.º 1.
- Brullet, C y Tenas, C. (1996): «Roles e identidades de género: una construcción social» en García, A. (Coord): *Sociología de las mujeres españolas*, Editorial Complutense, Madrid.
- Burín, M. Moncarz, E. Velásquez, S. (1990): *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Paidos, Buenos Aires.

- Burín, M. (1996): «Género y psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables» en Burín, M. y Dio Bleichmar, E. (comp.): *Género, psicoanálisis, subjetividad*, Paidós, Buenos Aires.
- Burín, M. (1998): «Ámbito familiar y construcción de género. Sobre la construcción de la subjetividad» en Burín, M. y Meler, I: *Género y Familia*, Paidós, Barcelona.
- Burín, M. y Meler, I. (1998): *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la sexualidad*, Paidós, Buenos Aires.
- Burruelo, J. (2002): «Primeros vínculos», *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, vol 4, n. °15.
- Cabruja, T. (1988): «La imagen popular de la locura» en Ibáñez, T. (Comp.): *Ideologías de la vida cotidiana*, Sendai Ediciones, Barcelona.
- Calvete, E. (2005): «Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos», *Ansiedad y estrés*, vol. 1, n. ° 2-3.
- Canas, M. (2003): *Sobre la medicalización*. Grupo Argentino para el uso social del medicamento (GAPURMED), E-fármacos. [on-line] 19 de septiembre, <http://www.boletinfarmacos.org/download/jun03.pdf>
- Carrasco, A. F. (2006): «Depresión», *Interpsiquis*.
- Carrera, M. (2007) Secretaria de Función Pública y Administración de la Administración: «Mujer y Trabajo en la Administración de los Primeros Años del Franquismo (de los años 40 a los 60)», *Funció Pública Generalitat de Catalunya*, n. ° 53.
- Casco, J. (1996): «Curar la salud», *Archipiélago*, n. ° 25.
- Castaño, C. y Palacios, S. (1996): *Salud, dinero y amor. Cómo viven las mujeres españolas de hoy*, Alianza Editorial, Madrid.
- Castells, M. (1997): «El fin del patriarcado: movimientos sociales, familia y sexualidad en la era de la información » en Castells: *La era de la información*, Alianza Editorial, Madrid.
- Castilla del Pino, C. (2002): «Un estudio sobre la depresión», *Lecturalia*.
- Castro-Costa, E. et al. (2007): «Prevalence of depressive symptoms and síndromes in ten europeans countries. The Share study», *The British Journal of Psychiatry*.
- Català, E. y Aliaga, L. (2003): «Manual del tratamiento del dolor», *Permanyer S.L*, Barcelona.
- Centro de Higiene Mental de Cornellá (compilación) (1999): *Mujer y Salud Mental. Reflexiones y experiencias*, Ediciones Gráficas Rey, S.L, Barcelona.

- Centro Nacional de La Salud de la Mujer, El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (2008), La Oficina para la Salud de las Mujeres, Instituto Nacional de Salud Mental. <http://www.nimh.nih.gov>.
- Charles, J.M^a. (2008): «Diagnóstico energético de la fibromialgia», *Ágora d'Infermería*, vol 12, n.º 1.
- Cobo, R. (1985): «Género» en Amorós, C. et al.: *10 Palabras clave sobre Mujer*, EVD, Estella.
- Cockerman, W. (2001): *Sociología de la Medicina.*, Prentice Hall, Madrid.
- Cooke, D.J. y Cooper B. *Psychiatric Epidemiology* (1987): The significance of life events as a cause of psychological and physical disorder, Crohem Helm, London.
- Cook, J.S., y Fontaine, K.L. (1993): *Enfermería psiquiátrica*, Interamericana, Mc Graw-Hill, Madrid.
- Collault-Valera, Juan (2008): «La p 300 indica el deterioro cognitivo asociado a la depresión», *Diario médico Febrero*. [Consultado el 19 de enero del 2008]. Doctor en neurociencias. Universidad Complutense Madrid. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/>.
- Cooper, B. (1987): *The Epidemiology of Psychiatric Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Comeche, M.I. Vallejo, M.A. (1998): «Dolor crónico» en Vallejo, M.A.: *Manual de terapia de conducta*, Dykinson, Madrid.
- Comisión de las Comunidades Europeas (1990), Cuadernos de las mujeres en Europa, El lugar que ocupa la mujer en el mercado laboral de la Comunidad Europea, Tendencias y evoluciones en los doce países de la CEE entre 1983 y 1990, Dykinson, Madrid.
- Comisión Europea (2008): *Women and men in decision-making: Analysis of the situation and trends*, Bruselas.
- Chocrón, L., Vilalta, J., Legazpi., I. Auquer, L. (1995): «Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria», *Aten primaria*, n.º 16.
- Cochrane, R. (1983): «The social creation of mental illness», Londres: Longman Apliet Sociology en Sánchez E: «Por una sociología de la enfermedad mental: Etiología». Universidad Complutense de Madrid, Cuadernos de Trabajo Social 2004, n.º 16.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005): *Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*, Bruselas.

- Comisión de las Comunidades Europeas (2007): *Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la igualdad entre hombres y mujeres*, Bruselas.
- X Congreso de Médicos y Biólogos de Cataluña Perpinyà (1976), 23-26 de Septiembre de. Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares y Sociedad Catalana de Biología (1978), Barcelona.
- Cook, JS. Y Fontaine, K.L. (1993): *Enfermería psiquiátrica*. Interamericana Mc Graw-Hill, Madrid.
- Cortés I, et al. (2004): «Desigualdades en la salud mental de la población ocupada», *Gaceta Sanitaria*, vol 18, n. °5.
- Corrado, L., Martin, R. and Weeks M. (2005): «Identifying and Interpreting Regional Convergence Clusters across Europe», *The Economic Journal*, forthcoming, vol. 115.
- Cova, F., Valdivia, M. y Maganto, C. (2005): «Diferencias de género en psicopatología en la niñez», *Revista Chilena de Pediatría*, vol. 76, n. ° 4.
- Cova, F., Caburto B., Sepulveda M.J. y Silva M. (2006): «Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes», *Psikhe*.
- Cova, F. (2005): «Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos», *Terapia Psicológica*, vol. 23, n. ° 1.
- Cyranowski, JM., Frank, E., Young, E. y Sear, MK. (2000): «Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression», *National Institute of Mental Health (NIMH). Archives of General Psychiatry*, n. ° 57. [Consultado el 10 de diciembre del 2007], Disponible a: <http://www.nimh.nih.gov>
- Delgado, M., González C. y Mas, J. (1993): «Morbilidad real y morbilidad en consulta en un distrito sanitario del sur de Madrid» en Mas, J. y Tesoro, A.: *Mujer y Salud Mental. Mitos y Realidades*, Xiana Color Gráfico, S.L, Madrid.
- De la Cruz, MJ., Fariñas, B., Herrera, A., y González, Mª T. (2001): *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*, Instituto Canario de la mujer, Fondo Social Europeo, Las Palmas.
- De la Garza, F. (2006): *Depresión, angustia y Bipolaridad. Guía para pacientes y familiares*, Trillas, Sevilla.
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers., R. y de Jongle, F. (2007): «Eficacia relative de la psicoterapia y de la terapia combinada en el tratamiento de la depresión: un metaanálisis», *European Psychiatry*, vol. 22, n. ° 22.
- De Miguel, JM. (1978): *Sociología de la Medicina*, Vicens Universidad, Barcelona.

- De Rosa, A. (1993): «Social representations and attitudes: Problems of coherence between the theoretical definition and procedure of research», Papers on Social Representations, vol.2, n.º 3.
- Delgado, M., González, C. y Mas, J. (1993): «Morbilidad real y morbilidad en consulta en un distrito sanitario del sur de Madrid» en Mas, J. y Tesoro, A.: *Mujer y Salud Mental. Mitos y Realidades*, Xiana Color Gráfico, S.L Madrid.
- Denton, M. y Walters, W. (1999): «Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health», Soc Sci Med.
- Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña, DOG Núm 5128 9-5-2008, www.gencat.net/eadop/imagenes/512808115242.pdf.
- Dio Bleichmar, E. (1991): *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de feminidad*, Siglo XXI de España editores S.A., Madrid.
- Dio Bleichmar, E. (1998): *La sexualidad femenina. De niña a mujer*, Paidós Ibérica S.A, Barcelona.
- Dio Bleichmar, E. (2001): *La depresión en la mujer*, Ediciones Temas de Hoy, S.A. Madrid.
- Doyle, L. (1995): *What makes women sick? Gender and the political economy of health*, Macmillan. Londres: 1995 en Kaber N. (2006): *Lugar preponderante del género en la erradicación de la pobreza y las metas de desarrollo del milenio*, Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo, Plaza y Valdés, S.A., México.
- Durán, C., Rius, C. (2003): «Abordaje psicosocial del dolor crónico» en Català, E. y Aliaga, L.: *Manual de tratamiento del dolor*, Permanyer S.L, Barcelona, p. 27-34.
- Durán, M.A. (1996): *Mujeres y hombres en la formación de la teoría sociológica*, CIS.Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- Durán, M.A. (2002): *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, Bilbao.
- Durán, M.A. (2003): *Diario de batalla. Mi lucha contra el cáncer*, Santillana Ediciones, S.L, Madrid.
- Durán, M.A. (2007): *El valor del tiempo. ¿Cuántas horas te faltan al día?*, Espasa Calpe S.A, Madrid.
- Durkheim, E. (1982): *El suicidio*, Akal, Madrid.
- Durkheim, E. (1995): *Las reglas del método sociológico y otros escritos sobre filosofía de las ciencias sociales*, Alianza Editorial, S.A., Madrid.
- Dwight, L., Dennis, S. y Lewis, L. (2007): *Depresión y trastornos bipolares*, McGraw-Hill.Interamericana, Madrid.
- El País (2007): «El sur de Europa, más proclive a la depresión», noviembre.

- Encuesta Nacional de Salud (1997), Subdirección General de epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- Encuesta Nacional de Salud (2006), Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- Enguita, MF. (1996): «El marxismo y las relaciones de género» en Durán M.A: *Mujeres y hombres en la formación de la teoría sociológica*, CIS, Academia, Madrid.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1981): *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*, la Sal, Barcelona.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1988): *Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad*, la Sal, Barcelona.
- Ehrenreich, B. y English D. (1990): *Por su propio bien. 150 años de consejos de los expertos*, Taurus, Madrid.
- Ember, CR., Ember, M. y Peregrine, P. (2002): *Antropología*, Pearson Prentice may, Madrid.
- Emslie, C., Hunt, K. y Macintyre, S. (1999): «Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees», *Soc Sci Med*, n.º 48.
- Erazo-Caicedo, M.I., Feixas, G. y Harter, L. (2008): «Factores cognitivos en la depresión», *Interpsiquis*.
- Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud (2007), Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. Disponible a: <http://publicaciones.administracion.es>.
- Eurostat (2002): *Las vidas de mujeres y hombres en Europa, un retrato estadístico*.
- Evans, D., Charney, D. y Lewis, L. (2007): *Guía para el médico. Depresión y trastornos bipolares*, McGraw Hill-Interamericana, Madrid.
- Ezcurra, J., González-Pinto, A. y Gutierrez, M. (2006): *Psiquiatría y Mujer*, Aula Médica Ediciones, Madrid.
- Ferketick, AK., Schwartzbaum, JA., Frid, DJ. y Moeschberger, ML. (2000): «Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study, National Health and Nutrition Examination Survey, *Archives of Internal Medicine*, vol. 160, n.º 9.
- Fernández, A. (1992): *Las mujeres en la investigación colectiva: Una historia de discriminación y resistencias*, Paidós, Buenos Aires.
- Fernández, J. (1997): *Morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria*, Tesis doctoral, Granada.Universidad de Granada.

- Fernández, J.L., et al. (1996): « El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios médicos y de enfermería», *Atención Primaria*, n.º 18.
- Ferré, C. (2005): *Depresión: Pacientes y Familiares*, Cossetania, Valls.
- Fisch (1987), Henningsen (2003) en Peralta-Pedrero, Mercado, E., Gruz, A. y Sánchez O. (2006): «Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar», *Rev Mediagráfica. Inst Mex Seguro Soc.*; vol. 44, n.º 5.
- Foucault, M. (1976): *Vigilar y castigar*, Siglo XXI, México.
- Foucault, M. (1984): *Enfermedad mental y personalidad*, Paidós, Barcelona.
- Freixas, Farré A. (2006) : «Demà més. Dones, vides i temps», Institut Català de les dones, vol. 3, n.º 8.
- Galindo, Parres C. (2004): «Fibromialgia», *Dolor*, n.º 19.
- Galtung, J. (1990): «Cultural Violence», *Journal of Peace Research*, vol. 27, n.º 3.
- García Campayo, J. y Alda, M. (2004): «La vivencia de la sexualidad en pacientes con fibromialgia: un estudio cualitativo», *Archivos de psiquiatría*, vol. 67, n.º 3.
- García Campayo, J. y Lou, Arnal S. (2006): «Trastornos afectivos y género», *Claves en Salud Mental*, Monografía.
- García de León, A. (2002): *Herederas y heridas. Sobre las élites profesionales femeninas*, Cátedra, Madrid.
- García, M. (1995): «Mujer, trabajo y salud», *Abaco: revista de cultura y ciencias sociales*, vol. 6, n.º 7.
- García-Macià, R. (2007), Responsable del servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, *La Vanguardia*. 30 de septiembre.
- García-Solano, F. (2001): «Midiendo la prevalencia de la depresión », Departamento de Psiquiatría, Hospital Gregorio Marañón, *Geriatría Gerontológica*, vol. 36, n.º 3.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (1998): *20 anys del REGICOR. Registre Gironí del Cor 1978-1988*, Sant Julià de Llor-Bonmatí: Servei Català de la Salut.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. (1996): *Enquesta de salut de Catalunya*, Servei Català de la Salut, Barcelona.
- Giddens, A. (1993): *Sociología*, Alianza Editorial, Madrid.
- Giddens, A. (2002): *Género y Sexualidad*, Alianza Universidad, Madrid.
- Gil Calvo, E. (2006): *Máscaras masculinas. Héroes, patriarcas y monstruos*, Anagrama S.A, Barcelona.
- Giner, S. (1985): *Sociología*, Ediciones Península, Barcelona.

- Giner, S., Lamo de Espinosa, E. y Torres, C. (1998): *Diccionario de sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gobierno de Cataluña, Generalitat de Catalunya (2006) <http://www.gencat.net/eadop/imagenes/512808115242.pdf>.
- Goffman, E. (1993): *Estigma: La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., Grayson, D. (1988): «Detecting anxiety and depression in general medical settings», *Br Med J*, vol.297, nº 6653, pp.897-899.
- Goldenberg, L. (1998): «Fibromyalgia and related syndromes», *Rheumatology*
- Gómez, V. (2004): «Estrés y salud en mujeres que desempeñan múltiples roles», *Avances en Psicología Latinoamericana*, n.º 22.
- González, A. (2003): «Depresión y fibromialgia», *Agenda Salud Isis Internacional*, n.º 31.
- González de Rivera, J.L. (1981): «La depresión», *Gaceta Ilustrada*, n.º 286.
- González, Duro E. (1999): «Diferencias de género en salud mental», *Médico del Servicio de Psiquiatría Hospital General "Gregorio Marañón" Madrid*, *Psiquis*.
- González, F. (1999):« ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aún no clasificado? La fibromialgia », *Psiquiatría.com*, vol. 3, n.º 3, [Consultado el 23 de diciembre del 2007].
- González, S., Fernández, C., Pérez, J. y Amigo, I. (2007): «Variables predictoras de los resultados de un programa de prevención secundaria de la depresión», *Universidad de Oviedo, International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 7, n.º 3.
- González, V. (2004): «Acoso laboral. Aproximación al moobing», *Semergen*, vol. 30, n.º 1, pp. 3-7.
- González, V.M. (2003): *Trastornos afectivos en Atención Primaria*, en: *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad, Atención Primaria de Calidad*, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Internacional Marketing & Communications, S.A.
- González, M.T., Landero, R. (2006): «Variables asociadas a la depresión: un modelo de regresión logística», *REMA*, vol. 11, n.º 1, pp. 16-30.
- González de Chávez, M.A. (1993): *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*, Siglo veintiuno de España Editores, S.A, Madrid.
- Goode, William J, Hatt, Paul K. (1991): *Métodos de investigación social*, Trillas, México.
- Gove, MR. (1988): «Mentall illness and psychiatric treatment among woman. In: the psychology of women», *Harvard University Press*, Walsh MR (editor).

- Granel, A. (2006): «Pacientes con síndromes somáticos no explicables», Evid. actual pract. Ambul., vo. 9, n. ° 6.
- Granger, B. (2003): « ¿Es la depresión una moda?», mundo científico, n. ° 246.
- Grupo de Estudio del GAPS. (1985): *El papel del médico en la educación sanitaria*, Colegio de Médicos de Barcelona, De Laia, Barcelona.
- Hastien, M., Bjerkeset, O., Devey, M., Prince M., Overlan S. y Stewart, R. (2007): « Anxiety, depression, and cause-specific mortality», Psychosomatic Medicine, vol. 69, n. ° 4.
- Healy, D. (2002) : *Le temps desantidepressseurs*, Les empêcheurs de penser en rond.
- Hernández, R., Corbalán, F. y Limiaña, R.M. (2007): «Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia», Anales de psicología, vol.23, n. ° 1.
- Horn, Sineke. (2004): «Nuevas tendencias en la investigación en la Salud Mental», Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, vol. 24, n. ° 90.
- V Informe sociológico sobre la situación social en España (1995): *Sociedad para todos en el año 2000*, Documentación social 101.
- Inglehart, R. (1988): *Cultura política y democracia estable.*, Reis.
- Instituto de Estudios de la Mujer (2000): *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*, Vol. 29, Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2003): *Situación laboral de la mujer en España*, Centro de documentación.
- Instituto de la Mujer (2005): *Estudio sobre la conciliación de la vida familiar y la vida laboral: Situación actual, necesidades y demandas*, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.
- Instituto de la Mujer (2003): *Guía para la incorporación de la igualdad de oportunidades en las actuaciones de los fondos Estructurales*, Secretaria general de asuntos sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Instituto de la Mujer (2008): *Tasas de ocupación en la Unión Europea. Elaboración propia a partir del Anuario de Estadísticas laborales*, Ministerio de Trabajo y de Ciencias Sociales Madrid.
- Institutos Nacionales de Salud (NIH) (1997): *Programa de Trabajo para la Investigación de la Salud de la Mujer en el Siglo XXI, Nuevas Fronteras en la Salud de la Mujer*. publicación nº. 01-4392, EE.UU. (En español), <http://www.nih.gov/>

- ˆ Isla, P. (2008): «La salud en su contexto político, económico y social», *Rol Enf*, vol. 31, n.º 2.
- ˆ Jethà, C., Ryan, C. y Ribera, M.V. (2002): «Aspectos psicológicos del dolor» en: *Unidades del dolor. Realidad de hoy, reto para el futuro*, Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.
- Kaufmann, A. E., (2008): «Más allá de la ley de Igualdad: El síndrome de la niña buena», *Jornadas de Sociología y Tecnología: ¿Qué futuro nos espera?*, 20-21 de Noviembre, Universidad de Alcalá. [Consultado el 24 de Noviembre de 2008] disponible a <http://aecop.net/2008/11/jornadas-de-sociologia-sociedad-y-tecnologia-%C2%BFque-futuro-nos-espera/>
- Kennedy, R., Sutfeld. (2001): «Depresión post-parto», *Medscape*, vol. 6, n.º 4.
- ˆ Klaric, D. (1976): « L'absenteisme, un droit nouveau pour le travailleur? », *Revue de l'Institut de Sociologie*, n.º 4. en: Martínez Quintana V, *Problemas en el concepto y en la noción del absentismo y tendencias*.
- Kluckhohn, C. (1991): «Cultura y personalidad» en Tezanos J.: *La explicación de la teoría sociológica: Una introducción a la sociología*, UNED, Madrid.
- Krief, B. (1998): «El coste social de los trastornos de salud mental en España».en Ayuso, M.: *Depresión: una prioridad en salud pública*, Consultores para Europa Bernard Krief, Gabinete de Estudios Sociológicos, Madrid.
- Lagarde, M. (2006): «Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas y locas» en Navia, C.: «Misia señora, de Alba Lucía Angel: La femenina identidad imposible», *Espéculo, Revista de estudios literarios*. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/especulo/numero34/misia.html>
- Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O. y Silventoinen, K. (1999): «Gender differences in ill health in Finland: patterns, magnitude and change», *Soc Sci Med*, n.º 48.
- Laqueur, T. (1990): *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Cátedra, Madrid.
- Lara, AM. (2003): «Intervención Psicosocial para mujeres con depresión», *Symposium Mujer y Salud del SSA y el Instituto Nacional de Perinatología, Perinatología Reproductiva Humana*, vol. 17, n.º 4.
- ˆ Lara, M.A., Berenzon, S., Acevedo, M.C. (2004): «La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres», *Cad. Saúde Pública. Río de Janeiro*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz., vol. 20, n.º 3.

- Las Heras, Pinilla P. (2007): *Nuevo contrato social mujeres-hombres*, Curso experto universitario igualdad oportunidad para las mujeres, UNED, Madrid.
- León, H. (2005): «Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social», *Revista de psiquiatría y salud mental Emilio Valdizan*, vo. 6, n.º 1.
- Levinton Dolman, N. (2000): «El superyó femenino», II Jornadas de Salud Mental y Género octubre 9-10, en: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Lewisohn, PM., Hyman, H., Roberts, RE., Seeley, JR y Andrews, JA. (1993): «Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students», *Journal of Abnormal Psychology*, n.º 102, pp. 133-44, National Institute of Mental Health (NIMH). Public Information and Communications Branch. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>.
- Barry, L.; et al. (2008): «Higher burden depression among older women», *Arch Gen Psychiatry*, vol. 65, n.º 2.
- López Adduard, S. (2000): «Depresión y mujer», I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 20 de agosto 2007]; Conferencia 5-CI-B: [16 pantallas]. Disponible http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa5/conferencias/5_ci_b.htm.
- López-Araquistán, L., Cardoner, N., Urretavizcaya, M. (2006): «Género, procesamiento emocional y trastornos afectivos» en Ezcurra J., González-Pinto A., Gutierrez M. (editores): *Psiquiatría y mujer*, Grupo Aula Médica S.L.
- Lopez Ibor, J.J. (1972): «Masked depression», *Brit. J. Psychiatry*, n.º 12.
- López Ibor, J.J. (2002): Director del Instituto de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, [http:// www.hrc.es/info/memoria /psiquiatria.htm](http://www.hrc.es/info/memoria/psiquiatria.htm).
- López J., López M.A., Estela, B., Villamil, V. (2005): «Estudio de doble ciego con antidepresivos, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada», *Salud mental*, n.º 27.
- López Pardina, T. (1995): *Palabras clave sobre mujer. Autonomía*, Ed Vervo Divino, Estella (Navarra).
- Lozano, C. y Ortiz, A. (2004): «El incremento en la prescripción de antidepresivos. ¿Una panacea demasiado cara?», *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, vol. 24, n.º 90.
- Lukes S (1984): *Émile Durkheim. Su vida y su obra*, Siglo XXI de España Editores, S.A., Madrid.
- Luna, P. (2007): «El sur de Europa, más proclive a la depresión», *El País* 6 de noviembre.

- McBride AB. (1988): «Mental health effects of women's multiple roles», *Image*, vol. 20, n.º 1.
- Machado, F., García, T., Moya, N., y cols. (1997): «Depresión puerperal. Factores relacionados», *Atención Primaria*, vol 20, n.º 4.
- Martínez, E., González, O., Crespo J.M. (2003): Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos, *Rev Salud Global-Salud Mental*, vol. 3, n.º 4.
- Marrugat, J., Sala, J., Masià, R., Pavesa, M., Sanz, G., Valle, V. et al. (1999): «Mortality differences between men and women following first myocardial infarction», *JAMA*, n.º 280.
- Martín, C. (2005): *Prevalencia y Atención a los Trastornos mentales en una comunidad rural*, [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada.
- Martínez, E., González, O., Crespo, J.M. (2003): «Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos», *Rev Salud Global-Salud Mental*, vol. 3, n.º 4.
- Martínez F. 2005: «Dolor somatomorfo vs. Fibromialgia (¿Galgos o podencos?)», *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, n.º 73.
- Martínez, M. (2005): «Unidos para una mejor calidad asistencial», *Sociedad Española de Reumatología, Los reumatismos*, vol. 11, n.º 3.
- Martínez Quintana V. (1990): «Origen y evolución del absentismo laboral en España desde la perspectiva de la sociología», *Esic Market*, n.º 68.
- Martínez Quintana, V. (1992): «Mujer, trabajo y maternidad. Problemas y alternativas de las madres que trabajan», *Serie estudios n.º 30*, Instituto de la Mujer, Madrid.
- Martínez Quintana, V. (1994): «Problemas en el concepto y en la noción del absentismo y tendencias recientes en España», *Esic market*, n.º 84.
- Martínez Quintana, V. (1995): «El absentismo: un indicador de salud laboral», *Abaco: revista de cultura y ciencias sociales*, nº 6 y 7, Segunda Época, 1995.
- Martínez Quintana, V. (Coord.)(1999): *Mujer y participación en las organizaciones. Trayectorias y tendencias en la sociedad actual*. Estudios de la UNED, UNED, Primera reimpresión en abril de 2002. Madrid.
- Martínez Quintana, V. (2001): *Estudios y políticas sociales para las mujeres*, UNED, Madrid.
- Martínez Quintana, V. (2006): «Asociacionismo y voluntariado» en Martínez Quintana, V. (Coordinadora) (2006): *Problemas sociales de género en el mundo global*, ed. Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid.

- Martínez Quintana, V. (2007): *Sociedades y mundo. De la teoría a la práctica en la ciencia sociológica*, Ediciones Académicas, Madrid.
- Marwan, N., Baliki, et al. Beyond Feeling. (2008): «Chronic pain hurts the brain, disrupting the default-mode network dynamics», *The journals of neuroscience*, vol. 28, n.º 6.
- Martínez, R., Parceró, C. y Aguinaga, J. (2006): *Agentes de Igualdad de oportunidades: Acciones positivas en el marco de la cooperación*, Universitas Internacional S.L, Madrid.
- Mas, J., Desviat M. y Cabrera C. Diferencia de morbilidad psiquiátrica entre géneros. En: Mas, J, Tesoro, A. (1993): *Mujer y Salud Mental. Mitos y Realidades*, Xiana Color Gráfico, S.L, Madrid.
- Mateu, S. (2006): «La dependencia sentimental de la violencia de género», *Salud Global*, vol 6, n.º 1.
- Matud, M.P., Guerrero, k. y Matías, R. (2006): «Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión», *Universidad de la Laguna. International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, n.º 1.
- Matud, P., et al. (2001): «Relación estrés-salud en las mujeres: estudio prospectivo de los factores personales y sociales más relevantes implicados», En <http://www.usc.es/smucea> .
- Matud, M.P. (2004): «Depresión y género», *II Symposium Nacional de Depresión: avances en la Evaluación y tratamiento*, Universidad la Laguna. Asociación española de Psicología Conductual [consultada 06 de diciembre 2007]. Disponible a: <http://www.aepc.es/resumenes.php?q=ver&id=2>.
- McBride, AB. (1988): «Mental health effects of women's multiple roles», *Image*, vol. 20, n.º 1.
- Méndez, M.A., Muñoz, M., Sevilla, L. (2006): «Enfermería ante la depresión», *Boletín de enfermería de Atención Primaria*, vol. 3, n.º 6.
- Mental Health Association of Colorado (2007). *La Depresión Clínica y la Mujer*, [http:// www.mhacolorado.org](http://www.mhacolorado.org).
- Miqueo, C., Tomás, C., Tejero, C., Barral, M^aJ., Fernández, T., Yago, T. (eds.)(2001): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, minerva ediciones, Madrid.
- Mingote, J.C. (2004): «Enfermedades Psicosomáticas. Factores psicológicos que afectan a la salud», *Curso de Formación Continuada en Psiquiatría*, Hospital Universitario 12 de Octubre, Edimsa, Madrid, Módulo 1.

- Mingote, J.C. (2004): «Enfermedades Psicosomáticas. Factores psicológicos que afectan a la salud», Hospital Universitario 12 de Octubre, Edimsa, Madrid.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000): *Programa Óptima*, Instituto de la Mujer, Unión Europea. Fondo Social Europeo.
www.tt.mtas.es/optima/contenido/index.html
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004): [Guía para la aplicación transversal del principio de igualdad de oportunidades en proyectos de Inserción Igual](#), Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005): *Informe Salud y Género*, Observatorio de Salud de la Mujer (OSM), Madrid.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007): *Proyecto Share: Encuesta de salud, envejecimiento y jubilación de Europa. Perfiles y tendencias*, Secretaria de estado de servicios sociales, familias y discapacidad, n.º 30.
- Monsalve, V, et al. (2005): « Factores psicológicos y dolor postoperatorio» en Aliaga L.: *Dolor agudo y Postoperatorio. Teoría y práctica*, Caduceo Multimedia, S.L.
- Montón, C., Pérez, J., Campos, R., García Campayo, J. y Lobo, A. (1993): « Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía eficaz para la detección de malestar psíquico», *Aten Primaria*, vol. 12, n.º 12.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J. y Vázquez-Barquero, J., et al. (2004): «Género y salud Mental en un mundo cambiante», *Gaceta Sanitaria*.
- Moreno, A. (2007): «La violencia de la mujer persiste porque la sociedad igualitaria es solo un mito», [en línea] marzo 9 [fecha de acceso 29 de abril de 2007]. Universidad Pontificia de Comillas disponible en <http://www.fiuc.org/phorum-5.0.21/read.php?1,2621,2621>.
- Moreno, ME. Et al. (2000): «Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos», *Atención Primaria*, vol 26, n.º 8.
- Muñoz, A., Martínez, A., Iraurg, I., Galienz, T., Sanz, M. (2004): «El papel de la situación laboral de la mujer en su bienestar emocional», *Psiquis*, vol 25, n.º 4.
- NIMH –National Institute of Mental Health- (2004): « Los hombres y la depresión», Public Information and Communications Branch, Bethesda. <http://www.nimh.nih.gov>.
- National Institute of Mental Health (NIMH). Depresion. Department of health and human services. [Consultado en enero del 2007] Disponible a: <http://www.nimh.nih.gov>
- Navia Velasco, C. (2006) «Misia señora, de Alba Lucía Angel: La femenina identidad imposible», *Espéculo*, Revista de estudios literarios. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/especulo/numero34/misia.html>.

- Nazar, A., Zapata, E. (1998): «Género, pobreza y salud mental», Responsable de la línea de investigación Género y Salud Reproductiva de la División de Población y Salud de ECOSUR, responsable del área de Género y Mujer Rural del Centro de Estudios del Desarrollo Rural.
<http://www.ecosur.mx/Difusi%F3n/ecofronteras/ecofrontera/ecofront15/pdf/genero-pobreza.pdf>
- Observatorio de Salud de la Mujer (2005): Secretaria General de Sanidad, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Informe Salud y Género, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- Oficina Internacional Del Trabajo (2000): *Mental health in the workplace: Introduction*, Preparado por Phyllis Gabriel y Marjo-Riitta Liimatainen, Ginebra, octubre.
- OIT. (Organización Internacional del Trabajo) (2008): *Tendencias mundiales del empleo en las mujeres*, Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2004): *Invertir en Salud Mental*, Departamento de Salud Mental y abuso de sustancias, Salud mental, Siglo XXI, Madrid.
- Ortiz M. (2003): «Fibromialgia: las delicadas fibras del alma», Agenda Salud. Isis Internacional, n.º 31, <http://www.isis.cl>.
- Osborne, R. (1989): *Las mujeres en la encrucijada de la sexualidad. Una aproximación desde el feminismo*, De les dones, La Sal, edicions S.A., Barcelona.
- Osborne R. (1993): *La construcción sexual de la realidad*, Ed.Cátedra, Madrid.
- Osborne R. (1996): « ¿Son las mujeres una minoría? », Isegoría, Madrid, n.º 14, oct.
- Osborne, R., Guasch O. (2003): *Sociología de la sexualidad*, CIS –Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- Osborne, R. (2005): *Desigualdad y relaciones de género en las organizaciones: diferencias numéricas, acción positiva y paridad*, Política y Sociedad, vol. 42, n.º 2.
- Palomar C. (2004): «Malas madres: la construcción social de la maternidad. Debate feminista », Maternidades, vol. 15, n.º 30.
- Paniagua H. García S. (2003): «Signos de alerta de trastornos alimentarios, de depresión, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria», Rev Esp. Salud Pública, n.º 77.
- Pascual, A., García Campayo, J., Lou, S., Ibáñez, J.A. (2004): «Evaluación psicométrica en fibromialgia». C. Med.Psicosom, n.º 71-72.
- Paykel, ES. (1974): «Recent life events and clinical depression» en Gunderson, E.K.E., Rahe, RH (editor.), Life Stress and illness.

- Pedregosa, M., Torras, M.T., Paredes, E., Català, M., García A. (2005): «Depresión y cáncer de mama. ¿Hay alguna relación entre ellos?», Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, n.º 73.
- Peralta, M.L, Mercado, E, Cruz, A, Sánchez, O, et al. (2006): «Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar», Rev Med Inst Mex Seguro Soc, vol.º 44, n.º 5.
- Perdiguero, E, Comelles J.M. (2000): *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*, Barcelona: Bellaterra.
- Pérez, A. (2006): «Violencia de género y malos tratos: principales acciones» en Martínez Quintana, V.: *Problemas sociales de género en el mundo global*, Centro de estudios Ramón Areces S.A., Madrid.
- Pérez, I. (2006): «El suicidio en la España de hoy», Gac Sanit., vol. 20, n.º 1.
- Perkins, C. (2001): «El papel de pared amarillo» en: *Cinco mujeres locas*, Lumen.
- Pérez, F. (2004): «Estrés y salud mental», Ateneo: revista cultural del Ateneo de Cádiz, n.º 4.
- Pernas, B. (2001): «Las raíces del acoso sexual: Las relaciones de poder y sumisión en el trabajo» en Osborne, R.: *La violencia contra las mujeres. Realidad social y políticas públicas*, UNED Ediciones, Madrid.
- Piñol, J.L., Aragonés, E., Labad, A. (2005): «Estudio de los trastornos depresivos en atención primaria de salud», Psiquiatría biológica, vol 12, n.º 5.
- Piñuel, I. (2002): «Informe Cisneros II sobre violencia en el entorno laboral» en González V. (2004): «Acoso laboral. Aproximación al moobing», Semergen, vol. 30, n.º 1.
- Piqué Prado, E. (2003): «Mujer y salud desde una perspectiva de género», Metas, vol. 53, n.º 3.
- Plazaola. J. y Ruiz, I. (2004): «Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica», Med Clin., n.º 122.
- Poal, G. (1995): «Reflexiones en torno a los aspectos psicosociales en la relación mujeres-mundo laboral», Cuaderno de relaciones laborales, Universidad Complutense, n.º 6.
- Pomeroy, C., Mitchell, J., Roerig, J., Crow, S. (2005): *Complicaciones médicas de los trastornos psiquiátricos*, Luzán 5, S.A., Madrid.
- Queral i Casanova, R.G. (1993): «La condición femenina del cuidar», Papeles de enfermería, vol. 5, n.º 2.
- Quivy, R y Campenhoudt, Luc Van. (1992): *Manual de investigación en ciencias sociales*, Editorial Limusa, S, A., México.

- Ramos, R (1996): «Los saberes del patriarca: Emile Durkeim y el suicidio de las mujeres» en Durán M.A: *Mujeres y hombres en la formación de la teoría sociológica*, CIS, Academia, Madrid.
- Ramos, J.A. y Cordero, A. (1997): «Clasificación endógeno-exógena neurótica de la depresión: monistas, binarios y secuenciales», *Psiquiatría.com* vol 1., n.º 2.
- Raya, Ortega, L. (2004): «La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica», *Atención Primaria*, vol. 34, n.º 3.
- Red feminista de Cataluña. (2007): «Ser mujer no es ninguna enfermedad» en: *Sabemos hacer y hacemos saber*.
- Ribes, J. (2004): «Estudio epidemiológico de las tentativas de suicidio en la ciudad de Valencia y su área metropolitana» [tesis doctoral].
- Rigor, A, Ugalde, M. (2007): *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*, Eselvier Masson, Barcelona.
- Ritzer, G. (1994): *Teoría sociológica clásica*, McGraw Hill, México.
- Rivera Guerra, M. (1994): *Nombrar el mundo en femenino*, Icaria, Barcelona.
- Robles, P. (2000): «Conciliación del trabajo y de la vida privada», *IBM Survey*.
- Rodríguez, B et al. (2005): «Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de Incapacidad Laboral en la Comunidad de Madrid», *Maphre Medicina*, n.º 16.
- Rodríguez Magda, R.M. (1994): *Femenino fin de siglo*, Anthropos, Barcelona.
- Rohlf, I., De Andrés, J, Artaco, L., Ribalta, M., Borrel, C. (1997): «Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres», *Med Clin (Barc)*, n.º 108.
- Romeo, J., Cuadras C.M., Peris A. (1997): «Identificación de los "síntomas guía" de la depresión enmascarada: Análisis sobre su validez predictiva», *Rev. de Psiquiatría y Psicología Médica*, vol.13, n.º 1.
- Romo, N., Vega A., Meneses C., Gil, E., Markez, I., Poo, M. (2003): «Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres», *Revista española de drogodependencias*, vol. 28, n.º 4.
- Ruiz, M.T, Verdú, M. (2004): «El sesgo de género en el esfuerzo terapéutico», *Gaceta Sanit.*, vol. 18, n.º 1.
- Saarni Samuli, I. (2007): «Impacto de los trastornos psiquiátricos en la calidad de vida relacionada con la salud: encuesta poblacional general», *British Journal of Psychiatry*, n.º 190, n.º 4.
- Sáez Buenaventura, C. (1988): *Sobre mujer y salud mental*, Barcelona, la Sal.

- Secretaria de la mujer (2000): *Mujeres unidad y diversidad. Un debate sobre la identidad de género*, Federación de Enseñanza de CC.OO, Madrid.
- Saiz, J., Baca, E., Severino A. Dimorfismo sexual en la conducta suicida. En: Ezcurra, González-Pinto, A, Gutiérrez, M. (2006): *Psiquiatría y mujer*, Aula Médica Ediciones, Madrid.
- Sánchez Moreno, E. (2004): «Por una sociología de la enfermedad mental: Etiología», Universidad Complutense de Madrid, Cuadernos de Trabajo Social, n.º 16.
- Sánchez Moreno, E. (1998): «Apoyo social, integración social y salud mental», *Psicología Social*, n.º 13.
- Sánchez Romero, M. (2000): «El lugar de la mujer en la prehistoria», *Mundo neandertal*, n.º 28.
- Sánchez Morales R. (1999): «Las mujeres “sin hogar” en la España de final de siglo», *A distancia*, n.º 1.
- Sánchez Morales, M.R. (2002): «La fragilización/crisis de la familia tradicional española y el debilitamiento de las principales instituciones sociales» en Tezanos J.F.: «Clase, status y poder en las sociedades emergentes: Quinto Foro sobre Tendencias Sociales», Sistema.
- Santos Ortega, J.A. (1995): *Sociología del trabajo*, Tirant lo blanch, Valencia.
- Sarraceno, B., Leva I., Kohn R. (2005): «Investigación sobre los factores socioeconómicos relacionados con la esquizofrenia y la depresión mayor; su trascendencia para la salud pública», *World Psychiatry*.
- Sau, V. (2001): «Cultura y envejecimiento desde la perspectiva de género: mujeres mayores de edad», *Rev Mult Gerontol*, vol. 11, n.º 4.
- Segal, Z., Williams, J., Teasdale, J. (2006): «Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas», Desclée de Browber S.A., Bilbao.
- Sellitz, J., Deutsch y Cooke (1965): *Métodos de investigación en relaciones sociales*, Rialp, Madrid.
- Sempere, J., Mouriño, C., González M. (1998): «Menopausia y depresión», *Psiquiatría Pública*, vol. 1º, n.º 4.
- Simon, E et al. (1999): «An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression», *New England Journal of Medicine* n.º 341.
- Simon, H. (1994): «Les motivations de l'absentisme» en: «Problemas en el concepto y en la noción del absentismo y tendencias recientes en España», *Esic market*, n.º 84.

- Sirera, R., Sánchez, P., Camps, C. (2006): «Inmunología, estrés, depresión y cáncer», *Psicooncología*, vol. 3, n.º 1.
- Sobel, D., Ornstein, R. (2000): *Manual de la salud del cuerpo y de la mente*, Cairós S.A., Barcelona.
- Sourrouille, J. (2007): «Efectos psíquicos en la mujer a partir de la maternidad», *Interpsiquis*.
- Strock, M., De Paulo, R., Frank, E. (2000): *Depresión*, Department of health and human services, Public Health Service, National Institute of Mental Health.. <http://www.nimh.nih.gov>.
- Talarn, A (2007): *Globalización y salud mental*, Herder Editorial, S.L., Barcelona.
- Talbot, F., Nouwen, A. (2000A): «Review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? » *Diabetes care*, n.º 23.
- The Cleveland Clinic Department of Patient Education and Health Information 9500 Euclid Ave. (2007): *La depresión en los hombres*, The Cleveland Clinic 2007. <http://my.clevelandclinic.org/default.aspx>
- Távora, A (2001): «El género y los esquemas de referencia en salud mental» en Miqueo, C., Tomás, C., Tejero, C, Barral, Mª J, Fernández T, Yago T. (eds.): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Minerva Ediciones, Madrid.
- Tezanos, J.F. (1991): *La explicación sociológica: Una introducción a la sociología*, Madrid: UNED.
- Tezanos, J.F. (2002): *Tendencias sociales de nuestra época. Los impactos de la revolución tecnológica*, lección inaugural del curso 2002-2003. UNED, 8 de octubre de 2002, Madrid.
- Tezanos, J.F. (2004): *La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*, Biblioteca nueva S.A., Madrid.
- Torres, M. et al. (2006): *Psicología y Salud: Una visión integradora de los conflictos psicológicos*, editorialuoc, Barcelona.
- Tortosa, M. (1994): «Violencia y pobreza: una relación estrecha», *Papeles*, 50.
- Tronto, J. (2007): *Democratic caring and caring democracies*, *Soc estado*, vol. 22, n.º 2.
- Tuber, S. (1991) «Morbilidad mental diferencial», en Valls Llobet, C. Méndez, E. (1991): «Mujer y calidad de vida». *Quaderns CAPS*, Barcelona, n.º 16.
- Tuber, S (1994) «La maternidad en el discurso de las nuevas tecnologías reproductivas» en de la Concha, A y Osborne, R. (eds): *Las mujeres y los niños primero. Discursos de la maternidad*, Icaria, Barcelona.

- Tucker, JS, Friedman, HS, Schwartz, JE., y cols. (1997): « Ptal divorce: effects on individual behaviour and longevity», *Journal of personality and social psychology*, n.º 73.
- Tylor, S.J., Bodgan, R. (1996): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Paidós, Barcelona.
- Unidad de políticas comparadas (CSIC) (2002). Salido O: *La participación laboral de las mujeres en España: cifras para un debate*, Universidad Complutense, n.º 15.
- Vallejo, J. (2006): *Introducción a la psicopatología y a la Psiquiatría*, Masson, Barcelona.
- Vallejo, J. (2005): *Psiquiatría en Atención Primaria*. Barcelona: Ars Médica.
- Vallejo, J. (2004): *Psiquiatría en Atención Primaria*. Psiquiatría Editores, S.L, Barcelona.
- Vallejo Ruiloba, J. (1998): *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Masson S.A.
- Valls, C (2001): «El estado de la investigación en salud y género» en Miqueo C., Tomás, C., Tejero C., Fernández, T., Yago, T. (eds.): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Minerva Ediciones, Madrid.
- Valls, C. (2002): «Diagnóstico diferencial del dolor de las mujeres», *Mujer y Salud*, vol 10.
- Valls, C. (2005): «El estado de la investigación en género y salud» en *Informe de Salud y género (2005)*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de Salud de la Mujer.
- Valls, C. (2005): «La salud de las mujeres: de la invisibilidad a la medicalización», *Mujeres y Salud*.
- Vara, A. Aspectos Generales de la Depresión: Una revisión Empírica. Centro de Investigaciones Científicas. Perú; 2006.
- Vázquez, K. (1993): «Las categorías de sexo, género y sexualidad: La construcción de las mujeres como sujetos políticos» en Campos, A., Méndez, L.: *Teoría feminista: identidad, género y política*. Servicio editorial de la Universidad del País Vasco, San Sebastián.
- Vázquez-Barquero, J.L., et al. (1997): «Mental Health in Primary care. An epidemiological study of morbidity of use of health», n.º 170.
- Vázquez-Barquero, Torres, A. (2005): «Prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros», *Boletín de Psicología* n.º 83.

- Velasco, S., Ruiz M.T., Álvarez, T. (2006): «Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres», Rev.Esp.Salud Publica, vol. 80, n.º 4.
- Velasco, S. (2006): *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. Disponible en <http://www.mtas.es/mujer>
- Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A. (2002): *La malaltia de les emocions. El trastorn bipolar*, Columna, Barcelona.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P, G., et al. (2005): «El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos», Gaceta Sanitaria, vol. 19, n.º 2.
- Villaverde, M.L., Gracia, R., Morera A. (2008): «Relación entre el estrés psicosocial y la patología psíquica: un estudio comunitario», Actas Esp Psiquiatr, vol 28, n. 1
- <http://www.kideitu.euskadi.net>
- Warren, BJ. (1994): «Depresión in african-american woman», J.Psychosoc Nurs Mental Health Serv, vol. 32, n.º 3. en Ferré C. (2005): *Depressió: Pacients i Familiars*, Cossetània, Valls.
- Williams, J, Teasdale, J. (2006): *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*, Desclée de Browber S.A, Bilbao.
- Wingard DL. The sex differential in mortality and lifestyle. Rev Public Health 1984; 5.
- WHO. World Health report 2001: mental health: new understanding, new hope, Geva.
- Zinder, V., Segal, W., J. Mark, G., Teasdale, J. (2006): «Terapia cognitiva de las depresiones basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas», El Desclée de Brouwer S.A., Bilbao.