

DEPRESIÓN EN LA MUJER: ¿EXPRESIÓN DE LA REALIDAD ACTUAL?

DEPRESSION IN WOMEN: EXPRESSION OF CURRENT REALITY?

Carolina Ochoa Gómez*, Andrés Felipe Cruz Agudelo*, Norman Darío Moreno Carmona**

Fundación Universitaria Luis Amigó, Colombia

Recibido: 12 de agosto de 2014 – Aceptado: 9 de diciembre de 2014

Forma de citar este artículo en APA:

Ochoa Gómez, C., Cruz Agudelo, A. F. y Moreno Carmona, N. D. (enero-junio, 2015). Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(1), 113-135.

Resumen

De acuerdo a múltiples estudios realizados a nivel mundial, la depresión podría afectar alrededor de 350 millones de personas en el mundo. En Colombia, y particularmente en Medellín, el fenómeno también se ha manifestado de forma representativa, especialmente en la población femenina, que prácticamente duplica el número de casos de sus pares masculinos. El **objetivo** de este artículo es presentar una reseña de diferentes estudios realizados en mayor medida en países de habla hispana que validan como proposición inicial la posibilidad de que la población mundial y particularmente la mujer, desarrolle un síntoma que va en aumento, llamado depresión. La **metodología** utilizada fue el rastreo de fuentes bibliográficas producto de investigación, realizadas en los últimos diez años, especialmente en España y Latinoamérica. Los **hallazgos** muestran que la búsqueda de equidad de género, los nuevos roles laborales que se alternan con los quehaceres domésticos, los apegos y algunas circunstancias de orden familiar son factores determinantes frente al fenómeno de la depresión en la mujer.

Palabras clave:

mujer, depresión, género, roles, familia

Abstract

According to multiple studies worldwide depression might affect about 350 million people worldwide. In Colombia, particularly in Medellín, the phenomenon has also been manifested representatively, especially in the female population, it almost double the number of cases of their male counterparts. The **aim** of this paper is to present a review of different studies more in Spanish-speaking countries that accept as the first proposal the possibility that world population and particularly women, develop a symptom that is rising, called depression. The **methodology** used was the tracking of bibliographic of product research, conducted in the last ten years, especially in Spain and Latin America. The **findings** show that the pursuit of gender equity, new job roles that alternate with housework, attachments and order some family circumstances are determining factors regarding the phenomenon of depression in women.

Keywords:

woman, depression, gender, roles, family

* Estudiantes de Psicología. Correos electrónicos: krolina8a@hotmail.com, cruzagudelo@gmail.com

** Psicólogo. Magister en Educación y Desarrollo Humano. Doctor en Investigación Psicológica. Docente de la Maestría en Intervenciones Psicosociales de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Correo electrónico: norman.morenocca@amigo.edu.co

Introducción

Según los estudios realizados a nivel mundial, se calcula que la depresión afecta alrededor de 350 millones de personas (OMS, 2012), cifra que prende las alarmas de los organismos de salud para hacer frente a la problemática y Medellín no es un caso aislado ya que en el Segundo Estudio de Salud Mental del Adolescente (Torres de Galvis, Zapata Vanegas, Montoya Vélez, Garro Cossio y Hurtado Villegas, 2009) realizado por la Alcaldía de Medellín y la Universidad CES, en una muestra de 4.764 estudiantes de quinto a undécimo grado en colegios públicos y privados del área urbana y rural del municipio de Medellín, encontraron que de cada 100 jóvenes evaluados, 13,5 cumplían los criterios de depresión mayor; a raíz de tal problemática surgen inquietudes por identificar las causas que conllevan a este tipo de trastorno, pero, en primer lugar, es necesario comprender el trastorno mismo.

Si bien el incremento de la depresión es un tema que afecta a gran número de países en el mundo, para la realización de este artículo se tomaron referencias de México, España y Colombia, por ser países de habla hispana y por su similitud en las estadísticas sobre la depresión. Según el Estudio Poblacional de Salud Mental de Medellín, realizado entre el 2011-2012 por la Alcaldía de Medellín en colaboración con la Universidad CES, los indicadores en la prevalencia de depresión por año para México es del 4,8%, España 4,9% y Colombia 4,1%, mientras que en Estados Unidos alcanza el 6,9% (Torres de Galvis et al., 2012).

Las cifras en Medellín indican que por cada 100 habitantes de la ciudad, 12,46% de las mujeres han sufrido o actualmente sufre un trastorno de depresión mayor, mientras que los hombres presentan un 5,69%, con una razón de 2,6 mujeres por cada hombre, el intento suicida se encuentra en un 3,04% para los hombres frente a 5,52% en las mujeres con una razón de 1,8 mujer por cada hombre (Torres de Galvis et al., 2012).

Aun cuando la población femenina sea mayor que la masculina, las cifras indican una diferencia considerable entre los sexos; el estudio concluye “las personas afectadas por algún trastorno mental llega a los 282.068, de las cuales el 16,1% corresponde al sexo femenino y el 12,4% al masculino” (Torres de Galvis et al., 2012, p. 287).

Cobo Ocejo (2006), en su artículo sobre la depresión en adolescentes, afirma que “el mayor número de adolescentes deprimidos está entre los 13 y los 15 años de edad, rango que coincide con las épocas de más baja autoestima” (p. 32); por tanto, la adolescencia es una etapa evolutiva de alta vulnerabilidad para adquirir trastornos depresivos. En ese sentido, cabe preguntarse por la formación individual del adolescente, su historia de vida, su desarrollo emocional y psicológico que lo llevan a ser parte del grupo de adolescentes con depresión y la particularidad de la mujer.

En otras investigaciones, concentradas en México y España, se han encontrado algunos aspectos que llaman la atención en el tema de la depresión: 1) se ha notado un incremento significativo del trastorno en la población a nivel mundial (OMS, 2012); 2) aparece cada vez a edades más tempranas (Escribá Quijada et al., 2005; Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos Giráldez y Muñiz, 2011; Ospina-Ospina, Hinestroza-Upegui, Paredes, Guzmán, y Granados, 2011; Torres de Galvis et al., 2009; Vallejo Casarín, Osorno Murguía y Mazadiego Infante, 2008), y 3) las mujeres presentan mayor prevalencia de síntomas depresivos que los hombres (Andrade Palos, Betancourt Ocampo, Vallejo Casarín, Celis Ochoa y Rojas Rivera, 2012; Bones Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, y Obiols, 2010; González Forteza, Ramos Lira, Caballero Gutiérrez y Wagner Echeagarray, 2003; Hoyos Zuluaga, Lemos Hoyos y Torres de Galvis, 2012; Londoño et al., 2010).

Encontrar las razones por las cuales las mujeres presentan mayores síntomas depresivos no es tarea fácil; habrá más de una hipótesis que intente dar respuesta al interrogante, por tanto, los diferentes enfoques científicos acudirán al análisis de su objeto de investigación desde su propia especialidad; en ese sentido, se focaliza en el estudio del quimismo cerebral, el sistema endocrino, el desarrollo emocional, el desarrollo social o en el devenir histórico de los roles de la mujer.

Según lo expuesto hasta el momento, se podría deducir que la depresión en la mujer resulta de la confluencia de varios factores, muy probablemente de cada uno de los mencionados anteriormente, pero este artículo pretende centrarse en los roles de la mujer contemporánea y su posible repercusión en su estado de ánimo.

La mujer ha llevado a costas una lucha a través de la historia por la igualdad de género, igualdad que pareciera otorgársele adjudicándole mayor cantidad de roles (Stewart, 2005). La mujer de hoy desempeña el papel de madre, esposa, cabeza de familia, jefe de grupo de trabajo y, aún con ello, continúa con las responsabilidades domésticas tradicionales. Su lucha por la igualdad ha abierto el campo de acción para que la mujer pise sobre terrenos antes no transitados por ella; sin embargo, continúa su desigualdad frente al hombre, pues, al parecer, las responsabilidades de antaño siguen siendo propias de la mujer.

Estudios sobre la realidad actual de las mujeres (OMS, 2009) evidencian la situación de vulnerabilidad que ocupan; el suicidio se establece como una importante causa de muerte en mujeres entre los 20 y 59 años de edad; factores como la falta de acceso a la educación, la sobrecarga laboral y la violencia de que son víctimas, son factores influyentes en la aparición de trastornos mentales, la depresión en mayor medida. En consecuencia, ¿cabe la posibilidad de que la mujer desarrolle un síntoma que va en aumento, llamado depresión?

Metodología

La metodología utilizada fue el rastreo de fuentes bibliográficas producto de investigación, realizadas en los últimos diez años, especialmente en España y Latinoamérica. La búsqueda estuvo guiada por la pregunta acerca de por qué hay mayor prevalencia de la depresión en las mujeres que en los hombres y si esto tiene que ver con la situación de la mujer en la realidad contemporánea, a partir de la diversificación de sus roles y la multiplicación de sus funciones.

Para ello se consultaron revistas científicas de algunas universidades y bases de datos como EbscoHost, Redalyc y Scielo, centrando el rastreo particularmente en las investigaciones que buscaban explicar tanto el origen de la depresión como la especificidad de su prevalencia en la mujer.

Resultados

Comprendiendo el trastorno: orígenes de la depresión

Identificar el cuadro de depresión es tarea relativamente sencilla, pues los síntomas manifiestos están descritos claramente en el DSM-5 (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) y presenta un diagnóstico diferencial detallado; sin embargo, los aspectos subyacentes se desconocen en cada caso, de ahí que la sola sintomatología se quede corta para comprender la etiología del trastorno.

Según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático (sustancias o enfermedad médica), tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el Trastorno depresivo mayor, Trastorno distímico y Trastornos bipolares como los principales. Los criterios diagnósticos enfatizan en períodos de pérdida de placer para realizar casi cualquier actividad; en niños y adolescentes se puede presentar con irritabilidad, cambios en el apetito, el sueño y la actividad motora, fatiga, ideación suicida y dificultad para concentrarse.

La psiquiatría ha intentado comprender el fenómeno, Correa Donoso y Jadresic Marinovis (2005) exponen que la depresión en la mujer parece incrementarse en la edad fértil, lo cual se relaciona de manera directa con el aumento en la producción de estrógenos; en este sentido, consideran que la prevalencia de la depresión en la mujer podría estar asociada al componente biológico y psicosocial derivados de la etapa adolescente.

De acuerdo a lo anterior, se podría deducir que las causas biológicas de la depresión tienen un componente importante en la etiología del trastorno, aunque no se considera posible establecer como único factor influyente, pues los mismos autores señalan que aunque el aumento hormonal repercute considerablemente en los neurotransmisores, los estrógenos no serían la causa prioritaria en la aparición del trastorno depresivo (Correa Donoso y Jadresic Marinovis, 2005). Adicionalmente, se considera que si se atribuye la aparición de la depresión en la mujer solamente a factores biológicos, la totalidad o la gran mayoría de las adolescentes que participaron en las investigaciones mostrarían síntomas depresivos, lo cual aumentaría aún más la prevalencia de la depresión en la mujer.

Por otro lado, el tratamiento para una depresión, donde los orígenes sean exclusivamente biológicos, sería farmacológico y se esperaría que la mayoría de los pacientes logren mejoría una vez realizado el tratamiento; sin embargo, los estudios muestran la prevalencia del trastorno en la población, lo cual indica una mejoría parcial.

En el Estudio Poblacional de Salud Mental en Medellín se expone la manera como los genes que son heredados de una generación a otra influyen en tal o cual enfermedad mental o física, sin embargo, aclara que tal predisposición no es la única para la aparición de los trastornos mentales, es necesaria también la influencia de factores ambientales (Torres de Galvis et al., 2012).

Adicionalmente, reducir la complejidad del ser humano al componente biológico, sería sesgar las posibilidades de investigación para comprender al sujeto de manera holística. Ya incluso estudios de la psicopatología de la mujer están de acuerdo en que la enfermedad mental resulta de la confluencia de factores biológicos, psicológicos y sociales (Stewart, 2005).

Dejando de lado el tema biologicista, pues se considera que se agota al momento de abordar el tema de la depresión en la mujer, se hace necesario abordar el factor psicológico, en busca de pistas sobre la etiología de la depresión.

Desde el Psicoanálisis, Freud proponía una conceptualización de la depresión como una patología similar al duelo, en donde muchos de sus síntomas se asemejan, excepto por el rebajamiento en el sentimiento hacia sí mismo. En su escrito *Duelo y Melancolía*, hace una descripción del trastorno de manera clara:

Una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y rebaja en el sentimiento de sí, se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. (Freud, 1917/2000, p. 242)

La depresión resulta ser un trastorno que afecta de manera tal a la persona que lo padece, que permea la percepción de sí mismo y del mundo que lo rodea, generando un círculo vicioso donde la percepción negativa de sí mismo es reforzada por la percepción negativa de lo exterior; a esto se añade la notable negativa para casi cualquier actividad.

De acuerdo con Freud, la depresión sobreviene una vez el objeto depositario de la pulsión, o el objeto de amor o el estado ideal, es perdido; en consecuencia, el sujeto reacciona de manera singular ante dicha pérdida, pues continúa deseando recuperar el objeto, pero su representación se configura inalcanzable, irrecuperable (Bleichmar, 1997), de ahí sobrevienen los pesares sobre el propio Yo.

Posterior a Freud, teóricos consecuentes con su línea de pensamiento, han investigado el trastorno intentando dar cuenta de la manera como se instala en el sujeto la depresión y, con ello, alternativas pertinentes de intervención, ya que es necesario conocer no sólo la sintomatología, sino además el contenido latente que encierra cada sujeto con este padecimiento (Bleichmar, 1997).

En este punto cabe resaltar la importancia de la subjetividad de quien padece el trastorno, pues, en cada caso la pérdida, en tanto no precisa de un objeto físico, varía considerablemente, y al ser la mujer protagonista de varios escenarios en la realidad actual (Correa Donoso y Jadresic Marinovis, 2005), se torna complejo precisar aquello que ha perdido.

Desde el psicoanálisis se plantea entonces una etiología basada en el uno a uno, es decir, buscar dentro de la subjetividad aquello que es sentido como perdido; sin embargo, para los autores de este artículo, se considera viable llevar la hipótesis de ese “algo perdido” del que hablan Freud y Bleichmar, a un contexto social e intentar identificar ese factor común.

En una investigación realizada en España (Keller, Neale y Kendler, 2008) con 4.856 individuos (el 53% mujeres), se demostró que el patrón de síntomas depresivos corresponde a un suceso vital específico; los resultados muestran que la pérdida de un ser querido refleja mayores niveles de tristeza, pérdida del apetito, pérdida de interés en casi todas las actividades, mientras que el estrés y los fracasos se asociaron a fatiga, pérdida del placer en las actividades, hipersomnias, pero menos tristeza. La investigación concluye, además, que es posible encontrar “perfiles de depresión”, lo que indica que, adicional a la subjetividad, el suceso detonante particulariza el cuadro depresivo que presenta el sujeto.

Por otro lado, ciertas etapas del ciclo vital como la adolescencia influyen en el padecimiento de síntomas depresivos, pues es una etapa en la que predominan exigencias internas y externas (Arvelo Arregui, 2003), en las que el adolescente debe, con sus propios recursos construidos a lo largo de su formación dentro de la familia, sortear estas exigencias, de ahí la vulnerabilidad del estado en que se encuentra.

No solo la teoría apoya esta idea, pues se considera que es necesaria la influencia de otras variables para desencadenar síntomas depresivos, como lo demuestra un estudio realizado en el 2006, cuyo objetivo fue obtener tipologías de los adolescentes de la zona nororiental de Medellín, con una muestra de 4.803 adolescentes, teniendo en cuenta cinco indicadores de salud mental: nivel de depresión, nivel de funcionamiento familiar, nivel de riesgo de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y vulnerabilidad familiar. Los resultados muestran tres tipologías: tipología 1, donde el 41,5% tienen disfunción familiar, han consumido alguna sustancia psicoactiva y presentan vulnerabilidad en la presencia de sentimientos de felicidad, búsqueda de apoyo profesional, rutinas familiares y comunicación entre padres e hijos; la tipología 2 agrupa al 23,7 % y no presenta problemáticas en ninguno de los indicadores de salud mental; la tipología 3 agrupa al 34,9 % y presenta problemáticas en todos los indicadores de salud mental considerados (Paniagua-Suárez, González-Posada y Montoya-Gómez, 2010).

De acuerdo a lo anterior, los factores psicosociales son un dato importante a la hora de establecer las causas de la depresión, si bien la carga genética representa un factor predisponente, el ambiente social influye en la precipitación del trastorno, por lo que la depresión se establece como una problemática multidimensional que demanda un análisis integral del sujeto, sin dejar de lado lo subyacente del padecimiento.

Hacia la focalización de la etiología: los apegos

Los resultados de las investigaciones trazan diferentes caminos y focos para hacer los análisis en busca de datos susceptibles de integración y con ellos dar respuestas al fenómeno del incremento de la depresión. Es por esto que la familia, en muchas investigaciones, se fundamenta como punto de partida en la consolidación de sujetos favorablemente adaptables, dado que el núcleo familiar adquiere un papel importante en el desarrollo de la vida psíquica del individuo.

Un importante hallazgo ha logrado focalizar la investigación de la génesis de los trastornos mentales en las primeras relaciones con los padres y cuidadores, que se establecen como punto de partida en el desarrollo de diferentes aptitudes del sujeto para la vida (Camps-Pons, Castillo-Garayoa

y Cifre, 2014; Londoño et al., 2010); en ese sentido, un ambiente familiar cálido en el que el niño tenga satisfechas sus necesidades fisiológicas y emocionales repercute en sujetos favorablemente adaptables.

En la investigación realizada por Amar Amar y Berdugo de Gómez (2006), se reconoce la influencia de la violencia intrafamiliar en el establecimiento del apego en la niñez media (9 y 12 años de edad), para ello realizaron un estudio con una muestra de 27 niños de la ciudad de Barranquilla, y se encontró que los niños víctimas de la violencia activa perciben mayor inaceptación por parte de sus cuidadores principales que los niños víctimas de la violencia intrafamiliar pasiva; por otro lado, la búsqueda de aceptación en los niños que no la percibieron en sus progenitores, la realizan con otros miembros significativos de la familia como abuelos, tíos, etc., lo cual, de alguna manera, sopesa la relación desfavorable con los padres.

En otro estudio realizado en México por Andrade Palos y cols. (2012), cuyo tema de interés fue la relación entre pautas de crianza y síntomas depresivos en adolescentes, evaluaron nueve aspectos de las prácticas parentales, cinco para la madre (Comunicación, Autonomía, Imposición, Control psicológico y Control conductual) y cuatro para el padre (Comunicación/Control conductual, Autonomía, Imposición y Control psicológico). Los resultados analizados muestran que la sintomatología depresiva es más prevalente en mujeres que en hombres; por otro lado, dichos síntomas se relacionan en mayor medida con “bajos niveles de apoyo, comunicación, autonomía y control conductual percibido por el adolescente” (p. 34).

Se considera importante mencionar la investigación realizada en Veracruz, México (Vallejo Casarín y cols., 2008), en la que quisieron establecer la relación existente entre los síntomas depresivos y las pautas de crianza y parece ser que las mujeres perciben de ambos progenitores mayor control y menos vínculo emocional que lo percibido por los hombres, lo que se relaciona de manera directa con mayores síntomas depresivos; sin embargo, los mismos investigadores señalan la importancia de investigar este aspecto, pues lo hallado en sus datos no daría cuenta del por qué las mujeres presentan mayores síntomas depresivos que los hombres.

Ante esta investigación cabe preguntarse por el lugar que ocupan las hijas mujeres dentro de una familia, se considera que la diferencia con los hijos varones tiene que ver tanto con lo biológico como con lo cultural; hace parte de la herencia arcaica de la mujer sumisa concebida desde siglos atrás, pues como lo menciona Amelia Valcárcel “las mujeres están en posición simbólica de sumisión frente al poder simbólico masculino” (Valcárcel, 2004, p. 71). Según la autora, esta lógica ha permanecido durante años en diferentes culturas y al día de hoy se sigue viviendo de formas diferentes, como maneras de conservar vivos los rasgos culturales de cada región.

Adicionalmente, en Michoacán, México, en una investigación con 85 adolescentes encontraron que el 42% presentaron depresión; al analizar la correlación con la estructura familiar se encontró que “los que pertenecían a familias extensas y compuestas la frecuencia de síntomas depresivos fue mayor en comparación con los que viven en familia nuclear; sin embargo, el riesgo relativo a desarrollar síntomas depresivos en familias no nucleares no aumenta” (Carreón Nieto, Sauza Escutia, Martínez Jiménez y Mejía Rodríguez, 2012, p.14).

Por su parte, Jiménez, Murgui y Musitu (2007) hicieron una investigación en España con 625 adolescentes entre los 12 y los 20 años de edad, para analizar los recursos psicosociales de autoestima y apoyo social percibido como variables mediadoras en la relación entre la calidad de la comunicación familiar y el ánimo depresivo, encontrando que la comunicación familiar empática es percibida por el adolescente como apoyo emocional, lo cual se relaciona con la autoestima, mientras que la comunicación con marcadas críticas y mensajes poco claros, disminuye la percepción de apoyo; por otro lado, relacionan la autoestima como un factor protector del ánimo depresivo. Adicionalmente, encontraron que la mayor fuente de apoyo social proviene de la familia en primer lugar, seguido del grupo de pares; es decir, las relaciones familiares favorables influyen significativamente en la construcción de la autoestima, la cual a su vez hace parte de los factores protectores con que cuenta el adolescente.

Las relaciones que se tejen al interior de la familia y las dinámicas que derivan de cada una, se establecen como factores protectores o precipitantes en la aparición de algunos trastornos mentales. Hoyos Zuluaga y cols. (2012) investigaron sobre los factores de riesgo y factores protectores de depresión en una muestra de 3.690 adolescentes escolarizados de la ciudad de Medellín, con edades comprendidas entre los 9 y 19 años de edad; se encontró que las mujeres presentan mayor prevalencia de depresión sobre los hombres, un 13,9% mujeres frente a un 9,3% hombres; adicionalmente, las familias nucleares no alcanzaron el 50% de la población, mientras que la familia monoparental fue la más común en la investigación. Por tanto, la desestructuración familiar parece establecerse como un factor importante en la aparición de la depresión en adolescentes, mientras que la cohesión familiar se presenta en esta investigación como un factor protector; sin embargo, esto no alcanza a responder por qué las mujeres presentan mayores síntomas depresivos que los hombres.

Siguiendo estos resultados se deduce que, si bien las relaciones familiares son las promotoras de recursos personales para batallar con las dificultades personales o sociales, también se pueden encontrar factores precipitantes para desarrollar síntomas depresivos; sin embargo, las relaciones al interior de este núcleo se presentan complejas y de amplio alcance teórico para su análisis, por tanto,

es necesario identificar los elementos que la integran para enfatizar en un factor que se considera de mayor pertinencia y, para ello, el punto partida es el apego como fundamento para el establecimiento de relaciones interpersonales duraderas.

La teoría del apego se centra en la “tendencia a establecer lazos íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana” (Bowlby, 1989, p. 142). Desde que el bebé nace, sus necesidades son satisfechas por la madre (o cuidadores); así, cuando hay hambre, frío, calor o temor, la madre provee de cuidados asegurando el bienestar del bebé. En suma, los lazos afectivos que se establecen con ansiedad, resistencias o temores, repercutirán desfavorablemente en la salud mental del niño, estableciéndose como factores predisponentes a adquirir trastornos depresivos.

Las conductas de apego son tan importantes en la etapa adulta como en la adolescente; Soler Veloz y Castillo Reyna realizaron una investigación cualitativa en el 2005, en el Hogar para niños sin Amparo Filial de Santiago de Cuba, donde participaron cuatro adolescentes: dos hombres y dos mujeres, con el fin de tener una apreciación de las conductas de apego en la configuración de la psicosexualidad. Los resultados no distan de las investigaciones anteriores, pues los adolescentes en cuestión tuvieron una relación de apego limitada con sus padres o cuidadores; por tanto, se logró evidenciar en ellos evasiones en las relaciones afectivas, producto de un apego inseguro.

Por otra parte, la etapa adolescente está marcada por cambios a nivel físico y mental, donde la búsqueda de identidad personal y sexual cobra importancia, por tanto, la configuración de apego inseguro dificulta las relaciones con el otro, imprimiendo esa dificultad en la configuración de la personalidad (Soler Veloz y Castillo Reyna, 2005).

A propósito del apego y su repercusión en el establecimiento de futuras relaciones, Ríos Zapata y Londoño Arredondo (2012) afirman que el establecimiento de apegos inseguros o ansiosos en la infancia puede llevar a que en la vida adulta la mujer evite relaciones con los demás, incluyendo relaciones de pareja, y opte por la soledad como estilo de vida, lo cual podría establecerse como un factor de riesgo para la salud mental.

Sin embargo, se considera que la soledad no siempre hace parte de los factores de riesgo, pues la violencia contra la mujer está presente en mayor medida entre las relaciones de pareja (Domínguez Fuentes, García Leiva y Cuberos Casado, 2008); por tanto, la soledad como decisión o estilo de vida podría más bien establecerse como un factor protector de acuerdo a la particularidad de cada caso.

Adicionalmente, en una investigación realizada en Buenos Aires (Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo, 2006) con 357 estudiantes universitarios de España, Chile y México, encontraron que el apego inseguro o temeroso se asocia a sobreprotección y bajos cuidados en la familia y, por

ende, las personas percibieron negativamente las relaciones intrafamiliares (conflictos desorganización, poco apoyo); en consecuencia, la capacidad para enfrentarse a sucesos adversos fue deficitaria, mientras que en el apego seguro las personas percibieron la familia unida, con expresión favorable de afectos, respeto y, por ende, mejor capacidad de afrontamiento adaptativos y mayor capacidad para controlar emociones.

Teniendo en cuenta los resultados de las investigaciones, se puede leer, desde la teoría del apego, que cuando las conductas del niño “conductas de apego”, dirigidas a la madre, para que ella responda con las “conducta de cuidados” (Bowlby, 1989; 1998), no consiguen alcanzar la cercanía y más aún la protección y seguridad, el sujeto desarrollará dificultades para establecer vínculos en el futuro.

En suma, para el sujeto que reclama protección, el no haber satisfecho dicha necesidad, podría repercutir en su estado de ánimo, pues el mundo se convierte en un lugar inseguro, donde el sujeto trata de valerse con los recursos que ha podido construir en el desarrollo de su infancia, recursos deficitarios predisponentes para adquirir trastornos depresivos (Bowlby, 1989).

Se identifica el agotamiento del tema para responder a la depresión en la mujer, pues los deseos de apego se presentan sin distinción de género; es decir, la teoría incluye tanto a niños y niñas, pero es particular que se atribuya a la madre, la mujer, como la figura ideal para establecer ese lazo de apego que permitirá al bebé tener un favorable desarrollo de la personalidad, un rol importante que se le arroga como propiciadora de la salud mental en sus hijos.

Es importante rescatar que el mismo Bowlby (1989) reconoce la importancia de investigar sobre el desarrollo del apego en las mujeres y los hombres, pues según su libro *Una base segura*, no hay una investigación que dé cuenta de dicho proceso en cada género; sin embargo, se considera que Bowlby dejó abierta una pregunta de investigación que muy posiblemente arroje información valiosa para analizar las causas del aumento de la depresión en las mujeres.

Por otro lado, Soares y Dias (2007), cuestionados por la relación del apego con la psicopatología del joven y del adulto, realizaron una investigación teórica detallada en la que se explican la forma como el apego conlleva a la psicopatología; añaden en sus discusiones que, a pesar de tener evidencia de la relación entre apego y psicopatología, existe la necesidad de investigaciones más profundas que sobrepasen la barrera de la mera descripción de fenómenos; de esta manera, los autores proponen que el conocimiento en profundidad de esta relación mejorará la comprensión psicopatológica y el proceso terapéutico.

Finalmente, los factores de riesgo para la población adolescente en nuestro país no se ubican solamente en la familia; en una investigación realizada en el 2010 con 490 pacientes del servicio de psicología en Colombia, intentaban dar cuenta de los factores psicosociales y ambientales para los trastornos mentales y se encontró que el trastorno depresivo mayor fue el de mayor prevalencia con un 26,3%, seguido del trastorno de ansiedad generalizada, con un 17,8%. Se identificaron como principales factores de riesgo para la depresión mayor, los problemas de vivienda, de asistencia sanitaria, ambiente social y laborales (Londoño et al., 2010). Sin embargo, los problemas referentes al grupo primario también se ubicaron como uno de los factores importantes en la depresión, tanto como protector, siempre y cuando brinde acompañamiento, protección y apoyo, que como factor precipitante.

La investigación anterior abre otros caminos de investigación para focalizar hacia los factores que en particular llevan a la mujer a deprimirse en mayor medida que los hombres, es por esto que el factor social es una pieza fundamental para analizar el contexto de la mujer e identificar su particularidad.

Las mujeres de hoy: nuevos roles, nuevos retos

El concepto de mujer ha ganado protagonismo entre los estudios antropológicos, pues coincide con su vinculación en el mundo del trabajo, el acceso a la educación y el derecho al voto; de esta manera, la mujer comienza a ubicarse en la óptica de las Ciencias Sociales y Humanas (Montecino, 2005). En consecuencia, la trayectoria a través de la historia junto con los diferentes lugares que se le han dado a la mujer, muestran los cambios por los que ha pasado, por tanto, es una manera de obtener información “anamnésica” del género femenino para comprender mejor la psicopatología actual.

Temas como la salud mental suponen una revisión de aspectos biológicos, psicológicos (mencionados someramente en líneas precedentes) y sociales, por tanto, el acercamiento a la etiología del trastorno depresivo en la mujer, remite indiscutiblemente a tratar de encontrar respuestas en otras dimensiones, pues los aspectos biológicos y psicológicos no alcanzan por sí solos a explicar el fenómeno en cuestión. Por lo tanto, el reto es lograr un acercamiento al contexto social para, desde allí, identificar posibles factores que detonen o precipiten los estados depresivos.

El contexto social actual quizás no parezca alentador, pues “muchos de los trastornos mentales se han relacionado con factores como la urbanización, la pobreza y la evolución tecnológica” (Londoño et al, 2010); de cada uno de ellos se pueden extraer varias aristas que de manera directa o indirecta tienen efectos en la población, y la mujer con los roles representativos que ha adquirido dentro de la sociedad también es participante activa en la solución de las dificultades derivadas de las problemáticas sociales.

Adicionalmente, el género protagónico hoy en día sigue siendo el masculino y parece que tanto hombres como mujeres continúan favoreciendo dicha preminencia (Ortega Gutiérrez, 1999), pues la mayoría de la juventud se inscribe en una lógica que persigue la igualdad de género, sin percatarse de que la herencia arcaica patriarcal continúa subyacente en la vida cotidiana. Sobre la mujer pesa la idoneidad de los cuidados del hogar, pero también se le reconoce como altruista, lo cual permite que en los terrenos laborales pueda igualar al hombre; sin embargo, por las características tradicionales tanto de hombres como mujeres, se continúa en la práctica otorgándose a la mujer las tareas domésticas y a los hombres la fuerza del trabajo (Ortega Gutiérrez, 1999).

Es preciso tener en cuenta que la mujer de hoy en día difiere considerablemente de la mujer de siglos atrás, pues era una mujer velada, con participación limitada en lo social y vetada de lo público; Amelia Valcárcel (2004) menciona que todas las mujeres podían estar bajo el dominio de todos los varones, dominio soportado por la religión, pues la mujer debía pagar el pecado original.

Ideas como estas acompañaron el devenir histórico de la mujer durante los siglos XVII y XVIII; uno de los primeros pasos, aunque lento, hacia la realidad actual, es el descubrimiento de Darwin de la evolución de las especies y con ello la biología, donde finalmente se le otorga a la mujer un papel importante en la reproducción (Valcárcel, 2004).

Desde la revolución Francesa, la mujer comienza a revelarse contra la opresión que la obliga a mantenerse en el lugar de la reproducción y la familia (Valcárcel, 2004; Padilla Lavín, 2010). De esta manera comienza a hacerse a un lugar que demuestra un aporte importante en el desarrollo económico de la sociedad, pero ¿a qué costo?

Hablar de la mujer en la realidad actual resulta igualmente complejo que en los siglos XVIII y XIX, tras los cambios en las políticas donde se permite su participación en lo público (Valcárcel, 2004), respeto por sus derechos, incursión en el mundo del trabajo y, sobre todo, la escucha a su protesta por la equidad de género, le han permitido adquirir, como se menciona en líneas precedentes, variedad de roles.

Son varios los artículos e investigaciones que exponen la realidad actual de la mujer (Valcárcel, 2004; Pomar Fernández y Martínez Vázquez, 2007; Gaviria Arbeláez, 2009; Shmite, 2009; Padilla Lavín, 2010; Londoño et al, 2010; Domínguez Fuentes et al, 2008) y cada uno de ellos toca una particularidad de los roles actuales; sin embargo, lo relevante es que aunque estos autores e investigadores concuerdan en señalar el esparcimiento de la actuación de la mujer en diferentes esferas de la sociedad, en cada una es posible identificar una dificultad que repercute en la salud mental y física. Por ejemplo, la maternidad, como responsabilidad exclusiva de la mujer, parece tener consecuencias en la salud mental; Bao-Alonso, Vega-Dienstmaier y Saona Ugarte (2012) investigaron la prevalen-

cia de la depresión en la etapa de gestación y posibles factores asociados a esta, en un grupo de 203 mujeres pacientes gestantes en Lima, Perú; los resultados indicaron una prevalencia de la depresión según la EPDS (Escala de depresión postnatal de Edimburgo) del 34%, con una prevalencia estimada de depresión mayor de 22,25%. En el estudio, los puntajes superiores se relacionan con variables como: ser soltera, la ausencia de educación superior, embarazo no deseado por parte de la paciente o de la pareja y el diagnóstico previo de depresión en la paciente.

El tema de la familia y específicamente la maternidad parece complejizarse en la medida que se analizan todas las contingencias. Si bien la persona indicada para proveer todos estos cuidados es la madre, ¿qué pasa si ella presenta dificultades con su propia salud mental? En una investigación realizada en Chile con 72 madres y 72 bebés entre 11 y 15 meses de vida, cuyo objetivo fue describir la relación entre el estilo de apego materno, la presencia o ausencia de psicopatología en la madre y el apego del bebé, se encontró que no hay una relación significativa entre el estilo de apego de la madre y el estilo de apego del bebé; sin embargo, se encontró una relación importante entre la psicopatología de la madre y el estilo de apego desarrollado por el bebé (69%), los síntomas depresivos y ansiosos de la madre parecen repercutir en mayor medida en la discriminación de bebés con apego seguro e inseguro (Quezada y Santelices, 2009).

¿De dónde provienen los síntomas depresivos de las mujeres postparto? En una investigación realizada en Bogotá, Colombia, se buscó establecer la relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión postparto en 81 mujeres puérperas; se logró establecer que el 54% de las participantes fue maltratada, 17% presentó abuso físico por su pareja, 54% presentó abuso no físico y el 33% de las participantes de la investigación presentó sintomatología depresiva en el postparto. La anterior investigación evidencia la magnitud de la problemática de la violencia de género, dejando importantes consecuencias para su salud mental y, aunque la víctima del maltrato es la mujer, los sujetos implicados trascienden la relación de la pareja, llegando a permear el favorable desarrollo emocional de los hijos.

De otra parte, rastreando los cambios que se han dado en la actualidad respecto al rol materno, Shmite (2009) encontró en zonas rurales de La Pampa, Argentina, que las mujeres habitantes de diferentes provincias, no solamente tienen a cargo los cuidados del hogar y los hijos pequeños, sino que también hacen parte de la fuerza de trabajo agropecuario. Mediante un abordaje cualitativo y un cuestionario semiestructurado se logró entrever cómo las actividades que garantizan el sustento de las familias son complementadas por la participación de las mujeres y, en consecuencia, la mujer cuida de la familia en tanto madre y trabajadora para el sustento económico.

En otro estudio realizado en Santiago de Chile con 206 mujeres, con edades comprendidas entre los 26 y 50 años y con un promedio de 2,2 hijos, formación profesional y técnica, trabajadoras del sector público y privado, se buscaba clarificar la asociación del conflicto entre trabajo, familia y salud; los resultados muestran que efectivamente hay una asociación negativa entre ambas direcciones del conflicto y la salud física y mental de las mujeres que trabajan, observándose un menor nivel en el estado de salud general en aquellas mujeres que experimentan mayores niveles de conflicto (Barros y Barros, 2008). Por tanto, el rol de la mujer como madre en la actualidad pareciera estar en detrimento de las proyecciones como profesional, pues, se le brinda a la mujer las oportunidades de integrar la fuerza laboral de las empresas y se invita a su formación académica y, en consecuencia, la maternidad es postergada o sencillamente anulada, en pro de la realización de un proyecto de vida (Molina, 2006).

A propósito del trabajo, Padilla Lavín (2010) considera que el problema no está en la participación de la mujer en la vida laboral, sino en la organización de los tiempos para evitar afectar la esfera privada; así como la mujer no ha dejado sus obligaciones de antaño para trabajar conjuntamente con el hombre por el sostenimiento económico de un hogar, este también puede participar en las tareas domésticas a fin de evitar el detrimento de la fortaleza física y psíquica de la mujer.

Con la incorporación de la mujer en el mundo del trabajo se percibe un cambio en la identidad de género. Pomar Fernández y Martínez Vázquez (2007) apoyan la idea de la repercusión de la mujer en senderos exclusivamente masculinos, pero añaden una particularidad y es que la mujer necesita resignificar su identidad, ya que si quiere igualdad para ocupar altos cargos administrativos y gubernamentales, necesita construir una nueva identidad que transforme la mujer-madre para convertirse en mujer idónea para participar en altas esferas de la sociedad.

La incursión de la mujer en el mundo del trabajo también lleva consigo un cambio en la estructura familiar, el nuevo orden al interior de la familia conlleva a que los miembros se reacomen en una dinámica que permita un equilibrio entre los tiempos laborales de ambos progenitores y los espacios brindados al afecto y cuidado de los hijos y la pareja (Jiménez, 2010).

En un estudio realizado en Virginia, Estados Unidos, cuyo objetivo fue encontrar la relación del apoyo social y el riesgo de depresión mayor, realizado con 1.057 parejas de gemelos dicigóticos de sexo opuesto, se encontró que para las mujeres el apoyo social, identificado en el cónyuge en primer lugar, el otro gemelo y los padres, en segundo y tercer lugar, es de mayor importancia que para los gemelos varones. Esto muestra que para las mujeres un apoyo social más alto se relaciona con menor riesgo de depresión mayor en el futuro, mientras que en los varones la relación es poco signi-

ficativa. (Kendler, Myers y Prescott, 2005). A partir de allí, se considera que el hombre no sólo aporta a la salud física y mental de la mujer, en tanto participe de los quehaceres del hogar, sino también al apoyo emocional, y se establece como un factor protector para evitar estados depresivos en la mujer.

Por otro lado, la violencia contra la mujer es una situación que afecta considerablemente la salud física y mental. Domínguez Fuentes y cols. (2008) realizaron una investigación con 100 mujeres de Málaga, España, víctimas de maltrato doméstico, cuya edad promedio fue de 37,6 años; el 64% de las mujeres no había sido maltratada durante el noviazgo, frente a un 36% que sí; un 61% manifestó haber sufrido malos tratos durante el embarazo, adicionalmente un 46% indica que fueron maltratadas a diario, o 41% semanalmente, 8% mensualmente y un 2% esporádicamente; el tipo de maltrato fue físico y psicológico (40%), el resto corresponde a abuso sexual y psíquico-sexual; el 60% de las mujeres manifestaron que la situación de maltrato les ocasionó problemas de salud: de ansiedad y depresión (32%), seguido de los físicos (19%) y un 25% reportó haber recibido asistencia médica debido a las lesiones.

Alonso-Castillo y cols. (2009) indagaron por la relación entre las violencias física, psicológica y sexual y el consumo de drogas en la mujer, en una muestra de 272 mujeres del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México, encontrando que la violencia psicológica estuvo presente en mayor medida con un 38%, seguida de la violencia física (27%) y violencia sexual (7%). Por otro lado, se encontró relación significativa entre la violencia contra la mujer y el consumo del alcohol principalmente.

Las cifras en Colombia no distan mucho del panorama que muestra la anterior investigación, pues, en el *Informe Forensis* sobre el comportamiento de la violencia intrafamiliar en Colombia (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2012), Bogotá y los departamentos de Cundinamarca y Antioquia fueron las regiones con mayores casos de violencia contra la pareja, seguido del maltrato a niños y niñas, adolescentes y finalmente otros familiares; en todos los contextos la mujer fue la más victimizada, alcanzando un 77% de los casos, mientras que los hombres alcanzan un 22,3%. Según el presunto agresor de la víctima, el compañero permanente ocupa el primer lugar con el 42,6% de los casos (23.163); en segundo lugar se encuentra el esposo o esposa, con el 23,1 % (12.569) y, en tercer lugar, el ex compañero sentimental con el 16,7 % (9.101).

Discusión

El presente acercamiento a la etiología de la depresión y su prevalencia en la mujer, remite indiscutiblemente a tratar de encontrar respuestas en múltiples factores que pasan por lo biológico, lo psicológico y lo social.

La mayor parte de las investigaciones revisadas en torno a la depresión, establecen las relaciones familiares, y en particular el apego, como el principal factor asociado al síntoma. Sin embargo, habría que establecer de entrada que serían las diferencias establecidas en las prácticas parentales y el apego con niños y niñas lo que debería explicar la prevalencia de la depresión en la mujer. En tanto se atribuye a la figura materna un papel preponderante en el desarrollo del apego, habría que reconocer el trato diferencial de ellas para con sus hijas. Es por esto que el factor cultural resulta ser fundamental para analizar tanto históricamente como en la actualidad el papel de la mujer.

Al parecer, los cambios acelerados que está sufriendo la familia, tanto en su estructuración como en su dinámica, exigen una redefinición de roles y funciones que, al parecer, al no presentarse, constituyen un riesgo para la salud mental de las mujeres. Es por eso que en algunas de las investigaciones se hace evidente el llamado de la mujer a un mayor apoyo social.

Conclusiones

El tema de la depresión por sí misma es de amplio alcance por la cantidad de factores a tener en cuenta cuando de causas se habla. Especificar el tema a la depresión en la mujer no deja de ser un asunto complejo; por un lado se aborda desde temas exclusivos del género y por otro, se aprovecha para explorar en mayor profundidad varias dimensiones que atañen a la mujer; es como un cono en el que la mujer se ubica en el vértice y se despliega a través de su eje y su radio va creciendo conforme a las consideraciones que poco a poco se introducen para hacer un abordaje lo suficientemente amplio que pueda responder a una pregunta.

Se podría decir que este artículo recorrió sólo una parte de ese cono, seleccionando algunas cuestiones que se consideraron pertinentes para encontrar las causas de la creciente depresión en la mujer; sin embargo, los temas abordados quedan abiertos para realizar mayor investigación, pues según lo expuesto, se podría pensar que la equidad de género ha traído ganancias importantes para la mujer, como su participación en el trabajo, la política, la aspiración a cargos gerenciales antes ocupados por hombres, pero, por otro lado, ¿qué renuncias ha hecho la mujer o deberá hacer para mantener el lugar que hoy ha ganado?, ¿podrá ser eso “lo perdido” de que habla Freud apoyado por Bleichmar?

Por otro lado, la violencia contra la mujer bien sea desde la familia nuclear, entre parejas o la sociedad misma, ha sido un golpe del que cada día intenta reponerse; es como una enfermedad de la que no puede tener una incapacidad temporal, ya que debe continuar con el día a día en su lucha por defender sus ideales e intereses personales que hoy ya puede alcanzar. La mujer de hoy no puede detenerse, no hay lugar para ello, pues lo que la sociedad espera de ella no se lo permite, es una demanda imperante que no puede dejar sin respuesta.

En conclusión, valdría la pena pensar la depresión en términos de expresión de una realidad que convoca a asumir los retos, generando en la mujer variedad de sentimientos que inevitablemente conducen a la formación del trastorno, como los mencionados por Bleichmar (2003): agresividad, culpa, identificación con padres depresivos, déficit de recursos yoicos, indefensión para realizar el deseo; apostando por desempeñar varios roles simultáneamente, donde cada uno tiene sus propios obstáculos.

La mujer de hoy, entonces, es madre idónea para establecer un apego seguro en sus hijos, esposa, compañera, accede a la educación antes negada, trabaja, compite con el hombre por puestos y salarios más dignos, defiende el lugar que poco a poco ha ido conquistando y es víctima de la violencia doméstica; la búsqueda de la igualdad de género continúa y, por tanto, salir del anonimato para tener una mayor participación en lo público parece llevar consigo el coste de su salud mental y física. En consecuencia, la depresión es el conjunto de signos y síntomas padecidos por diferentes sujetos, pero que son reconocibles como un cuadro identificable, a la vez que podría relacionarse directamente con las influencias sociales (Álvarez, 2012), por lo que en estas épocas es posible la pregunta por la depresión como expresión de una realidad actual.

Referencias

- Alonso-Castillo, M., López García, K., Esparza Almanza, S., Martínez Maldonado, R., Guzmán Facundo, F. y Alonso-Castillo, B. (2009). Violencia contra la mujer y su relación con el consumo de drogas en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(1), 81-95. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1613/1034>
- Álvarez, J. (2012). Histeria y depresión. Confluencias. *Temas de psicoanálisis*, (4), 1-11. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2012/06/PDF-%C3%81LVAREZ.pdf>
- Amar Amar, J. y Berdugo de Gómez, M. (2006). Vínculos de apego en niños víctimas de violencia intrafamiliar. *Psicología desde el Caribe*, 18(1), 1-22.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. 5ª ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; Madrid: Médica Panamericana.

- Andrade Palos, P., Betancourt Ocampo, D., Vallejo Casarín, A., Celis Ochoa, B. y Rojas Rivera, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35(1), 29-35. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2012/sam121e.pdf>
- Arvelo Arregui, L. (2003). Función paterna, pautas de crianza y desarrollo psicológico en adolescentes: implicaciones psicoeducativas. *Acción pedagógica*, 12(1), 20-30. Recuperado de http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/17097/2/articulo_3.pdf
- Barros, E. y Barros, M. (2008). Conflicto entre trabajo y familia: efectos sobre la salud y resultados laborales en mujeres. *Estudios de Administración*, 15(2), 1-45.
- Bao-Alonso, M., Vega-Dienstmaier, J. y Saona Ugarte, P. (2012). Prevalencia de depresión durante la gestación. *Revista Neuropsiquiatría*, 73(3), 95-103. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1710/1738>
- Bones Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y de salud: resultados de la encuesta nacional de salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 1: el apego*. Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica en intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, H. (2003). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas psicoanalíticas*, 14. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000245ya=Algunos-subtipos-de-depresion-sus-interrelaciones-y-consecuencias-para-el-tratamiento-psicoanalitico>.
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. y Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clinica y Salud*, 25(1), 67-74. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original7.pdf>
- Carreón Nieto, C., Sauza Escutia, R., Martínez Jiménez, S. y Mejía Rodríguez, O. (2012). Síntomas depresivos y estructura familiar en adolescentes. *Atención Familiar*, 19(1), 12-15. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2012/af121c.pdf>

- Cobo Ocejo, P. (marzo-junio, 2006). La depresión en los adolescentes. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 4(8), 29-33.
- Correa Donoso, E. y Jadresic Marinovis, E. (2005). *Psicopatología de la mujer*. 2da. edición. Santiago: Mediterráneo.
- Domínguez Fuentes, J. M., García Leiva, P. y Cuberos Casado, I. (junio, 2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de Psicología*, 24(1), 115-120. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/14-24_1.pdf
- Escribá Quijada, R., Maestre Montoya, C., Amores Laserna, P., Pastor Toledo, A., Miralles Marco, E. y Escobar Rabadán, F. (2005). Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(5), 298-302.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos Giráldez, S. y Muñiz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 217-225.
- Freud, S. (1917/2000). Duelo y melancolía. *Obras Completas. Vol 14 (1914-16)* (pp. 237-253). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gaviria Arbeláez, S. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316-324. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615421008>
- González Forteza, C., Ramos Lira, L., Caballero Gutiérrez, M. y Wagner Echeagarray, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación suicida e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- Hoyos Zuluaga, E., Lemos Hoyos, M. y Torres de Galvis, Y. (2012). Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974547>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2012). *Comportamiento de la violencia intrafamiliar Colombia*, 201. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2012/3%20violencia%20intrafamiliar%20forensis%202012.pdf>

- Jiménez, A. (2010). Transformación de la familia en Colombia: mujer e infancia (1968-1984). *Estudios Científicos de Educación*, (12), 16-33. Recuperado de <http://revistas.udistrital.edu.co/ojs/index.php/revcie/article/view/427/656>
- Jiménez, T., Murgui, S. y Musitu, G. (2007). Comunicación familiar y ánimo depresivo: el papel mediador de los recursos psicosociales del adolescente. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 259-271. Recuperado de http://www.uv.es/lisis/terebel/5_jimenez.pdf
- Keller, M. C., Neale, M. C. y Kendler, K. S. (enero, 2008). Asociación de diversos acontecimientos vitales adversos con diferentes patrones de síntomas depresivos. *American Journal of Psychiatry -Edición Española*, 11(1), 37-45.
- Kendler, K., Myers, J. y Prescott, C. (mayo, 2005). Diferencias de sexo en la relación entre apoyo social y el riesgo de depresión mayor: un estudio longitudinal de parejas de gemelos de sexo opuesto. *American Journal of Psychiatry-Edición Española*, 8(5), 283-289.
- Londoño, N., Marín, C., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B... y López, I. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-69. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v17n1/v17n1a5.pdf>
- Molina, M. (2006). Transformaciones históricas culturales del concepto maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykhé*, 15(2), 93-103. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96715209>
- Montecino, S. (2005). Antropología del género y depresión femenina: notas para una relación. En E. Correa Donoso, y E. Jadresic Marinovis (eds.), *Psicopatología de la mujer*. 2ª ed. (pp. 23-32). Santiago: Mediterráneo.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *La depresión. Nota descriptiva No 369*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Resumen analítico. Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda del mañana*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf?ua=1
- Ortega Gutiérrez, F. (1999). La quiebra de la identidad personal el caso del género. En J. Monleón y F. García Seigas (eds), *Retos de la postmodernidad: Ciencias Sociales y Humanas*. (pp. 73-89). Madrid: Trotta.

- Ospina-Ospina, F., Hinestroza-Upegui, M., Paredes, M., Guzmán, Y. y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 908-920. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n6/v13n6a04.pdf>
- Padilla Lavín, M. (2010). En torno a la incorporación de la mujer al mercado laboral y su impacto en la esfera privada. *Hospitalidad ESDAI*, (17), 97-130.
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E. y Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 329-341.
- Paniagua-Suárez, R. González-Posada, C. y Montoya-Gómez, B. (2010). Tres tipologías de salud mental de los adolescentes de una zona de Medellín-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 51-60. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n1/v12n1a05.pdf>
- Pomar Fernández, S. y Martínez Vázquez, G. (2007). Resignificación identitaria, trabajo y familia: una disyuntiva para la mujer. *Administración y organizaciones*, 9(18), 95-109.
- Quezada, V. y Santelices, M. (2009). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 53-61.
- Ríos Zapata, P. y Londoño Arredondo, N. (2012). Percepción de soledad en la mujer. *El Ágora USB*, 12(1), 143-164.
- Shmite, S. M. (2009). Las mujeres rurales y su participación en los escenarios productivos actuales. *La Aljaba, Segunda Época. Revista de estudios de la mujer*, 13(13), 117-131. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042009000100007
- Soares, I. y Dias, P. (enero, 2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-215.pdf
- Soler Veloz, K. y Castillo Reyna, I. B. (2005). Conducta de apego y configuración de la psicosexualidad en adolescentes sin amparo filial. *Santiago*, 108, 482-498.
- Stewart, D. (2005). La salud mental de la mujer en el mundo. En E. Correa Donoso y E. Jadresic Marinovis (eds.), *Psicopatología de la mujer* (pp. 23-32). 2ª ed. Santiago: Mediterráneo.

- Torres de Galvis, Y., Zapata Vanegas, M., Montoya Vélez, L., Garro Cossio, G. y Hurtado Villegas, G. (2009). *Segundo estudio de salud mental del adolescente Medellín*. Recuperado de http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/11201434_SEGUNDO-ESTUDIO-DE-SALUD-MENTAL-DEL-ADOLESCENTE-MEDELLIN---2009.pdf
- Torres de Galvis, Y., Posada Villa, J., Mejía Montoya, R., Bareño Silva, J., Sierra Hincapié, G., Montoya Vélez, L. y Agudelo Martínez, A. (2012). *Primer estudio poblacional de salud mental, Medellín 2011-2012*. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>
- Valcárcel, A. (2004). *La política de las mujeres: feminismos*. Madrid: Cátedra.
- Vallejo Casarín, A., Osorno Murguía, R. y Mazadiego Infante, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 91-105. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/40441113_Estilos_parentales_y_sintomatologia_depresiva_en_una_muestra_de_adolescentes_veracruzanos