

Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo

Irina Lazarevich, Fernando Mora-Carrasco***

Resumen

La depresión es una psicopatología con una prevalencia creciente y continúa siendo más frecuente entre las mujeres. La etiología de la depresión se asocia a una gran variedad de factores que no pueden disociarse de los contextos sociales en que ocurre. Las últimas tres décadas han estado marcadas por una masiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo y por una redefinición de las identidades y los roles de género; sin embargo, aunque con distintos matices y manifestaciones particulares, la desigualdad entre los sexos se ha mantenido en la mayor parte de los contextos. Se ha planteado que los efectos desfavorables de fenómenos recientes como la globalización afectan en mayor medida a las mujeres que a los varones. Por ello, la perspectiva de género representa una herramienta de análisis útil en la explicación de la distribución diferencial por sexo de las psicopatologías; asimismo, dicha perspectiva puede contribuir a la reconstrucción de las identidades de género, tanto femenina como masculina, y aportar elementos para buscar formas nuevas y más saludables de enfrentar o paliar problemas psicopatológicos específicos de nuestra época.

Palabras clave: depresión, género, factores psicosociales de riesgo.

Abstract

The prevalence of depression is increasing and continues to be higher among women than men. Although depression is a multi-factorial disease, its etiology cannot be dissociated from the social context. In the last three decades women have been incorporated in large numbers into the labor market and gender identities and roles have been redefined. However, gender inequality has not disappeared in most social contexts. Unfavorable conditions of globalization affect more women than men. Because of this, a gender perspective may contribute to explain the differential distribution of psychopathologies by sex. It also can help to reconstruct gender roles and identities, both male and female, in order to achieve healthier ones and to search for new ways to face or mitigate these specific problems of our time.

Key words: depression, gender, psychosocial risk factors.

* Profesora-investigadora del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana. iboris@correo.xoc.uam.mx

** Doctor en Ciencias, Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana.

Fecha de recepción: 20 de agosto de 2008

Fecha de aprobación: 10 de noviembre de 2008

Los autores de este trabajo quieren reconocer el apoyo dado por Deyanira González de León en la corrección del manuscrito.

Introducción

En las décadas recientes la salud mental se ha convertido en un tema relevante para los organismos de salud. Los trastornos depresivos tienen una prevalencia creciente en las sociedades actuales y sus consecuencias tienen a menudo efectos nocivos serios para las personas que los padecen, sus familias y la sociedad. Sin embargo, el problema no afecta de manera similar a los sexos: la depresión es casi dos veces más frecuente entre las mujeres.

A pesar de que la depresión es un trastorno multifactorial, su etiología no puede ser dissociada de los contextos sociales que enmarcan nuestras vidas. Las últimas tres décadas se han caracterizado por una redefinición de las identidades y las relaciones de género en muchas sociedades. Pero aunque con distintos matices y manifestaciones particulares, la desigualdad entre los sexos no ha sido eliminada.

Vivimos en un mundo de transformaciones sociales y en un período de transición histórica marcado por los avances en la educación y la tecnología, acompañados por la masiva incorporación de la mujer al mercado laboral y por cambios económicos y periodos de crisis que propician inestabilidad e inseguridad laboral. Estos elementos inciden en otros fenómenos complejos, como la relación entre los géneros, y promueve nuevas construcciones culturales en cuanto a lo que significa ser hombre o mujer en las sociedades contemporáneas.

La depresión se ha convertido en una enfermedad moderna y “globalizada” debido en gran medida a las condiciones de vida desfavorables del mundo contemporáneo. La inseguridad laboral, la competencia profesional, la pobreza y las migraciones son problemas que afectan más a las mujeres que a los hombres y que se enmarcan en el fenómeno de la globalización, el cual impacta no solamente en la economía y en el desarrollo social sino también en la esfera cultural y en la definición y redefinición de las identidades y los roles de género.

La perspectiva de género representa una herramienta de análisis útil en la explicación de la distribución diferenciada por sexo de las psicopatologías; asimismo, dicha perspectiva puede contribuir a la reconstrucción de las identidades de género, tanto femenina como masculina, y aportar elementos para buscar formas nuevas y más saludables de enfrentar

o paliar problemas psicopatológicos específicos de nuestra época.

La depresión como problema de salud pública

La depresión representa un problema importante de salud pública no sólo por su alta y creciente prevalencia, sino también por la carga social que como enfermedad implica en términos de la discapacidad y los días de actividad perdidos para los individuos. La forma grave de la depresión se encuentra entre las principales causas de discapacidad a nivel mundial y ocupa el cuarto lugar entre las diez principales causas de la carga de morbilidad (Murray y López, 1996; Lara, et. al., 2007; Valencia 2007; Hyman, 2008).

La consecuencia más grave de depresión es el suicidio. La ideación suicida está presente en el 60 al 80% de las personas deprimidas y se estima que alrededor del 15% llegan a cometer el suicidio (Minutko, 2006). El costo social de la enfermedad mental se refleja fundamentalmente en la discapacidad que produce en las personas afectadas. Los pacientes deprimidos son más propensos a desarrollar enfermedades coronarias y diabetes mellitus, así como a la muerte prematura (Evans, 2005; Knol, 2006). Asimismo, se ha reportado que la depresión empeora el pronóstico y la evolución clínica de otras patologías crónicas (Gindelgers, 2008; Krinshan y Nester, 2008).

Perfil epidemiológico de la depresión

Se calcula que la prevalencia de la depresión varía del 2 al 32% a nivel de la población mundial y se sabe que es casi dos veces más frecuente entre las mujeres que en los hombres (Boyd y Weissman, 1981; American Psychiatric Association, 2000; Organización Mundial de la Salud, 2001). A escala mundial, la prevalencia puntual de la depresión en los hombres es de 1.9%, mientras que en las mujeres es de 3.2%; en un periodo de 12 meses la prevalencia es de 5.8 y 9.5%, para cada sexo respectivamente. En relación con la edad, los datos muestran un incremento de la depresión entre la población joven (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Según la *American Psychiatric Association* (2000), el riesgo de padecer un trastorno depresivo alguna vez en la vida es de 5 a 12 % en los hombres y de 10 a 25% en

las mujeres, con una prevalencia de 2 a 3% y de 5 a 9%, respectivamente. Kessler (2003, 2005) en los Estados Unidos encontró una prevalencia total de depresión de 16.2 y de 16.6%, nuevamente mayor para el sexo femenino, con una relación de 1.3 a 1.5 mujeres por 1 varón.

En México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, aplicada en 2003 en población urbana de 18 a 65 años, reportó que 28.6% de los/las encuestados presentó algún trastorno psiquiátrico alguna vez en la vida. El 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.5% en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos los más frecuentes fueron los de ansiedad (14%), seguidos por el uso de sustancias adictivas (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Respecto a la distribución por sexo se encontró que los trastornos afectivos fueron casi dos veces más frecuentes entre las mujeres que en los hombres, con una proporción de 4.5% versus 2% alguna vez en la vida; de 2.1% vs. 0.9% en el último año; y de 0.8% vs. 0.3% durante el último mes. Por otra parte, a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento la atención de los enfermos psiquiátricos sigue siendo deficiente: en México reciben atención especializada sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental, sólo uno de cada cinco con más de un trastorno, y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos (Medina-Mora, *et. al.*, 2003).

Diferentes teorías han tratado de explicar la mayor vulnerabilidad de las mujeres a los trastornos afectivos. Sin embargo, recientemente la teoría psicosocial ha ofrecido explicaciones que parecen más sólidas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud: "(...) la salud de la mujer está ligada a su posición en la sociedad, se beneficia con la equidad y sufre por discriminación" (WHO, 1998: 6).

En los países pobres el riesgo de padecer depresión y ansiedad es mayor para las mujeres y puede alcanzar una relación mujer/hombre de 4/1 (Awas, *et. al.*, 1999). Por su parte, Thara y Patel (2001) consideran que esta mayor vulnerabilidad de las mujeres se debe a diversos factores: muchas están sometidas a condiciones de vida estresantes, a menudo son víctimas de violencia y abuso sexual, representan mano de obra barata, viven con carencias económicas y desempeñan roles sociales múltiples.

Depresión y globalización

A pesar de que la depresión representa un problema creciente y preocupante en el mundo contemporáneo, se trata de un trastorno que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Fernández y Ruiz (2005) afirman que las enfermedades mentales, especialmente la depresión, no tienen una trayectoria "*natural*" sino histórica. En el

caso de la depresión esta historicidad no depende sólo de situaciones personales y familiares, ya que se asocia también con las condiciones económicas, políticas y sociales de cada época. En las últimas décadas la globalización ha dominado el mundo entero, en forma directa o indirecta, e influido de manera profunda en ámbitos como la cultura, la familia y la salud. El incremento de la prevalencia de la depresión se debe en muchos casos a condiciones de vida desfavorables propiciadas por las crisis sociales, la pobreza, el desempleo, la exclusión educativa, los desplazamientos migratorios o las guerras (Beaglehole y Yach, 2003; Boltvinik y Damian, 2003; Bhugra y Mastrogianni, 2004; Monroy, 2005; Torres, 2005).

Trabajo, género y migración

Algunas de las principales causas de los patrones de desempleo actuales obedecen a las fases cíclicas del desarrollo de la economía y la tecnología, así como a los cambios socio-políticos y demográficos del mercado globalizado. Hoy en día se cuenta con evidencias en el sentido de que las consecuencias sociales negativas del desempleo se manifiestan en el deterioro de la salud mental en las personas. Asimismo, existe un sinnúmero de estudios que muestran la recuperación del bienestar y de la salud mental una vez que las personas encuentran empleo (Barling, 1990; Porter, 1990; Vinocur, 2000).

Aunque en muchos contextos la reestructuración económica ha llevado a una reorganización de la vida pública y privada de hombres y mujeres, esto ha tenido un impacto diferente para cada sexo. La feminización del mercado de trabajo en México afecta de manera adversa a un sector muy amplio de mujeres, cuya participación es mayor en los sectores informales, no asalariados, de bajos ingresos y sin seguridad y protección social (García, 2001). En un análisis sobre la relación entre género, trabajo y salud, Cruz (*et. al.*, 2003) encontraron una mayor morbilidad en las mujeres trabajadoras, con un predominio de trastornos psicosomáticos en una proporción mujer/hombre de 2-1.5.

La migración es otra característica de la globalización. Un mal ajuste individual a las experiencias del contacto con la modernización, la falta de acceso a la educación, la pertenencia a la clase obrera, el desprendimiento de las raíces culturales, el aislamiento y la falta de seguridad social son factores que suelen asociarse con el incremento de problemas emocionales entre las poblaciones migrantes (Watter, 2002; Bhugra, 2004). Hacia finales de la década de 1990, Almeida (1998) analizó el impacto de los cambios sociales en la salud mental en las últimas dos décadas en América Latina, encontrando que trastornos mentales como

la depresión, la agresividad y el alcoholismo eran más frecuentes en los grupos de población migrante y sobretodo en los estratos socioeconómicos bajos. En estos grupos la prevalencia total de los trastornos mentales llegaba al 49%; la neurosis y el alcoholismo eran los diagnósticos más frecuentes con una prevalencia de 23%.

Nuevo actor social

El aumento del rendimiento productivo propicia una competitividad cada vez mayor en todos los campos: entre individuos, empresas y naciones. Fenómenos como la caída del socialismo real y el establecimiento del capitalismo globalizado han provocado un aumento de las dificultades para obtener y mantener un empleo, la pérdida de beneficios sociales, el incremento de la competitividad profesional, así como menores posibilidades de ingreso al sistema educativo superior y al ámbito laboral (Giddens, 1999; Woodward, *et. al.*, 2001; Bettcher, *et. al.*, 2000; Vinokur, *et. al.*, 2000; World Health Organization, 2002; Beaglehole, *et. al.*, 2003).

La inseguridad en el trabajo por un lado, así como el desempleo, la desigualdad social y la pobreza por el otro, se asocian con el aumento de la prevalencia de la depresión aun en países con un mayor grado de desarrollo respecto a los países de América Latina. En países como México, sin embargo, estos efectos son más pronunciados. En las últimas décadas, el mecanismo que une al individuo con la sociedad ha cambiado por la transformación del control social y por las necesidades productivas que prevalecen en la actualidad. La competitividad llevada al exceso es una forma de violencia que se asienta en la realidad cotidiana como un elemento indispensable de la sociedad globalizada. Esta nueva fase de la historia se acompaña de una segunda revolución individualista (Hirsh, 2003; Guinsberg, 2004), cuyo objetivo es formar actores sociales para el nuevo milenio con características como una mayor capacidad competitiva y de adaptación, autosuficiencia, autonomía y deseo de realización personal con tendencias al mayor éxito posible.

El rápido cambio del ambiente psicosocial que provoca la exposición a situaciones extremas de competitividad profesional y favorece la desintegración familiar, el aislamiento social y el estrés laboral propicia el aumento en la prevalencia de algunos trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo. La sobrecarga de información que ofrece el desarrollo tecnológico y la obligación de vivir en un mundo cuyos cambios ocurren a gran velocidad rebasa las capacidades y la potencialidad humanas: "Hemos alcanzado un punto en nuestra evolución humana, caracterizada por el hecho de que sabemos mucho,

sabemos muchísimo, pero comprendemos muy poco (...) jamás en toda nuestra existencia hemos acumulado más conocimiento, más saber, que durante los últimos años" (Max-Neef, 2006: 58-63).

El poder económico adquiere mayor potencialidad con efectos relevantes en la vida de los seres humanos mientras que el poder político pierde su estatus e influencia, lo que implica la emergencia de un nuevo actor social y de un nuevo reparto de funciones entre los sexos (Lamarca, 2001).

Depresión y roles de género

En las últimas décadas la globalización ha influido en la vida cotidiana de las personas en la misma manera que afectó al mercado laboral. Así, la sexualidad, el matrimonio y la vida familiar se están transformando. La familia tradicional, por ejemplo, está siendo reemplazada en muchos contextos por nuevas formas de convivencia en pareja y que atribuyen mayor valor a la sexualidad y a la comunicación emocional (Papp, 1996, 1998; Guinsberg, 2004).

La entrada masiva de las mujeres al mercado laboral ha implicado la transformación de sus roles sociales, su mayor autonomía y una amenaza para la familia tradicional. La inestabilidad y la inseguridad laboral, el debilitamiento de la figura del hombre como proveedor económico exclusivo, así como la difusión de nuevas construcciones culturales sobre lo que significa ser hombre o mujer en las sociedades contemporáneas, tanto occidentales como en su expresión particular en el contexto mexicano, ha implicado una redefinición de las identidades femeninas y masculinas y de las relaciones de género (Barbosa, *et. al.*, 2006).

Como señala Martha Lamas:

A finales del siglo XX (...) las mexicanas se ubican (...) como figuras protagónicas en el ámbito público, aunque con desigualdades sustanciales. No existe la Mujer; existe una amplísima variedad de mujeres y por lo general su clase social, su edad, sus orígenes étnicos, su grado de escolaridad y su tipo de consumo las acercan más a sus congéneres masculinos que a las demás mujeres. (2007: 9-11)

Depresión e identidad femenina

La incorporación de la mujer al trabajo remunerado ha tenido una tendencia ascendente durante las últimas décadas. Según datos oficiales la tasa global de fecundidad disminuyó de 7 a 2.4 hijos por mujer entre 1970 y el año 2000; la edad a la primera unión conyugal de las mujeres aumentó de 18.8 años, al inicio de la década de 1970, a 23.1 años para 1997;

y el índice de feminización del trabajo (número de mujeres por cada 100 hombres) se incrementó de 31 a 45 en el periodo 1990-2000 (Consejo Nacional de Población, 1997, 1999, 2000; Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática 2000, 2001)

A pesar de la transformación en las relaciones de género, los trastornos afectivos continúan presentándose con una mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. La depresión se asocia frecuentemente con trastornos somáticos, básicamente a nivel cardiovascular y gastrointestinal. Muchos trabajos han constatado que ciertos componentes asociados a las inequidades de género –desamparo legal o económico, dependencia emocional, autoestima devaluada, sumisión y complacencia- contribuyen a la emergencia de síntomas depresivos en las mujeres (Beck, 1972; Seligman 1975; Dio Bleichmar, 1991; Lara, 1993; Mingote, 2000; Díaz-Loving, *et. al.*, 2007).

Desde la perspectiva psicodinámica, Burin (1996), Levinton (2001) y Tubert (2001) plantean que los patrones de socialización y crianza de las niñas contribuyen a reforzar la dependencia emocional de las mujeres, así como el miedo a quedarse solas, una baja autoestima y una posición subordinada. Además, las dificultades para lograr el “*ideal maternal*” impuesto por la sociedad son vividas por muchas mujeres como una insuficiencia personal. Frente a la impotencia para transformar situaciones vitales desfavorables -que a menudo se acompañan de carencias, devaluación personal o violencia- muchas mujeres experimentan síntomas de depresión. En las amas de casa la probabilidad de depresión aumenta cuando los hijos crecen y abandonan la casa, lo cual puede provocar estados depresivos, miedo a la soledad y pérdida del sentido de la vida. El denominado “*síndrome del nido vacío*” es un buen ejemplo de esta situación (Barberá y Martínez, 2004) y existen estudios empíricos que relacionan la baja autoestima y los rasgos de dependencia de las mujeres con la depresión (Lara, 1993; Díaz-Loving, *et. al.*, 2007).

Por otra parte, muchas mujeres jóvenes viven una fuerte contradicción ante las dificultades para compatibilizar su vida familiar con la realización profesional para incorporarse plenamente a la vida social. Actualmente se enfatiza la necesidad de conciliar la vida familiar con la laboral, pero esto sólo será posible con una distribución equitativa de las responsabilidades familiares y sociales entre hombres y mujeres. De no ser así se seguirá contribuyendo a crear fuentes de estrés adicionales para las mujeres que están ya sometidas al desempeño de múltiples roles (Barberá y Martínez, 2004). Estudios recientes muestran que el estrés laboral acompañado de una sobrecarga de actividades en

el hogar aumenta las tasas de depresión y ansiedad entre las mujeres (Blanco y Feldman, 2000; Medina-Mora y Fleiz, 2003). Sin embargo, la incorporación al trabajo ha sido un logro de gran importancia para un gran número de mujeres en términos de su realización profesional e independencia económica, o bien para complementar los ingresos masculinos.

La bibliografía internacional y nacional sobre el tema ha registrado que el romper con el aislamiento social y crear nuevas relaciones mejora el bienestar físico y emocional de las mujeres que trabajan fuera del hogar en comparación con aquellas que son amas de casa (Lara y Acevedo, 2000).

Walters (*et al.*, 2002) encontraron que el trabajo remunerado y los cambios a nivel de la estructura doméstica pueden ser considerados como factores explicativos de las diferencias en la salud de hombres y mujeres; tanto el trabajo remunerado como el contar con recursos económicos suficientes se asocian con una mejor salud física y mental en ambos sexos.

Otro aspecto importante a destacar es que los conflictos de la vida en pareja producen un malestar psicológico mucho mayor entre las mujeres que en los hombres, debido a que la socialización de las mujeres las lleva con frecuencia a centrar sus vidas en torno a los hombres (Barberá y Martínez, 2004).

Hacia una nueva masculinidad

Desde la década de 1980 surgió la necesidad de analizar los significados que los propios hombres atribuyen a la masculinidad (Montesinos, 2002). Los estudios en este campo parten de considerar a la masculinidad como una construcción sociocultural y se han dirigido a explorar el lugar que ocupa en ámbitos particulares como la familia, la política, el trabajo, la religión, la sexualidad y el tiempo libre, entre otros. El principal aporte de estos estudios es contribución para rebasar los roles tradicionalmente asumidos por los hombres y encontrar alternativas nuevas y más saludables para sus vidas: mayores posibilidades de desarrollo emocional, nuevas opciones para mejorar su salud y reducir el estrés, así como establecer nuevas relaciones sin violencia entre los hombres y hacia las mujeres (Mc Phail, 2006).

Lo anterior permitiría superar los estereotipos masculinos convencionales caracterizados por rasgos como la rudeza, la agresividad o la competitividad, así como dejar de canalizar los problemas a través del consumo de alcohol (Kessler, *et. al.*, 1994, 2003, 2005; Brown, 1998). Diversos trabajos sobre el uso del tiempo libre entre los hombres señalan la

necesidad de promover relaciones de género equitativas para rebasar las restricciones impuestas por la desigualdad sexual y que reducen la expresión plena de las capacidades y posibilidades creativas de hombres y mujeres (McPhail, 2006; Courtenay, 2000).

La identidad de género no es una construcción sociocultural terminada. Se construye de manera dinámica, en el transcurso de tiempo y de acuerdo con el tipo de relaciones que las personas establecen consigo mismas, con los demás y con la cultura. De acuerdo con esto, la masculinidad tiene que ser abordada desde un enfoque que dé cuenta de las múltiples interacciones que establecen los hombres con distintos tipos de mujeres y diferentes tipos de hombres. De esta manera, los estudios sobre los hombres pueden fortalecer la perspectiva de género y desarrollar la capacidad explicativa de la complejidad que caracteriza las relaciones de género en el mundo contemporáneo.¹ De acuerdo a Lipovetsky: “(...) lo masculino y lo femenino se mezclan, se pierden sus características diferenciadas (...) Esto sugiere que el cambio cultural que se advierte en las relaciones entre los géneros es un proceso general que vive la sociedad contemporánea” (Lipovetsky citado en Montesinos, 2002: 3).

Lo anterior obliga a reflexionar también sobre la construcción de nuevos valores basados en la cooperación, así como sobre nuevas relaciones económicas, sociales y humanas donde el respeto hacia los otros y la equidad de género serán elementos centrales.

Depresión, género y pobreza

Hace muchos años la pobreza fue denominada como “*la madre de todas las enfermedades*”, recuerdan Patel y Kleiman (2003) en su trabajo “La depresión: ¿es una enfermedad de la pobreza?”. A pesar de algunos progresos en el campo de la salud alcanzados en muchos países pobres, éstos continúan presentando altas tasas de enfermedades transmisibles y al mismo tiempo experimentan una carga creciente de enfermedades crónicas y de nuevas patologías sociales. Los trastornos mentales representan una parte importante de los problemas de salud en todas las regiones del mundo, debido al deterioro de la calidad de vida que se traduce en problemas como el desempleo, los bajos ingresos, limitaciones de acceso a la educación, condiciones de trabajo inseguras y estresantes, discriminación de género y violación de los derechos humanos (Organización Panamericana de la

Salud, 1997). Un análisis de diferentes estudios publicados a partir de 1990 permitió destacar la asociación entre pobreza y trastornos mentales en seis países de ingresos bajos y medios. Factores como la inseguridad y la desesperanza, los cambios sociales rápidos, el riesgo de violencia y los problemas de salud física pueden explicar la mayor vulnerabilidad de los pobres a sufrir trastornos mentales comunes (Patel y Kleinman, 2003).

La relación entre la pobreza y la salud mental debería recibir mayor atención entre los responsables de las políticas tanto de salud como económicas. Los costos directos e indirectos de la mala salud mental agravan la situación económica y genera un círculo vicioso entre pobreza y problemas mentales. Los hallazgos de estudios empíricos realizados en países desarrollados sugieren que, para la mayoría de los trastornos mentales, la asociación entre nivel socioeconómico bajo y morbilidad psiquiátrica es fuerte y significativa (Kessler, *et. al.*, 2005; World Health Organization, 2002). Por otro lado, existe una serie de estudios realizados en comunidades de países en desarrollo que han encontrado asociaciones significativas entre indicadores de pobreza y trastornos mentales (Desjarlais, *et. al.*, 1997; Organización Panamericana de la Salud, 1997; Awas, *et. al.*, 1999; Patel y Kleiman, 2003).

Estudios realizados en Brasil y Chile muestran que entre los principales factores que aumentan el riesgo de depresión y ansiedad se encuentran la baja escolaridad y el desempleo. Estos mismos estudios revelan que ambos trastornos son más frecuentes en el sexo femenino: 26 % en mujeres versus 17% en hombres; y 35% en mujeres vs. 17% de hombres, respectivamente (Vorcano, 2001; Araya, 2001). Así, uno de los parámetros significativos de riesgo de sufrir cualquier trastorno mental, en particular trastornos afectivos, de ansiedad o trastornos de somatización, es la pertenencia al sexo femenino; una importante excepción es el uso de sustancias adictivas, ya que los hombres son más propensos al uso excesivo de alcohol y drogas (Andrews, *et. al.*, 2001; Kessler, *et. al.*, 2003, 2005).

A nivel mundial las mujeres conforman el 70% de los 1,500 millones de personas que viven en condiciones de pobreza extrema y que no tienen acceso a la tierra, al empleo remunerado, a servicios de educación y de salud, etcétera (Lamarca, 2001). Las estadísticas de género demuestran que el hecho de ser mujer agrava las experiencias de pobreza. Datos oficiales muestran que el porcentaje de hogares con jefatura femenina en condición de pobreza alimentaria aumentó a nivel nacional de 14.3 a 17.8% en el período 2000-2002. En el medio urbano el porcentaje aumentó de 14.9 a 24.9%. De acuerdo con el tipo de jefatura de

¹ Recientemente el tema fue tratado en el Primer Congreso Nacional de Estudios de Género en Hombres realizado en la Ciudad de Guadalajara, México, en el año 2006.

los hogares, el porcentaje de hogares pobres con jefatura femenina aumentó a nivel nacional de 14.5% a 16.6%; en cambio el porcentaje de estos hogares con jefatura masculina bajó ligeramente de 19.5% a 19.3% (Orozco, 2003).

Un análisis sobre uso del tiempo por sexo y en personas mayores de 18 años reveló que el tiempo dedicado al trabajo remunerado entre los hombres es de 45 horas por semana, mientras que entre las mujeres es de 19 horas; asimismo, el promedio de tiempo semanal dedicado a las actividades domésticas es de 10 horas en los hombres y de 46 horas en las mujeres. Como resultado de esta división de actividades, los hombres disponen en promedio de 4 horas más a la semana para la recreación que las mujeres (Orozco, 2003).

Todo lo anterior plantea la necesidad de una reflexión acerca de la construcción de una cultura de género más equitativa y sobre todo más acorde con las necesidades de los tiempos actuales.

Conclusiones

1. La globalización ha impactado profundamente la vida de todos los actores sociales y producido una situación de desigualdad social profunda que no afecta solamente a las poblaciones de los países pobres. Los efectos de la globalización repercuten a nivel personal, familiar y social e incluyen la sobre valoración de la competitividad, la inseguridad laboral y el desempleo, el aumento de la pobreza y los movimientos migratorios masivos.

2. Entre los efectos más importantes del fenómeno de la globalización en la salud individual y colectiva se encuentran aquellos ubicados en el ámbito de la salud mental. Los condicionamientos de género y la pobreza representan determinantes sociales de riesgo de sufrir depresión en las mujeres. A esto se agrega una deficiencia crónica de los sistemas de salud para ofrecer opciones de prevención y tratamiento para los problemas de salud mental, así como deficiencias en otros aspectos relacionados con el apoyo social para las personas que los padecen.

3. La globalización también ha producido cambios importantes en los roles de género y en la estructura familiar. En México y en América Latina los avances conceptuales desde la perspectiva de género han llevado a destacar ámbitos de la dinámica familiar que deberían ser objeto de atención particular: la división del trabajo al interior de las unidades domésticas; la doble jornada y la sobrecarga de trabajo de las mujeres; y posibles nuevas formas de ejercer la maternidad y la paternidad.

4. Finalmente, es necesario comprender que los fenómenos políticos y sociales generados por una hegemonía económica globalizada afectan tanto a los hombres como a las mujeres, aunque con manifestaciones y matices particulares de acuerdo con el contexto socioeconómico y cultural en el que viven. Es necesario también superar las visiones “simplistas” sobre la condición de las mujeres y partir de una perspectiva de género amplia para explicar la morbilidad diferenciada por sexo en el campo de salud mental.

Bibliografía

Almeida-Filho, N. (1998) “Becoming modern after all these years: social change and mental health in Latin America”. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 22: 285-316.

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision*. Washington: Am Psychiatr Press.

Andrews, G., Henderson, S., Hall, W. (2001) “Prevalence, comorbidity, disability and service utilization”. *The British Journal of Psychiatry*, 178:145-153.

Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuna, J., Lewis, G. (2001) “Santiago Mental Disorders Survey: prevalence and risk factors”. *British Journal of Psychiatry*, 178:228-233.

Awaw, M., Kebede, D., Alem, I. (1999) “Mayor mental disorders in Butajira, southern Ethiopia”. *Acta Psychiatrica Scan*, 100:56-64.

Barberá, E. y Martínez, I. (2004) *Psicología y género*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

- Barbosa, J., García, B y Murga, A. (2006) "La familia y el trabajo: principales enfoques teóricos e investigaciones sociodemográficas". En: De la Garza, E. (Coord.) Tratado Latinoamericano de Sociología. México: Universidad Autónoma Metropolitana:148-170.
- Barling, J. (1990) Employment, stress and family functioning. New York: Wiley.
- Beaglehole, R. y Yach, D. (2003) "Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults". *The Lancet*, 362: 903-908.
- Beaglehole, R. & Dobson, A. (2003) "The contributions to change: risk factors and the potential for prevention". In: Marmot, M. & Elliot, P. (Eds.) *Coronary heart disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A. (1972) *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: Pennsylvania University Press.
- Bettcher, D., Yach, D., Guindon, G. (2000) "Global trade and health: key linkages and future challenges". *Bull World Health Organ*, 78:521-534.
- Bhugra, D. & Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. *British Journal of Psychiatry*, 184:10-20.
- Blanco, G. y Feldman, L. (2000) "Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora". *Salud Pública Mex*, 42:217-225.
- Boltvinik, J. y Damian, A. (2003) "Derechos humanos y medición oficial de la pobreza en México". *Papeles de Población*, Universidad Autónoma del Estado de México, 35: 101-137.
- Boyd, J. & Weissman, M. (1981) "Epidemiology of affective disorders". *Arch Gen Psychiatry*, 38:1039-1046.
- Brown, G. (1998) "Genetic and population perspectives on life events and depression". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 363-372.
- Burín, M. y Dio Bleichmar, E. (1996) *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Consejo Nacional de Población (Conapo). (1997, 1999, 2000). *La situación demográfica de México*.
- Countenay, W. (2000) "Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health". *Social Science & Medicine*, 50:1385-1401.
- Cruz, A., Noriega, M., Garduño, M. (2003) "Trabajo remunerado, trabajo domestico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones". *Cad Saúde Pública*, 19(4).
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., y Kleiman, A. (1997) *Salud mental en el mundo, problemas y prioridades en población de bajos ingresos*. Washington, DC: PALTEX, Organización Panamericana de la Salud.
- Díaz-Loving, R., Rocha Sánchez T., Rivera Aragón S., (2007) *La instrumentalidad y la expresividad desde una perspectiva psico-socio-cultural*. México: Porrúa.
- Dio Bleichmar, E. (1991) *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de hoy.
- Evans, D. (2005) "Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations". *Biol Psychiatry*, 58: 175-189.
- Fernández, L. y Ruíz, M. (2005) "Lo singular y lo social en la depresión". En: Vargas, L. (Comp.). *Lecturas de la depresión*. México: Universidad Autónoma Metropolitana: 19.
- Fernández, L. y Ruiz, M. (2005) "Escenarios de la depresión". En: Vargas, L. (Comp.). *Lecturas de la depresión*. México: Universidad Autónoma Metropolitana: 23-38.
- García, B. (2001) "Reestructuración económica y feminización del mercado de trabajo en México". *Papeles de Población*, 27:45-61.
- Giddens, A. (1999) *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. México: Taurus Pensamiento.
- Gindelgers, A. (2008) "Medical burden in late life bipolar and mayor depressive disorders". *Am J Geriatr Psychiatry*, 16:194-200.
- Guinsberg, E. (2004) *La salud mental en el neoliberalismo*. México: Plaza y Valdés, S.A.de C.V.
- Hirsch, J. (2003) "¿Qué es la globalización?" En: *Lecturas Básicas II. Contexto cultural, social y económico*

- de México y América Latina. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco: 95-107.
- Hyman, S. (2008) "A glimmer of light for neuropsychiatric disorders". *Nature Insight*, 455:890-893.
- INEGI, (2000, 2001) *Mujeres y hombres en México. Estadísticas del trabajo doméstico y extradoméstico en México*. Aguascalientes: INEGI.
- Kessler, R.C, McGonagle, K.A. y Zhao, S. (1994) "Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States". *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., Rush, J. (2003) "The epidemiology of major depressive disorders". *JAMA*, 289:3095-3105.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., Walters, E. (2005) "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Arch Gen Psychiatry*, 62:593-602.
- Knol, M. (2006) "Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis". *Diabetología*, 49:837-845.
- Krishnan, V., Nestler, E. (2008) The molecular neurobiology of depression. *Nature*, 455:894-902.
- Lamarca, C. (2001) www.rcci.net/globalización/08/1172006. (Consulta enero-julio 2009)
- Lamas, M. (Coord.) (2007) *Miradas feministas sobre las mexicanas del siglo XX*. México: Fondo de Cultura Económica: 9-11.
- Lara-Cantú, M.A. (1993) *Inventario de Masculinidad y Femenidad*. IMAFE. México: Manual Moderno.
- Lara, M. y Acevedo, M. (2000) "Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para su salud reproductiva". En: Langer, A., Tolbert, K. (Eds.) *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México: EDAMEX: 117-151.
- Lara Muñoz, M., Medina-Mora, M., Borges, G., Zambrano, J. (2007) "Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Result from the Mexican survey of psychiatric epidemiology". *Salud mental*, 30(5): 4-11.
- Levinton, N. (2001) "El superyó femenino". En: *AA. VV. II Jornadas de Salud mental y género*. Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32.
- Lipovetsky, G. (1986) *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
- Max-Neef, M. (2006) "El poder de la globalización". *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24, 58-63.
- Mc Phail Fanger, E. (2006) *Voy atropellando tiempos. Género y tiempo libre*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Medina-Mora, M.A., Borges, G, Lara, C. y col. (2003). "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México". *Salud Mental*, 26(4):1-16.
- Medina-Mora, M. y Fleiz Bautista, C. (2003) "La salud mental y las adicciones: retos, barreras y perspectivas". *Cuadernos de Nutrición*, 26(2):69-76.
- Mingote, J. (2001) "Semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres". En: *AA.VV.: Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 29.
- Minutko, B. (2006) *Depression*. Moscú: GEOTAR-Media: 6-7.
- Monroy, M. (2005) *Rostros que hablan de la crisis educativa*. México: Castellanos Editores: 286-287.
- Montesinos, R. (2002) *Las rutas de la masculinidad. Ensayos sobre el cambio cultural y el mundo moderno*. México: Gedisa.
- Murray, J.L. y Lopez, A.D. (1996) "The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020". *Summary*. Boston: Harvard School of Public Health Organization.
- OMS. (2001) *Informe sobre la salud en el mundo*, Ginebra.
- OPS. (1997) *Salud mental en el mundo, problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos, PALTEX*. Washington, DC.

- Orozco, M. (2003) Seminario internacional “*Políticas sociales de combate a la pobreza con perspectiva de género: una mirada desde el Programa Oportunidades*” con base en la ENUT.
- Papp, P. (1996) “Parejas”. En: Walters, M. (Ed). *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós: 224-278.
- Papp, P. (1998) *El proceso de cambio*. México: Paidós.
- Patel, V. y Kleinman, A. (2003) “Poverty and common mental disorders in developing countries”. *Bull World Health Organ*, 81 (8): 3-16.
- Porter, M. (1990) *The competitive advantage of nations*. New York: Free Press.
- Primer Congreso Nacional de la Academia Mexicana de estudios del Género de los Hombres. (2006) *Violencia ¿el juego del hombre?* Guadalajara, Jal., México.
- Seligman, M. (2003) *La autoténtica felicidad*. Madrid: Vergara.
- Thara, R. & Patel, V. (2001) “Women’s mental health: a public health concern. *Regional Health Forum*”, 5(1):24-33.
- Torres Salcido, G. (2005) “Políticas de empleo y de transformación de los mercados de trabajo en México”. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 11(3):127-153.
- Tubert, B. (2001) *Deseo y representación*. Madrid: Síntesis.
- Valencia Collazos, M. (2007) “Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental”. *Salud Mental*, 30(2):75-80.
- Vinokur, A., Vuori, J., Schul, Y., Price, R. (2000) “Two years after a job loss: longterm impact of the JOBS program on reemployment and mental health”. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1):32-47.
- Vorcano, C., Lima-Costa, M., Barreto, M., Uchoa, E. (2001) “Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambui Study”. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104:257-63.
- Watter, C. (2002) “Migration and mental health care in Europe: report of a preliminary mapping exercise”. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 28(1):153-172.
- Walters, V., McDonough, P. & Strohschein, L. (2002) “The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian national population health survey”. *Social Science and Medicine*, 54, (5): 677-692.
- World Health Organization (1998) *The World Health Report. Life in the 21 th century. A vision for all*. Geneve, WHO.
- World Health Organization (2002) *The world health report 2002*. Geneva: WHO.
- Woodward D., Drager N., Beaglehole R., Lipson D. (2001). “Globalization and health: a framework for analysis and action”. *Bull World Health Organ*; 79:875-81.