

La depresión en la mujer

Depression in women

E. DIO BLEICHMAR

RESUMEN

Se presentan datos sobre la prevalencia de la depresión en la mujer y una recopilación de las estadísticas disponibles en España. Se revisan trabajos de actualización sobre los factores predisponentes de orden psicosocial. Para explicar la morbilidad diferencial se propone el reconocimiento y estudio de la superposición existente entre los factores dinámicos que conducen a la depresión y las condiciones de estructuración de la subjetividad femenina.

PALABRA CLAVE: depresión premenstrual, postparto, de la mujer de mediana edad, del ama de casa, postmaternal, vida cotidiana, intimidad, vulnerabilidad a la pérdida, perfil de mayor riesgo, feminidad tradicional.

SUMMARY

Data is presented on the prevalence of depression in women as well as a compilation of available statistics in Spain. Papers concerning the different psychosocial factors in the etiology of depression are reviewed. The need for recognition and the study of the overlap between dynamic factors in depression and feminine subjective development is proposed in order to account for differential morbidity.

KEY WORDS: premenstrual, postpartum, middle aged woman, housewife, emptynes depression, every day life, intimacy, vulnerability to loss, high risk profile, traditional femininity.

ESTADÍSTICAS

Las mujeres se deprimen más

En todos los países en que se han realizado estudios estadísticos las cifras revelan uniformemente que las mujeres padecen el doble de depresión que los hombres. Mientras que aproximadamente *una de cada cinco mujeres* sufre de una depresión mayor en su vida, en el caso de los hombres la proporción se reduce a *uno de cada diez*.

Correspondencia: E. Dio Bleichman.

Psiquiatra. Psicoanalista Seminario de Estudios de la Mujer Elipsis-Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Fecha de recepción: 18-3-91
Fecha de aceptación: 4-11-91

La neta preponderancia del sexo femenino no resulta del hecho que a las mujeres les dé menos vergüenza quejarse o estén más dispuestas a pedir ayuda profesional. Hay consenso que los datos reflejan la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres, como ha podido ser comprobado por medio de estudios epidemiológicos que tienen en cuenta aquellos factores de desviación, introduciendo en las investigaciones las correcciones necesarias (6.22,45,56).

Proporción de personas aquejadas de depresión

1. Europa y Estados Unidos

El «Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R» —texto de referencia para los psiquiatras de todos el mundo—, establece la proporción de hombres y mujeres que tienen un episodio de depresión mayor alguna vez en su vida. Las cifras son las siguientes:

MUJERES: 9% al 26%

HOMBRES: 5% al 12%

Estos datos corresponden a los cuadros severos de depresión. Existe opinión general, y comienzan a publicarse algunos datos que indican que esta proporción es aun mayor para los cuadros más leves, como también, la presencia de gran proporción de síntomas depresivos en mujeres que no consultan (4,5,53).

2. España

Disponemos actualmente de datos que testimonian que en España también las mujeres se hallan más afectadas por la depresión que los hombres, siendo las cifras similares a las de otros países.

MADRID: (2,9,41) 200 A 240 Mujeres cada 100 hombres

SEVILLAL:(14) 214 Mujeres cada 100 hombres

VALENCIA: (35) 290 Mujeres cada 100 hombres

CANTABRIA (50) Porcentajes de depresión en población general de un área rural: 7,75% Mujeres cada 4,29% Hombres

GALICIA (32) Porcentajes de depresión moderada en población general: Entre 21 y 40 años: Mujeres 1,5% - Hombres 0,5%

Entre 41 y 60 años: Mujeres 3,1% - Hombres 1,8%.

SORIA (44) Porcentajes en población general clasificados como «profundamente deprimidos»: Mujeres 6% - Hombres 1,5%.

ZARAGOZA (43) Porcentajes en población general con clara afectación depresiva: Mujeres 11% - Hombres 1%.

No debe concluirse de la diferencia que se observa en las cifras entre las diversas ciudades, que la depresión en las mujeres es más frecuente en alguna de ellas que en otras, pues los estudios no han sido homologados a los fines estadísticos, valorándose además, distintos grados de severidad de enfermedad depresiva. Pero lo importante a señalar, es que más allá de estas distinciones, todas las investigaciones concuerdan en poner de relieve una diferencia promedio de más del doble en las tasas de sufrimiento depresivo en las mujeres. La morbilidad mental global femenina, en España, es también prácticamente el doble que la masculina, como lo demuestra un estudio reciente (35).

En Estados Unidos, los trabajos coinciden en situar para las mujeres la edad de mayor riesgo entre 35 y 45 años (55). En España, un detallado estudio llevado a cabo por Sánchez-Perruca en el Hospital Clínico de la Universidad Complutense, encuentra que la mayor frecuencia de depresión en la mujer se va incrementando con la edad para la muestra de pacientes atendidos en ese centro (43). Los datos correspondientes a la proporción de mujeres con respecto a hombres son los siguientes:

MENORES DE 45 AÑOS: 180 Mujeres por 100 Hombres
ENTRE 45 Y 60 AÑOS: 220 Mujeres por 100 Hombres
MAYORES DE 60 AÑOS: 420 Mujeres por 100 Hombres

Otro de los hallazgos significativos que ponen en evidencia los estudios epidemiológicos es la mayor presencia de la depresión en la juventud. Los profesionales de la salud mental dedicados al tratamiento de mujeres están observando con enorme frecuencia la consulta de adolescentes mujeres con problemas de fracaso escolar, trastornos alimenticios (comer compulsivo, o su contrario, la anorexia mental), dificultades en las relaciones familiares, trastornos de conducta y drogadicción, síntomas todos que por lo general son manifestaciones de una depresión encubierta. Éste es un fenómeno de observación mundial (17,26,47). En contraposición, los resultados que no muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres provienen de estudios de prevalencia de depresión llevados a cabo en poblaciones universitarias sin influencias de estresores psicosociales (1).

¿Cómo sufrimos las mujeres?

El paralelismo con la biología es lo primero que se esgrime como argumento: así como nuestro cuerpo funciona por medio de ciclos menstruales se considera que nuestra mente, también podría hallarse gobernada por los mismos facto-

res, y los trastornos ciclotímicos —el propio nombre utilizado para algunas formas de depresión— aproxima, aparentemente, las ideas. Supuestamente, la mayor frecuencia de los trastornos cíclicos del humor en las mujeres se explicaría, también, por razones de su naturaleza biológica.

Sin embargo, las depresiones bipolares en las cuales el factor biológico juega el rol central, no presentan diferencias estadísticas entre hombres y mujeres. En cambio, es en las llamadas *neurosis depresivas* —en las cuales la causa biológica no ocupa un lugar destacado, y lo fundamental, son los mecanismos psicológicos—, donde encontramos que las cifras se duplican para las mujeres.

También, acorde con la línea de razonamiento de suponer que el ciclo biológico de la mujer era el responsable de la producción de la depresión, se consideraba a la menopausia y al climaterio —en tanto conjunto de cambios hormonales— la causa de la depresión que aparece en ese período.

La *depresión de la menopausia* era hasta hace algunos años un diagnóstico muy al uso —todavía es posible escuchar oír hablar de él. Pero, tanto los estudios estadísticos como los diagnósticos adecuados, han permitido desterrar esta categoría de las clasificaciones por dos razones: a) no existe mayor número de mujeres depresivas en la menopausia, al contrario, los datos muestran una cierta disminución durante este período; b) cuando la depresión se desencadena en la menopausia, los motivos precipitantes y la menor o mayor severidad de sus síntomas no se apartan de los patrones que caracterizan a las otras formas de depresión (53,55). En conclusión, la depresión en el período de la menopausia no tiene peculiaridad clínica alguna que permita distinguirla de las que se manifiestan en otras etapas de la vida.

De modo que con el avance del conocimiento, las tentativas de explicar la mayor frecuencia de la depresión en las mujeres exclusivamente por la acción de factores biológicos —propios de la fisiología femenina— van perdiendo sustento. Un paso importante en el esclarecimiento de esta cuestión tuvo lugar al ponerse atención a los factores psicosociales (7,10,18,28). Los acontecimientos que se consideran antecedentes biográficos significativos para el desencadenamiento de una depresión son los siguientes:

- a) muerte de la madre durante la infancia;
- b) condiciones de aislamiento social: migración, exilio, cambio de residencia;
- c) más de dos o tres hijos pequeños a su cargo;
- d) carencia de una red de apoyo;

No hay duda que estos factores —muerte de la madre, pérdida de raíces, sobrecarga— tienen una enorme importancia afectiva para cualquier ser humano, pero no alcanzan a explicar los motivos invocados por las mismas mujeres para explicar su malestar. Este no parece tener que ver, por lo general, con circunstancias extraordinarias, fortuitas, contingentes en sus vidas; tampoco fundamentalmente, con hechos traumáticos (sin excluir los casos en que efectivamente estos factores están presentes), sino con razones más cotidianas, más comunes, más propias de su existencia corriente.

La depresión premenstrual (34), la depresión postparto (25,39,57), la depresión del ama de cada (19), el síndrome del «nido vacío» o depresión posmaternal (49). Incluso, es-

tas formas clínicas —bien descritas por el saber psiquiátrico— no llegan a dar cuenta de las quejas, a veces vagas, a veces muy precisas e insistentes de las propias mujeres.

Predisposición de la mujer a la depresión

¿Cuál es entonces la predisposición, la especial vulnerabilidad que tienen las mujeres para deprimirse? ¿Debemos descartar sus reiterados lamentos, o por el contrario, es posible dar crédito científico a lo que ellas afirman? Profesionales sensibilizados comenzaron a investigar factores de la cotidianidad. Los hallazgos, que responden a los métodos más rigurosos y objetivos de comprobación, prestan apoyo a las quejas femeninas (3,11,24,30,56).

Las mujeres no estaban tan equivocadas

a) Importancia de la intimidad

Existe creciente evidencia sobre el papel que tienen los problemas de pareja y las fallas en la intimidad en la causación de depresión entre las mujeres. En el cuidadoso y valioso estudio de puesta al día de la información acumulada, los psicólogos canadienses Barnett y Gotlib (3), concluyen que son las mujeres las que en mayor proporción sufren de depresión por problemas de pareja. En este trabajo se pone especial atención en distinguir los problemas de pareja que han actuado como causa de la depresión, de aquellos otros que pueden acompañar reforzando una depresión previa, o que se desencadenan como efecto y consecuencia de la misma.

Los datos disponibles permiten afirmar que los conflictos afectivos con sus parejas son el motivo más frecuente del origen de la depresión de las mujeres (11,14,18,32). Con respecto al divorcio, los porcentajes de divorcio en las parejas con un miembro depresivo es ocho veces mayor que en las parejas en que no se encuentra este síntoma (20,36). Pero lo que resulta llamativo, es que en aquellos casos en que era el marido el depresivo, la terapia conseguía equilibrar la pareja, no así cuando el miembro depresivo era la mujer, pues el marido raramente soportaba la situación. Las conclusiones sugieren que las mujeres son más tolerantes con la depresión de su pareja que los hombres.

Estos hallazgos se suman a la experiencia clínica de psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas acerca de los motivos por los cuales las mujeres se sienten inclinadas a pedir una consulta, los cuales giran en torno a: problemas de relación en la pareja, amenaza de pérdida de la pareja, ruptura amorosa, soledad, problemas en las relaciones familiares.

Vulnerabilidad a la pérdida

Un segundo cuerpo de estudios llevados a cabo tienen que ver con las condiciones o tendencias psicológicas que se encuentran con mayor frecuencia en las personas que sufren depresiones (23,24,42). Estas son: *dependencia y restricción social*. La dependencia crucial en la causación de depresión es la dependencia del juicio del otro para el mantenimiento de la autoestima, un matiz o componente de la dependen-

cia emocional. Cuanto más una persona depende en forma exclusiva o casi exclusiva para la regulación de su autoestima, más facilitado tiene el camino para la depresión. Las vicisitudes de la relación y su eventual riesgo de pérdida provocan constantes e intensas fluctuaciones en la autoestima que originan gran parte de las manifestaciones depresivas: mal humor, desgano, irritabilidad, tristeza.

La *restricción social* se refiere básicamente a la situación en que una persona desempeña un sólo rol, un sólo tipo de actividad central en su vida, o que se halla muy aislada y con poca participación social o familiar. La importancia de estos factores se debe a que reduce las fuentes de alimento y mantenimiento de la autoestima (44,48,50). La restricción social coloca a la persona en la misma condición de un país que tuviera un solo producto o una sola mercadería para intercambiar cualquier vicisitud de la materia prima o cualquier problema en la comercialización de la misma tiene efectos catastróficos.

Como consecuencia de estas características —mayor dependencia a pocas o a una única figura significativa, y vida restringida a pocas actividades y relaciones—, las personas tienen mayor vulnerabilidad a la pérdida. Se sienten inseguras en sus vínculos, temerosas de perderlos, y cuando esto sucede se deprime con suma facilidad.

FEMINIDAD Y DEPRESION

Ahora bien, lo que estos datos permiten comprobar es lo que algunas mujeres del campo de la salud mental vienen reiterando desde hace algo menos de una década: que *los factores psicosociales que conducen a la depresión no son sino el espíritu mismo del estereotipo de la feminidad* (12,21,27,38,40,48). Por lo que una evidencia se impone: la necesidad de estudiar y poner en relación las condiciones que predisponen a la depresión y los modelos de feminidad y masculinidad vigentes.

Los innumerables estudios sobre roles llevados a cabo por investigadores de diversos ámbitos de las ciencias sociales —educación, psicología, sociología— tipifican la feminidad y la masculinidad en término de dos grandes categorías: a) feminidad: roles emocionales; b) masculinidad: roles instrumentales. Los rasgos que describen al modelo de feminidad más generalizado son los siguientes: sensibilidad, complacencia, dulzura (ausencia de agresividad y competencia), pasividad, obediencia, necesidad de contacto afectivo, dependencia, fragilidad. Mientras que la masculinidad se caracterizaría por: actividad, firmeza, capacidad para afrontar el riesgo, autonomía, decisión, autoconfianza, fuerza.

La correlación entre los rasgos que definen a la personalidad depresiva y los que caracterizan a la feminidad permiten elaborar el siguiente cuadro:

DEPRESION	FEMINIDAD
Dependencia	Dependencia
Pasividad	Pasividad
Falta de firmeza o asertividad	Falta de firmeza o asertividad
Gran necesidad de apoyo afectivo	Gran necesidad de apoyo afectivo

Baja autoestima e indefensión	Como efecto se desarrolla baja autoestima, indefensión e incompetencia
Incompetencia	

Como vemos la superposición es significativa. Además, y aportando mayor precisión aún, los hallazgos son más contundentes sobre un tipo especial de mujer —la mujer tradicional—, lo que actualmente en la literatura académica se denomina estereotipo de la feminidad. Son las que en mayor medida presentan rasgos de carácter de impotencia, incompetencia y depresión.

Trabajos llevados a cabo en Canadá (3), Estados Unidos (24,29,50) y Suiza (31) describen con minuciosidad cómo son y cómo viven las mujeres que son definidas como «tradicionales». En estos términos, cuanto más estereotipada sea su feminidad mayor predisposición a la depresión encierra, mientras que rasgos de masculinidad y la propia masculinidad previenen contra la misma. Esta relación alcanza mayores proporciones en mujeres de población rural y campesina (8). Como contrapartida, considerando la masculinidad como un conjunto de rasgos de personalidad, aquellas personas que desarrollan rasgos de carácter que se tipifican como más masculinos se encontrarían más alejadas del peligro de sufrir una depresión.

DEPRESION	MASCULINIDAD
Pasividad	Actividad
Dependencia	Autonomía
Falta de firmeza o asertividad	Asertividad y agresividad
Gran necesidad de apoyo afectivo	Capacidad de tomar riesgos y decisiones
Baja autoestima e indefensión	Como efecto se desarrolla alta autoestima, seguridad y competencia
Incompetencia	

PERFIL DE MAYOR RIESGO

Las mujeres que reúnen los siguientes atributos son las que presentan la mayor vulnerabilidad para la depresión: a) el estereotipo de la feminidad con ausencia de todo atributo positivo de masculinidad (ambiciones, confianza en sí misma); b) presencia de los atributos más negativos de la feminidad (dependencia y sumisión); c) ausencia de los atributos positivos de la feminidad (simpatía y disponibilidad para suavizar).

BIBLIOGRAFIA

- 1 Avila Espada, A., Rubí Cid, M. Prevalencia de la depresión en los estudiantes universitarios: una primera aproximación y algunas aportaciones metodológicas. *Mujer y Salud Mental*. Madrid. Instituto de la Mujer, 1988.
- 2 Ayuso Gutiérrez, J. y col. Estudio San Carlos 1.000.500. I. Factores demográficos (sexo y edad) en las depresiones. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. 1980; 8: 191-200.
- 3 Barnett, P., Gotlib, I. Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin* 1988; 104: 97-126.
- 4 Barrett, J. y col. Prevalence of depression and its correlates in a general medical practice. *Journal of Affective Disorders* 1987; 12: 167-174.
- 5 Benjumea, P., Caballero, R.: Sintomatología afectiva en una población de hijos de padres depresivos. Trabajo presentado en el *Symposium sobre Prevención y Tratamiento de la Depresión*. 1988 Madrid.
- 6 Boyd, J., Weissman, M.: Epidemiology of affective disorders: a reexamination and future directions. *Archives General of Psychiatry* 1981; 38: 1039
- 7 Brown, G., Harris, T.: *The social origins of depression. a study of psychiatric disorders in women*. Londres 1978. Tavistock.

Finalmente, de la convergencia de todos los datos de que disponemos actualmente —datos estadísticos, concluyentes trabajos que subrayan la superposición de las condiciones psicosociales que predisponen a la depresión, y las características que definen los modelos de feminidad vigentes en nuestra cultura— se puede concluir que *lo que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol. Es la feminidad misma, tal como está concebida en nuestra cultura, el factor de mayor riesgo para la depresión.*

En base al número creciente de hallazgos sobre morbilidad diferencial creemos necesario profundizar todo estudio que dé cuenta en forma detallada y documentada, de qué manera las mujeres de nuestra cultura son formadas en modelos y patrones de feminidad, en «formas de ser mujer», que las condicionan a sentir y desear de una determinada manera, y que las proveen de mecanismos psíquicos potenciadores de depresión. Actualmente estamos en condiciones de visualizar una secuencia multifactorial en la predisposición de la mujer a la depresión:

1. Las específicas experiencias en la socialización de las niñas son los factores principales en que se sustenta la alta expectativa acerca de la intimidad en los vínculos afectivos, junto al temor a la pérdida de amor y al abandono. Estas son trazas psicológicas subyacentes a los comportamientos que luego se tipifican como deseables para la mujer: dependencia, gentileza, obediencia, sumisión.

2. La personalidad femenina corriente, la mujer ya formada, ha sido preparada para funcionar psicológicamente como una niña, lo que quiere decir que no está capacitada para una vida totalmente autónoma, aunque desarrolle las cualidades psicológicas suficientes —el rol maternal— para hacerse cargo del desarrollo psicológico y de la crianza de otros. Esta dependencia de otros adultos y la prestación de servicios de cuidado, determina una regulación más inestable y mayores fluctuaciones de su autoestima.

3. Las costumbres sociales ejercen un poderoso efecto sobre el desarrollo de la agresividad. En las mujeres se estimula la pasividad, con su consecuente tendencia a la impotencia y se desalienta la actividad y el ejercicio del poder, creándose de este modo un tipo de ideal del yo que valora el sacrificio y la prestación de servicios.

4. Los problemas derivados de la identificación con una mujer —la madre— quien también es depresiva por haber desarrollado una identidad marcada por el estereotipo del rol, y por haber estado sometida a las condiciones de vida que sostienen la desvalorización, la impotencia y la limitación de oportunidades de las mujeres.

8. Brown, G. W., Prudo, R. Psychiatric disorders in a rural and urban population: 1. Etiology of depression. *Psychological Medicina* 1981; 11: 581-599.
9. Carbonell Masía, C.. Aspectos epidemiológicos y transculturales. *Patmos* 65; Número monográfico: depresión, 1984.
10. Costello, C. G.. Social factors associated with depression: a retrospective community study. *Psychological Medicine* 1982; 12: 329-339.
11. Crowther, J. H.. The relationship between depression and marital maladjustment: a descriptive study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1985; 173: 227-231.
12. Dio Bleichmar, E. y col.. Aportes recientes en la comprensión de la subjetividad femenina. Trabajo presentado en el XVIII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid 1990.
13. Egeland, J., Hostetter, A.. Affective disorders among the Amish, 1976-1980. *American Journal of Psychiatry* 1983; 140: 56.
14. Essex, M. y col.: Intimacy and depression in older women *Psychiatry* 1985; 48: 159-178.
15. Fernández-Argüelles Vinteño, P. y col.. Depresiones crónicas: aspectos epidemiológicos. *Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Jaca* 1983; 1: 174-184.
16. Fonseca-Mendoza, V. Human depressive symptoms in a general population Trabajo presentado en el 12th World Congress of Social Psychiatry. Washington 1990.
17. Golberg, E.. Severity of depression and developmental levels of psychological functioning in 8-16 years old girls. *American Orthopsychiatric Association* 1989; 59: 167-178.
18. Golding, J.: Gender differences in depressive symptoms. *Psychology of Women Quarterly* 1988; 12: 61-73.
19. González Duro, E.. *Las Neurosis del Ama de Casa*. Madrid. Eudema 1989.
20. Gotlib, I. H. *Depression and marital interaction: a longitudinal perspective*. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association. Washington, DC 1986.
21. Haussmann, M., Halseth, J.. Re-examining women's roles: a feminist group approach to decreasing depression in women *Social Work with Groups* 1983; 6: 105-115.
22. Hirschfeld, R., Cross, Ch.. Epidemiology of affective disorders. Psychosocial risk factors. *Archives of General Psychiatry* 1982; 39: 35-46.
23. Hirschfeld, R., Klerman, G. y col. Dependency —self-esteem— clinical depression. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 1976; 4: 373-388.
24. Hirschfeld, R., Klerman, G. y col.: Personality and gender-related differences in depression. *Journal of Affective Disorders* 1984; 7: 211-221.
25. Hopkins, J. y col. Postpartum depression a critical review. *Psychological Bulletin* 1984; 95: 498-515.
26. Kandel, D. B., Davies, M.: Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives General of Psychiatry* 1982; 39: 1205-1212.
27. Kaplan, A.. The «Self-in-relation»: implications for depression in women. *Psychotherapy* 1986; 23: 234-242.
28. Kline, N (Comp) *Factors in depression*. New York. Raven Press 1974.
29. Kramers, L. y col. The role of masculinity and femininity in depression and social satisfaction in elderly females». *Sex Roles* 1988; 19: 713-721.
30. LaGodna, G.: Aging women and depression unresolved conceptual, etiologic and epidemiologic issues. *Issues in Mental Health Nursing* 1988; 9: 285-298.
31. Lalive d'Epinau, CH.. Depressed elderly women in Switzerland: an example of testing and of generating theories. *The Gerontological Society of America* 1985; 25: 597-604.
32. Landrine, H.. Depression and stereotypes of women: preliminary empirical analyses of the gender-role hypothesis. *Sex Roles* 1988; 19: 527-541.
33. Mateos, M. y col.: Estimación de la prevalencia de trastornos depresivos en la Comunidad Autónoma de Galicia y su relación con conducta de enfermedad. *Comunicación a las «Jornadas de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica»*. 1989.
34. McMillan, M.; Phil, R.: Premenstrual depression: a distinct entity. *Journal of Abnormal Psychology* 1987; 96: 149-154.
35. Méndez, E.: Informe de Situación. *Symposium Internacional Mujer y Calidad de Vida*. Barcelona 1990.
36. Merikangas, K. R.: Divorce and assortative mating among depressed patients. *American Journal of Psychiatry* 1984; 141: 74-76.
37. Montero Piñar, I. y col.: Aportaciones al estudio de la depresión en la mujer 1 Análisis de los factores sociodemográficos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1982; 10: 205-214.
38. Notman, M.. Depression in women. Psychoanalytic concepts. *Psychiatric Clinics of North America* 1989; 12: 221-230.
39. Pitt, B.. Maternity blues. *British Journal of Psychiatry* 1973; 136: 339-346.
40. Reale, E. y col. *Malattia mentale e ruolo della donna*. Roma. Il Pensiero Scientifico Editore 1982.
41. Rojo Garrido, G.: Reflexiones sobre la especificidad sexista del diagnóstico de depresión. *Actas Jornadas Psicología de la Mujer y Calidad de Vida* Bilbao. Leioa 1988.
42. Roy, A.. Vulnerability factors an depression in women. *British Journal of Psychiatry* 1978; 133: 106-110.
43. Sánchez Perruca, L. y col.: Cambio social, climaterio y depresión. *Archivos Neurobiología* 1989; 52: 87-92.
44. Schafer, R.. Effects of marital role problems and the self-concept on wife's depressed mood» *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1985; 53: 541-543.
45. Seva Díaz, A.: La salud mental en la población urbana de Zaragoza. *Actas del XV Congreso Sociedad Española Psiquiatría*. Publicación Universidad Zaragoza 1983.
46. Seva Díaz, A.: *Ensayo para una epidemiología psiquiátrica desde la institución asistencial*. Publicación Universidad de Zaragoza 1983;
47. Surrey, J.. Eating patterns as a reflection of women's development. *Work in Progress*. Wellesley College. Massachusetts.
48. Surrey, J.: Self-in-relation: a theory of women's development. *Work in Progress*. Wellesley College. Massachusetts 1985.
49. Tallmer, M.. Empty-nest syndrome: possibility or despair. En: Toni Bernay y Dorothy Cantor *The Psychology of Today's Woman. New Psychoanalytic Visions*. New Jersey. The Analytic Press 1986.
50. Tennen, H., Herzberger, S.: Depression, Self-esteem and the absence of self-protective attributional biases. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 52: 72-80.
51. Tinsley, E. y col.. Feminine sex and depression in middle-aged women. *Sex Roles* 1984; 11: 25-32.
52. Vázquez Barquero, J. L. y col.. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychological Medicina* 1987; 17: 232.
53. Weissman, M. M., Paykel, E. S.: *The depressed woman: a study of social relationship* Chicago. University of Chicago Press 1974.
54. Weissman, M., Klerman, G.: Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives General of Psychiatry* 1977; 34: 98.
55. Wiessman, M., Boyd, J.: Affective disorders: Epidemiology. En: H Kaplan *Psychiatry/IV*. Baltimore. Williams y Wilkins.
56. Weissman, M. y col.: The epidemiology of depression. An: update on sex differences in rates. *Journal of affective disorders* 1984; 7: 179-184.
57. Yalom, I. D. y col.: 1968.: «Postpartum blues» syndrome: a description and related variables. *Archives of General Psychiatry* 1968; 18: 16-27.