El derecho a la salud mental: ansiedad y depresión en estudiantes universitarios

Carolina Serrano Barquín
Héctor Serrano Barquín
Patricia Zarza Delgado

Resumen

El derecho a la salud podría considerarse uno de los más importantes, ya que sin salud el individuo y la sociedad difícilmente pueden gozar de una vida plena y de cualquier otro derecho que les permita su bienestar. Para algunos teóricos, la salud mental es fundamental para la salud física en general, toda vez que ésta, repercute en el cuerpo, de tal suerte, que cualquier enfermedad, estados de ánimo o trastornos mentales pueden manifestarse corporalmente, es decir, somatizarse. En el presente artículo se presentan algunos de los resultados de una investigación cuyo propósito fue detectar la depresión y ansiedad en jóvenes universitarios desde los estudios de género. Lo anterior se obtuvo a través de un instrumento psicométrico que se aplicó a estudiantes de la Universidad del Norte de Texas y la Universidad Autónoma del Estado de México.

Palabras clave: salud mental, género, depresión, ansiedad.

Abstract

The right to health, could be considered one of the most important, because without health the individual and society can hardly enjoy a full life and to any other rights that allow them welfare. Mental health for some theoretical physics is essential to overall health, since it has an impact on the body, in such a manner that any illness, mood, or mental disorders can manifest bodily, ie somatizarse. This article presents some of the results of an investigation whose purpose was to detect depression and anxiety in college students from gender studies. This was obtained through a psychometric instrument was applied to students at the University of North Texas and the University of the State of Mexico.

Key words: *mental health, gender, depression, anxiety.*

Introducción

Resulta imposible hablar de salud física sin considerar la salud mental, la cual es sumamente compleja y está íntimamente relacionada con diversos determinantes como los biológicos, donde la genética tiene un papel relevante, los ambientales y los contextos socioculturales, principalmente. Posiblemente está relacionada, entre muchos aspectos, con episodios anímicos diversos, actos de violencia, exclusión, discriminatorios y muchos más. Es por ello que los derechos humanos tienen contemplado el derecho a la salud. Al respecto, Carpizo y Valadés afirman:

> el Estado constitucional contemporáneo es muy complejo, sobre todo si se considera la asociación de los procesos culturales y los postulados normativos. Por esta razón se han incorporado normas que tutelan los derechos de las minorías, en particular los relacionados con las lenguas, las religiones, las etnias, las prácticas sexuales, las condiciones de salud, las actitudes físicas y las posiciones políticas (2008: 129).

Estos derechos se ven afectados, entre otros aspectos, por la discriminación que implica el olvido, el abandono, la omisión, la exclusión, ya sea ideológica o culturalmente.

Según González y Chávez (2009: 1), "la discriminación es todo eso y mucho más porque no hay que olvidar que no nacemos tolerantes se nos educa para la tolerancia desde el hogar y desde la escuela y si la educación no es la adecuada lo que se produce es, precisamente, el efecto contrario, un desprecio a la dignidad de los seres humanos". La salud mental está íntimamente asociada con actos de violencia y discriminación, entre otros factores. Dichos autores agregan:

> En la vida cotidiana se despliega una multiplicidad de actos de exclusión, actos discriminatorios a los que es difícil escapar ya sea porque seamos mujeres, niños, ancianos, de una determinada etnia, estatus social, religión o nacionalidad, entre otros. Por ello, por esa arbitrariedad injustificada e irrazonable la lucha contra la

> discriminación se basa en la absoluta inviolabilidad de los derechos y dignidad de las personas (2009: 2).

La salud mental puede manifestarse de diversas formas desde estados depresivos y ansiosos, hasta el suicidio o el crimen. Villamil (2009: 32) refiere:

> en todo proceso de destrucción o de crímenes motivados por el odio existe una idea eugenésica. Se busca preservar la pureza o reafirmar la superioridad que se siente perdida o amenazada, tal y como sucedió con los crímenes de odio de índole racial contra los judíos, los negros o los musulmanes, y como actualmente se registra con los crímenes motivados por la misoginia o la homofobia.

Muchos de estos crímenes han sido perpetuados por seres humanos trastornados mentalmente. He aquí la importancia de investigar sobre los estados patológicos que afectan no sólo al individuo sino a la sociedad misma.

1. Desigualdades de género

Conocer el origen de conceptos analíticos permite reconocer sus consecuencias epistemológicas posteriores. La palabra "género" es la traducción literal del vocablo inglés *gender*. Según Stolke (2004), este término, precedente de la psicología, se empleó para distinguir la construcción sociocultural de aquello que depende de la naturaleza en las relaciones de las mujeres con los hombres.

En cuanto a los estudios de género, éstos son una amplia área de investigación para identificar los problemas que requieren de estrategias de intervención (Aragón y Silva, 2002). Acuñar 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 varones y mujeres (Lamas, 2005). Aceptar el género implica considerar las prácticas, creencias,

representaciones y prescripciones sociales que una cultura establece de acuerdo con diferencias anatómicas entre hombres y mujeres (Garaigordobi, 2013). Todas las sociedades se enfrentan a un hecho corporal notable: los genitales; sin embargo, la cultura será la responsable de la simbolización de estas diferencias (Lamas, 2005).

Existen diversas teorías acerca de la influencia del constructo de género en la psicología del individuo. Por ejemplo, Freud, en su teoría psicoanalítica, refiere que la tipificación sexual es el resultado del proceso de identificación del infante con su progenitor del mismo sexo y está relacionado con el sentimiento de castración que siente la niña por no tener pene. La desigualdad de género proviene de las experiencias de la primera infancia, en la que los adultos transmiten a los menores la masculinidad o femineidad. La teoría del desarrollo cognitivo dice que la tipificación sexual se produce desde que el infante oye la palabra "niño" o "niña"; después de los tres años se identifica con esa designación y reconoce actividades, opiniones y emociones propias de cada sexo; entre los cinco y siete años se da cuenta de que siempre debe ser masculino o femenino (Chodrow, citado en López, 2014).

La teoría de aprendizaje social argumenta que la determinación del género se condiciona mediante los modelos de los padres y las influencias socioambientales a las que el individuo se haya expuesto desde la infancia, el infante imita a su progenitor del mismo sexo; es recompensado socialmente por ello y castigado si se comporta diferente a su sexo. Mientras que las teorías de la socialización (Quintero y Fonseca, 2010) refieren que los esfuerzos deliberados de los adultos encaminados a enseñar a los hijos, formas de pensar, sentir y actuar socialmente diferenciados por sexo, hacen que el niño centre su atención en las normas sociales para su sexo, haciendo de esto un componente fundamental para su autoconcepto.

Por ejemplo, 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, 2007).

La sociedad también ha reprimido su sexualidad permitiéndole al hombre más libertad. La violencia de género es la forma más grave de discriminación en contra de las mujeres, con fuertes consecuencias físicas y psicológicas. Lara (2007) refieren que la manera en que se educa a la mujer desde niña se continúa en la edad adulta a la depresión; se le enseña a ser pasiva, sumisa y a depender. Es posible que el hombre se considere más valioso, más inteligente e incluso se celebre más el nacimiento de un varón.

Por otra parte, la socialización de las emociones será distinta para hombres y mujeres, los estilos de afrontamiento adquiridos se verán influidos por estereotipos sexistas que repercutirán en la construcción de la identidad de la persona y en su independencia. Los hombres se ven más limitados y reprimidos en el repertorio de estrategias emocionales, no se le permite mostrar empatía, tristeza; a las mujeres se les aprueba mayor expresión de sus emociones pero menor independencia. Ninguno de los dos sexos está exento de exigencias sociales que limitan y reprimen sus conductas y creencias. La sociedad diferencia lo femenino de lo masculino, proporciona papeles sexuales aprobados para unos y otros desde la infancia y hasta la edad adulta. A menudo, en estas condiciones se basa la percepción de sí mismo y el amor propio convirtiéndose en estereotipos de género (Gilmore, 1995).

El ideal de la virilidad ha hecho al hombre vulnerable a la presencia de síntomas depresivos o ansiosos, ya que la virilidad es problemática; el macho debe superar pruebas, luchar contra deseos y fantasías (Gilmore, 1995), 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 basada 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 constructo 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.

2. Salud mental en estudiantes universitarios

En el estudio sobre el estado de salud mental del ser humano se han identificado factores o variables que influyen de forma notable en el desarrollo de algún tipo de trastornos psicológico, además de cómo la exposición a determinadas situaciones de riesgo contribuye a disminuir el bienestar psicológico (Balanza *et al.,* 2009). 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 pruebas realizadas 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 relacionadas con la presencia de patologías depresivas y ansiosas. En estas mismas investigaciones no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la variable de sexo. Sin embargo, en el presente análisis se descubren algunas diferencias.

Tanto la ansiedad como la depresión son considerados dos de los desórdenes psicológicos de más incidencia en la población en general. En estudios de caso realizados a universitarios se han obtenido características de tales desordenes correlacionadas fuertemente con factores desencadenantes como antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, inestabilidad económica, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación y acontecimientos estresantes. Las mujeres son más vulnerables a esta sintomatología (Agudelo *et al.*, 2008).

Otras investigaciones han revelado que la depresión se está manifestando a más temprana edad que en décadas pasadas. Esta situación es alarmante, pues cuando la depresión ocurre tempranamente, a menudo persiste durante la adultez. En las personas jóvenes esta patología, con frecuencia, se presenta acompañada de otros

trastornos mentales: ansiedad, comportamiento contraproducente o abuso de sustancias tóxicas (Kytle citado en López, 2014); no obstante, tales síntomas depresivos a menudo se consideran cambios normales del estado de ánimo, típicos de una etapa particular del desarrollo del individuo. Incluso profesionales del cuidado médico se resisten a diagnosticar prematuramente a una persona joven con enfermedad mental. Los principales síntomas de depresión:

- Persistente tristeza, ansiedad o sentirse "vacío".
- Sentimientos de desesperación, pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad, impotencia.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos favoritos y actividades que antes disfrutaba, incluyendo las relaciones sexuales.
- Falta de energía, fatiga, sensación de letargo, dejadez o flojera.
- Dificultad para concentrarse y tomar decisiones, mala memoria.
- Problemas de sueño, se despierta muy temprano en la mañana o duerme demasiado.
- Cambios en el apetito y peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio o intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes como dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolores crónicos que no responden a tratamientos de rutina.

Tanto la depresión como la ansiedad anteriormente fueron considerados padecimientos exclusivamente psicológicos, según afirma Lowen (citado en López, 2014); sin embargo, ahora se han relacionado con manifestaciones o expresiones corporales, como síntomas del sistema anímico, o con la crisis. Hay una realidad innegable en la vida de toda persona: su ser, su individualidad y su personalidad están determinadas por su cuerpo. Nada existe separado de su cuerpo, por lo que se puede decir que el concepto de enfermedad mental

es una ilusión, pues no existe perturbación mental que a la vez no lo sea física.

Los trastornos depresivos provocan una fuerte disfuncionalidad tanto en el trabajo, el rendimiento escolar, como el grupo social y familiar; además muestran una significativa pérdida de la capacidad de experimentar placer intelectual, estético, alimentario, sexual, entre muchos otros. Hornstein (citado en Serrano *et al.*, 2013) identifica al depresivo como un agobiado en busca de estímulo, un ansioso en busca de calma y un insomne en busca de sueño.

Los trastornos relacionados con depresión y ansiedad son comunes en México y exigen un gasto considerable. En una encuesta de epidemiología a nivel internacional realizada por la Organización Mundial de la Salud se encontró que la prevalencia de la depresión mayor durante el periodo de vida de una persona es de 16.9 y 8.1% en Estados Unidos y México, respectivamente, según afirman Andrade y otros en 2003 (citado en Serrano *et al.,* 2013). Los trastornos del estado de ánimo se encuentran entre las principales causas de incapacidad a nivel mundial y son responsables también de un significante agobio personal así como de un alto costo en la salud pública, confirmó López en 2006 (citado en López, 2014). Por ejemplo, se espera que para el 2020 la depresión mayor llegue a ser la segunda causa de incapacidad de cualquier condición médica.

En el artículo sobre estos dos trastornos, Agudelo *et al*. (2007) explican que el problema de la diferenciación de los síntomas entre ansiedad y depresión es una de las grandes preocupaciones en la psicopatología, ya que se indica que existe una fuerte comorbilidad entre ambos, sin que llegue a establecerse con precisión cual antecede o predispone al otro. Muchos de los síntomas tradicionalmente atribuidos a la ansiedad también se presentan en la depresión, o viceversa. La coincidencia de síntomas en ambas patologías se debe a los factores de afectividad negativa en común; sin embargo, sí existen diferencias que permiten identificarlos, como la activación fisiología de la ansiedad y la baja afectividad positiva. La polaridad entre afecto positivo y afecto negativo, como alternativa para la explicación y diferenciación, podría dar lugar a que se le considere como dos aspec-

tos o factores opuestos de una misma dimensión. Las magnitudes de ambos afectos pueden ser evaluadas como estados (variaciones transitorias del estado de ánimo) o como rasgos (diferencias individuales estables en el tono afectivo).

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 *et al.*, 2007). La depresión se definiría en función de un bajo nivel de afecto positivo y alto nivel de afecto negativo; mientras que la ansiedad aparece con un alto nivel de afecto negativo. Este último es un malestar subjetivo que recoge una amplia variedad de estados de ánimo, entre ellos: miedo, ansiedad, hostilidad, disgusto, soledad y tristeza; mientras que el afecto positivo se refiere al nivel de energía, entusiasmo, alerta mental, interés y capacidad para disfrutar. El bajo afecto positivo se relaciona con el letargo, la fatiga, la tristeza y la soledad que suelen estar relacionados con este factor. La importancia de diferenciar estas patologías radica en la necesidad de una adecuada orientación del tratamiento.

La preocupación por el establecimiento de los diagnósticos diferenciales se debe a la necesidad de orientar el tratamiento, ya sea hacia trastornos del estado de ánimo o de ansiedad. La comorbilidad entre estas patologías es más común en adolescentes; entre 25 y 50% de los pacientes con depresión presentan comorbilidad con ansiedad, mientras que entre 10 y 15% de los jóvenes con ansiedad tienen comorbilidad con depresión. Al respecto, Bittner (citado en Agudelo *et al.,* 2007) indica que padecer un trastorno de ansiedad se constituye en un importante factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo mayor en el futuro. Por otra parte, estudios españoles[1] indican que cuatro de cada 10 jóvenes universitarios presentan depresión. Investigaciones mexicanas reportan que una de cada cuatro personas con riesgo suicida ha consultado

[1] *Cfr. Consenso español sobre el trastorno de ansiedad generalizada* (2005), Barcelona, Ars Médica y "Estadísticas sobre la ansiedad", http://ansiedad.comocombatir.com/estadisticas-sobre-la-ansiedad.html, junio de 2012.

a un psiquiatra y 60% de los casos han sido diagnosticados con algún trastorno.

En cuanto a los síntomas que definen la depresión y la ansiedad, puede obedecer a un asunto terminológico; así, conceptos como nerviosismo, miedo, preocupación, aprehensión, irritabilidad, agitación e inquietud se utilizan en ambos casos. Las dos categorías han dado lugar a la consideración de un factor general de malestar o distres.

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 de sí mismo y la manera de pensar (Lara, 2007). Haddad y Gunn (2013) expresan 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 más comunes 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.

Por su parte, Balanza *et al.* (2009) mencionan que 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 correlacionados con estas patologías. La epidemiología, según Roca (2010), refiere mayor frecuencia tanto de ansiedad como de depresión en mujeres que en hombres; entre 50 y 60 de los casos es en mujeres.

Un factor relevante en los estudios de salud mental es la tendencia al suicidio, la cual deriva de mayores casos de 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 sínto-

mas de la categoría tendencias suicidas en mujeres. No obstante, de acuerdo con esta literatura, la muerte por suicidio es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres de Estados Unidos, pues, aquellos usan métodos más letales.

3. Estudio de caso: ansiedad y depresión en estudiantes universitarios

Metodología

Esta investigación se realizó en 2014. Se aplicó un cuestionario a una muestra de 864 estudiantes universitarios de la Universidad del Norte de Texas (UNT) y la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM); el mayor grupo etario fue el de 18 a 24 años (91%). Fue una investigación no experimental transeccional, la cual se realizó sin manipular deliberadamente variables; por el contrario, se observaron fenómenos tal como se dan en su contexto natural para después analizarlos. En el estudio comparativo entre ambas instituciones se analizan las diferencias en la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, uno categorizado al género masculino y otro al femenino.

En este estudio no se direccionaron las hipótesis ni se favoreció a ninguno de los grupos. Se utilizó la prueba estadística T de Student, la cual sirve para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias. Para ello, se desarrolló un análisis comparativo de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento denominado Inventario de Depresión y Síntomas de Ansiedad (IDAS). La muestra fue no probabilística de tipo intencional; en la cual todos los elementos muestrales de la población se seleccionaron bajo estricto juicio personal de los investigadores.

Resultados

Los resultados obtenidos en el estudio de López (2014), quien aplicó el instrumento IDAS, contempla 19 factores, de los cuales, en nuestro estudio, 14 presentaron diferencias estadísticamente significativas

en alguno de sus reactivos; en la depresión destacan cinco de los siete factores (depresión general, disforia, cansancio, insomnio y apetito bajo) y en la ansiedad, nueve de 12 (bienestar, aumento de apetito, pánico, ansiedad social, euforia, limpieza, orden, control y evitar intrusiones traumáticas). Es decir, 71.42% de factores indicadores de depresión y 75% de indicadores de ansiedad son significativos.

Las mujeres sobresalieron en 13 de los 19 factores del IDAS, cinco de ellos referentes a depresión (depresión general, disforia, tendencias suicidas, insomnio e intrusiones traumáticas) y ocho en cuanto a ansiedad (hipomanía, mal humor, agorafobia, ansiedad social, limpieza, orden, control y evitar intrusiones traumáticas); mientras que los hombres obtuvieron mayor presencia de síntomas en un sólo factor de ansiedad (aumento de apetito). 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 los resultados comparativos entre estudiantes de la UNT y la UAEM, se observa que en la primera destacan 10 de 19 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); en cambio, los estudiantes de la UAEM obtuvieron 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 arrojó resultados con mayor presencia de síntomas en mujeres, sobresalen 10 de 19 factores, nueve 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 fueron más significativos en hombres, dos de la variable depresión (insomnio y apetito bajo) y uno de la ansiedad (hipomanía). Ambos géneros obtuvieron resultados relevantes 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 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 depresión (depresión general, disforia, tendencias suicidas, cansancio, insomnio e intrusiones traumáticas); los hombres reportaron diferencias estadísticamente significativas en dos 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, respectivamente).

Este resultado tiene que ver con el rol que la sociedad ha creado para las mujeres a lo largo de la historia y hasta la actualidad, a quienes se las ha desvalorizado y considerado como el sexo débil, por lo que han vivido con mayor sumisión y represión.

En la UNT los hombres presentan mayor número de factores depresivos que las mujeres, esto lo podemos asociar a las "nuevas masculinidades" que plantean expectativas más positivas en igualdad de género, disminuyendo las tradiciones machistas. Sin embargo, hoy por hoy, definir la identidad para el hombre es más difícil, para hacer valer su identidad masculina deberá convencer a los demás de que no es mujer y no es homosexual. De ahí que el hombre de este siglo no sabe cómo definirse.

Los resultados en el factor de tendencias suicidas no fueron significativos; sin embargo, la muerte por suicidio es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres de Estados Unidos, pues, a diferencia de las mujeres, los hombres usan métodos más letales.

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.

Conclusiones

Tanto los varones como las mujeres sufren desigualdades de género, ambos se enfrentan a normas, exigencias y expectativas sociales que afectarán su bienestar psicológico, por lo que los profesionales

de las ciencias sociales siguen teniendo un fuerte compromiso con los estudios de género con el objetivo de reducir estas relaciones inequitativas entre hombres y mujeres. Los estilos de enseñanza que utilizan los padres actualmente en las sociedades deben tener un ajuste psicosocial basado en aceptación y afecto independientemente del sexo de su hijo. Los estereotipos sexistas influyen en la construcción de la identidad de la persona, en su interdependencia y estrategias de afrontamiento adquiridas, el sexismo limita y reprime al ser humano, por lo que una educación basada en la equidad de género favorecerá la psique del individuo.

El estudio de la salud mental en jóvenes estudiantes puede ser una estrategia para la detección oportuna de problemas psicosociales profundos, el diagnóstico oportuno de algunas patologías, disminuir estados de ánimo desafortunados e incluso el suicidio, el homicidio o el feminicidio, ya que "La violencia de género es un factor de riesgo sufrir trastornos mentales. Las mujeres son las principales víctimas de violencia y quienes la han sufrido presentan mayor incidencia de depresión, toxicomanía, actos autodestructivos e intentos de suicidio" (INM, 2006: 8). El derecho a la salud en México ha dado pasos importantes, pero el derecho a la salud mental, en particular, requiere de más esfuerzos, pues no son suficientes los logros obtenidos.

Fuentes consultadas

Bibliografía

Aragón, Laura Edna y Arturo Silva (2002), *Evaluación psicológica en el área clínica,* México, Pax.

Carpizo, Jorge y Diego Valadés (2008), *Derechos humanos, aborto y eutanasia,* México, UNAM.

Gilmore, David (1995), *Hacerse hombres,* Buenos Aires, Paidós.

González Marín, Nuria y Odalinda Chávez Sánchez (2009), *Dos temas torales para los derechos humanos: acciones positivas y justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales,* México, CNDH.

Haddad, Mark y Jane Gunn (2013), *Fast facts: depression,* Madrid, Ediciones Médicas, S. L.

Kaufman, Michael (1989), *Hombres: placer, poder y cambio,* Santo Domingo, CIPAF.

Lamas, Marta (2005), *Cuerpo: diferencia sexual y género*, México, Taurus.

Lara, María Asunción (2007), *¿Es difícil ser mujer?,* México, Pax.

López Arriaga, Mariana (2014), "Depresión y ansiedad desde los estudios de género en estudiantes de Estados Unidos y México", tesis de licenciatura, Toluca, UAEM.

Moore, John (1994), *¿Qué pasa con los hombres?,* Santiago de Chile, Cuatro Vientos.

Quintero Soto, María Luisa y Carlos Fonseca Hernández (2010), *Temas selectos de género y desarrollo sustentable,* México, Porrúa.

Roca Bennasar, Miquel (2010), *Trastornos neuróticos,* Barcelona, Lexus.

Villamil, Jenaro (2009), "Feminicidios y homofobia, los crímenes de odio en México", en León García Soler (coord.), *La palabra y los derechos humanos,* México, CNDH, pp. 31-46.

Hemerografía

Aguadelo, Diana, Gualberto Buela Casal y Charles Donald Spielberger (2007), "Ansiedad y depresión: el problema de la depresión a través de los síntomas", *Salud Mental,* vol. 30, núm. 2, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, pp. 33-41.

Aguabed, Diana, Claudia Patricia Casadiegos y Diana Lucía Sánchez (2008), "Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios", *International Journal of Psychological Research,* vol. 1, núm. 1, Medellín, Universidad de San Buenaventura, pp. 34-39.

Balanza Galindo, Serafín, Isabel Morales Moreno y Joaquín Guerrero Muñoz (2009), "Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados", *Clínica y Salud,* vol. 20, núm. 2, Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, pp. 177-187.

Garaigordobil, Maite (2013). "Sexism and alexithymia: Correlations and differences as a function of gender, age, and educational level",

Anales de Psicología, vol. 29, núm. 2, Murcia, Universidad de Murcia, pp. 368-377.

Osornio, L. y Palomino, L. (2009), "Depresión en estudiantes universitarios", *Archivos en Medicina Familiar,* vol. II, núm. I, Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A. C. pp. I-2.

Serrano, Carolina, Adelaida Rojas Gaercía y Camilo Ruggero (2013), "Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios", *Revista Intercontinental de Psicología y Educación,* vol. 15, núm. 1, México, Universidad Interamericana, pp. 47-60.

Stolke, Verena (2004), "La mujer es puro cuento: la cultura del género", Revista Estudios Feministas, vol.12, núm.2, Florianapolis, Universidad Federal de Santa Catarina, pp. 77-105.

Mesografía

INM (Instituto Nacional de las Mujeres) (2006), *Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos,* http://www.inmujeres.gob.mx, 5 de enero de 2013.

Puchol, David (2003), "Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI", *Revista PsicologíaCientífica.com,* vol. 16, Bogotá, Grupo Psicom, http://www.psicologiacientifica.com/trastornos-de-ansiedad-epidemia/, 29 de septiembre de 2003.