Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer

Ma. Asunción Lara*

Summary

The present paper reviews 15 years of research on women's mental health carried out by the author. This line of research began with the study of the then referred to as sex roles in the Mexican population and its relation to mental health. The results confirmed a wide prevalence of gender roles and stereotypes, as shown by *feminine* and *submissive* traits being more frequently endorsed by and expected from females and *masculine* and *macho* traits, by males. As regards to the relation between stereotypes and emotional health, results supported the hypothesis that androgynous individuals—individuals with a balance of masculine and feminine traits—show better mental health, as they report less depressive symptoms and neuroticism. On the other hand, there was a clear negative relation between *machismo* and *submissive* traits to mental health: *submission* correlated positively with neuroticism, *machismo* with psychoticism; and both aspects with depression.

A second line of research aimed to study the effects of employment on women's mental health as well as its effects on the mental health of their offspring. A higher frequency of depressive symptoms was observed among nonworking women, although both working and non-working women reported higher levels of depression than the general population. No differences were found between the two groups of children in attachment patterns.

Finally, a third line on an on going research on the prevention of depression in women is reviewed. An educational material was developed and evaluated as regards to form and content, and is at present the core of an intervention strategy. The strategy can be regarded as psycho-educational and with a gender orientation. The main results obtained from a pilot study of this strategy show a reduction in depressive symptomatology as well as the adoption of self-help behaviors that aim to reduce the risk of depressive symptoms, such as devoting more time to themselves and writing about their problems. They also mention as positive aspects, the fact that someone listens to them, that they get to know other women's problems and that they learn that they are not the only ones that have problems.

Key words: Gender stereotypes, depression in women, female employment, prevention of depression, attachment patterns in children.

Resumen

En este trabajo se reseñan 15 años de investigación sobre la salud mental de las mujeres, llevada a cabo por la autora. Esta línea se inició con el estudio de los entonces llamados

estereotipos sexuales en la población mexicana y su relación con la salud mental. Los resultados confirmaron una amplia prevalencia de estereotipos y papeles de género, en tanto que las características *femeninas* y de *sumisión* fueron las que más se esperaban de las mujeres las que más se atribuyeron ellas mismas, mientras que los aspectos *masculinos* y de *machismo* fueron los que más se esperaban de los varones y los que más se atribuyeron ellos mismos. Respecto a la relación entre los papeles de género y la salud emocional, los resultados estuvieron a favor de la hipótesis de que los individuos andróginos—individuos con un balance de rasgos masculinos y femeninos— muestran mejor salud mental, que se refleja en una menor cantidad de síntomas de depresión y neuroticismo. Por otra parte, fue clara la relación negativa que se observó entre los aspectos de *machismo* y *sumisión* con la salud mental, en tanto que la *sumisión* se correlacionó positivamente con el neuroticismo, el *machismo* con el psicoticismo, y los dos aspectos con la depresión.

Una segunda línea de investigación se abocó al estudio de los efectos del trabajo extradoméstico sobre la salud mental de las mujeres y las repercusiones sobre la salud mental de sus hijos e hijas. Se observó una mayor frecuencia de síntomas depresivos entre las mujeres que no estaban empleadas, aunque tanto las empleadas como las que no lo estaban mostraron más altos niveles de depresión que los reportados para la población general de nuestro país. En cuanto a los efectos del empleo materno sobre los patrones de apego de los niños y de las niñas, no se encontraron diferencias entre los patrones de uno y otro grupo.

Finalmente, se reseña una tercera línea de investigación que aún está en curso, sobre la prevención de la depresión en las mujeres. Se diseñó un material educativo que fue evaluado en su contenido y en su forma, y que ahora es parte central de una estrategia de intervención. Esta tiene un carácter psico-educativo y una orientación de género. Entre los resultados más importantes que se obtuvieron en un estudio de factibilidad sobre la intervención, están los siguientes: la disminución de la sintomatología depresiva, así como la adopción de estrategias de autoayuda dirigidas a reducir el riesgo de que se presenten síntomas depresivos, tales como que las mujeres se dediquen más tiempo a ellas mismas y escriban acerca de sus problemas. Mencionan, además, como aspectos benéficos, ser escuchadas, conocer los problemas de otras mujeres y saber que no son las únicas que los tienen.

Palabras clave: Estereotipos de género, depresión en la mujer, empleo femenino, prevención de la depresión, patrones de apego en la infancia.

Introducción

Durante las últimas décadas ha habido un enorme interés por estudiar la salud de las mujeres, incluyendo su salud mental, por considerárseles como un grupo particular en riesgo. Diversos estudios epidemiológicos y antropológicos se refieren a la prevalencia de ten-

* División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F.

sión psicológica en su contexto social, con frecuencia originada por las marcadas inequidades de género características de la mayoría de los países en desarrollo, así como por las desventajas derivadas de la pobreza, lo que afecta adversamente su salud (6).

En 1983 iniciamos una línea de investigación para estudiar los estereotipos de género y explorar la manera en que éstos se relacionan con la salud mental. En ese momento se incluyó a poblaciones de mujeres y de varones. Posteriormente, el foco de atención fue la población femenina con el estudio de sus problemáticas específicas, tales como la relación que hay entre el trabajo extradoméstico, la salud mental y la depresión en las mujeres.

El estudio de los estereotipos y papeles, entonces llamados sexuales, se llevó a cabo, en gran medida, con base en teorías psicológicas que no incorporaban la perspectiva de género. Poco a poco se fue incorporando este aspecto, sobre todo porque a partir de los años 90 tuvo un gran desarrollo, de manera que en los estudios más recientes se incorporó más de lleno. En el presente trabajo se reseñarán los principales estudios desarrollados en esta área, a la vez que se irá haciendo referencia a los marcos teóricos que les dieron sustento.

Papeles y estereotipos de género

A principio de los años 70 se incrementó notablemente la investigación sobre los diversos aspectos relacionados con el género, como las actitudes hacia los sexos y las diferencias entre uno y otro así como sobre los papeles y estereotipos asignados a hombres y mujeres. Este interés surgió del cuestionamiento al que llevó el movimiento de liberación femenina sobre los conceptos tradicionales del papel de la mujer y, en general, sobre los papeles de género.

Una revisión de los conceptos de masculinidad y feminidad muestra que en todas las culturas existe un consenso importante respecto a lo que constituye lo masculino y lo femenino. El primero se caracteriza por la agresividad, la combatividad, la búsqueda de dominio y autoafirmación; por la reflexión, la razón y el discernimiento; por la capacidad de abstracción y la objetividad. Lo femenino, por la necesidad de involucrarse con otras personas más que con ideas y abstracciones; por lo inconsciente y subjetivo; por la pasividad y la docilidad y por una orientación hacia los sentimientos y la intuición (9).

En los primeros estudios empíricos, masculinidad y feminidad fueron definidos como una dimensión bipolar, en la que masculino era considerado como sinónimo de hombre y femenino, de mujer. Con base en esta visión se esperaba que las mujeres obtuvieran puntuaciones altas en feminidad y los hombres en masculinidad. Un ejemplo de un instrumento basado en esta noción de bipolaridad, es la Escala de Masculinidad-Feminidad del Minnesota (MMPI).

Esta manera de concebir lo masculino y lo femenino presentó limitaciones tanto teóricas como metodológicas, pues no se encontró justificación para que una persona, cualquiera que fuera su sexo, no pudiera calificar de manera no excluyente en ambas dimensio-

nes. Esto llevó a la propuesta de dos dimensiones separadas —masculina y femenina— que pudieran variar independientemente una de la otra (5). Bajo esta concepción, una persona podía ser clasificada de acuerdo con su relativo equilibrio en ambos aspectos. Como ejemplo de un instrumento de medición que incorpora esta visión está el Inventario de Roles Sexuales de Bem (1).

A partir de los nuevos instrumentos de medición gran parte de la investigación se dedicó a probar las hipótesis planteadas por Bem: una fue que muchos individuos podrían ser "andróginos", es decir, podrían comportarse de manera tanto masculina como femenina, afirmativa y flexible, pragmática y expresiva, dependiendo de lo apropiado de la situación; y la otra, que los individuos fuertemente tipificados como masculinos o femeninos podrían estar seriamente limitados en el rango de comportamientos disponibles, al moverse de una situación a otra. Si estas hipótesis fueran ciertas, entonces el individuo "andrógino" sería el modelo de salud mental y no el individuo típicamente masculino o femenino, como se suponía anteriormente (9).

Las escalas de masculinidad y feminidad incluyeron aspectos pragmáticos y de relación, respectivamente. Sin embargo, la observación de que muchos estereotipos de género son descritos en términos de machismo y sumisión excesiva, hizo evidente la relevancia de incluir estos aspectos (25).

Muchos de los trabajos en esta línea se propusieron explorar la prevalencia de los papeles y estereotipos de género en diversas culturas, mas no mostraron interés por estudiar su origen cultural y social, como lo muestran, por ejemplo, los trabajos de William y Best (reseñados en Lara) (9). En nuestro trabajo revisamos, aunque someramente, los papeles de género dentro de la cultura y la estructura social mexicanas, e intentamos darle a los resultados una interpretación más amplia. Entre otros aspectos, aquí encontramos un mayor arraigo de los papeles y estereotipos de género tradicionales que en los países más desarrollados, y la observación de que la dicotomía macho-mujer sufrida alcanza en México dimensiones dramáticas, no obstante las diferencias importantes que hay entre los distintos sectores de la población, y los cambios experimentales en algunos grupos como respuesta a las transformaciones en los diversos ámbitos del país (9).

Con base en la revisión anterior se diseñó un instrumento de medición, el Inventario de Masculinidad-Feminidad (IMAFE) (9), que incluye aspectos representativos de los papeles y estereotipos de género en nuestra cultura. El instrumento mide cuatro aspectos: 1) masculinos (pragmáticos/autoafirmativos), 2) femeninos (expresivos/de relación), 3) de machismo (dominio/agresión) y 4) de sumisión/pasividad. Posteriormente se estudió la prevalencia de dichos aspectos en diversos grupos de diferente edad, escolaridad y nivel socioeconómico, así como de origen rural y urbano. Entre los resultados más importantes están los siguientes.

Conforme a lo esperado, se encontró una amplia prevalencia de estereotipos y papeles de género: las características *femeninas* y de *sumisión* se esperaban más de las mujeres y se las atribuyeron más ellas mis-

mas mientras que los aspectos *masculinos* y de *machismo* se esperaban más de los varones y se los atribuyeron más ellos mismos. También se observaron algunas diferencias entre los grupos (9).

Los varones mayores de 30 años, con educación universitaria, profesionistas, con mayores ingresos, casados y con padre profesionista se adjudicaron en mayor grado los aspectos *masculinos*. Entre las mujeres, estas características se reportaron en las mayores de 30 años, universitarias, profesionistas y con mayores ingresos. Las características *femeninas* se observaron con más frecuencia en las mujeres con educación superior y de mayores ingresos, y entre los hombres casados y profesionistas. Por otra parte, las medias más altas en *machismo* se observaron entre los profesionistas de ambos sexos y entre las mujeres de 30 a 49 años, universitarias y con mayores ingresos. La *sumisión* fue más frecuente en las mujeres de mayor edad, con nivel de escolaridad de primaria o menos, amas de casa, casadas y con hijos, así como en los hombres mayores de 50 años, con escolaridad de primaria o menos, con hijos, con menor ingreso y con padre obrero (9).

En los universitarios de ambos sexos se observó una mayor valoración de los aspectos *masculinos* y la percepción, por parte de las mujeres, de un cambio en las expectativas para su género —más alejado del papel de *sumisión*— del cual no se percatan los varones. Entre los casados se observó que los hombres se describen como más “*machos*” de lo que los describen sus parejas, mientras que las mujeres se describen de manera muy similar a como las describieron sus cónyuges. Por lo que respecta a las mujeres marginadas, encontramos que, pese a que indicaron que ellas tomaban la mayoría de las decisiones en el hogar y respecto a sus hijos, se describen como más sumisas, pasivas y dependientes de como describen a los hombres (9).

Respecto a la relación entre los papeles de género y la salud emocional, los resultados estuvieron a favor de la hipótesis de que los individuos andróginos muestran mejor salud mental, que se refleja en menos síntomas de depresión y neuroticismo, a la vez que se observó que la *masculinidad* entre los hombres y la *feminidad* entre las mujeres, tuvo mayor peso. Por otra parte, fue clara la relación negativa entre los aspectos de *machismo* y *sumisión*, y la salud mental: la *sumisión* se correlacionó positivamente con el neuroticismo, el *machismo* con el psicoticismo, y ambos aspectos con la depresión, en ambos sexos (9).

Los estudios posteriores han corroborado la presencia de claros estereotipos y papeles de género entre la población mexicana, su mayor prevalencia en los sectores populares y cambios importantes en el papel de las mujeres, sobre todo entre las que tienen mayores ingresos y trabajan, no así en el de los hombres (27). En resumen, podemos concluir que las mujeres y los varones han introyectado las expectativas propias de su sexo, dictadas por la sociedad. La mayor valoración de los hombres y de las mujeres de los aspectos masculinos, por una parte, y por otra, la mayor adjudicación de rasgos machistas por los profesionistas y las personas de mayores ingresos, puede interpretarse, con base en Lagarde (8), como evidencia de que el para-

digma en el modelo patriarcal es el varón, y que éste modelo es asimilado en mayor grado por las personas con mayores ingresos, escolaridad y estatus socioeconómico, que están más identificadas con los valores hegemónicos occidentales. Lo femenino, en tanto *sumisión*, y entendido como la servidumbre de las mujeres a los hombres, fue más frecuente en las personas que ya tienen una posición de sometimiento por la clase social a la que pertenecían.

Más allá de la adscripción de un papel de género, estos resultados también aluden a una relación de poder-subordinación. En este sentido, la *sumisión* se refiere al ejercicio de la autoridad masculina mediante la aceptación y obediencia de las esposas, quienes consideran que deben respetar al cónyuge y pedirle permiso, mientras que la *imposición* alude a situaciones en las cuales el dominio masculino se sostiene mediante el uso de diferentes formas de violencia física o psicológica contra las mujeres (27). Esta relación tiene consecuencias nocivas para la salud mental de las mujeres y de los varones, como ya se ha visto, y sobre lo que se profundizará más adelante.

El trabajo extradoméstico y la salud mental

Posteriormente desarrollamos una línea de investigación con el objetivo de explorar los efectos del trabajo extradoméstico sobre la salud mental de las mujeres. Una revisión amplia del tema nos permitió ubicarnos, en primer lugar, en el contexto en el que se integran las mujeres al trabajo y, en segundo lugar, en las repercusiones que esto tiene sobre su salud (18,19).

La incorporación de la mujer al trabajo remunerado ocurre en condiciones más desfavorables que las del resto de los trabajadores. Estas desventajas, ampliamente documentadas, se refieren a menores salarios, puestos de menor categoría y discriminación para obtener ascensos, contrataciones y programas de capacitación. La participación femenina en el ámbito laboral no se ha visto acompañada de cambios en la distribución del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, lo que ha llevado a la mujer a una doble jornada de trabajo. Tampoco se han adecuando las condiciones laborales a las necesidades de las mujeres que desempeñan esta doble jornada (26).

Un gran número de mujeres trabaja en áreas que demandan altas cuotas de productividad caracterizadas por la restricción de los movimientos, posturas incómodas y falta de higiene, y otras en el área de los servicios, en donde se enfrentan al estrés laboral. Las madres gestantes se ven expuestas a riesgos adicionales, ya sea por la naturaleza del trabajo o por la exposición a agentes químicos, físicos, biológicos y psicosociales (18). Además, el hostigamiento sexual se dirige más frecuentemente a las mujeres, lo que refleja las diferencias en la jerarquía de poder de las organizaciones respecto al género.

Todas estas condiciones tienen un impacto negativo sobre la salud reproductiva, física y mental de las mujeres (18). Paradójicamente, al evaluar la información acumulada de los efectos del trabajo remunerado sobre las mujeres, se observa mejor salud en las mujeres empleadas, en comparación con las amas de casa,

mayor satisfacción con sus vidas y menos síntomas depresivos (28). Esta situación puede explicarse por alguna de las siguientes situaciones: a) la mejor salud de las mujeres que se incorporan a la fuerza de trabajo, b) el efecto que produce participar en varios roles, que hace que uno de ellos mitigue los efectos adversos del otro, c) un mayor apoyo social y d) la ganancia que se obtiene por el ingreso económico más las ganancias secundarias, como son los logros y los reconocimientos (19).

El trabajo que llevamos a cabo tuvo como objetivo evaluar el efecto del trabajo extradoméstico sobre la salud mental de las mujeres, y sus repercusiones sobre la salud mental de sus hijos e hijas. Se estudió una muestra de enfermeras y otra de amas de casa con las siguientes características: casadas, con hijos e hijas y de nivel socioeconómico medio bajo y bajo (10).

Entre los resultados más importantes se observó una mayor frecuencia de síntomas depresivos entre las mujeres que no estaban empleadas, aunque en ambos grupos se encontraron altos niveles de depresión, mayores que los reportados entre la población general de nuestro país. Entre las enfermeras, la tensión derivada del papel de madre, el conflicto entre los papeles de trabajadora y madre, la tensión con su pareja y la tensión ocupacional se presentaron como sucesos de la vida diaria que enfrentan con algún éxito, ya que no se relacionaron con los síntomas depresivos y somáticos. La depresión se asoció con el incremento de la tensión ocupacional derivada de trabajar en el turno vespertino —debido probablemente a las dificultades para cuidar a sus hijos— y en las áreas críticas —de urgencias y terapia intensiva— así como por tener una vivienda pequeña, lo que puede ser un indicador de mayor pobreza. Los síntomas somáticos fueron más frecuentes cuando trabajaban en un área crítica; cuando la persona que les ayudaba en su casa con los niños era un familiar —probablemente porque es más difícil exigirle lo mismo que a las personas a las que se les paga, además de que genera otros problemas de relación interpersonal— y cuando la vivienda era más grande —y requiere de más trabajo (10).

Entre las amas de casa, las tensiones derivadas de su papel de madre y de su relación con la pareja se relacionaron con mayor depresión y somatización. El tener una vivienda pequeña se relacionó con un mayor conflicto por no trabajar y desear hacerlo, posiblemente derivado de la necesidad económica (10).

Estos resultados parecen confirmar la hipótesis de que el trabajo extradoméstico tiene una función moduladora de las tensiones con la pareja y con los hijos. Por otro lado, la elevada sintomatología depresiva en ambos grupos parece demostrar el efecto adverso de los bajos ingresos y las dificultades que producen, que fueron relatadas por las mujeres y que se explican detalladamente más adelante.

Por otra parte, los estudios internacionales sobre el efecto del trabajo materno sobre hijas e hijos durante los primeros años de vida, han formulado la hipótesis de que éste puede llevarlos a dificultades en la formación de ligas de apego o a desarrollar patrones de apego inseguro —según la teoría del apego de John Bowlby y Mary Ainsworth. No obstante, nuestros resul-

tados en los niños y niñas de 5 y 6 años de madres empleadas y no empleadas, no mostraron diferencias en los patrones de apego. Sólo se encontraron diferencias en el nivel de desarrollo, el cual fue mayor en los niños y niñas de madres empleadas, y de manera más significativa a los 5 años (11).

Un análisis más detallado de los dibujos de los niños y las niñas, así como de los de las madres —sin distinción del estatus laboral— proporcionó información adicional sobre las características psicológicas de la muestra. En un gran número de mujeres se observó el sentimiento de estar realizando grandes esfuerzos para lograr sus aspiraciones, pese a que cuentan con la disciplina y la capacidad necesarias para planear y ejecutar las tareas a su cargo. Perciben falta de tranquilidad, seguridad y calidez en la familia, y la mayoría se considera afectivamente distante de ésta (16). Por su parte, en los hijos e hijas se perciben signos de devaluación e incapacidad para expresarse emocionalmente y para demandar afecto, lo que lleva a la tercera parte de ellos y ellas a sentirse inseguros en grado extremo (13).

Se considera que estos datos son el resultado de la crisis económica tan prolongada del país, que ha impedido a amplios sectores de la población la consecución de sus metas, lo cual ha sido interpretado por muchas mujeres como una falta personal y las ha llevado a reprochárselo y a desarrollar síntomas de depresión y desesperanza. Por otra parte, las relaciones dentro de las familias se han visto afectadas porque los padres están totalmente dedicados a efectuar actividades que lleven a la sobrevivencia de la familia, lo cual limita el tiempo que dedican y sus facultades para promover la seguridad y la autoestima de sus pequeños/as.

La depresión en las mujeres: un proyecto de intervención

Los resultados anteriores nos llevaron a interesarnos por la salud mental de las mujeres de los sectores más desfavorecidos económicamente. En esta fase se estudió el problema de la depresión femenina y las posibilidades con que contamos para resolver esta problemática, y luego proponer una estrategia para intervenir en esta población (14).

A nivel mundial se ha reconocido que la depresión ocupa el cuarto lugar en cuanto al *peso de enfermedad* medida en DALYs (años de vida perdidos, ajustados por discapacidad), y es responsable de uno de cada diez años de vida perdidos. En el caso de las mujeres, es la causa primordial de *peso por enfermedad*. Para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar, después de los problemas cardíacos (24).

La depresión, entendida como estado de ánimo, presencia de síntomas y trastorno clínico, ha sido reconocida en países con diversas culturas como la más prevalente entre las mujeres. Los datos epidemiológicos nacionales e internacionales coinciden en señalar que la prevalencia de la depresión es de dos mujeres por cada hombre.

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud Mental (1988) indica que la prevalencia de los trastornos depresivos más severos es de 3.9 % en las mujeres y 2.2 % en los varones (2), y en la ciudad de México es

de 4.1 % en las mujeres en comparación con 1.6 % en los varones.* Por otro lado, los síntomas depresivos severos se reportan en 17 % de las mujeres, en comparación con 8.5 % de los varones (22).

Se ha documentado que la pobreza afecta más a las mujeres: ellas son las más afectadas por la violencia doméstica, la adicción a sustancias de alguno de los miembros de la familia y la presencia de ancianos y enfermos crónicos, y casi siempre son el sostén de la familia. Estas situaciones las llevan a tener sentimientos de depresión y desesperanza ante los que usan mecanismos de adaptación y defensa, como la resignación, el fatalismo y la tolerancia extrema (14).

En cuanto a los servicios de salud mental, encontramos grandes limitaciones en nuestro país. Entre las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios se encuentran el desconocimiento y los prejuicios, así como la falta de recursos (tiempo, dinero y alguien que cuide a sus hijos mientras asisten a la consulta) para asistir a ellos (22). Debido a estas carencias, así como a la desconfianza, los trámites prolongados y la insatisfacción con los servicios, las personas recurren más a menudo a familiares, amigos o sacerdotes, se automedican o usan remedios caseros cuando tienen algún padecimiento (22). Asimismo, la compleja organización administrativa por la que hay que pasar para acceder a los servicios de salud mental lleva a demorar la búsqueda de ayuda desde que se inicia el padecimiento (22). Las mujeres pobres comparten con los demás pobres la falta de acceso a la seguridad social—por lo que hacen gastos excesivos para obtener servicios de salud, algunos de medicina privada— y ser la población con menos información sobre los recursos de atención existentes (23). Comparten con las demás mujeres el tener que enfrentarse a un sistema de salud poco sensible a la perspectiva de género, dentro del cual frecuentemente se busca adaptarlas a su condición insatisfactoria. No es de sorprender, por lo tanto, que las mujeres mencionen como causas para no asistir a los servicios: sentir vergüenza, que nadie puede entender sus problemas ni puede ayudarlas (15). Por otra parte, la internalización de la expectativa social de que las propias mujeres deberían ser capaces de resolver sus propios problemas emocionales, limita sus posibilidades de solicitar ayuda (4).

En cuanto a la depresión, de manera similar a lo que ocurre en otros países, las mujeres reciben tratamiento farmacológico en mayor número que los varones y, entre ellas, las más pobres y con menor escolaridad son las que reciben más prescripciones (15).

Ante este problema se decidió desarrollar un proyecto de investigación sobre una propuesta de intervención para mujeres de escasos recursos. Como primer paso se diseñó un material educativo sobre la depresión (17), y en una segunda instancia se propuso la intervención.

El material educativo tomó la forma de un libro ilustrado con caricaturas, que proporciona información sobre la depresión y sus causas, y presenta actividades

apropiadas para disminuir los síntomas. Parte de un modelo multifactorial que incluye aspectos biológicos, ambientales, del desarrollo temprano, sociales y de género. Este último es quizá la aportación más original, y se refiere a los efectos depresógenos de la socialización del papel femenino, como son: la pasividad y la abnegación que deben mostrar las mujeres, el poco valor que les atribuye la sociedad; las vivencias tradicionales de ciertos papeles (madre, esposa, ama de casa) y la mayor responsabilidad que se les asigna desde la niñez. Se revisan los efectos que tiene sobre su salud mental el frecuente alcoholismo de sus familiares, como el padre o el cónyuge, y la gran violencia de que es víctima desde su infancia.

Una evaluación llevada a cabo por las usuarias potenciales sobre el contenido y la forma del libro permitió guiar las correcciones pertinentes y constatar el gran interés que hay por el tema de la depresión y por los motivos que llevan a ésta (20,21). Entre las mujeres que revisaron el libro se encontró que ninguna había oído hablar de manera formal de la depresión, aunque todas reconocieron haberla experimentado en algún grado alguna vez en su vida. Era frecuente que hubieran utilizado estrategias para combatirla, pero como no fueron suficientes, a menudo padecen síntomas de depresión que por lo general expresan “desquitándose” con sus hijos e hijas, lo que les produce culpa, y ésta, a su vez, más depresión.

Posteriormente, como se mencionó, se prosiguió a desarrollar una intervención preventiva utilizando este material educativo como elemento principal. Se trata de una estrategia dentro de la nomenclatura de Gordon (7), denominada *intervención preventiva indicada*. Este tipo de intervención está dirigida a revertir la secuencia patológica ya iniciada en individuos específicos. De manera similar a las intervenciones preventivas secundarias, va dirigida a las mujeres que ya están mostrando signos preclínicos de trastornos emocionales o conductuales. La estrategia es de carácter grupal, ya que éste facilita la lectura, promueve la reflexión y hace compartir las experiencias y las dudas, a la vez que reduce en un menor costo.

Se plantea como una intervención breve de entre una y ocho sesiones de dos horas de duración y de carácter psico-educativo, ya que, por una parte, se fundamenta en los tratamientos cognoscitivo-conductuales para el manejo de la depresión y, por la otra, toma elementos de los modelos de educación “didáctico críticos” y “centrados en la gente”*. Finalmente, incorpora una visión de género al promover la adquisición de poder por las mujeres por medio de: a) la reflexión sobre la condición de la mujer, b) las acciones que lleven a una distribución más equitativa de las tareas del hogar, c) un cambio en las creencias sobre la mujer, d) la motivación de las mujeres para que dediquen más tiempo y espacio a ellas mismas y e) la promoción de la cooperación entre las mujeres* (23).

Los resultados más importantes de un estudio sobre la factibilidad de esta estrategia muestran la disminu-

* Berenzon S, Medina-Mora ME, López EK, González J: Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. Reporte interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997.

* Lara MA: Una guía para el trabajo grupal del libro “¿Es difícil ser mujer?”, como una estrategia de prevención secundaria de la depresión. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Manuscrito sin publicar.

ción de la sintomatología depresiva así como la adopción de estrategias de autoayuda dirigidas a reducir el riesgo de presentar síntomas depresivos, tales como dedicar más tiempo a su propio cuidado y escribir sobre sus problemas. Las mujeres mencionan que les ha sido benéfico el ser escuchadas, conocer los problemas de otras mujeres y saber que no son las únicas que los tienen (datos sin publicar).

Para dar una idea de las características más importantes de las mujeres que han solicitado participar en esta intervención, diremos que 62 % presentan una posible depresión clínica; 80 % síntomas severos de depresión; 48 % baja autoestima; 35 % de 3 a 5 eventos de la vida muy estresantes, 30 % experiencias de hostigamiento sexual antes de los 17 años; 36 % un posible trastorno afectivo en la madre; 38 % consumo problemático de alcohol en el padre; 38 % comportamiento violento de la pareja y 30 % consumo de sustancias de la pareja. Su nivel socioeconómico es medio bajo o bajo y su escolaridad es variable, pero tiende a ser baja (datos sin publicar). Estos datos hablan de los numerosos factores de riesgo en la vida de muchas mujeres para que se presente la depresión.

Conclusiones

Los estudios anteriores muestran que en nuestro país aún prevalecen estereotipos tradicionales de género, pese a los cambios observados en algunos grupos.

También señalan que los aspectos de *machismo* y *sumisión* afectan negativamente la salud mental. Por otra parte, el trabajo de la mujer fuera del hogar, pese a las condiciones laborales negativas que caracterizan al trabajo femenino, parece proteger de los síntomas de depresión, si se compara con la situación de las amas de casa que no trabajan fuera del hogar. En las mujeres estudiadas se observó una gran frecuencia de síntomas depresivos, además de la percepción de intranquilidad, inseguridad y falta de calidez dentro de su familia, lo cual también perciben los niños y niñas. A manera de hipótesis, intentamos explicar estos resultados como efecto de las recurrentes crisis económicas del país.

Frente a esta problemática y ante la falta de atención especializada para resolver los problemas emocionales de la población más desfavorecida económicamente, se desarrolló una estrategia de intervención con el fin de reducir el riesgo de que se presenten trastornos más severos. Los datos preliminares son favorables.

En el desarrollo de estas líneas de investigación se ha hecho un esfuerzo por ir construyendo e integrando una perspectiva de género. En el campo de la salud mental, sólo en la última década se ha hecho formalmente una reflexión de género. Esto ha significado ir articulando diversas teorías y conjuntando diversas disciplinas para entender las condiciones y circunstancias que afectan la salud mental de las mujeres, así como la mejor manera de promoverla.

REFERENCIAS

1. BEM SL: The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42:155-162, 1974.
2. CARAVEO J, MEDINA-MORA ME, RASCON ML, VILLATORO J, MARTINEZ-VELEZ A, GOMEZ M: La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, 19(3):14-21, 1996.
3. CARAVEO J, MAS C: Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública de México*, 38(5):523-531, 1990.
4. CARAVEO J, MARTINEZ-VELEZ A, RIVERA BE, VARGAS LA, POLO A: Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental*, 20(supl. 2):15-26, 1997.
5. CONSTANTINOPLA A: Masculinity-femininity: An exception to a famous dictum? *Psychological Bulletin*, 80:389-401, 1973.
6. DEJARLAIS R, EISENBERG L, GOOD B, KLEINMAN A: *World Mental Health. Problems and priorities in low-income countries*. Oxford University Press, Nueva York, 1995.
7. GORDON RF: An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98:107-109, 1983.
8. LAGARDE M: *Género y Feminismo. Desarrollo Humano y Democracia*. Horas y Horas la editorial, España, 1997.
9. LARA MA: *Inventario de Masculinidad y Femenidad*. IMAFE. El Manual Moderno, México, 1993.
10. LARA MA, ACEVEDO M, LOPEZ EK, FERNANDEZ M: La salud emocional y tensiones asociadas a los papeles de género en las madres que trabajan y en las que no trabajan. *Salud Mental*, 16(2):13-23, 1993.
11. LARA MA, ACEVEDO M, LOPEZ EK, FERNANDEZ M: La conducta de apego en niños de 5 y 6 años: Influencia de la ocupación materna fuera del hogar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 26(2):283-313, 1994.
12. LARA MA, ACEVEDO M: Relación de pareja y bienestar emocional en mujeres empleadas y amas de casa. *Psicopatología*, 15(2):59-65, Madrid, 1995.
13. LARA MA, GARCIA-HUBARD MT, ACEVEDO M: Características psicológicas de niños y niñas: Percepción de sí mismos y de sus familias. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 52(11):634-642, 1995.
14. LARA MA, SALGADO DE SNYDER VN: Mujer, pobreza y salud mental. En: *Las Mujeres en la Pobreza*. El Colegio de México y Grupo Interdisciplinarios de Mujer, Trabajo y Pobreza, México, 243-291, 1994.
15. LARA MA, MEDINA-MORA ME, SALGADO DE SNYDER VN, ACEVEDO M, DIAZ-PEREZ MJ, VILLATORO J: Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. *Salud Mental*, 19(2):42-49, 1996.
16. LARA MA, FERNANDEZ M, ACEVEDO M, LOPEZ EK: Síntomas emocionales y roles familiares en mujeres mexicanas: estudio proyectivo e interpretación del género. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 42(4):329-340, 1996.
17. LARA MA, ACEVEDO M, LUNA S, WECKMANN C, VILLARREAL AL, PEGO C: *¿Es Difícil ser Mujer? Una guía sobre Depresión*. Pax, 2a Ed., México, 1998.
18. LARA MA, ACEVEDO M: Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para su salud reproductiva. En: *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. Ana Langer, Kathryn Toibert (Comp.). The Population Council and EDAMEX, México, 1996.
19. LARA MA: Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas. En: Figueroa JG (Comp.). *La condición de la Mujer en el Espacio de la Salud*. Programa Salud Reproductiva y Sociedad y Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México, 1998.

20. LARA MA, ACEVEDO M: Reflexiones sobre la depresión femenina a partir de la revisión grupal de un material educativo. *Memorias*. Coloquio de Estudios de Género, Cuarto encuentro de cursos, seminarios y talleres del Programa Interdisciplinario de Estudios sobre la Mujer (PIEM), El Colegio de México (en prensa), 1999.
21. LARA MA, ACEVEDO M, LOPEZ EK: La investigación aplicada a la educación para la salud. El caso de la depresión en las mujeres. *Psicología y Salud*. *Nueva Época*, julio-diciembre, 55:66, 1998.
22. MEDINA-MORA ME, TAPIA R, MARIÑO MC, JUAREZ F, VILLATORO J, CARAVEO J, GOMEZ M: Trastornos emocionales en una población urbana mexicana, resultados de un estudio nacional. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 3:48-55, 1992.
23. MEDINA-MORA ME, BERENZON S, LOPEZ EK, SOLIS L, CABALLERO MA, GONZALEZ J: Uso de servicios en pacientes con trastornos mentales: Resultados de una encuesta realizada en población de escasos recursos. *Salud Mental*, 20(supl. 2):32-38, 1997.
24. MURRAY C, LOPEZ A: The global burden of disease. Summary. *Global Burden of Disease and Injury Series*. Published by the Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization, 1996.
25. SPENCE JT, HELMREICH R, HOLAHAN CK: Negative and positive components of psychological masculinity and femininity and their relationship to self-reports of neurotic and acting out behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37:673-682, 1979.
26. OLIVEIRA O: Empleo femenino en México en tiempos de recesión económica: tendencias recientes. En: Cooper J, De Barbieri T, Suárez E, Tuñón E (Comps.). *Fuerza de Trabajo Femenina Urbana en México*, 1:29-66, UNAM/ Porrúa, México, 1989.
27. OLIVEIRA O: Familia y relaciones de género en México. En: Schmukler B (coord.): *Familias y Relaciones de Género en Transformación*. Edamex, México, 1998.
28. REPETTI RK, MATHEWS E, WALDRON I: Employment and women's health, effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist*, 44(11):1394-1401, 1989.