

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DESDE LOS ESTUDIOS DE GÉNERO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

DEPRESSION AND ANXIETY FROM THE POINT OF VIEW OF GENDER STUDIES BY UNIVERSITY STUDENTS

Carolina Serrano-Barquín*, Adelaida Rojas-García*,
Camilo Ruggero** y Mariana López-Arriaga*

* Universidad Autónoma del Estado de México, México

** Universidad del Norte de Texas, Estados Unidos de América del Norte

Correspondencia: carolinasb@hotmail.com

RESUMEN

Los trastornos de ansiedad y depresión están cada vez más presentes en las ciencias de la salud, del comportamiento y en las sociales, ya que se han convertido en un problema de gran impacto debido a que ambas enfermedades disfuncionan fuertemente al individuo que las padece, afectando no sólo su esfera familiar, sino también económica, laboral y social. La presente investigación tiene como propósito detectar síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de Estados Unidos y México con la finalidad de determinar si las diferencias culturales de la estructuración de sus roles femeninos y masculinos en ellos arroja resultados diferentes con relación a la sintomatología depresiva y ansiosa, para observar, si hay una mayor predisposición en hombres o en mujeres. Se realizará acorde a un análisis comparativo de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento denominado: inventario de depresión y síntomas de Ansiedad (IDAS) aplicado a hombres y mujeres de la Universidad del Norte de Texas y la Universidad Autónoma del Estado de México.

Palabras clave: depresión, ansiedad, género, estudiantes.

ABSTRACT

Anxiety disorders and depression are increasingly present in the health, behavioral and social sciences, and they have become an issue of great impact, because both diseases strongly make the individual dysfunctional, who suffers, affecting not only his family, but also economic, employment and social sphere. This research aims to detect symptoms of depression and anxiety in students from the United States and Mexico in order to detect whether cultural differences in the structure of its male and female roles in them, gives significantly different results in relation to depressive symptomatology and anxious to observe if there is a predisposition in men or women. Will be conducted according to a comparative analysis of the results obtained from the application of the instrument referred to as: Inventory Depression and Anxiety Symptoms (IDAS) applied to men and women of the University of North Texas and the University of the State of Mexico.

Key words: depression, anxiety, gender, students.

MARCO CONTEXTUAL

La epidemiología acerca de los trastornos de ansiedad menciona que esta patología es más frecuente en mujeres que en hombres (aproximadamente entre 50 y 60% de los casos corresponde al sexo femenino). Se calcula que sólo 1/3 de la población global que padece este problema acude a solicitar ayuda médica, por lo tanto, no se sabe si la parte de la población que no busca ayuda profesional, sean en su mayoría hombres (Leal; Barca; Cervera; Vallejo; Giner y Cuenca, 2010). La obra de Stein y Hollander (2010) refiere que las mujeres corren más riesgo de padecer trastornos de ansiedad que los varones; los mecanismos psicobiológicos y socioculturales de esta predisposición merecen un mayor análisis. Es por ello, que esta investigación pretende indagar sobre estos temas polémicos. El enfoque antropológico de los trastornos mentales, según hacen referencia Stein y Hollander (2010), están determinados fundamentalmente por la cultura; nuestra nosología indica que son artefactos culturales. Estos trastornos están vinculados con la cultura, se expresan y experimentan en un contexto sociocultural concreto. Para entender las formas psicológicas es necesario conocer los factores ambientales e históricos que configuran una cultura.

A través del análisis de los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba (IDAS) se puede observar a qué nivel el hombre presenta también sintomatología ansiosa y/o depresiva. Más adelante se abordará la situación en la cual, la mujer a lo largo de la historia ha sufrido una represión en diferentes ámbitos por pertenecer a un supuesto rol femenino menospreciado. Sin embargo, el hombre también ha tenido que enfrentar fuertes presiones para demostrar culturalmente su virilidad, otorgada a su rol social y que se reprime de forma diferente. Se eligió trabajar con las psicopatologías de ansiedad y depresión, ya que si se presentan de manera crónica o de gravedad llegan a ser altamente discapacitantes tanto en las esferas laborales, familiares, personales y sociales (Halgin y Krauss, 2009). La ansiedad tiene un carácter universal como parte de la condición humana que se remonta a sus orígenes. Incluso los médicos la omitían de la lista de enfermedades mentales. Los griegos de la época clásica contaban con términos para la manía, la melancolía, la histeria y la paranoia, pero no disponía de ningún término para la ansiedad.

A inicios del siglo XXI se empezó a conocer la correlación biológica de la ansiedad intensa y cómo determinadas personas “que evitan el daño”, según el léxico de Cloninger (1986), muestran mayor tendencia temperamental, es decir, innata a presentar ansiedad en relación con otras, por ejemplo, individuos con personalidad del grupo ansioso-depresivo (Stein y Hollander, 2010). El miedo es una respuesta de alarma innata con una base biológica ante una situación peligrosa o que amenaza la vida. La ansiedad, en contraste, está más orientada al futuro, refiriéndose al estado en que el individuo se muestra aprensivo, tenso y preocupado de manera desmesurada por la posibilidad de que algo terrible suceda. La ansiedad tiene componentes cognitivos y afectivos. Empieza

por enfocarse en sus preocupaciones internas, mientras se vuelve hipervigilante, o alerta en exceso (Halguin y Krauss, 2008), entre otras formas.

Las concepciones psicoanalíticas vinculan la ansiedad con predisposiciones biológicas, hacia acontecimientos vividos en la infancia, desencadenantes externos y a mecanismos de defensa adoptados. Sin embargo, es importante resaltar las formas de ansiedad que distingue la literatura psicoanalítica, entre ellas, describe, las siguientes: ansiedad automática o primaria (respuestas del yo ante la acumulación de estímulos), ansiedad señal (mecanismos de alerta del yo frente a las amenazas), ansiedad de castración (por amenazas de la función sexual, a daños corporales o pérdida de estatus); ansiedad de separación (por temer a la separación de objetos fundamentales para sobrevivir); ansiedad depresiva (por miedo a la propia hostilidad del sujeto hacia los objetos buenos); ansiedad paranoide o persecutoria (miedo a ser atacado por los objetos malos); ansiedad real u objetiva (frente a peligros externos); ansiedad neurótica (frente a peligros internos); ansiedad psicótica (en referencia a la ansiedad paranoide y a veces a la depresiva); ansiedad generalizada; ansiedad aguda o crisis de angustia (Leal *et al.*, 2010). Existen otros autores que mencionan una clasificación diferente, por lo que se retomarán las más representativas en el marco teórico de esta investigación.

La vida de los seres humanos atraviesa por fases depresivas como episodios comprensibles, el sujeto está consciente de que podrá superarlos por sí mismo. Si esta conciencia falta o no es controlable, el desequilibrio depresivo asume formas psiquiátricas, somatomorfas y afectividad que se caracterizan por una profunda tristeza, monótona y sombría que se resisten a los requerimientos externos, abulia en el comportamiento e inhibición del pensamiento, que surge lento y monótono con pérdida de iniciativa y proyección, en casos de mayor gravedad pueden presentar ideas de muerte o suicidas (Galimberti, 2010). Para este teórico, habrá que revisar las diferentes corrientes psicológicas para abordar la depresión, e inicia con Jaspers, quien consideró que el núcleo de la depresión se conforma por una inmotivada y profunda tristeza, agregándole una inhibición de toda la actividad psíquica, que además de sentirse dolorosamente en sentido subjetivo, también se puede constatar en términos objetivos. Todas las pulsiones instintivas se inhiben, por lo cual, existe una disminución del impulso al movimiento y a la actividad que puede llegar a una completa inactividad. No puede iniciarse ninguna resolución, ni actividad, es así que las asociaciones ya no están disponibles y los enfermos ya no piensan en nada, se lamentan de su memoria trastornada, sienten incapacidad en su rendimiento, se lamentan de su insuficiencia, de la insensibilidad y del vacío, experimentan su profunda aflicción como una sensación en el pecho y en el abdomen. Se busca únicamente el lado desfavorable e infeliz de todo, en el pasado tuvieron muchas culpas (autorreproche, ideas de culpabilidad), el presente les ofrece sólo desgracias (ideas de ineptitud), el provenir les aparece aterrador (ideas de empobrecimiento), entre otras.

En el ámbito psicoanalítico, el mismo autor retoma a Abraham, quien en 1911 contribuyó a la comprensión de la melancolía; identificando la psicogénesis de la depresión como una grave ofensa a la autoestima durante la infancia, que mina la confianza del sujeto en sí mismo, provocando una regresión al estadio oral, caracterizado por la ambivalencia del cenó. Posteriormente, Beck en 1967 consideró que el cuadro sintomatológico de la depresión se basa en distorsiones de la cognición, el pesimismo exagerado, y los autorreproches no realistas son las causas, y no las consecuencias del estado depresivo, por lo tanto tiene una explicación en la distorsión de la “tríada cognitiva” compuesta de expectativas negativas de sí mismo y expectativas negativas para el futuro.

La ansiedad y la depresión no se diferenciaban con rigor en la época anterior al DSM-III, en la que se admitían de forma general que muchos pacientes acudían al médico con síntomas de ambas patologías. En las décadas de 1969 y 1979, los clínicos fueron aceptando cada vez más el concepto de dos categorías diferentes. La depresión y la ansiedad comparten rasgos dimensionales y factores de riesgo comunes, aunque también pueden existir características discriminatorias.

Respecto al género, se sabe que los estudios realizados se han enfocado más en estudiar lo femenino que lo masculino, y por esto, podríamos creer que la desvalorización de la mujer a lo largo de la historia y la concepción de ésta como el sexo débil nos lleve a la creencia de una mayor tendencia a la depresión y la ansiedad por la sumisión y represión bajo la que ha vivido la mujer, sin embargo, lo que interesa analizar en esta investigación, es si el rol masculino y las exigencias a la virilidad lo han hecho vulnerable a la presencia de síntomas depresivos y/o ansiosos, puesto que aunque a nivel cultural al hombre no se le esté permitido demostrar debilidad, esto no significa que no sienta y no desarrolle sintomatología patológica. Ninguno de los dos sexos se encuentra fuera de las exigencias sociales que limitan y reprimen sus conductas y creencias.

Es importante diferenciar entre el concepto de sexo y de género, entendiendo por sexo las características fisiológicas que distinguen a hombres y mujeres, y por género, nos referimos a la construcción sociocultural del rol que cada sociedad le ha otorgado al significado de pertenecer a uno u otro sexo. Dentro de los estudios a nivel global sobre trastornos mentales, el sexo ya es un dato epidemiológico tomado en cuenta, por lo que el objetivo de esta investigación no va dirigido a la influencia de ser hombre o mujer en los trastornos de ansiedad y depresión, lo que se pretende en realidad, es conocer la influencia del rol femenino o masculino sobre estas patologías.

El rol que ha construido la sociedad para la mujer ha contribuido fuertemente al desarrollo de la depresión, en este rol se presentan diversas funciones que reprimen y limitan a la mujer en varios aspectos de su vida. Entre las funciones que forman parte del rol femenino se encuentra el de ama de casa, a pesar de que existen mujeres contentas de no salir a trabajar, hay mujeres que se deprimen por sólo dedicarse al hogar, ya que el trabajo doméstico es muy valioso, pero muchas veces estas tareas no

son reconocidas ni apreciadas por los demás miembros de la familia ni de la sociedad. Las tareas domésticas son muy pesadas, según afirman Lara, Acevedo, Pego, Luna y Villareal (1997), no tienen paga económica, ni un horario, ni vacaciones o descansos. Las mujeres que se dedican al hogar no conviven ni platican con otros adultos, en los que podrían encontrar sustentáculo, en caso de necesitar algún tipo de ayuda.

Estos autores afirman que cada vez es mayor el número de mujeres que trabajan fuera de casa, algunas de ellas lo hacen por necesidad económica, y otras por gusto; pero a pesar de que trabajan, la responsabilidad de que todo marche bien en casa, sigue siendo de ella, no comparte los labores domésticos y aunque, el trabajo de la mujer beneficia a la sociedad, muchas veces son vistas como malas madres por “abandonar a los hijos”, y aún se dan casos en donde el pago que recibe la mujer por su trabajo es menor a la de un hombre, porque, a éste se le considera el proveedor del hogar. A menudo las mujeres son tratadas en su ambiente laboral con inferioridad y en ocasiones sufren de acoso sexual. Muchas madres que laboran viven con la preocupación de cómo están siendo cuidados sus hijos, a pesar, de que con su labor contribuyen a una mejor salud y educación para ellos. Estas preocupaciones en ocasiones provocan alteraciones anímicas.

Asimismo, estos autores comentan que el aspecto sexual es otro ámbito en el que las mujeres han sufrido de discriminación por parte de la sociedad, esta represión de su sexualidad fomenta tanto la ansiedad como la depresión, la cultura le permite al hombre más libertad de decidir cómo, cuándo y con quién mantiene relaciones sexuales y las mujeres deben limitarse a un sólo hombre, muchas veces se les enseña que la sexualidad es sólo con el fin de reproducción, sin considerarse como un placer para su cuerpo. A diversas mujeres se les obliga por medio de la fuerza, coerción o amenazas a tener relaciones sexuales, lo que genera un sentimiento de frustración e ira, sintiéndose un instrumento para el placer sexual del hombre. Es decir, son cosificadas y utilizadas como instrumento de placer masculino, provocando así la violencia de género.

Otros aspectos que influyen en la psiquis de las mujeres es la maternidad y la menopausia. En la primera, la mujer es la responsable principal de la crianza y educación de los hijos, por ello, se culpabiliza de los problemas que los hijos puedan tener. Es así, que no es de extrañar que acaben deprimidas con tanta responsabilidad y poco apoyo. Se les ha enseñado un ideal de madre que consiste en ser abnegada y perfectas, lo cual es imposible de cumplir. En cuanto a la menopausia es importante destacar que es un proceso de fuertes cambios hormonales, personales y familiares, lleno de angustia por el envejecimiento, todo esto provoca en la mujer madura sentimientos de ansiedad, devaluación y depresión (Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 1997). Estos autores afirman que la manera en que se educa a la mujer desde niña tiene que ver con que sea propensa en la edad adulta a la depresión, se le enseña a ser pasiva, sumisa y dependiente, a vivir para los demás, tiene poca libertad, se les exige mayor responsabilidad y no se les permite expresar abiertamente el enojo. Es común que al hombre se le considere más valioso, fuerte e inteligente, incluso, es más celebrado el nacimiento de un varón que de una niña.

Los mitos populares sostienen que la mujer es el sexo débil; quizá fue el hombre quien inventó esto basándose en su mayor fuerza muscular o posiblemente fue la astucia femenina quien lo fomentó para adular al varón y someterlo a sus deseos, sin embargo, evidencias fisiológicas y psicológicas favorecen la tesis de que en realidad el hombre es el sexo más débil. El macho tiene que luchar durante toda su vida con las expectativas sociales y que éstas se acomoden con sus ambiciones personales, así como la mujer tiene que cumplir con presiones sociales, como casarse, tener hijos, organizar un hogar, el hombre joven también tiene que renunciar a su libertad para lograr expectativas, alcanzar la madurez para empezar a irrumpir seriamente su psique. El hombre debe adquirir el compromiso paterno que requiere autodisciplina a fin de cumplir un rol de apoyo. Para Moore (1994), la confianza del hombre se basa en su éxito externo, en competir y penetrar, una misión activa, biológicamente está programado para fecundar a todas las hembras que pueda. El éxito y la confianza lo mide en términos de estatus institucional y adquisición de riqueza, por lo que esta confianza está bajo creciente amenaza por la pérdida de poder o impotencia sexual.

La masculinidad, según Gilmore (1995), es la forma aceptada de ser un varón adulto en una sociedad, esta noción pertenece tanto a culturas y tradiciones occidentales como no occidentales. Los hombres tienen que cumplir criterios de su papel que le genera una preocupación generalizada por su virilidad. Por ejemplo, la imagen masculina española, muy similar a la mexicana, es decir, el machismo, palabra que ha pasado incluso a la lengua inglesa, y existe en cierto grado en muchas sociedades, la idea de la masculinidad no es solamente de la psicología individual, sino, es parte de una cultura pública, una representación colectiva. Debe haber motivos tanto socioculturales como psicodinámicos. El individuo tiene que responder tanto a conflictos psicológicos propios como a exigencias para la aceptación cultural. La virilidad es problemática, los muchachos deben cruzar pruebas impuestas por cada sociedad.

En la literatura estadounidense contemporánea, la virilidad es a menudo una confabulación mítica, un Santo Grial que debe conquistarse tras largas y arduas pruebas. El macho debe realizar una gran hazaña, superar pruebas, romper las cadenas con su madre. La lucha por lo masculino es una batalla contra deseos y fantasías regresivas, renunciar a los anhelos del idilio infantil, ya que, tanto varones como hembras, establecen una identidad primaria y un lazo social con el progenitor que les alimenta, es decir, la madre.

Todas las sociedades diferencian lo femenino de lo masculino y proporcionan papeles sexuales aprobados para unos y otras en edad adulta. Papeles convencionales, según los cuales los individuos son juzgados dignos de uno u otro sexo, y evaluados como actores motores. Gilmore (1995) afirma que tales condiciones ideales se convierten en anclajes psíquicos o identidades psicológicas que a menudo los individuos basan su percepción de sí mismo y amor propio. Convirtiéndose así en estereotipos de género.

De acuerdo con este autor, Freud y Jung admitían una mezcla inherente de masculinidad y femineidad en la psique humana, es decir, la masculinidad o femineidad

pura no existe ni siquiera en sentido psíquico o biológico. Los antropólogos biológicos están de acuerdo con que las hormonas y la anatomía influye en la conducta humana, por ejemplo, la testosterona (principal hormona masculina) predispone al varón a la agresividad, pero aún así la biología no determina toda la conducta, las culturas determinan papeles y tareas a seguir para cada sexo, no permite improvisar los roles e ideales sexuales, las sociedades tienden a exagerar los potenciales biológicos, diferenciando la conducta correcta del hombre y de la mujer. La visión psicoanalítica sostiene que los hombres tienden a protegerse del miedo a la castración debido a los propios traumas edípicos de su desarrollo psicosexual. Las normas de la masculinidad se proyectan hacia afuera, desde la psique individual hasta la pantalla cultural. Los hombres son forzados, mediante sanciones sociales a emprender esfuerzos hacia una masculinidad definida culturalmente. Por tal, la explicación no puede basarse sólo en proyecciones psíquicas.

La diferencia sexual, según Lamas (2002), nos va a estructurar psíquicamente y la simbolización cultural de la misma diferencia, el género, no sólo marca los sexos también la percepción de todo lo demás, tal es el caso de lo social, lo político, lo religioso y lo cotidiano. Esta autora comenta que el psicoanálisis estudia la forma en que el sujeto elabora en su inconsciente las diferencias sexuales y la manera en cómo a partir de esto, se posiciona un deseo sexual y su asunción de la masculinidad y feminidad. Es precisamente la teoría psicoanalítica la que ofrece el recuento más detallado de la constitución de subjetividad y de la sexualidad, así como el proceso por el cual el sujeto se resiste o se somete al código cultural. El psicoanálisis ve al sujeto como un ser sexuado y hablante que se constituye a partir de cómo se imagina la diferencia sexual y sus consecuencias serán expresadas a través de la forma que se aceptan o rechazan los atributos y prescripciones del género. Por lo antes mencionado, resulta importante realizar un análisis comparativo entre personas —estudiantes universitarios, para el caso que nos ocupa— sobre síntomas de depresión y ansiedad que podrían manifestarse desde los estudios de género.

Depresión y ansiedad en universitarios

La elevada prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en estudiantes han sido objeto de estudio de las ciencias de la salud; la literatura científica refiere que estudios realizados en universitarios han mostrado que el contexto familiar es un indicador sobresaliente del bienestar social y del ajuste psicológico de los jóvenes; contextos familiares como carga de obligaciones, falta de libertades, altas expectativas puestas en los hijos, problemas en relaciones parentales, situaciones estresantes están relacionadas con la presencia de patologías depresivas y ansiosas en estudiantes de universidad.

Otras investigaciones han revelado que la depresión se está manifestando a temprana edad que en décadas pasadas. Esta situación es alarmante, pues cuando

la depresión ocurre tempranamente, a menudo persiste, recurre y continúa durante la adultez, la depresión en la juventud puede predecir un trastorno más severo durante la vida adulta. Esta patología en las personas jóvenes con frecuencia ocurre conjuntamente con otros trastornos mentales, generalmente ansiedad, comportamiento contraproducente o abuso de sustancias tóxicas (Kytte, 2004). También se menciona que los síntomas de trastornos depresivos en las personas jóvenes a menudo se consideran cambios normales del estado de ánimo típicos de una etapa particular del desarrollo del individuo, incluso profesionales del cuidado médico pueden resistirse a clasificar prematuramente a una persona joven con diagnóstico de enfermedad mental.

Socialización de las emociones

En estudios realizados en España por el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013) en su artículo revisado en línea sobre “Adolescencia, sexismo y violencia de género” se afirma que los estereotipos sexistas van a influir en la construcción de la identidad de la persona, en su interdependencia, y en las estrategias de afrontamiento adquiridas, el sexismo limita y reprime el repertorio de estrategias emocionales para el hombre, provocando más problemas emocionales de internalización para los niños que para las niñas, las cuales tienen una mayor permisividad de estrategias emocionales activas que les permiten expresarse. Martha Lamas (2005) refiere que el género es un conjunto de ideas sobre la diferencia sexual que atribuye características “femeninas” y “masculinas” a cada sexo, a sus actividades y conductas y a las esferas de la vida. Esta simbolización cultural de la diferencia anatómica toma forma en un conjunto de prácticas, ideas, discurso, y representaciones sociales que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. El psicoanálisis, por su parte, valora los conflictos infantiles que en el curso del desarrollo instintivo quedan cristalizados y agobian al sujeto desde la intimidad de un yo personal incapaz de armonizar los patrones internos y externos. Finalmente, el conductismo acude a las relaciones de mal aprendizaje que el sujeto adquiere mecánicamente en su relación con el mundo (Padilla, 2011). Este mismo autor menciona que la ansiedad no es sólo algo particular de cada sujeto en cuanto a su desarrollo, aparición, duración, intensidad, entre otros, también es contextual, tiene lugar una subjetividad inconsciente del entorno; por ello, la mejor manera de poner fin a una época ansiosa no es otra que efectuar los ajustes necesarios en la percepción del mundo, así como en la realidad impuesta por la sociedad.

En la *Revista Científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, Franchi (2013) en su artículo “La depresión en el hombre”, comenta acerca de los estereotipos sobre el género que asocian lo masculino con una serie de características como la instrumentalidad, dureza, agresividad, competitividad, acción, insensibilidad y a lo femenino características opuestas como la ternura, empatía, expresividad,

debilidad, dependencia, sensibilidad, pasividad y comprensión; esta representación sexista puede actuar como una profecía que se cumpla de manera automática si son transmitidos desde la infancia los valores, cualidades, intereses y actividades con los que se pretende que el infante se identifique acorde a si son varones o mujeres. Los resultados de las investigaciones sugieren, según Martínez *et al.*, (2013), que el estilo de socialización indulgente resultaría el más recomendable por asociarse con menos problemas de conducta en indicadores de salud mental.

MÉTODO

Planteamiento del problema

La cultura es una mediación, los seres humanos nos enfrentamos al hecho básico que es idéntico en todas las sociedades: existe una diferencia corporal entre hombres y mujeres, más notablemente en los genitales. La cultura es resultado de la forma en que interpretamos esta diferencia, la manera en que se simboliza, de cómo elaboramos la angustia y el miedo que nos genera. La cultura es una mediación, un filtro a través del cual percibimos la vida. La conciencia y percepción del ser humano están condicionadas por la cultura en la que habita (Lamas, 2002). Los hombres y mujeres no son resultado de la realidad natural, sino el resultado de una producción histórica y cultural basada en el proceso de simbolización. Esta misma autora, comenta que el papel o también llamado rol de género se configura con normas y prescripciones que dicta una sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino/masculino. Esta dicotomía masculino-femenino, con sus variantes culturales, establecen estereotipos rígidos, que limitan las potencialidades humanas de la personas, ya sea al estimular o reprimir los comportamientos en función a su adecuación al género. Las diferencias sexuales determinan los papeles sociales, esta asignación de roles no depende de lo biológico, sino de un hecho social.

La depresión asociada con ansiedad es de mayor gravedad y tiene peor evolución y mayor cronicidad. Los enfermos que presentan una patología comórbida acuden más a los servicios de salud (The Brain Globe, 2013). De acuerdo con estadísticas presentadas por Huertas en 2007 en Estados Unidos, 16.4% de la población presenta algún tipo de trastorno de ansiedad y en América Latina, 14 al 18% de la población general padece ansiedad y/o depresión clínicamente significativos. Esta revista refiere que en México los principales trastornos que se observan son los de ansiedad y las alteraciones del estado de ánimo como la depresión.

En la actualidad, los trastornos de ansiedad son considerados como los trastornos mentales más comunes en los Estados Unidos. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de trastorno de ansiedad. Uno de cada ocho Norteamericanos entre los 18-54 años padece algún tipo de trastorno de ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de

19 millones de personas (Puchol, 2003). Según cifras de la OMS (2005), la depresión es el trastorno mental que más afecta a la población y es una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Existen más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas, sin embargo, debido a la estigmatización social que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento. Entre los trastornos mentales en América Latina, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), y la distimia (1,7). Entre 60 y 65% de las personas afectadas por alguna enfermedad mental no reciben tratamiento, debido a la falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados, y a actitudes culturales.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos, se trata de un trastorno que puede dañar a cualquier persona en algún momento de su vida, la depresión también afecta a su entorno familiar y comunitario, en el peor de los casos puede llevar al suicidio. Casi un millón de personas se quitan la vida cada año en el mundo. La depresión es más común en las mujeres que en los hombres. Entre dos y cuatro de cada diez madres de países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto (OMS, 2012).

En estudios realizados por Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano (2007), sobre el impacto de los trastornos mentales según la discapacidad, entendiendo por el concepto de discapacidad, al deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto de cierta edad y sexo en un contexto social, y forma parte del costo social de la enfermedad. En este estudio de la Carga Global de la enfermedad: se considera la depresión, seguida por los trastornos de ansiedad, como la enfermedad más discapacitante. En la población clínica, los trastornos de ansiedad se diagnóstica con más frecuencia en las mujeres respecto a los varones, aproximadamente, entre 55 y 60% de los casos corresponden a mujeres (Leal *et al.*, 2010). Así mismo, se calcula que entre 70 y 95% de enfermos deprimidos padecen también ansiedad, y del 20 y 65% de los pacientes ansiosos se deprimen durante algún momento de la evolución. De cada 100 personas, se estima que aproximadamente 13 hombres y 21 mujeres desarrollan algún trastorno depresivo en algún momento de su vida (Halguín y Krauss, 2009).

Los datos estadísticos indican una fuerte prevalencia de ansiedad y depresión a nivel global y de igual forma arrojan mayor presencia de estos trastornos en mujeres que varones, ambas patologías son de causas multifactoriales, una de ellas se refiere al factor psicosocial, y es precisamente lo que queremos analizar, si el aspecto del rol masculino/femenino influye en el desarrollo de estos trastornos, tomando en cuenta que el género es un constructo social que plantea expectativas para cada sexo. Desconocemos si estos datos, que indican, que casi el doble de mujeres presenta sintomatología ansiosa y/o depresiva, se deba a que la mujer cuenta con más medios y estrategias para demostrar su estado anímico, y en caso de los hombres, hay una mayor represión en cuanto a la expresión de sus emociones por la categorización de ser “el sexo fuerte”. Por lo que pretendemos apreciar a través de los resultados que

arroje el instrumento seleccionado, si existe diferencia significativa entre varones y mujeres, acorde al constructo de género en cada cultura (Estados Unidos y México).

Diseño de la investigación

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, no se hace variar intencionalmente las variables independientes, más bien, se observan fenómenos tal como se dan en su contexto natural para después analizarlos. El estudio es comparativo, es decir, se pretende analizar una posible diferencia en la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión entre dos grupos, uno categorizado al género masculino y otro al femenino. En este estudio no se direccionan las hipótesis ni se favorece a ninguno de los grupos al realizar la comparación (Hernández *et al.*, 2010). En el análisis estadístico se trabajó con un análisis comparativo utilizando la prueba estadística T de Student, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010) es una prueba que sirve para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias.

Análisis de resultados

De acuerdo con los 19 factores del IDAS, 14 de ellos presentaron diferencias estadísticamente significativas en alguno de sus reactivos, de los cuales cinco son factores de siete indicadores de depresión (depresión general, disforia, cansancio, insomnio y apetito bajo) y nueve de doce factores indicadores de ansiedad (bienestar, aumento de apetito, pánico, ansiedad social, euforia, limpieza, orden, control y evitar intrusiones traumáticas). Un 71.42% de factores indicadores de depresión son significativos en la población universitaria estudiada y un 75% de indicadores de ansiedad presentan significancia en esta misma muestra.

En 14 de los 19 factores del (IDAS), las mujeres mostraron significancia y mayor presencia de síntomas, cinco de ellos referentes a depresión (depresión general, disforia, tendencias suicidas, insomnio e intrusiones traumáticas) y ocho a ansiedad (hipomanía, mal humor, agorafobia, ansiedad social, limpieza, orden, control y evitar intrusiones traumáticas). Los hombres presentaron mayor presencia de síntomas en uno sólo factor de ansiedad (aumento de apetito) y ambos géneros muestran diferencias estadísticamente significativas en dos factores de depresión (cansancio y apetito bajo) y en dos factores de ansiedad (bienestar y euforia).

En cuanto a la comparación de resultados entre la UNT y la UAEM, se observa que la primera de éstas presenta significancia y mayor presencia de síntomas en diez de diecinueve factores, de los cuales cuatro hacen referencia a depresión (depresión general, disforia, cansancio e insomnio) y seis a ansiedad (euforia, pánico, ansiedad social, limpieza, orden y evitar intrusiones traumáticas); mientras que los estudiantes

de la UAEM muestran mayores diferencias significativas en tres factores de la variable ansiedad (bienestar, control y aumento de apetito).

En lo referente a la comparación por género de cada universidad; la UNT arroja resultados con mayor presencia de síntomas y/o significancia en mujeres, ya que diez de diecinueve factores fue más significativo en el género femenino, ocho de ellos de la variable ansiedad (pánico, ansiedad social, limpieza, orden, aumento de apetito, mal humor, agorafobia, control y evitar intrusiones traumáticas) y únicamente uno de depresión (intrusiones traumáticas); tres de los factores fue más significativo y/o mostraron mayor presencia de síntomas en hombres, dos de la variable depresión (insomnio y apetito bajo) y uno de la variable ansiedad (hipomanía). Ambos géneros presentaron resultados significativos en cinco factores, tres de ellos en depresión (depresión general, disforia y cansancio) y dos en ansiedad (euforia y bienestar).

Las mujeres estudiantes de la UAEM muestran mayor significancia o presencia de síntomas en 15 de los 19 factores, nueve de ellos de la variable ansiedad (hipomanía, euforia, mal humor, pánico, agorafobia, ansiedad social, limpieza, orden y evitar intrusiones traumáticas) y seis de la variable depresión (depresión general, disforia, tendencias suicidas, cansancio, insomnio e intrusiones traumáticas); los hombres presentan diferencias estadísticamente significativas en dos de los factores de ansiedad (aumento de apetito y control); mientras que ambos muestran igual significancia en dos factores, uno de depresión y el otro de ansiedad (apetito bajo y bienestar). En ambas universidades se presenta mayor presencia de síntomas depresivos y ansiosos en mujeres que en hombres, sin embargo, los estudiantes del género masculino de la UNT muestran mayor número de factores significativos que los hombres de la UAEM.

Discusión

De acuerdo con lo mencionado en el marco teórico, la depresión seguida por la ansiedad se consideran las patologías mentales más discapacitantes, disfuncionando frecuentemente en la dinámica social, familiar y económica del individuo que la sufre; ya que estos trastornos afectan el organismo, el estado de ánimo, la manera de comer, dormir, la percepción que uno tiene de sí mismo y la manera de pensar (Lara y otros, 2007). Incluso Haddad y Gunn (2013) refieren que la depresión es considerada como la tercera más grande carga de enfermedad en el mundo y calculan que para 2030 será la principal causa de discapacidad a nivel global. Estiman que actualmente 151 millones de personas sufren esta patología en el mundo. Los trastornos de ansiedad son la patología más común en Estados Unidos, 16.4% de la población presenta algún tipo de estos trastornos y 25% de la población en algún momento muestra algún síntoma ansioso (Puchol, 2003). En América Latina los trastornos mentales más comunes son los depresivos.

En esta investigación observamos una alta significancia en estas dos patologías, pues como lo mencionan Balanza, Morales y Guerrero (2009), la elevada prevalencia

de depresión y ansiedad en estudiantes ha sido objeto de estudio de las ciencias de la salud y se ha mostrado que el contexto familiar, la falta de libertades, las altas expectativas de los padres, los problemas parentales y las situaciones estresantes están fuertemente correlacionadas con estas patologías.

La epidemiología, según Leal y otros (2010), refiere mayor frecuencia tanto de ansiedad como de depresión en mujeres que en hombres, mencionando incluso que entre 50 y 60% de los casos es en mujeres. A pesar de esto, en los resultados obtenidos en esta investigación se observa mayor presencia de sintomatología depresiva en hombres estudiantes de la UNT que en mujeres de esta misma universidad. En los resultados de la UAEM sigue habiendo mayor concentración de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres. Existe una fuerte comorbilidad entre ambos tipos de trastornos, muchos de los síntomas atribuidos a la ansiedad también se presentan en la depresión y viceversa, sin embargo, existen diferencias que permiten identificarlos (Agudelo y otros, 2007). La depresión se definiría en función de un bajo nivel de afecto positivo y alto nivel de aspecto negativo; mientras que la ansiedad aparece con un alto nivel de aspecto negativo. Esto se puede observar en los factores atribuidos a la depresión y a la ansiedad del instrumento utilizado en esta investigación (IDAS). La importancia de diferenciar estas patologías radica en la necesidad de una adecuada orientación del tratamiento.

No se encontraron resultados significativos en el factor de tendencias suicidas; sin embargo, es importante tener en cuenta que el aumento de probabilidades de suicidio es más del doble para personas con depresión (Haddad y Gunn, 2013). En México, el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 24 años de edad y en la mayoría de los casos existe una comorbilidades con depresión (Osornio y Palomino, 2009). Se observa a través de las medias mayor presencia de síntomas de la categoría tendencias suicidas en mujeres, a pesar de ello, de acuerdo con esta literatura, la muerte por suicidio es cuatro veces más frecuente en hombres que mujeres de Estados Unidos, a pesar de que las mujeres tienden a tener más intentos los hombres usan métodos más letales.

En el caso de la psicología, los estudios de género proporcionan una amplia área de investigación para identificar los problemas que requieren de estrategias de intervención (Aragón y Silva, 2002). Acuña el concepto de género ha permitido distinguir las formaciones culturales (socialización) de la formación natural (nacer con genitales de mujer o de hombre) y por este hecho adjudicar derechos, obligaciones, conductas y características que deben adoptar los varones y otras las mujeres (Lamas, 2005). Aceptar el género se refiere a aceptar las prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que una cultura establece acorde a diferencias anatómicas entre hombres y mujeres (Garaigordobi, 2013). Todas las sociedades se enfrentan a un hecho: existe una diferencia corporal entre hombres y mujeres notables en los genitales; sin embargo, será la cultura la responsable de la simbolización de estas diferencias (Lamas, 2005). Por lo que es importante hablar de las diferencias obtenidas en la comparación entre universitarios de Texas (EE.UU) y de Toluca (UAEM).

En este estudio se asocia la mayor presencia de depresión y ansiedad en mujeres que en hombres, estudiantes de la UAEM, con el rol que la sociedad le ha creado a las mujeres a lo largo de la historia y hasta la actualidad, la mujer ha sido desvalorizada y sea considerado como el sexo débil, viviendo con mayor sumisión y represión. Las mujeres amas de casa no son reconocidas por sus tareas domésticas, no tienen pago económico, vacaciones o descanso, no conviven con otros adultos. Las mujeres que trabajan fuera de casa siguen teniendo la responsabilidad de que todo marche bien en el hogar y en ocasiones son vistas con inferioridad en el ambiente laboral e incluso son menos retribuidas económicamente (Lara y otros, 1997). La sociedad también ha reprimido su sexualidad permitiéndole al hombre más libertad que a la mujer. La violencia de género en la forma más grave de discriminación sobre las mujeres, con fuertes consecuencias físicas y psicológicas. Estos mismos autores refieren que la manera en que se educa a la mujer desde niña se propensa en la edad adulta a la depresión; se le enseña ser pasiva, sumisa y dependiente. Es posible que el hombre se considere más valioso, más inteligente e incluso se celebre más el nacimiento de un varón.

La diferencia entre estudiantes varones, tanto de México como de Estados Unidos, es que se obtuvieron resultados más significativos en depresión que las mujeres, esto lo podemos asociar a que es más frecuente en este país las “nuevas masculinidades” que plantean expectativas más positivas en igualdad de género, disminuyendo las tradiciones machistas; sin embargo, definir la identidad para el hombre hoy en día es más difícil, el niño macho se ve condenado, pero para hacer valer su identidad masculina deberá convencer a los demás de que no es mujer y no es homosexual, así el hombre de este siglo no sabe cómo definirse.

El género masculino en la UAEM muestra mayor presencia de sintomatología ansiosa que la mujer, asociando esto con un rol que no se salva de reglas y exigencias sociales. El ideal de la virilidad ha hecho al hombre vulnerable a la presencia de síntomas depresivos y/o ansiosos, ya que la virilidad es problemática; el macho debe superar pruebas, luchar contra deseos y fantasías (Gilmore, 1995). El varón debe cumplir con expectativas sociales y ajustarlas a sus propias ambiciones, tiene que adquirir compromiso paterno, cumplir con un rol proveedor, para el hombre la confianza en sí mismo está basado en el éxito externo, en estatus institucionales y adquisición de riqueza, está en constante amenaza de pérdida de poder o impotencia sexual (Moore, 1994). La represión de las emociones es una característica del constructor social de lo masculino, el varón aprende a reprimir afectos y emociones para distinguirse de las niñas, pero la gama de emociones no desaparece sólo se frena (Kaufman, 1989). La falta de vías de expresión se transforma en conductas patológicas contra los demás o contra sí mismo.

REFERENCIAS

1. Aguadelo, D., Buela, C. y Donald, C. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la depresión a través de los síntomas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (30), pp. 33-41.
2. Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (20), pp.177-187.
3. Consejo General de Colegios Oficial de Psicólogos de España (2013). *Adolescencia, sexismo y violencia de género: Papeles del psicólogo*. [En línea] Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808404>> [2013, enero-abril].
4. Consenso Español sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (2006). *Estadísticas sobre la ansiedad*. [En línea]. Recuperado de <<http://ansiedad.comocombatir.com/estadisticas-sobre-la-ansiedad.html>> [2006].
5. Franchi, S. (2013). La depresión en el hombre. *Revista Científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, (2), pp.135-154.
6. Galimberti, A. (2010). *Diccionario de Psicología*. México: Siglo XXI.
7. Gilmore, D. (1995). *Hacerse hombres*. Argentina: Paidós.
8. Haddad, M. y Gunn, J. (2013). *Fast Facts: Depresión*. España: Ediciones Médicas, S. L.
9. Halgin, R. y Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad*. México: Mc Graw Hill.
10. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc. Graw Hill.
11. Stein, D. J. y Hollander, E. (2010). *Tratado de los Trastorno de Ansiedad*. Barcelona, España: Lexus.
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013). *Estadística de suicidios*, [En línea] Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf> [2013]
13. Kaufman, Michael (1989). *Hombres. Placer, poder y cambio*. Santo Domingo: CIPAF.
14. Lamas, M. (2005). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus.
15. Lara, C., Medina-Mora, ME, Borges G., Zambrano, J. (2007). *Social cost of mental* [En línea] Recuperado de <<http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>> [2007].
16. Leal, C., Barca, E., Cervera, S., Vallejo, J. Giner, J. y Cuenca, E. (2010). *Trastornos Neuróticos*. Barcelona, España: Lexus.
17. Martínez, I., Fuentes, M., García, F. y Madrid, I. (2013). *El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas*. [En línea] Recuperado de <<http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/60163/>> [2013, sep.].
18. Matud, M. y Bethencourt, J. (2000). Ansiedad, depresión y síntomas somáticos en una muestra de ama de casa. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (32), pp. 91-106.

19. Montecino, S., Acuña, M.E. (1998). *Diálogos sobre el género masculino en Chile*. Chile: Compilaciones.
20. Moore, J. (1994). *¿Y qué pasa con los hombres?*, Chile: Cuatro Vientos.
21. OMS (2012). *Organización Mundial de la Salud*. [En línea] Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/>[2012, oct.].
22. Osornio, L. y Palomino, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Revista Científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, (11), pp.1-2.
23. Padilla, F. (2011). *Análisis correlacional entre depresión, ansiedad y rendimiento escolar en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado México*. Tesis Psicología. Toluca: UAEM.
24. Serrano, C. Rojas, A. y Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 15 (1), enero-junio 2013, pp. 47-60.

Envío a dictamen: 28 de marzo de 2014

Aprobación: 2 de septiembre de 2014

Carolina Serrano-Barquín

Maestra en Planeación y Evaluación de Educación. Doctora en Ciencias Sociales. Publicaciones: *Creatividad sensorial y creatividad para el diseño*. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Profesora-investigadora de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la *Universidad Autónoma del Estado de México*. Correo:carolinasb@hotmail.com

Adelaida Rojas-García

Líder del cuerpo académico Intervención en Psicología. Publicaciones: *Problemas sociales de la educación indígena. El perfil actual. Más allá del imaginario eurocéntrico empoderamiento de la mujer indígena*. Correo: rojasgarcia.adelaida@gmail.com

Camillo-Ruggero

Jefe del Departamento de Psicología de la Universidad del Norte de Texas, Estados Unidos de América del Norte.

Mariana López-Arriaga

Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México, México.