

## ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?

Silvia Lucía Gaviria A.<sup>1</sup>

### Resumen

*Introducción:* Las mujeres están en mayor riesgo de depresión que los hombres, especialmente durante los años reproductivos. La diferencia en la depresión varía a través del ciclo vital, con un predominio de las mujeres sobre los hombres, que comienza al principio de la adolescencia y persiste en la madurez. Durante esos años las mujeres pueden asumir innumerables funciones y responsabilidades, es más probable que experimenten violencia sexual y doméstica y, con frecuencia, se encuentran en desventaja en términos de condición social y económica. *Método:* En este artículo se reseñan siete factores de vulnerabilidad para depresión en las mujeres: hipótesis de artefacto, factores hormonales, factores genéticos, ansiedad preexistente, estilos de socialización y de acoplamiento específicos de las mujeres, acontecimientos vitales traumáticos y condición social y roles. *Conclusiones:* Las investigaciones acerca de las diferencias entre sexos y depresión deben evaluar la importancia relativa de los factores de riesgo desde diferentes dominios: aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales; además, dado que las mujeres tienen diferentes necesidades de atención durante su ciclo vital, los servicios de atención deben prestarlos equipos de salud mental interdisciplinarios, a fin de contribuir a su salud mental y bienestar.

**Palabras claves:** mujeres, depresión, vulnerabilidad social.

**Title:** Why do Women Get More Depressed than Men?

### Abstract

*Introduction:* Women are at a higher risk for depression than men, especially during the reproductive years. Differences in depression rates vary along the vital cycle, with a predominance of women over men, starting at the beginning of adolescence and persisting into maturity. During those years women tend to assume numerous functions and responsibilities, she's more likely to experiment sexual and domestic violence, and frequently finds herself at a disadvantage in social and economic conditions. *Method:* In this article seven factors explaining the vulnerability of women for depression are portrayed: Artefact hypothesis, hormonal factors, genetic factors, pre-existing anxiety, socializing and coupling styles specific to women, traumatic vital experiences, and social conditions and roles. *Conclusions:* Research of gender differences and depression should evaluate the relative importance of risk factors

---

<sup>1</sup> Médica Psiquiatra. Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad CES. Medellín, Colombia.

from these different domains: Biological, psychological, and socio-cultural aspects. Since women have different needs during their vital cycle, health services should be rendered by interdisciplinary mental health teams in order to contribute more effectively to her health and well-being.

**Key words:** Women, depression, social vulnerability.

## Introducción

Varios y grandes estudios epidemiológicos han reportado que la prevalencia del trastorno depresivo unipolar es por lo menos dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Las mujeres tienen una particular y mayor vulnerabilidad a los trastornos depresivos durante la edad reproductiva: aproximadamente, entre los 15 y 44 años de edad (1). Durante estos años las mujeres asumen más roles y responsabilidades, están más expuestas a experiencias sexuales, abuso sexual y violencia doméstica, y frecuentemente están en desventaja tanto en el estatus social como en el financiero.

Los factores endocrinos relacionados con el ciclo reproductivo pueden jugar un papel importante e incrementar la vulnerabilidad a la depresión. Los estrógenos y la progesterona han mostrado sus efectos sobre los sistemas de neurotransmisores, neuroendocrinos y circadianos, que han sido implicados en los trastornos del humor. Los cambios en los niveles hormonales de la pubertad, la fase lútea del ciclo

menstrual, el periodo posparto y la perimenopausia pueden también disparar cuadros depresivos en mujeres vulnerables (2).

Igualmente, otros factores hormonales pueden contribuir a la vulnerabilidad de las mujeres a los trastornos del humor, tales como las diferencias sexuales relacionadas con los ejes corticotropo y tiroideo (3).

## Factores de vulnerabilidad para depresión en las mujeres

### *Hipótesis del artefacto*

Llamada también la hipótesis de los errores metodológicos en la recolección de datos. Señala que las diferencias de género no son reales porque las mujeres sobreenforman, en tanto que los hombres reportan menos las quejas somáticas y psíquicas a sus médicos. La tendencia de las mujeres a reportar más síntomas de depresión que los hombres puede ser responsable de su mayor probabilidad de cumplir con los criterios para un trastorno depresivo, mientras que los varones utilizan alcohol y otras sustancias para disminuir los síntomas depresivos (el alcoholismo es más frecuente entre los hombres y se considera como una forma enmascarada de la depresión) (4).

Los manuales diagnósticos clasifican sistemáticamente a más mujeres como deprimidas. En la actualidad, las definiciones de los trastornos depresivos siguen siendo

arbitrarias, debido a la ausencia de claras señales o umbrales “naturales” de la distribución de los síntomas.

Varios estudios han demostrado que una preponderancia femenina en las tasas de depresión se produce con bajos umbrales de los síntomas, y se hace más pronunciada en la medida en que el número de síntomas aumenta; por lo tanto, es más probable hacer el diagnóstico de depresión en las mujeres, por la cantidad de síntomas somáticos que exhiben. Los procedimientos de medición también influyen en el diagnóstico de depresión en las mujeres, puesto que no hacen diferenciación de los síntomas por género. Las mujeres, además, reportan más frecuentemente trastornos del apetito y del sueño, cansancio, ansiedad e hipocondría (5).

Por lo tanto, la inclusión de estos síntomas como ítems en las escalas de evaluación y algoritmos diagnósticos puede influir en las tasas de depresión. De hecho, las diferencias de género en el perfil de síntomas tienden a ser limitadas en el tipo y gravedad, y los patrones de respuesta género-específica sobre las escalas de evaluación para la depresión no parecen tener plenamente en cuenta las diferencias de género en niveles de depresión (6, 7).

Las mujeres tienen más probabilidades de informar los síntomas físicos y psicológicos y de buscar asistencia médica; igualmente, los médicos tienden a pensar más en

el diagnóstico de depresión en las mujeres.

#### *Factores hormonales*

Los factores hormonales relacionados con el ciclo reproductivo pueden jugar un papel en la vulnerabilidad de las mujeres a deprimirse. Los estrógenos y la progesterona han mostrado su efecto sobre los sistemas de neurotransmisión, neuroendocrino y circadiano, los cuales han sido implicados en los trastornos del humor. Por ejemplo, ellos han demostrado su influencia sobre la síntesis y liberación de serotonina y noradrenalina.

El estatus puberal, específicamente el Tanner Estado III, ha demostrado ser superior a la edad cronológica en cuanto a predecir el riesgo de depresión en las adolescentes; una posible explicación está en la oxitocina, la cual aumenta cinco veces en la pubertad y parece estar relacionada con los comportamientos sexual y de apareamiento en las mujeres (8). Las mujeres pueden estar en riesgo de desarrollar depresión cuando su deseo incrementado de afiliación interactúa con desilusiones interpersonales y románticas (9,10).

La fase lútea del ciclo menstrual, la cual es un periodo de supresión de los estrógenos y la progesterona, frecuentemente está asociada con cambios en el humor de tipo disfórico, como también con el empeoramiento de un episodio depresivo mayor (11,12).

Aproximadamente el 5% de las mujeres reúne criterios para una forma severa de síndrome premenstrual conocida como trastorno disfórico premenstrual (13). La similitud de este trastorno con la depresión mayor puede indicar una mayor vulnerabilidad para la depresión, hormonalmente basada, en algunas mujeres.

El período posparto también es un disparador común de síntomas depresivos (14). Más del 80% de las mujeres experimenta cambios menores del humor durante este período, conocidos como *maternity blues*, o disforia posparto. La depresión posparto ocurre en el 10% y el 15% de las mujeres puérperas, y quien experimenta una depresión posparto está en riesgo de futuros episodios. El riesgo de un siguiente episodio posparto excede el 50%.

Los síntomas depresivos menores son comunes en la etapa perimenopáusica; especialmente, en mujeres con síntomas vasomotores severos. La presencia de bochornos afecta el sueño al producir despertares múltiples y sueño poco reparador. El efecto dominó explica la presencia de fatiga, cansancio, falta de energía e irritabilidad durante el día, debido a la falta de descanso durante la noche. En la perimenopausia aumenta el riesgo de recurrencia en mujeres con una historia de depresión mayor (1). También se ha descrito una asociación entre depresión y menopausia prematura (15).

Otros factores hormonales pueden contribuir con la vulnerabilidad a los trastornos del humor en las mujeres, tales como las diferencias de sexo relacionadas con los ejes hipotálamo, hipófisis, adrenal y tiroideo (16). El hecho de que las mujeres tengan una mayor respuesta al estrés, comparadas con los hombres, tiene importantes implicaciones para entender el estrés y la respuesta de las mujeres a este. El hecho de que exista una exagerada respuesta de CRH central al estrés en las mujeres puede explicar algunos de los aspectos de su susceptibilidad. También se ha descrito la resistencia a los efectos de *feedback* de los glucocorticoides endógenos. Es posible que los estrógenos y la progesterona aumenten la respuesta al estrés al interferir con el feedback.

Otro factor de vulnerabilidad se relaciona con la función del eje hipófisis-hipotálamo-tiroides, ya que cerca del 25% de los sujetos deprimidos muestra un incremento anormal de los niveles plasmáticos de hormona tiroestimulante (TSH) después de la inyección intravenosa de factor liberador de tirotropina (TRH), la tiroiditis y otras anomalías autoinmunes han sido relacionadas con el comienzo de la depresión (17).

Las anomalías tiroideas son mucho más prevalentes en mujeres que en hombres. Además, la función tiroidea parece jugar un posible papel en los trastornos posparto y en el síndrome premenstrual (17,18).

### *Factores genéticos*

Los estudios familiares y con gemelos han investigado los factores genéticos como una explicación para mayores tasas de depresión en mujeres (19). Aunque la transmisión genética juega un papel importante en la etiología de la depresión, los investigadores han encontrado una similar heredabilidad en hombres y mujeres.

### *Ansiedad preexistente*

Según Breslau (20), la mayor prevalencia de depresión en la mujer se explica por la preexistencia de trastornos de ansiedad, los cuales son aproximadamente dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres y vienen desde la infancia en la mayoría de los casos.

En las mujeres es frecuente encontrar la preexistencia de los trastornos de ansiedad como un modelo de internalización de los síntomas, mientras que los hombres experimentan más frecuentemente trastornos tales como el alcoholismo, la personalidad antisocial y el uso indebido de drogas, que es una forma de externalización de los síntomas.

### *Estilos de socialización y de acoplamiento específicos de género*

Las diferencias de género en los procesos de socialización en el desarrollo temprano han sido

descritas en extenso (21). Padres y educadores tienden a tener diferentes expectativas para los niños de ambos sexos, lo cual puede resultar en que las mujeres se vuelven más temerosas y preocupadas por la evaluación de los otros; los chicos, en cambio, desarrollan un mayor sentido de dominio e independencia. Dichas diferencias conducen a diferencias en la valoración propia y vulnerabilidad a la depresión.

Se ha demostrado un estilo rumiativo de acoplamiento en las mujeres en respuesta a sentimientos de tristeza; los hombres, en contraste, tienden a usar estrategias de distracción (22).

### *Acontecimientos vitales traumáticos*

El complejo concepto de acontecimientos vitales implica no solo que las enfermedades psiquiátricas son iniciadas o perpetuadas por interacciones entre el entorno y el individuo, sino que los acontecimientos vitales concretos modifican esa interacción. En algunos casos la vulnerabilidad llega a ser más aguda, y en otros, menos, y lo mismo ocurre con los acontecimientos externos.

A través del ciclo vital, las mujeres suelen experimentar más eventos vitales estresantes que los hombres y pueden ser más sensibles a sus efectos. Las adolescentes tienden a reportar un mayor número de eventos vitales negativos; particularmente, aquellos relacionados con la

relación con sus padres y pares (23). Se ha demostrado una significativa relación entre el número de estresores vitales y síntomas depresivos en las mujeres adolescentes (24). Las adolescentes han mostrado ser más susceptibles que sus pares varones a síntomas depresivos en respuesta a las discordias familiares, y a la depresión materna (25).

Las diferencias de sexo en estos acontecimientos vitales también contribuyen a incrementar la vulnerabilidad a la depresión en las mujeres. La historia de abuso sexual es mucho más común en mujeres que en hombres y es un mayor factor de riesgo para depresión que para otros trastornos psiquiátricos (26).

Más del 60% de las mujeres abusadas desarrolla depresión a lo largo de su vida; el abuso sexual en la infancia y en la vida adulta tiene diferentes repercusiones en la salud mental de las víctimas, aunque es mayor el impacto del abuso sexual en la infancia (27).

Se ha prestado mucha atención a la separación de los padres (con la consiguiente falta de cuidado de los niños en los primeros años) y a los efectos de los abusos físicos y sexuales en la infancia como posibles factores de riesgo para la depresión en la vida adulta. Las experiencias adversas durante la niñez han demostrado aumentar el riesgo de depresión más tarde, a través de varias vías; a saber: los mecanismos biológicos (la desregulación del eje H-H-SR); la vulnerabilidad personal

(baja autoestima, impotencia, locus de control externo, pobres estrategias de afrontamiento); los factores ambientales adversos (tales como la falta de apoyo social, la baja condición social, las dificultades de la paternidad sin acompañamiento de la pareja o embarazo no deseado), y los episodios de depresión en la adolescencia (26,28).

### *Condición social y roles*

Las experiencias de vida de las mujeres difieren de las de los hombres de muchas maneras, pues abarcan su carencia de poder en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales, profesionales y políticas. Ellas son las que dan a luz a los hijos y quienes los crían, y muchas de ellas realizan tareas dobles o múltiples en el seno del hogar y en el trabajo (29).

El estatus socioeconómico de las mujeres ha sido propuesto como un posible factor que conduce a altas tasas de depresión (2). Una parte desproporcionada de la carga mundial de pobreza en el mundo descansa sobre los hombros de las mujeres y socava su salud física y mental. El 70% de los 1,2 billones de personas que viven en la pobreza son mujeres.

En los hogares monoparentales suele ser la madre quien está a cargo de los hijos, lo cual implica un menor ingreso económico para la familia, puesto que las mujeres obtienen salarios menores que los

hombres en una proporción del 30% al 50%. La mayoría de las mujeres realiza labores de menor jerarquía, trabajan en pequeños negocios, en labores domésticas o en la economía informal (30).

Aunque el matrimonio fue anteriormente considerado como un factor de riesgo para depresión en la mujer, hoy día se considera como un factor menos protector para las mujeres que para los hombres (31). Un buen matrimonio, en el cual existe un buen soporte por parte de la pareja en los momentos estresantes, puede disminuir el riesgo de depresión en ambos géneros; sin embargo, las mujeres casadas continúan sosteniendo mayores tasas de depresión, y en un matrimonio infeliz las mujeres son más proclives a deprimirse que los hombres (32). Las mujeres son más sensibles a los efectos del divorcio, respecto a lo cual demuestran altas tasas de depresión, mientras que los hombres reportan más problemas de abuso de alcohol (33).

Adicionalmente al estado marital, tanto la condición laboral como los hijos pueden influir en el riesgo de depresión en las mujeres. Un trabajo gratificante puede ayudar a disminuir el riesgo de la mujer a deprimirse, pero solo si ella ha elegido trabajar, más que sentirse forzada a hacerlo por presiones económicas. El impacto es mayor, especialmente, cuando la mujer trabaja fuera del hogar y tiene dificultades para delegar en alguien de confianza el cuidado de los hijos (34).

## Conclusiones

Las investigaciones acerca de las diferencias de género y depresión deben evaluar la importancia relativa de los factores de riesgo desde diferentes dominios, incluyendo los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales.

Los factores clínicamente más importantes para el riesgo de depresión en las mujeres desde el punto de vista psicosocial son: abuso sexual y experiencias negativas en la infancia, limitación para ejercer sus roles con plena libertad en su elección, sobrevaloración y competencia en los roles sociales, características psicológicas relacionadas con la vulnerabilidad a dificultades para adaptarse y enfrentar los eventos vitales.

Los factores psicosociales inherentes al género aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión, y, a su vez, la depresión afecta su calidad de vida, la de los hijos y, en general, el entorno sociofamiliar.

Las mujeres tienen diferentes necesidades de atención a lo largo de su ciclo vital. El aumento de la autonomía de la mujer debe jugar un papel clave en las políticas de salud mental y de servicios, para asegurar que ellas tengan voz y voto y se involucren en la formulación de consensos sobre sus propios intereses. Los servicios de atención deben ser proporcionados por equipos de salud mental interdisciplinarios, los cuales deben incluir a profesionales

psiquiatras, psicólogos, terapeutas de familia, enfermeras, trabajadoras sociales y consejeros, para asistir los diversos aspectos de la vida de las mujeres que contribuyen a su salud mental y su bienestar.

### Referencias

1. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord.* 1993;29(2-3):85-96.
2. Brown GW, Moran PM. Single mothers, poverty and depression. *Psychol Med.* 1997; 27(1):21-33.
3. Checkley S. The neuroendocrinology of depression and chronic stress. *Br Med Bull.* 1996;52(3):597-617.
4. Angst J, Dobler-Mikola A. Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? *J Affect Disord.* 1984;7(3-4):189-98.
5. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry.* 2000;177:486-92.
6. Steer RA, Beck AT, Brown G. Sex differences on the revised Beck Depression Inventory for outpatients with affective disorders. *J Pers Assess.* 1989;53(4):693-702.
7. Stommel M, Given BA, Given CW, Kalaian HA, Schulz R, McCorkle R. Gender bias in the measurement properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Psychiatry Res.* 1993;49(3):239-50.
8. Frank E, Young E. Pubertal changes and adolescent challenges: Why do rates of depression rise precipitously for girls between ages 10 and 15 years? In: Frank E. (editor), *Gender and its effects on psychopathology.* Washington DC: American Psychiatric Press; 2000. p. 85-101.
9. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(1):21-7.
10. Brown GW, Harris TO, Hepworth C. Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: a patient and non-patient comparison. *Psychol Med.* 1995;25(1):7-21.
11. Endicott J. The menstrual cycle and mood disorders. *J Affect Disord.* 1993;29(2-3):193-200.
12. Kornstein SG, Schatzberg AF, Yonkers KA, Thase ME, Keitner GI, Ryan CE, et al. Gender differences in presentation of chronic major depression. *Psychopharmacol Bull.* 1995;31(4):711-8.
13. Born L, Shea A, Steiner M. The roots of depression in adolescent girls: is menarche the key? *Curr Psychiatry Rep.* 2002;4(6):449-60.
14. Nonacs R. Postpartum mood disorders. In: *Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum.* Cohen LS, Nonacs RM (editors). Washington DC: American Psychiatric Press; 2005. p. 77-96.
15. Harlow BL, Cramer DW, Annis KM. Association of medically treated depression and age at natural menopause. *Am J Epidemiol.* 1995;15;141(12):1170-6.
16. Young MA, Scheffner WA, Fawcett J, Klerman GL. Gender differences in the clinical features of unipolar major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1990;178(3):200-3.
17. Whybrow PC. Sex differences in thyroid axis function relevance to affective disorder and its treatment. *Depression.* 1995;3(1-2):33-42.
18. Reus VI. Behavioral aspects of thyroid disease in women. *Psychiatr Clin North Am.* 1989;12(1):153-65.
19. Kendler KS, Prescott CA. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(1):39-44.
20. Breslau N, Schultz L, Peterson E. Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry Res.* 1995;58(1):1-12.
21. Ruble DN, Greulich F, Pomerantz EM, Gochberg B. The role of gender-related processes in the development of sex differences in self-evaluation and

- depression. *J Affect Disord.* 1993;29(2-3):97-128.
22. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in coping with depression across the lifespan. *Depression.* 1995;3(1-2):81-90.
23. Rudolph KD, Hammen C. Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: a transactional perspective. *Child Dev.* 1999;70(3):660-77.
24. Xiaoja GE, Lorenz FO, Conger RD, Elder GH, Simons RL. Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Dev Psych.* 1994;30(4):467-83.
25. Davies PT, Windle M. Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Dev Psychol.* 1997;33(4):657-68.
26. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry.* 1999;156(6):816-28.
27. Kessler RC. Gender differences in major depression: Epidemiological findings. In: Frank E. (editor). *Gender and its effects on psychopathology.* Washington DC: American Psychiatric Press; 2000. p. 61-84.
28. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and phobias: the genetic and environmental sources of comorbidity. *Psychol Med.* 1993;23(2):361-71.
29. Stewart D. La salud mental de las mujeres en el mundo. En: Correa E, Jadresic E. (editores). *Psicopatología de la mujer.* Santiago de Chile: Mediterráneo; 2005. s. p.
30. United Nations. *The world's women 2000: trends and statistics.* New York: United Nations; 2000.
31. Laswell, M. Marriage and family. En: Kornstein S, Clayton A. (editors). *Women's mental health.* New York: The Guilford Press; 2002. s. p.
32. Wu X, DeMaris A. Gender and marital status differences in depression: The effects of chronic strains. *Sex Roles.* 1996;34(5-6):299-319.
33. Horwitz AV, White HR, Howell-White S. The use of multiple outcomes in stress research: a case study of gender differences in responses to marital dissolution. *J Health Soc Behav.* 1996; 37(3):278-91.
34. Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, et al. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychol Med.* 1998;28(1):9-19.

*Conflicto de interés: Los autores niegan cualquier conflicto de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 23 de octubre del 2008*

*Aceptado para publicación: 4 de marzo del 2009*

Correspondencia

Silvia Lucía Gaviria Arbeláez

Jefe Departamento de Psiquiatría

Calle 10A No. 22-04

Universidad CES

Medellín - Colombia

sgaviria1@une.net.co