



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

## DEPRESION Y AUTOESTIMA EN AMAS DE CASA

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**ANA LIDIA RAMIREZ SANCHEZ**



FACULTAD  
DE PSICOLOGIA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

REVISORA: LIC. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA

MEXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## SÍNODO

DR. MARIO A. CICERO FRANCO  
LIC. MA. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA  
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO  
MTRA. GEORGINA MARTÍNEZ MONTES DE OCA  
LIC. JORGE VALENZUELA VALLEJO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: AUA LIDIA RAMIREZ

SANCHEZ

FECHA: 20 FEBRERO 2004

FIRMA: 

## AGRADECIMIENTOS

A mi padre Alfredo Ramírez, a quien amo profundamente y a quien debo lo que ahora soy, con quien comparto y a quien dedico este pequeño éxito. GRACIAS. Te amo mucho.

A mi madre Angelina Sánchez, porque siempre me ha brindado su amor y apoyo a lo largo de mi carrera y de toda mi vida. GRACIAS. Te amo mucho.

A mi hermano Roberto Ramírez, quien siempre estuvo para escucharme, apoyarme y enseñarme con paciencia y amor, GRACIAS por ser mi mejor amigo. Te amo mucho.

A mi hermano Arturo Ramírez, quien siempre estuvo pendiente de éste proceso y tuvo palabras de aliento para mí. GRACIAS hermanito. Te amo mucho.

A todos y cada uno de mis amigos, en especial:

A José Antonio Alva Loza, quien siempre será alguien especial en mi corazón y quien me brindo su apoyo en todas las formas posibles. GRACIAS cosha. Te quiero mucho.

A Liliana Angélica Monroy, por todo su apoyo técnico y moral. Gracias amiga.

A Adriana Gonsen, por todo su apoyo y cariño. GRACIAS

GRACIAS al Mtro. Sotero Moreno Camacho por su paciencia y guía en este trabajo y a los profesores que contribuyeron amablemente para la realización de esta tesis: Lic. Ma. Asunción Valenzuela Cota, Dr. Mario A. Cicero Franco, Mtra. Georgina Montes de Oca y Lic. Jorge Valenzuela Vallejo

GRACIAS a la UNAM por mantener esta pequeña lucha conmigo, en especial a la Facultad de Psicología por enseñarme el inicio del camino.

GRACIAS al CECOSAM "Zacatenco" por aceptarme como parte del equipo

A todos los que siempre confiaron en mí y estuvieron pendientes de este proyecto; por su apoyo y cariño GRACIAS.

Pero sobre todo GRACIAS a Dios: mi mejor psicólogo.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1 Depresión	6
1.1 Antecedentes/Historia	6
1.2 Definición de depresión	7
1.3 Características de la depresión	9
1.4 Depresión en la mujer	11
1.5 Estadísticas	16
CAPÍTULO 2 Autoestima	17
2.1 Definición de autoestima	18
2.2 Características de la autoestima	21
2.3 Autoestima y depresión	24
2.4 Correlatos (Depresión y autoestima en mujeres)	25
CAPÍTULO 3 Amas de casa	27
3.1 El género: mujer	28
3.2 El rol de ama de casa	33
3.3 Amas de casa y sociedad	37
CAPÍTULO 4 Proceso Metodológico	40
4.1 Justificación	40
4.2 Problema de investigación	40
4.3 Definición de variables	41
4.4 Hipótesis	41
4.5 Objetivos	42
4.6 Método	42
4.7 Análisis estadístico	47
CAPÍTULO 5 Resultados	48
5.1 Tablas de frecuencias y porcentajes	48
5.2 Otros datos anexos	58
CAPÍTULO 6 Discusión y conclusión	67
ANEXO	72
BIBLIOGRAFÍA	73

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, una de las enfermedades más padecidas en nuestro país es la depresión. Hombres y mujeres de edad indistinta llegan a la depresión debido a varios factores familiares y sociales.

Las actitudes de los padres moldean el comportamiento de sus hijos y los enseñan a ser tolerantes e intolerantes, a tener aspiraciones o no tenerlas y a tener poca o mucha tolerancia a la frustración, lo cual de alguna manera influye en el hecho depresivo.

La cultura en la que vivimos inmersos es de vital importancia en este tema ya que las expectativas que se tienen de nosotros son altas y al no poder satisfacerlas nos vemos afectados en nuestra autoestima.

Se sabe que las mujeres son más propensas a deprimirse que los hombres debido a factores culturales que veremos más adelante, pero es importante hacer mención de que en muchos de estos casos la autoestima juega un papel muy importante.

En el presente estudio se investigará acerca de la autoestima y la depresión en amas de casa y la relación que existe entre ambas en base a lo que mencionamos anteriormente.

Se revisarán los antecedentes de la depresión, sus características; signos y síntomas.

Sobre autoestima se hablará de su definición y de las diferencias entre autoestima, autoconcepto y self que ha menudo causan confusiones.

# CAPÍTULO 1    DEPRESIÓN

## 1.1 ANTECEDENTES/HISTORIA

Los trastornos del estado de ánimo (TEA) se han descrito desde la antigüedad. Sorprendentemente a lo largo de más de 25 siglos, las descripciones de la experiencia y las manifestaciones de los TEA han cambiado muy poco, La tristeza, incapacidad para experimentar placer y desesperación profunda que se encuentran en el núcleo de la sintomatología de la depresión constituyen un hilo común entre las descripciones antiguas y las contemporáneas. Por el contrario la conceptualización, la clasificación y el tratamiento de los TEA ha cambiado drásticamente a lo largo de los años. (Caballo. 1995).

Las explicaciones sobre los TEA y su tratamiento han variado notablemente con las épocas. Incluso hoy existen muchos puntos de confusión y controversia alrededor de la cuestión sobre la causa de los TEA y cuál es la mejor forma de tratarlos. Según Caballo (1995), los trastornos mentales estaban determinados por causas naturales, como un desequilibrio de los "humores" corporales. Se pensaba que estos humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) se encontraban localizados en órganos específicos (el corazón, el cerebro, el hígado y el bazo, respectivamente), reflejando los cuatro elementos básicos del cosmos: fuego, aire, agua y tierra. Se pensaba que la bilis negra, producida por el bazo, era la causante de la depresión (Jackson, 1986; en Caballo, 1995). Aunque Hipócrates mantenía la creencia en esas causas naturales, se centraba en la idea de que la bilis negra y la flema producían un tipo de disfunción cerebral que causaba la melancolía, es decir, un entristecimiento del espíritu.

Areteo de Capadocia (siglos II o III D. C.) Describió la melancolía como una enfermedad causada por el aumento de bilis negra en el estomago o en el diafragma. Se caracterizaba por síntomas físicos así como tristeza, tendencia al suicidio, sentimientos de indiferencia y retardo psicomotor. Describió pacientes



cuya depresión cambió a un estado de ánimo eufórico y también indicó que la melancolía puede representar el comienzo o parte de la manía (Lewis, 1934 en Feighner, 1991). También dirigió su atención hacia el curso periódico de la enfermedad y se preocupó fundamentalmente de la etiología y no de la sintomatología. Localizó el origen de la manía y la melancolía en el hipocondrio. La melancolía estaba causada por la presencia de bilis negra y la manía por una afectación adicional de la cabeza.

Finalmente, los sistemas de la clasificación actuales se deben en gran parte a Emilio Kraepelin (1856-1926). El desarrollo desde la primera (1833) a la sexta edición (1899) de su libro de texto de psiquiatría va desde una clasificación diferencial hasta un sumario de todos los síndromes afectivos dentro de un diagnóstico. Con Kraepelin el término melancolía perdió su significado como palabra para describir un diagnóstico, un síndrome o un sistema. El término depresión fue el encargado de describir un trastorno del estado de ánimo como parte de una enfermedad maniaco-depresiva, pero no una entidad diagnóstica independiente. Los autores del DSM-III (1989) adoptaron una serie de términos nosológicos que fueron suprimidos en sistema de Kraepelin y que se pensó que estaban anticuados. Entre estos figuraban melancolía, ciclotimia, distimia y psicosis afectivas. Posteriormente el término melancolía solo raramente se encuentra en la literatura psiquiátrica moderna desde que Kraepelin lo reemplazó por el término depresión. (Feighner, 1991).

## 1.2 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

A continuación revisaremos diferentes definiciones del término depresión:

Arieti (1978) Menciona que la depresión es un sentimiento pero contrariamente al pesar y a la tristeza comunes, es también un síndrome en la

medida en la que produce graves alteraciones del funcionamiento psicológico y de algunas funciones somáticas.

Rojtenberg (1994) considera la depresión como el "conjunto de manifestaciones ideativas, conductuales y afectivas caracterizado principalmente, por la disminución de la autoestima, la angustia y sus diferentes expresiones somáticas, y la inhibición psicomotora".

Bleichmar (1995) La depresión es un malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma en que uno come y duerme, el deseo sexual, la opinión de uno mismo y el concepto de la vida en general.

Orendain (1997) Es un estado de ánimo triste que colorea toda la personalidad, un estado persistente de dolor y decaimiento, se encuentra que el paciente ya no disfruta con las cosas que antes le producían placer. Se presenta una actitud de pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad. Existe también una disminución importante de energía que dependiendo el cuadro que presente el paciente (Depresión Mayor o Distimia) serán más o menos incapacitantes para el desarrollo de sus actividades cotidianas: trabajar, comer, dormir, divertirse y disfrutar en general.

Davison (2000) define depresión como un estado emocional que se caracteriza por una gran tristeza y aprensión, sentimientos de desesperanza y culpa, aislamiento, falta de sueño, de apetito y de deseo sexual o falta de interés o disfrute de las actividades usuales.

Para los fines de esta investigación utilizaremos la definición de Davison (2000) ya que menciona las características principales que conforman la depresión.

### 1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN

A menudo se relaciona la depresión con otros problemas psicológicos y estados físicos. El hombre que no logra mantener una erección durante la cópula puede sentirse deprimido en su vida sexual. La mujer que acaba de someterse a una histerectomía, puede deprimirse ante lo que ella incorrectamente cree que es la pérdida de feminidad, es decir, piensa que perdió aquello que le hacía ser mujer o la hace sentirse una mujer incompleta. Cada momento se les hace muy pesado y su mente está llena de recriminaciones. Las personas deprimidas, también llegan a olvidarse de su higiene y su apariencia personal, y se quejan de manera hipocondríaca de malestares y dolores que aparentemente carecen de origen físico. Se sienten desanimadas, totalmente perdidas y sin iniciativa; gran parte del tiempo experimentan opresión, ansiedad y decaimiento (Davison, 2000).

Para las personas deprimidas, prestar atención constituye un gran esfuerzo. No entienden lo que leen ni lo que les dice la gente. También tienen dificultades para entablar una conversación, y muchas prefieren sentarse a solas y permanecer calladas. Hablan lentamente, hacen pausas prolongadas, utilizan pocas palabras, y su voz es baja y monótona. Otras se sienten tan agitadas que no pueden quedarse sentadas. Caminan de un lado a otro, se retuercen las manos y siempre están gimiendo o quejándose. Al enfrentar un problema no se les ocurren soluciones. (Caballo, 1995).

El diagnóstico formal del DSM-IV-R (2002) del episodio depresivo mayor requiere la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas por al menos dos semanas. El estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y la capacidad para el placer deben ser uno de los cinco síntomas.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnias casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte) ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Según Burin (1990) La depresión se puede manifestar a través de diversas características psicosomáticas y con variados niveles de intensidad y de gravedad. En el plano de los síntomas físicos se observan: cefaleas, vértigo, hormigueo, perturbaciones en la alimentación y en la digestión. Quienes diferencian manifestaciones físicas como algo recortado de las manifestaciones psíquicas,

describen, en el plano psíquico, estados de ansiedad, insomnio, alcoholismo o tendencia marcada a la ingesta de alcohol, reducción o pérdida del deseo sexual, con déficit motivacional y decisional. En el plano fenomenológico, la modalidad de presentación más común de la depresión toma el aspecto de pasividad, dependencia, indolencia, astenia, apatía, reducción o pérdida de la capacidad imaginativa y fantasiosa, de la capacidad intelectual lógica y sobre todo analógica, con reducción y restricción de los espacios del pensar. También pérdida o reducción de los cuidados corporales y de la afectividad.

Cabe mencionar que la depresión puede ser de rasgo o de estado, es decir, que puede ser ya sea un rasgo de la personalidad del sujeto o solo un estado transitorio de éste.

Para los fines de esta investigación nos ocupara la depresión de estado ya que no se pretende hablar de factores endógenos de la depresión.

## 1.4 DEPRESIÓN EN LA MUJER

Entre las mujeres, la depresión toma formas particulares y cada una de estas formas se pueden presentar en distintos grados de severidad.

No todas las mujeres que sufren depresiones experimentan todos los síntomas. Algunas sufren unos pocos, y muchas no se dan cuenta de que están seriamente deprimidas.

Según Bleichmar (1995) los síntomas varían según las personas:

1. Estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o "vacío". La cara larga y taciturna, la falta de expresividad en el rostro, los párpados caídos, la mirada perdida o distraída es la carta de

presentación de la persona deprimida. En el caso de las mujeres se acompaña, por lo general, de un cierto descuido en la apariencia: el pelo grasoso, falta de maquillaje, la ropa arrugada, etc. Para muchas mujeres el despertar es un tormento, se inicia un nuevo día con un sinnúmero de solicitudes frente a las cuales se sienten impotentes, agobiadas, y quisieran no despertar; otras, durante el día, parecen ser llevadas por el ritmo de las actividades y es al atardecer cuando se deprimen. El fin de semana suele ser un fantasma que aterroriza a muchas mujeres modernas que durante la semana desarrollan una intensa actividad y luego se enfrentan con el “vacío” del sábado y domingo.

2. Sentimientos de desesperanza y pesimismo. Se suelen describir con expresiones como “estar en el fondo de un pozo” “no ver nada”, “la mente que se cierra”, etc., junto con la convicción de que los problemas no tienen solución ni salida.  
Muchas mujeres parecen hallarse aprisionadas en una cárcel del pasado y no pueden aprovechar el presente ni siquiera como vivencia: flotan en recuerdos de experiencias desagradables.
  
3. Sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad. Estos sentimientos pueden ser inconscientes o, por el contrario, consistir en un sistema de ideas tan férreo y vigoroso como para alcanzar el carácter de ideas delirantes.  
En general son juicios auto descalificativos: “no sirvo para nada”, “soy una inútil”, “soy una molestia para todo el mundo”, “nadie puede quererme en este estado”, o auto acusatorios: “tengo la culpa del accidente de mi hijo”, “soy capaz de construir minuciosamente mi propio desastre”.

4. Pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban, incluyendo el sexo. La desgana es tan generalizada que produce una especie de anestesia emocional. El deseo sexual desaparece, y este síntoma se constituye en una tragedia adicional para la mujer depresiva que considera que corre peligro de perder a su pareja, que no es digna de que la quieran o que puede estar obsesionada por los celos.
5. Insomnio o hipersomnio. Uno de los primeros síntomas de un estado depresivo suele ser el insomnio. Las mujeres que se ven afectadas habitualmente por este trastorno se desesperan ante la complicación que les supone tener que hacerse cargo del trabajo doméstico o del cuidado de los niños –tareas ineludibles- después de noches en que casi no duermen. A la ansiedad propia de la depresión, que genera el insomnio, se suma la que viene del temor a las “noches blancas” razón por la cual muchas mujeres se vuelven adictas a los hipnóticos.
6. Disminución de energía, fatiga, inhibición psicomotriz. Voz monótona, movimientos lentos, falta de ganas para todo. Muchas veces esta apatía, esta desgana para realizar las tareas habituales –mis obligaciones de ama de casa o de madre—fuerza a las mujeres y les permite decidirse a consultar a un profesional.
7. Inquietud, irritabilidad. En muchas ocasiones, los sentimientos de tristeza o de desánimo no son los más relevantes; el malhumor, la irritabilidad, el “explotar por cualquier cosa” constituyen la regla y contribuyen a enmascarar la depresión.
8. Dificultades para tomar decisiones, de concentración, trastornos de memoria. Aunque las funciones cognitivas se hallan

perfectamente conservadas e intactas, la persona depresiva tiene un rendimiento bajo por la apatía, la falta de interés y la hiperconcentración en sus preocupaciones; todo ello le resta eficacia intelectual.

9. Ideas e intentos de suicidio. Es muy habitual oír decir a una mujer deprimida que su vida no tiene sentido, que se encuentra sola, que sufre demasiado y que se quiere morir. El deseo de muerte no guarda en las mujeres proporción con los suicidios cometidos, y en muchos casos se trata de una expresión de impotencia. Las estadísticas señalan que los hombres tienen mayor número de suicidios consumados, mientras que las mujeres cometen mayor número de intentos.

Los motivos invocados por las mismas mujeres para explicar su malestar no parecen tener que ver, por lo general, con circunstancias extraordinarias, fortuitas, contingentes en sus vidas; tampoco, fundamentalmente, con hechos traumáticos sino con razones más cotidianas, más comunes, más propias de su existencia corriente. (Barnet, P., y Gotlib, I. (1988) en Bleichmar, (1995) Investigaron estos factores y encontraron lo siguiente:

1. Importancia de la intimidad. Existe creciente evidencia sobre el papel que desempeñan los problemas de pareja y las fallas en la intimidad entre las causas de la depresión de las mujeres. Estos hallazgos se suman a la experiencia clínica de psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas acerca de los motivos por los que las mujeres se sienten inclinadas a pedir consulta, los cuales giran en torno a:
  - problemas de relación de pareja



- amenaza de pérdida de la pareja
  
- ruptura amorosa
  
- soledad
  
- problemas en las relaciones familiares

2. Vulnerabilidad a la pérdida. Un segundo cuerpo de estudios llevados a cabo tiene que ver con las condiciones o tendencias psicológicas que se encuentren con mayor frecuencia en las personas que sufren depresiones (Hirschfeld, R. (1983) en Bleichmar, 1995): 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 dependencia emocional. Cuando más depende una persona de otra, en forma exclusiva o casi exclusiva para la regulación de su autoestima, más facilitado tiene el camino hacia la depresión.

La restricción social se refiere básicamente a aquella situación en la que una persona desempeña un solo rol, un solo tipo de actividad central en su vida, o que se halla muy aislada y con poca participación social o familiar. La importancia de este factor se debe a que reduce las fuentes de alimento y mantenimiento de la autoestima.

## 1.5 ESTADÍSTICAS

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. (Bleichmar, 1995)

Según la Organización Panamericana de la Salud (2003), la depresión fue la causa principal de incapacidad y la 4ta causa a nivel mundial de los malestares en el 2000, el estimado que se piensa que alcance la depresión para el año 2020, es del 2do lugar para todas las edades, ambos sexos, mientras que en la actualidad ya ocupa ese lugar en la categoría de 15-44 años para ambos sexos.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2003), en un estudio para determinar la severidad de los trastornos depresivos en el 2001 y usando el CIE-10 como criterio diagnóstico, se encontró que en México 21.1% sufría depresión baja, 48.1% depresión moderada y el 30.8% depresión severa.

## CAPÍTULO 2 AUTOESTIMA

La autoestima juega un papel importante dentro del desarrollo del ser humano, de hecho, continúa desarrollándose a lo largo de nuestra vida.

En los primeros años de la vida, son nuestros padres quienes nos brindan un ambiente de seguridad y dándonos la confianza necesaria para emprender las cosas que hacemos, factor importante que posteriormente define nuestra propia seguridad y finalmente sea parte de nuestra autoestima.

La autoestima es un factor importante en nuestra vida cotidiana ya que cuando ésta se encuentra deteriorada limita esferas importantes como por ejemplo, en el trabajo; donde se nos pide competitividad, en la escuela; donde se nos exigen las mejores calificaciones y en nuestro hogar donde nuestra propia familia nos presiona para ser los mejores en el trabajo y en la escuela.

Nuestra misma sociedad nos bombardea con mensajes en donde nos exige ser competentes en todos los aspectos y muy probablemente todo lo antes mencionado impacte nuestra autoestima, las mujeres en un porcentaje más alto todavía y sobre todo quienes permanecen el mayor tiempo en su casa llevando a cabo labores domésticas como son las amas de casa.

Es entonces que nos preguntamos acerca de la autoestima en las amas de casa de quienes se exige mucho y poco se les retroalimenta, además de que puede ser un factor importante que las lleve a la depresión siendo esta consideración una de las motivaciones de esta investigación.

Finalmente y para la realización del presente estudio y como base importante es necesario definir el término autoestima.

Conforme han progresado las investigaciones en relación a esto, no se ha llegado a una definición definitiva acerca del concepto autoestima ya que conceptos como autoconcepto y self son confundidos. A continuación revisaremos cuales son las similitudes y diferencias entre estos conceptos.

## 2.1 DEFINICIÓN DE AUTOESTIMA

### EL CONCEPTO DE SELF

Con el fin de unificar criterios en cuanto a la terminología semántica asociada con el self, cabe destacar que literalmente, self significa si mismo, "self concept" en ingles o concepto del self en español, implicaría concepto de si mismo o auto concepto (Tovar, 1996).

Michaca, (1987) comenta que su teoría trata de explicar aquellos hechos que conciernen a la estructura del self fragmentado ella corresponde al estado del autoerotismo. El segundo paso es el estadio del self cohesivo. Su característica es la carga libidinal predominante narcisista. Las relaciones objetales son experimentadas por el self como una parte indistinta del mismo, la madre es el objeto gratificador, el cual desde luego, no se puede diferenciar del self.

Winnicott, (1988) dice que el papel de la madre es proveer al bebé un Yo auxiliar que le permita integrar sus sensaciones corporales, los estímulos ambientales y sus nacientes capacidades motrices. La madre protege con su propio sostén el débil núcleo del self infantil. Si el niño no recibe el cuidado necesario el self verdadero permanece escondido y lo que afronta clínicamente es el self falso cuya misión estriba en ocultar el self verdadero.

Finalmente el Self puede ser definido como el resultado de una dinámica de interacción entre imágenes y representaciones que el individuo tiene de sí mismo,

tanto las provenientes de fuentes exteriores como las inherentes a condiciones filogenéticas. Todos juntos interactúan y componen la autoestima (Tovar, 1996).

## AUTOCONCEPTO

Ha quedado claro que "self concept" significa: autoconcepto, así que lo que queda por diferenciar es autoconcepto de autoestima ya que a menudo son usados como sinónimos pero, hay autores que consideran que son diferentes. Revisaremos las siguientes definiciones.

Allport (1961) en Dicaprio (1989), plantea que el autoconcepto o la autoimagen se refiere a la imagen de la personalidad total, que incluye el Yo corporal y el sentido de identidad.

Thomas (1978) en Ochoa (1987), menciona que el autoconcepto se refiere a la colección de actitudes o concepciones que se tienen acerca de sí mismo, lo que es muy importante para el sujeto en sus relaciones de objeto.

Rodríguez, Pellicer, Domínguez (1985), comentan que el autoconcepto es el conjunto de creencias que el individuo tiene de sí mismo.

Vallerando, Pelletier y Grange (1991), consideran que el autoconcepto es la descripción del self.

Cabe destacar que autoconcepto y self-concept pueden ser usados como sinónimos ya que su componente principal es el Yo desde el punto de vista psicoanalítico definido por autores como Erick Erikson y Karen Horney.

## EL CONCEPTO DE AUTOESTIMA

Finalmente revisaremos la definición de autoestima; concepto que adquiere importancia como una de las principales variables de la presente investigación.

Para Adler (1912), el ser humano nace con un sentimiento de inferioridad con el cual es gobernado y en su vida trata de superarlo a través del logro de cosas nuevas. Este sentimiento es producido por la comparación que el individuo establece entre él y los demás. Para que el hombre llegue a la superioridad es necesario que conduzca su vida (estilo de vida) donde la conducta está dictada desde el interior y las fuerzas de su ambiente que ayudan, interfieren o moldean la dirección que el deseo externo quiere tomar.

Fromm (1956) en Tovar (1996), establece que existen cinco necesidades básicas en el hombre, una de ellas se relaciona con la capacidad de crear (ser productivo), como también la de pertenecer a un clan no siendo necesariamente de su raíz natural, otra es que el hombre tiende a intelectualizar, pero no solo esto, sino también con elementos sensoriales y sentimentales que se manifiestan en la relación con un objeto de devoción o vínculo afectivo, por último siendo muy importante en el concepto de sí mismo, necesita decir y sentir "yo soy yo" a causa de que no es vivido, sino que vive, siendo capaz de sentirse así como sentirse como sujeto de sus acciones, como un hombre con amor, miedo, comunicación y dudas, es así como se va desarrollando la autoestima.

Coopersmith (1967) considera a la autoestima como la evaluación que el individuo hace y mantiene por costumbre sobre sí mismo, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, importante, exitoso y valioso. La autoestima es el juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene acerca de sí mismo y puede variar dependiendo de la experiencia y de acuerdo con el sexo, la edad y otros roles, además señala que la autoestima está determinada por el tipo de

interacción social y familiar que haya desarrollado en la infancia y que determinan pautas del comportamiento específicas de cada persona, las cuales pueden facilitar o no la interacción de los distintos grupos en los que se desenvuelven.

Como se puede observar, no hay duda que el desarrollo de la autoestima comienza en el núcleo familiar y las relaciones objetales. Pero es de gran relevancia reconocer que la autoestima se sigue desarrollando durante toda la vida del individuo. La autoestima es dinámica y sus componentes que son las diferentes partes del self, están siempre en desarrollo y cambio, y en todas las etapas de la vida es influenciada tanto por las experiencias externas y sus consecuencias como por la realidad interna que vive el sujeto, y cualquier cambio en una de las partes de la autoestima provocará un cambio en la misma.

## 2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOESTIMA

Conformarse una tarea positiva va de la mano con las distintas tareas del desarrollo que un individuo debe lograr a lo largo de su infancia, adolescencia y más allá. Como en un proceso de engranaje, diversas piezas deben calzar y ajustarse para conformar un tono armónico. Tales piezas no sólo las conforman las influencias ambientales, sino que también, la salud física y la maduración del organismo. Para cada fase evolutiva surgen en el niño diversos tipos de demandas, como podrían ser necesidades relacionadas con su instinto de exploración, el deseo de pertenecer a un grupo de referencia, contar con el respeto de los demás, controlar su entorno inmediato, ser de utilidad y trascender, entre otros. En la medida que dichas necesidades obtengan su oportuna y correspondiente satisfacción, estimularán en el niño o en el adolescente la sensación de logro y de confianza en sus propias capacidades.

Según Mruk (1999) la autoestima implica como mínimo tres tipos de componentes esenciales o elementos constitutivos. En primer lugar, debemos

considerar la competencia y el merecimiento, así como la relación entre ellos que influye sobre la autoestima. En segundo lugar, la calidad vital de la autoestima tal y como se integra en los procesos y situaciones de la vida real de cualquier individuo particular. Por último, las dinámicas de la autoestima, particularmente el modo en que puede ser relativamente estable y al mismo tiempo mantener la posibilidad de cambio.

En lo relativo al entorno familiar Clemes y Bean (1998) proponen cuatro factores condicionantes para que este proceso marche normalmente o en forma equilibrada.

#### Vinculación.

El niño necesita sentirse parte de algo, ya sea su familia, sus hermanos o una pandilla. Necesita ser escuchado, tomando en cuenta que le permitan participar y dar sus opiniones. El grado de vinculación va a estar en estrecha relación con la calidez, la apertura para aceptarlo y brindarle seguridad, la comprensión e incluso el sentido del humor que manifiesten las personas que lo rodean y que él considera importantes. La vinculación es necesaria a la vez con lugares y circunstancias que al niño le producen satisfacción. La noción de singularidad implica también, espacio para que el niño se exprese a su manera, pero son sobrepasar a los demás.

#### Imaginación.

Otra característica, que promueve la singularidad, se relaciona con el incentivo a la imaginación. El hecho de permitirle crear e inventar le sirve para reconocer lo distinto que puede ser su aporte, fomenta su flexibilidad y la valoración de sus propias habilidades. Necesita disponer de medios básicos, sobre los cuales él está a cargo. El poder se relaciona, también con saber controlarse ante determinadas circunstancias, como ante la frustración o el agobio.



## Pautas.

Las pautas se relacionan con el sentido que el niño le otorga a su existencia y a lo que realiza. Los niños son como esponjas frente a quienes él considera importantes. Los patrones éticos, los valores, los hábitos y las creencias se transmiten a través de las figuras de apego. El orden y las reglas –dentro de límites razonables- son especialmente importantes para crear en el niño la sensación de pautas o guías, que le permitan conducirse, organizar el tiempo, planificar y resolver problemas.

El niño experimenta una aceptación de sus sentimientos, pensamientos y del valor de su existencia.

## Seguridad.

El niño se mueve dentro de límites bien definidos, pero justos, razonables y negociables. De este modo experimenta una sensación de seguridad. Estos límites implican normas de conducta posibles de alcanzar, por lo que el niño tiene la confianza de que podrá actuar y evaluar su comportamiento según esa vara. No goza de una libertad ilimitada. El niño siente respeto por su dignidad como persona. Los padres se toman en serio las opiniones y demandas del niño. Se muestran dispuestos a negociar las reglas familiares, dentro de ciertos límites. Ejercen autoridad, pero no autoritarismo.

Los propios padres gozan de autoestima positiva. La carencia de pautas en el individuo conllevará al desinterés, a la desadaptación, a actuar en forma irresponsable y en base a valores difusos. La falta de poder instigará la dependencia, el sentimiento de inferioridad y la inseguridad. Las relaciones que el individuo buscará establecer tendrán una connotación de sumisión y/o arbitrariedad, pues querrá obtener el mayor control al mínimo esfuerzo.

## 2.3 AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN

La depresión es una de las conexiones más frecuentemente citadas entre autoestima baja y psicopatología (Harter, 1993 en Mruk, 1999). Una prueba de esta conexión son las aparentes similitudes cognitivas entre personas deprimidas y personas con autoestima baja. Los psicólogos (Ellis y Harper, 1977 en Mruk, 1999) y los psiquiatras (Burns, 1980, en Mruk, 1999) encuentran que ciertas distorsiones cognitivas son frecuentes en la depresión. Coinciden, por ejemplo, en que los individuos deprimidos ejecutan a menudo patrones irracionales de pensamiento, o mantienen ideas sobre sí mismos o situaciones que no se corresponden con los hechos de la realidad. Sólo por llamarme "estúpido" ante un pequeño error, por ejemplo, un individuo elimina otras posibles interpretaciones y experimenta una que es dolorosa. Este acto refuerza tales patrones cognitivos y conductuales negativos que, a su vez, los hacen más probables. Una vez que esto ocurre, los problemas con la depresión son más probables y más seguros.

La mayoría de los clínicos observan en su trabajo estos dos lados de la moneda autoestima baja/depresión: ambas parecen estar tan íntimamente vinculadas que es difícil (si no imposible) decir cual es la primera.

El vínculo entre autoestima y depresión puede profundizarse aún más. Los suicidólogos señalan muchas veces que la autoestima baja influye repetidamente en ese fenómeno. Un modo en el que parecen vinculados es que la autoestima protege a los individuos de los contratiempos, sin embargo una vez abiertas las grietas en tal escudo protector, es fácil que se instaure la depresión. Entonces, el individuo es fácilmente superado por un estresor determinado o una serie de estresores. El aumento de la vulnerabilidad implica una menor capacidad para resolver problemas. Si estas habilidades de manejo se hacen menos efectivas, o no se usan con tanta frecuencia, los problemas siguen acumulándose. Eventualmente, el vínculo autoestima/depresión sigue creciendo de este modo hasta perjudicar la sensación de merecimiento.

Sabemos que las depresiones medias y moderadas se tratan con ciertas formas de psicoterapia o con medicación y en ambos casos la efectividad parece la misma, pero, ¿influye la autoestima en ambos tratamientos?. Si existe un vínculo entre autoestima y depresión, entonces el fortalecimiento de la autoestima mediante una terapia convencional podría ser útil. Y si la medicación permite a las personas sentir un mayor control de sus vidas, lo que puede equivaler a una forma de competencia, ¿no fortalece eso la autoestima?. En cualquier caso, el aumento de la autoestima parece ser esencial en el tratamiento.(Mruk, 1999)

## 2.4 CORRELATOS (DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN MUJERES)

Lara (1996) presentó una investigación cuyo fin era profundizar sobre los síntomas emocionales (depresión y ansiedad) y algunos aspectos asociados en mujeres mexicanas. La muestra estuvo compuesta por 211 madres de familia, se aplicó un cuestionario estructurado con opciones cerradas para recabar información sociodemográfica y se les pidió que hicieran un dibujo de su familia. Se encontró lo siguiente: Su edad media fue de 31 años, el 82% estaban legalmente casadas; el 75% tenía una escolaridad de preparatoria o equivalente. Se observó una alta proporción de mujeres con síntomas depresivos, baja autoestima. Ambivalencia afectiva e insatisfacción en sus relaciones personales.

En el estudio de Vite (1989), el ingreso familiar económico y su relación con la autoestima sería diferente entre las madres con mayores ingresos familiares y las de menor ingreso, el resultado fue que las madres con menores ingresos familiares presentan una mayor autoestima y dependencia social de la autoestima que aquellas con mayores ingresos familiares.

Reidl (1987), realizó la estructura factorial de la autoestima de las mujeres del sur del Distrito Federal aplicando una escala de autoestima a 418 mujeres entre 15 y 35 años, casadas y con hijos; del análisis de dicha escala se obtuvieron

dos factores de la autoestima: una dimensión positiva y otra negativa. Así mismo sugirió la posibilidad de la existencia de un factor general, bipolar que subyace a ambos factores.

Autoestima de la mujer mexicana a partir de su rol sexual, tradicionalismo, modernización y nivel socioeconómico, investigación realizada por Bringas (1987) cuyo objetivo fue confirmar que el rol de la mujer es determinante en los niveles de autoestima, y se concluyó que en los bajos niveles de autoestima, están en estrecha relación con lo que culturalmente, a la mujer se le ha enseñado y su dependencia económica.

"La autoestima: rol sexual y nivel socioeconómico en las aspiraciones de la mujer" (Macias, 1987), cuyo objetivo fue determinar la autoestima de la mujer según su rol y su nivel socioeconómico, encontrando que las mujeres con un nivel socioeconómico mayor se auto evalúa en una forma negativa.

Aguila y Ptak (1983) al investigar si existían diferencias en la depresión climatérica entre mujeres que tienen un trabajo remunerado y amas de casa, utilizando la escala de automedición de la depresión de Zung, encontraron que las mujeres que trabajan fuera de casa se preocupan menos ante la proximidad de la menopausia, siendo la depresión más frecuente en amas de casa.

## CAPÍTULO 3 AMAS DE CASA

A lo largo de este capítulo hablaremos de género, rol y amas de casa así como de sus características. Nos referiremos a las "amas de casa" como uno de los roles que desempeñan las mujeres.

Dentro de la sociedad mexicana las mujeres, especialmente las amas de casa son blanco de exigencias; rol de madres, rol de esposas y el mismo rol de ama de casa; todas las actividades que realizan las amas de casa se consideran "normales", pero, en realidad en muchas ocasiones estas demandas son estresantes para la mujer y traen consecuencias importantes como son la baja autoestima y la depresión.

En la esfera afectiva la formación de las niñas se orienta en gran medida a imbuirles actitudes de dependencia y sumisión y por ende de transferencia de responsabilidades así como limitaciones para adoptar decisiones tanto en lo que atañe a su persona como en relación a los demás miembros de la familia.

Dentro de la familia, la mujer también actúa como complemento del quehacer masculino. Su papel prevalente es el de aliento, estímulo, apoyo o reflejo de las actividades productivas o creativas de su pareja (Ojeda, 1975).

La categoría que se le da a la mujer mexicana y su contenido social varía de una cultura a otra. La denominación que se le da a estas se basa en su diferencia biológica, los atributos asignados para ella, y el significado que debe ser hombre y mujer, es decir, lo que tiene que hacer masculino y femenino son definidos socialmente y adquieren renombre de acuerdo con la sociedad en la que viven. Por lo que la diferencia entre los sexos vuelta desigualdad entre hombres y mujeres y convertida en subordinación de estas últimas con respecto a los primeros no es un hecho biológico, sino social e históricamente determinado. (Lamas, 1986 en Castillo 1996)

Para comprender mejor el tema se debe hablar sobre género y rol; además de los aspectos fundamentales dentro de nuestra sociedad.

### 3.1 EL GÉNERO: MUJER

Baneria y Roldan (1987) en Castillo (1996) señalan que género es una "red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, y actividades diferenciadas entre hombres y mujeres, a través de un proceso de construcción social que tiene una serie de elementos distintivos".

Según Barberá (1998) el género se concibe como un conjunto de procesos, de naturaleza bio-psico-social, que presenta como características básicas las siguientes:

- Vinculación sexo/género: Al explorar el significado del género en relación con el concepto de sexo, establece una comparación entre los binomios sexo/género y naturaleza ciencia.
- Categorización social-normativa: El género se puede comparar con otros criterios categoriales centrales, tales como la edad, la raza, la nacionalidad o el nivel socioeconómico. Sin embargo, el carácter excluyente se evidencia en el género con más nitidez que en todas las demás categorías.
- Construcción subjetiva: El proceso de construcción permite representar e interpretar la realidad, posibilitando con ello el acceso a su comprensión a través de diversas hipótesis.
- Sistema dinámico e interactivo: Se ha definido el género por su triple naturaleza bio-psico-social y lo que le confiere entidad propia es la

estructura que se establece entre los procesos que en él intervienen y las variables con las que éstos interactúan.

- Contextualización histórica y cultural: Como cualquier proceso psicológico, el análisis del sistema de género debe insertarse en unas coordenadas, de índole histórica y cultural, de modo que tanto la dimensión temporal como la espacial resultan necesarias para contextualizar y dotar de significado este concepto.

Según Fernández (1997), el orden social de las relaciones entre los sexos reposa sobre una construcción basada en un conjunto de categorías, cuya elaboración sigue la estructura de una lógica binaria que las concibe como jerarquizadas, opuestas y complementarias, y sobre unos contenidos y representaciones que responden a lugares de diferente ocupación en el proceso de producción y reproducción, lugares que señalan papeles y posiciones asignados a los sexos según la lógica de la oposición, de la complementariedad y de la jerarquía.

La discriminación que actúa sobre las mujeres como grupo impone un sistema de trato desigual. El grupo dominante –los varones- se las arregla para producir una exclusión y un alejamiento de las mujeres de ámbitos como el trabajo asalariado, la educación, la toma de decisiones y el ejercicio de libertades, limitando su acceso a ciertos medios sociales.

La política discriminatoria tiene efectos sociales y psicológicos y favorece la eclosión de acciones de violencia física y psíquica hacia las mujeres que, como individuos representan de forma genérica al grupo discriminado (Bourhis y Leyens, 1994, en Fernández, 1997).

Las distinciones sociales forman parte activa del proceso que crea, expresa y mantiene las diferencias. Entre las categorías de género no hay simetría;

mujeres y varones no son considerados diferentes, sino desiguales. La mayor dominación y dominación de los varones y el ejercicio del poder les otorga influencia y control sobre las definiciones, que mantienen a las mujeres en una posición subordinada, al tiempo que ésta asimetría del sistema de categorización según el sexo produce efectos cognitivos diferenciales en los sujetos.

En la actualidad, aunque la transformación de las sociedades occidentales han supuesto la quiebra de algunos mitos sociales sobre las mujeres y también cambios considerables en la estructura de la familia y en las relaciones de dependencia conyugal (divorcio, personas solas, independencia económica de las mujeres, familias monoparentales), sin embargo, el poder social tradicional continúa asociado con características y atributos considerados como masculinos. Esto se muestra incluso cuando algunas mujeres ejercen un poder político, que se sostiene, por supuesto, en actitudes, roles y valores masculinos (por ejemplo: la "dama de hierro"). La discriminación refuerza ideológicamente los papeles sociales en su simbología masculina y, a pesar de que existan cambios en las formas que adopta esta jerarquía, según las culturas, la masculinidad aparece asociada con el poder y el prestigio social (Fernández, 1997).

La posición subordinada de las mujeres se refleja en la interacción, al generarse expectativas que afectan al desarrollo de aquéllas (conversación, estrategias indirectas, formas lingüísticas, conducta no verbal o conductas confirmatorias de la profecía autocumplida). Del estudio en diferentes situaciones del efecto de la asimetría, podemos destacar los siguientes aspectos (Fernández, 1997):

- En la dinámica de la conversación las interrupciones de los varones a las mujeres son más frecuentes;
- La percepción de la posición de alto poder o de líder desempeñada por una mujer se ve dificultada en ambos sexos;



- En ausencia de una situación donde se especifique la diferencia de posición social, la virilidad actúa como una señal de posición social y poder;
- En algunas condiciones en la comunicación, los mensajes de expertos, la legitimidad y la mayor información se perciben ligados a los varones, mientras que los de referencia al grupo, ayuda y poder indirecto son asociados a las mujeres;
- el tipo de lenguaje usado (tentativo o asertivo), según la situación de interacción entre grupos de sexo, hace que las mujeres respondan como en una situación típica de doble vínculo, en la que, si bien para ambos el uso asertivo remite a una posición elevada y a una mayor competencia, sin embargo, para las mujeres en muchas ocasiones resulta más funcional el uso de estrategias indirectas, como formas de influencia sobre los varones, formas que, por otro lado, son utilizadas normalmente cuando el poder es menor.

Las relaciones de género, según Connell (1987) en Fernández, (1997), están estructuradas por la división del trabajo, el poder y los vínculos emocionales. Los principios a los que parecen obedecer estas estructuras son: separación, desigual integración y carga emocional sobre la significación de las diferencias genéricas. Las prácticas en diversos dominios se ven afectadas por una suerte de "política sexual" que Connell conceptúa como "régimen del género", producido históricamente y expresado a través de diversas tecnologías de organización y control social. Según la taxonomía que sugiere Connell, las relaciones de Género suponen tres estructuras:

- a) la división de género del trabajo (organización del trabajo doméstico y del cuidado de los niños, división entre trabajo pagado, segregación en el trabajo –trabajo de mujeres y de

varones-, discriminación en el acceso y promoción, y desiguales salarios e intercambios);

- b) una estructura de poder (jerarquías en el Estado y en los negocios, violencia institucional e interpersonal, regulación sexual, vigilancia y autoridad doméstica);
- c) una estructura de efectos y emocionalidad, construida en las relaciones sociales (el modelado de elección de objeto, deseo y deseabilidad; orientaciones sexuales heterosexuales y homosexuales; la estructuración social de los antagonismos de género; la confianza-desconfianza; la competencia y la solidaridad en los matrimonios y otros lazos familiares; y las relaciones emocionales en torno a la crianza de los hijos).

Las relaciones asimétricas de género se mantienen a través de la relación entre contenidos, prácticas e instituciones u organizaciones. En todas las estructuras hay prácticas relativas al género y las relaciones de género de dan en cada institución y, en muchos casos, como en la institución familiar, constituyen parte de su estructura fundamental. El género construido sobre un determinado juego de relaciones, refleja las posiciones de poder de las personas envueltas en él.

Está consensuado que el género es capaz de influir en cierto grado sobre la autoestima y que esta influencia se produce en una dirección razonable predecible. En términos de la estructura general, las mujeres de nuestra sociedad parecen inclinarse hacia el componente de merecimiento de la autoestima (ser valoradas en términos de aceptación o rechazo) y los hombres tienden a inclinarse hacia la dimensión de competencia (éxito o fracaso). (Mruk, 1999)

### 3.2 EL ROL DEL AMA DE CASA

La palabra rol tuvo su origen en el teatro. La palabra latina "rotula" significa un pequeño rollo de madera, el papiro que contenía el libreto del actor estaba enrollado en este rodillo y así nace la alusión al rollo. Por tanto el rol del actor es el libreto que él debe representar en la obra de teatro.

Los sociólogos, señala Katchadourian (1983) en Martínez (1987); definen al rol como la posición de un individuo en un sistema de relaciones sociales, dicha posición incluye un grupo más o menos explícito de responsabilidades y derechos. "El rol es entonces un conjunto de expectativas sociales según las cuales el que ocupa una posición dada debe comportarse frente a los que ocupan otras posiciones"

El rol es una variable funcional que designa el comportamiento esperado por otros en una situación dada. La complejidad de los roles en la sociedad moderna es una carga para la personalidad, esta noción implica la de normas sociales y también los sistemas de comunicación propios a cada uno de estos papeles. La noción de rol permite reunir en una forma utilizable lo que corresponde a las estructuras personales y lo que corresponde a estructuras sociales y culturales. (Ey, 1965)

En la bibliografía psicológica se han empleado a menudo los términos rol sexual y rol de género de forma intercambiable, lo cual ha contribuido a generar gran parte de la confusión que existe en esta área. Para algunos autores, junto a la confusión se corre el riesgo de eliminar una distinción que puede ser útil para profundizar en la comprensión de las similitudes y diferencias de sexo y género, así como de las transformaciones socioculturales que afectan a la definición social de los papeles asignados en función del sexo. Esta es la postura adoptada por Russo y Green (1993) en Fernández (1997), quienes observan que históricamente, los roles sociales de las mujeres se han solapado y no ha habido

necesidad funcional de distinguir entre tipos de roles sexuales. La expectativa era que las mujeres reales normales se convertían en esposas y madres. La socialización para ser una mujer era la socialización para los papeles o funciones de esposa y madre.

El término rol sexual se ha empleado, para referirse a los papeles sociales asignados según el sexo biológico, así como a las normas y expectativas asociadas a las posiciones que mujeres y varones ocupan de forma desigual en organizaciones o instituciones sociales como la familia. Ahora bien, se trata de suposiciones implícitas que pueden influir, además en las concepciones que se tienen respecto al sexo y a la sexualidad –lo que en el marco propuesto en este libro concierne a los roles sexuales propiamente dichos- , puesto que se sostienen en una ordenación social en que la diferencia anatómica tiene una función relevante (Hubbard, 1990 en Fernández, 1997). El término roles o papeles de género se refiere a esas definiciones sociales o creencias acerca del modo en que varones y mujeres difieren en una sociedad dada, y que funcionan como mecanismos cognoscitivos y perceptivos por los cuales la diferenciación biológica se convierte en una diferenciación social, que delimita los contenidos de la femineidad y masculinidad (si bien recordemos que no todas las sociedades reconocen únicamente dos sexos y dos géneros).

Teniendo en cuenta la importancia del rol dentro de nuestra sociedad, la socialización para la adopción de roles de género crea una vulnerabilidad mayor para la mujer. La depresión resulta más inaceptable para hombres que para mujeres, para discrepar fuertemente con el estereotipo masculino, a las mujeres puede resultarles más fácil admitir los síntomas depresivos y buscar apoyo social y profesional, con lo que se arriesgan a que se les atribuya una imagen depresiva.

Cochrane (1992) Señala que algunos aspectos del rol adulto femenino son de carácter patógeno, en este punto el trabajo es una fuente de salud mental porque brinda seguridad a la persona y niega que la mujer entre en conflicto

cuando además de cumplir con un rol de madre y ama de casa, cumple con un rol externo al hogar, ya que Cochrane señala que los roles se complementan y los beneficios derivados de cada uno se acumulan y actúan como defensas contra la depresión.

Ahora bien, las cosas pueden ser muy diferentes cuando solo se habla de roles dentro del hogar. Si los sociólogos hablan de expectativas sociales, entonces los roles que tienen las mujeres son impuestos por las expectativas de nuestra sociedad, cuando estas se convierten en insuperables, la mujer se sumerge en una vida estresante y peor aún, la mujer termina creyendo que es su culpa y que su deber es cumplir esas expectativas.

La afección se da desde el cumplimiento de los roles de género de madre y esposa impuestos socio culturalmente, limitan el panorama de acción de las mujeres simplemente al hogar y a la familia, esto hace que ellas como proveedoras de afecto y atención tengan un desgaste psicológico y que cuando ellas mismas necesitan del afecto y la atención no pueden recibirlo. (Orendain, 1997).

En nuestro país existen ciertos estereotipos de conducta, tanto masculina como femenina, de acuerdo a los cuales se modela el carácter y la manera de ser de la niñez de ambos sexos. A continuación, las formas de conducta más característica de las mexicanas según Alegría (1975):

- La abnegación. El masoquismo de la mujer con sus innumerables variantes perfectamente bien sintetizadas en el concepto de la abnegación, constituye la trampa más perfecta para su nulificación humana, y por ende para el atropello y denigración de sus derechos esenciales. La abnegación es pues un proceso de autonegación y de la disminución de los propios valores, actitud que al ser llevada a la

práctica por las mujeres trae consigo la anulación de los intereses femeninos.

- La servidumbre. El servilismo atávico de la mujer mexicana es a su vez consecuencia y motivo de la abnegación, el hecho de servir es para las mexicanas más que una actitud una filosofía. La mujer en México es un ente al servicio de los hombres, es alguien con quien ellos cuentan incondicionalmente, en cualquier circunstancia, positiva o negativa, y regularmente sin ninguna remuneración.
- La actitud sexual. Sexualmente las mujeres también prestan un servicio no remunerado. No hablemos aquí de la remuneración económica, puesto que en términos estrictos, el placer sexual solamente puede ser compensado con placer, y a la mayoría de las mexicanas les está vedado eso.
- La actitud ante la familia. La familia esta fundada en la esclavitud manifiesta o disimulada de la esposa. Toda esposa tiene que vivir a sabiendas de que no tiene más que su casa y su familia, mientras su casa es la base ideal para que su fatigado esposo se retire y tenga su conversación menos amena, muestre sus peores modales y se prepare para salir nuevamente.

Algunas de estas formas de conducta se han modificado a lo largo del tiempo ya que actualmente la mujer está más involucrada con cuestiones laborales fuera del hogar, es decir, muchas de ellas apoyan el sustento económico de la familia, lo que hasta cierto punto las hace más independientes; además, respecto a su sexualidad también hay cambios importantes como la libertad de decidir por ellas mismas qué es lo que quieren. En fin, en la actualidad, los resultados básicos de las investigaciones más recientes documentan cambios actitudinales importantes respecto a los roles de las mujeres, pero cabe destacar

que cuando la proporción de varones respecto a mujeres es alta se predice la mayor probabilidad de que las mujeres asuman roles tradicionales de esposa y madre en el trabajo. (Barberá, 1998)

### 3.3 AMAS DE CASA Y SOCIEDAD

El trabajo doméstico, es considerado un conjunto de relaciones que se realiza fuera del entorno del mercado, cuyo objetivo es crear bienes y servicios hacia la familia. (Castillo, 1996)

Según Duran (1986) la jornada media diaria de trabajo de las amas de casa es de nueve horas, sin grandes variaciones en vacaciones y fines de semana y sin interrupción del trabajo al cumplimiento de los 65 años.

Las amas de casa tienen una jornada media de trabajo diario de once horas mínimo, y semanal de más de ochenta horas. Eso es el doble de la jornada máxima legalmente establecida para los trabajadores asalariados.

Ser madre-esposa no tiene que ver con tener hijos o cónyuge, sino que consiste en vivir de acuerdo a las normas patriarcales de ser de y para otros, en realizar actividades de reproducción de la especie, de la fuerza de trabajo de los demás, y de mantener relaciones de servidumbre voluntarias.

Este espacio se ha reproducido en el curso de la historia hasta quedar limitado a la estrechez de la familia nuclear surgida como necesidad del capitalismo. En este cautiverio tan estrecho es imposible cubrir los requisitos del "ideal materno", este altruismo para dar todo a cambio no solo de nada, sino a cambio del desprecio a la dignidad como seres humanos.

El cautiverio produce entonces frustración, y la frustración genera hostilidad y resentimiento, que deberán hacerse inconscientes, porque se les ha negado la posibilidad de expresión abierta, pero que aparecerán en las relaciones en el interior del cautiverio en forma más o menos disfrazada, aunque no menos dañina: devaluar a la pareja porque no resulto el superhombre que el sistema prometió a cambio de sumisión, y sojuzgar a los hijos a través de explosiones de violencia o a través del chantaje emocional desde la posición de víctima. La frustración y hostilidad no expresada y producida por el cautiverio se manifestará en ellas en síntomas emocionales, primordialmente depresivos (Lara, 1996).

En la depresión los factores psicosociales se hacen especialmente relevantes, ya que la función repetida y presionante que ejercen sobre la personalidad provoca la descompensación de estructuras neuróticas previas, pues el constante estado de estrés acaba por dismantelar los mecanismos de defensa (Martí y Murcia, 1988).

En el caso de la depresión femenina esto puede ser particularmente cierto sobre todo cuando están tan arraigados los estereotipos de esposa y madre abnegada, considerándolos incluso parte de la naturaleza femenina y existiendo en el lenguaje palabras que incluso refieren esas funciones al "instinto", por ejemplo: instinto materno.

El hecho de que el cumplimiento de sus funciones no les sea del todo satisfactorio las lleva a la depresión y a la culpa por considerarse a sí mismas "desnaturalizadas". Muchas mujeres luchan contra esto y tratan de cumplir sus funciones, pero la insatisfacción sigue presente, actuando como un agente patógeno. Las expectativas sociales, reglas imágenes y mensajes que las mujeres reciben a través de su vida se internalizan y se traducen en modos de reacción habituales. Las mujeres son frecuentemente inconscientes de cómo sus pensamientos automáticos y conductas son modelados y mantenidos por las expectativas de género que otros tienen hacia ellas. Algunos de los signos



primordiales de la depresión, aunque se presentan tanto en mujeres como en hombres, aparentan correlacionarse con la socialización de la feminidad: pasividad, poca asertividad, sentimientos de incompetencia y culpa, expectativas inferiores y patrones disfuncionales. (Worell y Remer, 1992)

El ama de casa está sometida entonces, a las labores exclusivas del hogar y de la maternidad, lo cual la puede conducir hacia una dependencia de los hijos. Los labores que realiza no son remuneradas y por ende también hay una dependencia económica, entonces, todo podría acabar en una dependencia psicológica lo cual puede perjudicar su autoestima.

Entonces, ¿cuáles son los motivos que precipitan al ama de casa a la depresión? No hay una única causa. Si bien todas las que padecen de éste malestar comparten el tener como papel fundamental de sus vidas – a partir del cual se definen como mujeres en el mundo – la identidad de amas de casa, cada mujer, a partir de su biografía, de las características de su propia familia y de las vicisitudes de su infancia y adolescencia terminará en un cuadro depresivo por distintos motivos.

La consagración milenaria del modelo materno como figura valorada de la feminidad al servicio del sosiego emocional del niño y del hombre, pero ha descuidado, en su formación como ser humano, aspectos esenciales para el dominio de la realidad. (Bleichmar, 1995)

Una mujer con autoestima se toma así misma en serio, reconoce que vale y que merece lo mejor que la vida pueda ofrecerle; es consciente de sus propios deseos y se esfuerza por satisfacer sus necesidades; respeta sus sentimientos, está preparada para expresarlos y para asumir la responsabilidad de crear unas relaciones que estimules y favorezcan su autoestima (Field, 1997).

## CAPÍTULO 4 PROCESO METODOLÓGICO

### 4.1 JUSTIFICACIÓN

La depresión es un trastorno que últimamente padece con mayor frecuencia nuestra población debido a factores sociales, familiares y personales. El sector de población más vulnerable en este caso son las mujeres y sobre todo las amas de casa quienes lidian diariamente con los hijos, el marido, la casa, etc., y pocas veces encuentran tiempo para ellas mismas. Poco a poco se olvidan de satisfacer sus propias necesidades, de cuidar de su persona, lo cual nos lleva a hablar de autoestima. En el caso de estas mujeres, la autoestima es muy probablemente baja ya que no reciben reconocimiento alguno por su labor en casa, nadie toma en cuenta sus esfuerzos, no es valorada y pronto se percata de que es solo un instrumento y piensa que no sirve para otra cosa. Se siente sin valor, poco querida e inútil. En base a todo esto es probable que la depresión en el ama de casa se deba a la baja autoestima provocada por el olvido de su propia familia y de ella misma. Considerando todos estos aspectos, es importante el investigar que relación hay entre depresión y autoestima en las amas de casa y con qué frecuencia se presenta, siendo los principales objetivos de esta investigación.

### 4.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una relación significativa entre depresión y autoestima en amas de casa?

### 4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Definición Conceptual.

Depresión: Estado emocional que se caracteriza por una gran tristeza y aprensión, sentimientos de desesperanza y culpa, aislamiento, falta de sueño, de apetito y de deseo sexual o falta de interés o disfrute de las actividades usuales (Davison, 2000).

Autoestima: considera a la autoestima como la evaluación que el individuo hace y mantiene por costumbre sobre sí mismo, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, importante, exitoso y valioso (Coopersmith, 1967).

Definición Operacional.

Depresión: Respuesta que presenta el individuo ante el instrumento.

Autoestima: Respuesta que presenta el individuo ante el instrumento.

### 4.4 HIPÓTESIS

Hi: Existe relación significativa entre la depresión y la autoestima en amas de casa.

Ho: No existe relación significativa entre la depresión y la autoestima en amas de casa.

## 4.5 OBJETIVOS

### GENERAL

Establecer si hay una relación significativa entre depresión y autoestima en amas de casa.

### ESPECÍFICOS

- 1) Conocer el nivel de depresión en amas de casa.
- 2) Conocer el nivel de autoestima en amas de casa.
- 3) Conocer el grado de influencia de la autoestima en la depresión de las amas de casa.
- 4) Identificar opciones que ayuden a las amas de casa a salir de la depresión.

## 4.6 MÉTODO

### SUJETOS

La muestra que será tomada para los fines de esta investigación será seleccionada del Centro Comunitario de Salud Mental "Zacatenco" ubicado en Huanuco 323 Ticoman, Gustavo A. Madero.

Las características de la muestra serán las siguientes:

- Mujeres
- Casadas
- Con hijos
- 25 a 45 años
- Solicitar algún tipo de servicio en el Centro.

## INSTRUMENTO

Para recolectar los datos necesarios se utilizará un instrumento conformado por dos escalas: la Escala de Auto Medición de Depresión de Zung (EAMD) fue creada por los doctores William W. Zung y D. C. Durham, profesores e investigadores del Centro Médico de la Universidad de Duke en Estados Unidos.

Se creó por la necesidad de contar con un instrumento que evaluara satisfactoriamente la depresión, como afecto, como síntoma o como enfermedad, de forma sencilla.

Consta de 20 reactivos y plantea cuatro categorías: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente, las cuales fueron modificadas debido a que las respuestas eran tendenciosas y la mayoría resultaban depresivos. En base a lo anterior las categorías fueron las siguientes: nunca, algunas veces, la mayor parte del tiempo y siempre calificando con un valor de 1, 2, 3 y 4 en orden variable según su percepción de sí misma. (Ver anexos)

Diez reactivos están hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y diez para una respuesta sintomáticamente negativa (Suárez, 1998).

La consistencia interna de la Escala de Zung, fue comprobada en dos grupos, deprimido y asintomático; obteniendo un Alpha de Cronbach de .80 para el primer grupo y .74 para el segundo. En conclusión la EAMD es válida sabiendo de antemano que es posible contar con un instrumento de diagnóstico válido y confiable que permite detectar con facilidad síntomas de depresión tanto en personas que acuden a un centro específico para su tratamiento como par personas "asintomáticas" (Tovar, 1998).

La segunda escala es de Autoestima (Camacho, 2001) que también consta de 20 reactivos y comparte las mismas cuatro categorías de respuesta. (Ver anexos)

La escala de autoestima tiene un valor de consistencia interna (obtenida a través de Alfa de Cronbach) de .8380 con las siguientes dimensiones:

1) AUTORECHAZO (Alfa = .7222) con los siguientes reactivos:

- Las cosas son un desastre en mi vida.
- Me enojo fácilmente en mi casa.
- He querido abandonar mi casa.
- Desearía ser otra persona.
- Siento que mi familia me presiona.
- Pienso que no soy buena.
- Se me hace difícil aceptarme a mi misma.
- Mi vida es muy complicada.

Ψ Esta dimensión refleja que no percibe características positivas de ella, ya que se siente presionada, no aceptada por ella misma, que su vida es complicada y que todo lo que hace es un desastre, además de querer evadir el ambiente familiar por su falta de adaptación.

2) AUTOEVALUACIÓN (Alfa = .6827) con los siguientes reactivos:

- Siento que soy un fracaso.
- Siento que no tengo mucho de que estar orgullosa.
- Tengo baja opinión de mí misma.
- La mayoría de las personas son mejores que yo.
- Me siento inútil.

Ψ Ella hace una evaluación de sí misma que es totalmente negativa al compararse con otras personas, y al no poder percibir en ella, habilidades y cualidades de las cuales se pueda sentir orgullosa.

3) FUNCIONAMIENTO ESCOLAR Y FAMILIAR (Alfa = .6089) con los siguientes reactivos:

- Me siento mal en la escuela.
- Tomo una actitud positiva hacia mi misma.
- Me siento mal por las cosas que hago.
- Mi familia me comprende.

Ψ Aquí, refleja una inconformidad hacia sus áreas funcional y de interacción, es decir, la escuela y la familia, específicamente con las actividades que realiza.

\*Nota: Al aplicar el instrumento no era requisito indispensable que la sujeto estudiara en ese momento de su vida.

5) ADAPTACIÓN (Alfa = .4533) con los siguientes reactivos:

- Me gustaría cambiar muchas cosas de mí.
- Se me hace muy difícil hablar en público.
- Me lleva mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cambio.

Ψ Esta dimensión se refiere a los problemas que tiene para adaptarse a los cambios y tal vez por esta razón quisiera cambiar muchas cosas en ella; y este mismo problema de adaptación tiene como consecuencia su inseguridad para hablar en público.

Los datos generales que se solicitan en cada hoja serán los siguientes:

- Fecha
- Edad
- Escolaridad
- Ultimo promedio escolar
- Originaria de
- Tiempo de casada
- Numero de hijos
- Lugar que ocupó entre sus hermanos
- Si o no vive con su esposo

#### ESCENARIO

- Consultorio 4 del área de Psicología.
- Silla y mesa.
- Bolígrafo

#### PROCEDIMIENTO

Dentro del centro existen 5 servicios: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Medicina General y Odontología. Se tomaron en cuenta solo los 4 primeros por ser los pertenecientes al área de salud mental.

El equipo de trabajo de cada servicio remitirá a las mujeres que cumplan con los requisitos de selección. Una vez en contacto con la paciente se le entregará el instrumento y se le pedirá que lea cuidadosamente las instrucciones y conteste, manifestando cualquier duda que surja.



## 4.7 ANALISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico que se empleó para los 150 sujetos fue de tipo descriptivo y comparativo. Se aplicaron las siguientes pruebas estadísticas:

- Frecuencias
- Correlación de Pearson
- Anova (Oneway unidireccional)

Se utilizó el programa SPSS versión 10 para efectuar los análisis antes mencionados.

Se presentan las tablas de frecuencias y porcentajes de cada categoría de análisis y tablas Crosstabs.

## CAPÍTULO 5 RESULTADOS

De acuerdo con los objetivos de la presente investigación se presentan las siguientes tablas. Primero observaremos las frecuencias y porcentajes de cada dato general presentado en cada hoja.

### 5.1 TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES

#### A) EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
24	2	1.3
25	9	6.0
26	6	4.0
27	4	2.7
28	6	4.0
29	4	2.7
30	10	6.7
31	9	6.0
32	3	2.0
33	8	5.3
34	9	6.0
35	6	4.0
36	7	4.7
37	6	4.0
38	3	2.0
39	6	4.0
40	10	6.7
41	1	.7
42	9	6.0
43	2	1.3
44	3	2.0
45	26	17.3
48	1	.7
TOTAL	150	100.0

A) Las mujeres que representan el mayor porcentaje del estudio son las mujeres de 45 años de edad con un 17.3%, el segundo lugar lo ocupan las mujeres de 30 y 40 años con un 6.7% respectivamente, lo cual indica que son mujeres mayores de 30 años las que tienden a buscar ayuda psicológica o psiquiátrica.

## B) ÚLTIMO PROMEDIO ESCOLAR OBTENIDO

PROMEDIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6.0	8	5.3
7.0	32	21.3
7.3	2	1.3
7.5	3	2.0
7.6	2	1.3
7.7	1	.7
7.8	2	1.3
7.9	1	.7
8.0	61	40.7
8.2	2	1.3
8.4	3	2.0
8.5	5	3.3
8.6	2	1.3
8.8	1	.7
8.9	2	1.3
9.0	14	9.3
9.2	2	1.3
9.4	1	.7
9.5	2	1.3
10.0	4	2.7
TOTAL	150	100.0

B) El 40.7% de las mujeres obtuvo un promedio de 8.0 lo cual indica que una parte importante de la muestra tuvo un buen aprovechamiento escolar en términos de calificaciones aunque en segundo lugar esta el 21.3% que obtuvo un promedio de 7.0 de calificación.

### C) ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 Primaria	44	29.3
2 Secundaria	34	22.7
3 Bachillerato	48	32.0
4 Licenciatura	23	15.3
5 Posgrado	1	.7
	150	100.0

C) El 32.0% de la muestra llegó a nivel bachillerato, el 15.3% a nivel licenciatura y tan solo el .7% a nivel posgrado, lo cual indica que poco mas de la mitad solo estudió primaria o secundaria.

### D) LUGAR DE ORIGEN

ORIGEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 DISTRITO FEDERAL	103	68.7
2 ZONA CONURBANA	7	4.7
3 PROVINCIA	40	26.7
TOTAL	150	100.0

D) Mas de la mitad de la muestra proviene del Distrito Federal con un 68.7%, el 26.7% proviene de provincia y tan solo el 4.7% de la zona conurbana, lo cual indica que las mujeres que viven en la ciudad son las que más asisten a consulta psicológica o psiquiátrica.

### E) TIEMPO DE ESTAR CASADAS

TIEMPO (Años)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	7	4.7
2	10	6.7
3	6	4.0
4	1	.7
5	8	5.3
6	4	2.7
7	6	4.0
8	2	1.3
9	7	4.7
10	15	10.0
11	5	3.3
12	11	7.3
13	6	4.0
14	2	1.3
15	8	5.3
16	7	4.7
17	2	1.3
19	3	2.0
20	9	6.0
21	2	1.3
22	8	5.3
23	1	.7
24	3	2.0
25	5	3.3
26	2	1.3
27	1	.7
28	3	2.0
29	1	.7
30	3	2.0
31	1	.7
40	1	.7
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

E) Las mujeres que tienen 10 años de casadas constituyen el mayor grupo dentro de la muestra con un 10.0%, en segundo lugar se encuentran las que tienen 12 años de casadas con el 7.3% y el tercer lugar las que tienen 2 años con el 6.7%, lo cual indica que las mujeres que más asisten a consulta tienen entre 2 y 12 años de casadas.

#### F) NUMERO DE HIJOS

No. DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	30	20.0
2	53	35.3
3	42	28.0
4	15	10.0
5	3	2.0
6	4	2.7
7	1	.7
8	2	1.3
TOTAL	150	100.0

G) El 35.3% de la muestra tiene 2 hijos, el 28.0% tienen 3 hijos y el 20.0% tiene 1 hijo, lo cual indica que la mayoría de las mujeres de la muestra tienen de 1 a 3 hijos.

#### H) LUGAR QUE OCUPA ENTRE SUS HERMANOS

LUGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1°	35	23.3
2°	32	21.3
3°	27	18.0
4°	22	14.7
5°	11	7.3
6°	9	6.0
7°	3	2.0
8°	2	1.3
9°	6	4.0
10°	2	1.3
12°	1	.7
TOTAL	150	100.0

G) El 23.3% de la muestra ocupó de primer lugar entre sus hermanos, el 21.3% el segundo lugar, y el 18.0% ocupó el tercer lugar entre sus hermanos, lo cual nos indica que la mayor parte de la muestra ocuparon los 3 primeros sitios.

I) VIVE CON ESPOSO

VIVE CON ESPOSO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 SI	106	70.7
2 NO	44	29.3
TOTAL	150	100.0

H) La mayoría de las mujeres de la muestra viven con su esposo y representan el 70.7%, mientras que el 29.3% no vive con su esposo, lo cual nos indica que la mayoría de las mujeres que acuden por apoyo psicológico o psiquiátrico son casadas y viven actualmente con su esposo.

En resumen, la mayor parte de la muestra para este estudio tiene entre 30 y 45 años; su último promedio escolar fue entre 7.0 y 8.0; sólo estudiaron entre primaria y secundaria; viven en el Distrito Federal; tienen entre 2 y 12 años de casadas; tienen de 1 a 3 hijos; ocuparon alguno de los tres primeros lugares entre sus hermanos, y viven con su esposo.

De acuerdo al objetivo general, y los tres primeros objetivos específicos de esta investigación, se presentan las siguientes tablas:

## 1) DEPRESIÓN

DEPRESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 BAJA	65	43.3
2 MEDIA	76	50.7
3 ALTA	9	6.0
TOTAL	150	100.0

1) El porcentaje de mujeres que presentaron una depresión media fue del 50.7%, lo cual indica que poco más de la mitad de la muestra sufren de una depresión importante. Esto concuerda con lo que dice Bleichmar (1995): Entre las mujeres, la depresión toma formas particulares y cada una de estas formas se pueden presentar en distintos grados de severidad. No todas las mujeres que sufren depresiones experimentan todos los síntomas. Algunas sufren unos pocos, y muchas no se dan cuenta de que están seriamente deprimidas. 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.

## 2) ESCALAS DE AUTOESTIMA

### 2.1) AUTORECHAZO

AUTORECHAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 BAJO	82	54.7
2 MEDIO	54	36.0
3 ALTO	14	9.3
TOTAL	150	100.3

2.1) El 54.7% de las mujeres muestran un bajo autorechazo, es decir, que la percepción que tienen de sí mismas no es tan negativa, aunque el 36.0% de la muestra tiene un autorechazo medio. Según Mruk (1999) está consensuado que el género es capaz de influir en cierto grado sobre la autoestima y que esta influencia



se produce en una dirección razonable predecible. En términos de la estructura general, las mujeres de nuestra sociedad parecen inclinarse hacia el componente de merecimiento de la autoestima (ser valoradas en términos de aceptación o rechazo).

## 2.2) AUTOEVALUACIÓN

AUTOEVALUACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 BAJA	69	46.0
2 MEDIA	65	43.3
3 ALTA	16	10.7
TOTAL	150	100.0

2.2) Las mujeres que tienen un promedio bajo en la escala de autoevaluación representan un 46.0% lo cual nos dice que no hacen una evaluación tan negativa de sí mismas aunque si hay presencia de ideas negativas. Según Wworell y Remer (1992) el hecho de que el cumplimiento de sus funciones no les sea del todo satisfactorio las lleva a la depresión y a la culpa por considerarse a sí mismas “desnaturalizadas”. Muchas mujeres luchan contra esto y tratan de cumplir sus funciones, pero la insatisfacción sigue presente, actuando como un agente patógeno.

## 2.3) FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESCOLAR

FUNCIONAMIENTO F Y E	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 BAJO	45	30.0
2 MEDIO	93	62.0
3 ALTO	12	8.0
TOTAL	150	100.0

2.3) El 62% de las mujeres de la muestra tienen un nivel medio en el funcionamiento familiar y escolar ya que no están conformes con su desarrollo en

estas áreas. Según Alegría (1975) la familia esta fundada en la esclavitud manifiesta o disimulada de la esposa. Toda esposa tiene que vivir a sabiendas de que no tiene más que su casa y su familia, mientras su casa es la base ideal para que su fatigado esposo se retire y tenga su conversación menos amena, muestre sus peores modales y se prepare para salir nuevamente.

#### 2.4) AUTOADAPTACIÓN

AUTOADAPTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 BAJA	45	30.0
2 MEDIA	80	53.3
3 ALTA	25	16.7
TOTAL	150	100.0

2.4) El 53.3% de la muestra presenta autoadaptación a un nivel medio, lo cual quiere decir, que hay presencia de factores que no le permiten adaptarse a los cambios. Según Coopersmith (1967), no hay duda que el desarrollo de la autoestima comienza en el núcleo familiar y las relaciones objetales. Pero es de gran relevancia reconocer que la autoestima se sigue desarrollando durante toda la vida del individuo. La autoestima es dinámica y sus componentes que son las diferentes partes del self, están siempre en desarrollo y cambio, y en todas las etapas de la vida es influenciada tanto por las experiencias externas y sus consecuencias como por la realidad interna que viva el sujeto, y cualquier cambio en una de las partes de la autoestima provocará un cambio en la misma.

### 3) CORRELACIÓN PEARSON (2-TAILED)

Nivel de relación entre Depresión y cada escala de Autoestima, así como cada escala de autoestima entre sí.

	AUTORECHAZO	AUTOEVALUACIÓN	FUNC. FAM. Y ESCOLAR	AUTOADAPTACIÓN
<b>DEPRESIÓN</b>	.571	.560	.558	.460
AUTORECHAZO	1.000	.700	.440	.512
AUTOEVALUACIÓN		1.000	.494	.523
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESC.			1.000	.356

3) La correlación que existe entre la escala de Depresión y cada escala de autoestima es *significativa* a un nivel de 0.01, lo cual nos indica que hay una alta relación entre Depresión y autoestima. Según Harter, 1993 en Mruk, 1999 la depresión es una de las conexiones más frecuentemente citadas entre autoestima baja y psicopatología. Una prueba de esta conexión son las aparentes similitudes cognitivas entre personas deprimidas y personas con autoestima baja. Los psicólogos (Ellis y Harper, 1977 en Mruk, 1999) y los psiquiatras (Burns, 1980, en Mruk, 1999) encuentran que ciertas distorsiones cognitivas son frecuentes en la depresión. Coinciden, por ejemplo, en que los individuos deprimidos ejecutan a menudo patrones irracionales de pensamiento, o mantienen ideas sobre sí mismos o situaciones que no se corresponden con los hechos de la realidad. Este acto refuerza tales patrones cognitivos y conductuales negativos que, a su vez, los hacen más probables. Una vez que esto ocurre, los problemas con la depresión son más probables y más seguros.

## 5.2 OTROS DATOS ANEXOS

Además de los resultados antes expuestos, dentro del análisis se encontraron otros datos interesantes. A continuación se presentan las tablas donde se obtienen estos datos.

### ANOVA (Análisis factorial de varianza)

DEPRESIÓN CONTRA ESCALAS DE AUTOESTIMA	F	SIG
DEPRESIÓN-AUTORECHAZO	.951	.331
DEPRESIÓN-AUTOEVALUACION	1.224	.270
DEPRESIÓN-FUNC. FAM. Y ESCOLAR	.071	.791
DEPRESIÓN-AUTOADAPTACION	.730	.394

En la presente tabla se muestra la diferencia entre varianzas de la escala de depresión con cada escala de autoestima. Depresión y Autorechazo presentan una F de .951, Depresión y Autoevaluación una F de 1.224, Depresión y Autoadaptación una F de .730, lo cual indica que en estos tres casos hay una similitud importante entre las varianzas. En Depresión y Funcionamiento familiar y escolar hay una F de .071 lo cual nos dice que no hay una similitud importante entre estas varianzas.

POST HOC (Comparación múltiple entre las medias)

DEPRESION		AUTORECHAZO	AUTOEVALUACION	FUNCIONAMIENTO FAM. Y ESC.	AUTOADAPTACION
1 BAJO	2 MEDIO	-.5808*	-.5652*	-.5275*	-.5690*
	3 ALTO	-1.3863*	-1.3897*	-1.1.94*	-.9214*
2 MEDIO	1 BAJO	0.5808*	.5652*	.5275*	.5690*
	3 ALTO	-.8056*	-.8246*	-.5819*	-0.3523
3 ALTO	1 BAJO	1.3863*	1.3897*	1.1094*	.9214*
	2 MEDIO	.8056*	.8246*	.5819*	0.3523

La diferencia entre las medias es significativa a un nivel de .05 en todas las escalas excepto en la de Depresión y Autoevaluación medio-alto con un valor de -0.3523 y en alto-medio de las mismas escalas con el mismo valor.

*TABLAS CROSSTAB*

a) LUGAR DE ORIGEN

Tabla a-1)

LUGAR DE ORIGEN	VIVE CON ESPOSO	
	SI	NO
1 DF	72	31
2 Zona Conurbana	5	2
3 Provincia	29	11
TOTAL	150	

a-1) De las 103 mujeres que viven en el Distrito Federal, 72 viven con su esposo

Tabla a-2)

LUGAR DE ORIGEN	DEPRESIÓN		
	BAJA	MEDIA	ALTA
1 DF	44	50	9
2 Zona Conurbana	4	3	-
3 Provincia	17	23	9
TOTAL	1 5 0		

a-2) De las 103 mujeres que viven en el distrito federal 50 sufren de depresión media

Tabla a-3)

LUGAR DE ORIGEN	AUTORECHAZO			AUTOEVALUACION			FUNC. FAM. Y ESC.			AUTOEVALUACION		
	B	M	A	B	M	A	B	M	A	B	M	A
	1 DF	56	35	12	43	47	13	25	66	12	30	56
2 Zona Conurbana	3	4	-	3	3	1	2	5	-	1	4	2
3 Provincia	23	15	12	23	15	2	18	22	12	14	20	6
TOTALES	1 5 0			1 5 0			1 5 0			1 5 0		

a-3) De todos los casos que viven en el D.F. 66 tienen un Funcionamiento familiar y escolar medio.

b) LUGAR QUE OCUPA ENTRE HERMANOS

Tabla b-1)

LUGAR QUE OCUPA ENTRE HERMANOS	DEPRESIÓN		
	BAJA	MEDIA	ALTA
1	13	19	3
2	19	11	2
3	9	17	1
4	12	9	1
5	4	7	-
6	4	5	-
7	2	-	1
8	-	1	1
9	2	4	-
10	-	2	-
12	-	1	-
TOTAL		1 5 0	

b-1) Las mujeres que mas sufrieron depresión media y alta fueron las que ocuparon el primer lugar entre sus hermanos, es decir, eran las mayores.

Tabla b-2)

LUGAR QUE OCUPA ENTRE HERMANOS	AUTORECHAZO			AUTOEVALUACION			FUNC. FAM. Y ESC			AUTOADAPTACION			
	B	M	A	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
1	16	13	6	14	18	3	11	24		7	21	7	
2	20	10	2	15	13	4	13	16		16	11	5	
3	15	9	3	11	12	4	8	16		9	13	5	
4	15	7	-	14	6	2	7	11		7	13	2	
5	7	3	1	5	5	1	3	7		2	8	1	
6	4	4	1	5	4	-	1	8		3	4	2	
7	1	2	-	1	2	-	-	2		-	2	1	
8	-	1	1	-	1	1	-	2		-	2	-	
9	3	3	-	3	3	-	2	4		-	5	1	
10	1	1	-	-	1	1	-	2		-	1	1	
12	-	1	-	1	-	-	-	1		1	-	-	
TOTAL		1	5	0		1	5	0			1	5	0

b-2) Las mujeres que mas sufrieron de autoestima baja, media y alta fueron las que ocuparon alguno de los tres primeros lugares entre sus hermanos.

c) PROMEDIO ESCOLAR

Tabla c-1)

PROMEDIO ESCOLAR	VIVE CON ESPOSO	
	SI	NO
6.0 – 6.9	6	2
7.0 – 7.9	24	19
8.0 – 8.9	57	19
9.0 – 9.9	16	3
10	3	1
TOTAL		150

c-1) 57 de las mujeres que viven con su esposo obtuvieron un promedio entre 8.0 y 8.9 de calificación.



Tabla c-2)

PROMEDIO ESCOLAR	DEPRESIÓN		
	BAJA	MEDIA	ALTA
6.0 – 6.9	2	6	-
7.0 – 7.9	17	23	3
8.0 – 8.9	36	36	4
9.0 – 9.9	9	9	1
10	1	2	1
TOTAL	1 5 0		

c-2) Las mujeres que más sufrieron de depresión baja, media y alta obtuvieron un promedio escolar entre 8.0 y 8.9.

Tabla c-3)

PROMEDIO ESCOLAR	AUTORECHAZO			AUTOEVALUACION			FUNC. FAM. Y ESC			AUTOADAPTACION		
	B	M	A	B	M	A	B	M	A	B	M	A
	6.0 – 6.9	3	5	-	2	5	1	1	7	-	1	6
7.0 – 7.9	22	16	5	17	23	3	10	28	5	12	22	
8.0 – 8.9	40	30	6*	37*	28	11	26*	44	6	20*	42	14
9.0 – 9.9	16	3	1	12	6	1	7	11	1	11	8	-
10	1	1	2	1	3	-	1	3	-	1	2	1
TOTALES	1 5 0			1 5 0			1 5 0			1 5 0		

c-3) Las mujeres que más sufrieron de baja autoestima fueron las que obtuvieron un promedio escolar de 8.0 y 8.9.

d) TIEMPO DE CASADA

Tabla d-1)

TIEMPO DE CASADA (AÑOS)	NUMERO DE HIJOS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1 – 10	26	26	10	3	1	-	-	-
11 – 20	3	23	19	4	1	1	-	2
21 – 30	1	3	13	8	1	2	1	-
31 – 40	-	1	-	-	-	1	-	-
TOTAL	1 5 0							

d-1) La mayoría de las mujeres que tenía de 1 a 2 hijos también tenían de 1 a 10 años de casadas.

Tabla d-2)

TIEMPO DE CASADA (AÑOS)	VIVE CON ESPOSO	
	SI	NO
1 – 10	44	22
11 – 20	42	11
21 – 30	19	10
31 – 40	1	1
TOTAL	1 5 0	

d-2) Las mujeres que tienen de 1 a 10 años de casadas, 44 viven con su esposo.

Tabla d-3)

TIEMPO DE CASADA (AÑOS)	DEPRESIÓN		
	BAJA	MEDIA	ALTA
1 – 10	27	33	6
11 – 20	26	25	2
21 – 30	12	16	1
31 – 40	-	2	-
TOTAL	1 5 0		

d-3) Las mujeres que mas sufrieron de depresión baja, media y alta son las que tienen de 1 a 10 años de casadas

Tabla d-4)

TIEMPO DE CASADA (AÑOS)	AUTORECHAZO			AUTOEVALUACION			FUNC. FAM. Y ESC.			AUTOADAPTACION		
	B	M	A	B	M	A	B	M	A	B	M	A
1 – 10	30	25	11	25	31	10	15	45	6	16	35	15
11 – 20	33	18	2	30	19	4	19	30	4	18	28	7
21 – 30	19	9	1	14	13	2	11	16	2	11	15	3
31 – 40	-	2	-	-	2	-	-	2	-	-	2	-
TOTAL	1 5 0			1 5 0			1 5 0			1 5 0		

d-4) Las mujeres que más tuvieron baja autoestima fueron las que tienen entre 1 y 20 años de casadas.

e) NUMERO DE HIJOS

Tabla e-1)

NUMERO DE HIJOS	VIVE CON ESPOSO	
	SI	NO
1	18	12
2	39	14
3	31	11
4	10	5
5	3	-
6	3	1
7	1	-
8	1	1
TOTAL	150	0

e-1) 39 de las mujeres que viven con su esposo tienen 2 hijos.

Tabla e-2)

NUMERO DE HIJOS	DEPRESIÓN		
	BAJA	MEDIA	ALTA
1	15	11	4
2	25	25	3
3	18	23	1
4	4	10	1
5	1	2	-
6	2	2	-
7	-	1	-
8	-	2	-
TOTAL	150	50	0

e-2) Las mujeres que más sufrieron de Depresión baja, media y alta fueron las que tienen de 1 a 2 hijos

Tabla e-3)

NUMERO DE HIJOS	AUTORECHAZO			AUTOEVALUACION			FUNC. FAM. Y ESC.			AUTOADAPTACION		
	B	M	A	B	M	A	B	M	A	B	M	A
1	15	11	4	14	11	5	10	16	4	10	14	6
2	30	17	6*	26*	20	7	17*	32	4	15*	29	9
3	25	13	4	17	22	3	11	29	2	10	26	6
4	7	8	-	7	7	1	5	8	2	6	6	3
5	2	1	-	3	-	-	-	3	-	2	1	-
6	2	2	-	1	3	-	2	2	-	1	2	1
7	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-
8	1	1	-	1	1	-	-	2	-	1	1	-
TOTAL	1 5 0			1 5 0			1 5 0			1 5 0		

e-3) Las mujeres que mas tuvieron baja autoestima fueron las que tienen 2 hijos.

## CAPÍTULO 6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Después de haber obtenido los resultados del presente trabajo en donde se cubren los objetivos de la investigación discutiremos y concluiremos acerca de ellos.

A lo largo de este trabajo, hemos encontrado que la mujer es más propensa a la depresión que el hombre, como también lo cita Bleichmar (1995) quien señala que 1 de cada 5 mujeres sufre de depresión a diferencia de 1 de cada 10 hombres. Más si nos referimos específicamente a las amas de casa, quienes son blanco de exigencias que las llevan a situaciones estresantes y desencadenan varias enfermedades como la depresión nos explica Ojeda (1975).

En nuestra cultura las diferencias entre hombres y mujeres, y la subordinación de éstas ante ellos no es debido a un hecho biológico, sino social he históricamente determinado (Lamas, 1986 en Castillo, 1996). La sociedad en la que vivimos enseña a las mujeres patrones de conducta que se consideran "normales" pero que sin duda causan un malestar en la mujer.

Ahora bien, si la depresión es uno de esos malestares importantes eso también nos lleva a hablar de autoestima, Harter, 1993 en Mruk, 1999 señalan que es una de las conexiones más frecuentemente citadas. La depresión va muy ligada de la baja autoestima y viceversa ya que están íntimamente relacionadas. Un modo en el que parecen vinculados es que la autoestima protege a los individuos de los contratiempos, sin embargo una vez abiertas las grietas en tal escudo protector, es fácil que se instaure la depresión. Entonces, el individuo es fácilmente superado por un estresor determinado o una serie de estresores. El aumento de la vulnerabilidad implica una menor capacidad para resolver problemas nos dice Mruk, (1999).

Entonces de acuerdo a lo anterior, y a nuestro primer objetivo general: determinar si existe una relación significativa entre depresión y autoestima, podemos decir que sí existe una relación significativa como se muestra en la tabla 3 del capítulo de resultados 6.1, donde muestra que la correlación entre depresión y autoestima es significativa a un nivel de 0.01. Se acepta la hipótesis alterna.

Dentro de los objetivos específicos, el primero fue conocer el grado de depresión en amas de casa, lo cual está representado en la tabla 1 del capítulo de resultados 6.1, donde el porcentaje de mujeres que presentaron una depresión media fue del 50.7%, lo cual indica que poco más de la mitad de la muestra sufren de una depresión importante. Esto concuerda con lo que dice Bleichmar (1995): *Entre las mujeres, la depresión toma formas particulares y cada una de estas formas se pueden presentar en distintos grados de severidad.*

El segundo de nuestros objetivos específicos fue conocer el nivel de autoestima en amas de casa, donde encontramos lo siguiente:

El 54.7% de las mujeres muestran un bajo autorechazo, es decir, que la percepción que tienen de sí mismas no es tan negativa, aunque el 36.0% de la muestra tiene un autorechazo medio. Las mujeres que tienen un promedio bajo en la escala de autoevaluación representan un 46.0% lo cual nos dice que no hacen una evaluación tan negativa de sí mismas aunque si hay presencia de ideas negativas. El 62% de las mujeres de la muestra tienen un nivel medio en el funcionamiento familiar y escolar ya que no están conformes con su desarrollo en estas áreas. El 53.3% de la muestra presenta autoadaptación a un nivel medio, lo cual quiere decir, que hay presencia de factores que no les permiten adaptarse a los cambios. (Tablas 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 del capítulo de resultados).

Todo lo anterior concuerda con lo que nos dice Bleichmar, (1995), la ama de casa está sometida entonces, a las labores exclusivas del hogar y de la maternidad, lo cual la puede conducir hacia una dependencia de los hijos. Las

labores que realiza no son remuneradas y por ende también hay una dependencia económica, entonces, todo podría acabar en una dependencia psicológica lo cual puede perjudicar su autoestima.

De acuerdo al tercer objetivo específico de este trabajo donde se busca conocer el grado de influencia de la autoestima en la depresión de las amas de casa podemos observar que si la correlación entre autoestima y depresión es alta a un nivel de 0.01 entonces asumimos que hay un alto grado de influencia mutua. La mayoría de los clínicos observan en su trabajo estos dos lados de la moneda autoestima baja/depresión: ambas parecen estar tan íntimamente vinculadas que es difícil (si no imposible) decir cual es la primera.

El vínculo entre autoestima y depresión puede profundizarse aún más. Los suicidólogos señalan muchas veces que la autoestima baja influye repetidamente en ese fenómeno. Un modo en el que parecen vinculados es que la autoestima protege a los individuos de los contratiempos, sin embargo una vez abiertas las grietas en tal escudo protector, es fácil que se instaure la depresión (Mruk, 1999).

En el cuarto y último objetivo específico donde se pretende identificar opciones que ayuden a las amas de casa a salir de la depresión, podemos decir, que ahora que sabemos que tan relacionadas se encuentran la baja autoestima con la depresión entonces tratar de aumentar la autoestima en estas mujeres debe dar como consecuencia menos depresión. Esta teoría es apoyada por Mruk, (1999); si existe un vínculo entre autoestima y depresión, entonces el fortalecimiento de la autoestima mediante una terapia convencional podría ser útil. Y si la medicación permite a las personas sentir un mayor control de sus vidas, lo que puede equivaler a una forma de competencia, ¿no fortalece eso la autoestima? En cualquier caso, el aumento de la autoestima parece ser esencial en el tratamiento.

Pero las terapias convencionales no son la única opción de tratamiento contra la depresión y la baja autoestima ya que existen muchos otros medios como los grupos de auto-ayuda, talleres de depresión, campañas de prevención e información, terapias ocupacionales, pláticas e incluso la combinación de una o más de estas actividades ya que en ocasiones funciona mejor alternar dos tratamientos, realmente depende de la persona que está buscando ayuda y de lo que a ella le ayude dentro de sus posibilidades sociales y económicas. Lo que importa es que se obtenga un resultado favorable que ayude a la mujer a no recaer en el hecho depresivo sino que aprenda a revalorarse y a reconocerse así como a transmitir esas enseñanzas a futuras generaciones.

Habiendo cumplido con los objetivos de esta investigación podemos concluir lo siguiente:

Las amas de casa son mujeres que viven con agentes estresores a diario, el cuidado de la casa, de los hijos y de su esposo; diariamente tiene que cumplir con las expectativas de los que la rodean: su familia. Todo esto la lleva a cumplir automáticamente con sus quehaceres y a olvidarse de ella misma lo cual hace que su autoestima baje y que caiga en el hecho depresivo. Una vez que se encuentra en esta situación comienza un círculo vicioso en donde se rechaza a sí misma y esto a su vez la deprime más sin que pueda encontrar una solución. Ahora bien, las mujeres tienden a expresar con mayor facilidad sus sentimientos y por lo tanto a buscar ayuda, es ahí donde los profesionales de la salud tienen un trabajo importante con este factor de la población ya que cada vez tiene más demanda.

Pero, ¿Cuáles son las medidas que se toman al respecto?, ¿cómo se atienden a estas mujeres?, ¿cuál es el tratamiento adecuado? Se pretende que esta investigación haya contribuido en algo al conocimiento del tema y a reflexionar acerca de los tratamientos eficaces en este tipo de situaciones. Como ya lo mencionamos, una alternativa es el ayudar para que estas mujeres mejoren su autoestima y que comiencen a sentirse mejor, que estén más preparadas y



sean más asertivas en la solución de sus problemas, que logren buscar soluciones que las hagan sentirse mejor consigo mismas y hacer frente a la depresión que pudiera manifestarse.

Además, podemos trabajar en campañas de prevención donde se promueva una salud mental de la mujer y donde se hable abiertamente de depresión ya que muchas de ellas no saben que están deprimidas, así se estaría previniendo y al mismo tiempo trabajando con aquellas que necesitan de esta ayuda de manera consistente.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de la investigación presentada, observamos que sería mejor que el rango de edad de las mujeres estudiadas fuera más amplio y así se pudiera generalizar a todas las mujeres, además de que sería interesante hacer este estudio dentro de todos los CECOSAM (Centro Comunitario de Salud mental) del distrito federal para hablar de las mujeres de la ciudad específicamente.

Para investigaciones posteriores se puede sugerir que se investiguen otros factores que también determinan la depresión ya que no solo la autoestima está implicada en este hecho, podría ser la calidad de vida, el ciclo biológico en el que se encuentra la mujer, o la muerte de algún miembro de la familia.

También, se sugiere una investigación enfocada específicamente a determinar cuáles son los factores importantes que mejoran la autoestima como complemento de esta investigación.

Todo lo que tenga que ver con las amas de casa quienes han sido olvidadas en el marco de la salud mental, ya que podrían ser nuestras esposas, madres, hermanas o nuestras hijas.

## ANEXO

### INSTRUMENTO:

- a) Preguntas sociodemográficas
- b) Escala de depresión (EAMD)- 20 reactivos
- c) Escala de autoestima- 20 reactivos

FECHA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ ULTIMO PROMEDIO ESCOLAR: \_\_\_\_\_  
ORIGINARIA DE: \_\_\_\_\_ TIEMPO DE CASADA: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE HIJOS: \_\_\_\_\_ LUGAR QUE OCUPASTE ENTRE TUS HERMANOS: \_\_\_\_\_  
¿VIVES CON TU ESPOSO? SI NO

### INSTRUCCIONES

A CONTINUACION ENCONTRARAS UNA SERIE DE AFIRMACIONES EN LAS CUALES TE DESCRIBES A TI MISMA, TAL COMO TU TE VES.  
LEE CADA AFIRMACION CUIDADOSAMENTE Y DESPUÉS MARCA EL NUMERO EN EL PARÉNTESIS CON LA OPCION QUE MEJOR TE DESCRIBE CUIDANDO NO EQUIVOCARTE. NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS.

1. NUNCA      2. ALGUNAS VECES      3. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO      4. SIEMPRE

1. Me siento abatida y melancólica..... ( )
2. En la mañana me siento mejor..... ( )
3. Tengo accesos de llanto y deseos de llorar..... ( )
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche..... ( )
5. Como igual que antes solía hacerlo..... ( )
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales..... ( )
7. Noto que estoy perdiendo peso..... ( )
8. Tengo molestias de constipación..... ( )
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre..... ( )
10. Me canso sin hacer nada..... ( )
11. Tengo la mente tan clara como antes..... ( )
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro..... ( )
13. Me siento intranquila y no puedo mantenerme quieta..... ( )
14. Tengo esperanza en el futuro..... ( )
15. Estoy más irritable de lo usual..... ( )
16. Me resulta fácil tomar decisiones..... ( )
17. Siento que soy útil y necesaria..... ( )
18. Mi vida tiene bastante interés..... ( )
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome..... ( )
20. Todavía disfruto con las mismas cosas..... ( )
21. Siento que soy un fracaso..... ( )
22. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí..... ( )
23. Se me hace muy difícil hablar en público..... ( )
24. Las cosas son un desastre en mi vida..... ( )
25. Me enoja fácilmente en mi casa..... ( )
26. He querido abandonar mi casa..... ( )
27. Siento que no tengo mucho de que estar orgullosa..... ( )
28. Tengo baja opinión de mí misma..... ( )
29. Me lleva mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cambio..... ( )
30. Me siento mal en la escuela..... ( )
31. Tomo una actitud positiva hacia mí misma..... ( )
32. La mayoría de las personas son mejores que yo..... ( )
33. Me siento mal por las cosas que hago..... ( )
34. Mi familia me comprende..... ( )
35. Me siento inútil..... ( )
36. Desearía ser otra persona..... ( )
37. Siento que mi familia me presiona..... ( )
38. Pienso que no soy buena..... ( )
39. Se me hace difícil aceptarme a mí misma..... ( )
40. Mi vida es muy complicada..... ( )

## BIBLIOGRAFÍA

Adler, A. (1912) The practice and theory of individual psicology. N. Y. Harcourt, Brace.

Aguila, N. Y Ptak, M. (1983) La depresión durante el climaterio en mujeres que trabajan fuera del hogar y amas de casa. Tesis de Licenciatura. UNAM

Alegría, J. A. (1975) Psicología de las mexicanas. México. Ed Samo, S. A.

Arieti, S. (1978) Psicoterapia de la depresión. México. Ed. Paidós

Barberá, E. (1998) Psicología del género. Barcelona. Ed. Ariel.

Bleichmar, E. D. (1995) La depresión en la mujer. Temas de hoy. Madrid España. Ediciones temas de hoy, S. A.

Burin, M. (1990) El malestar en las mujeres: La tranquilidad recetada. México. Paidos.

Bringas, E. (1987): Autoestima en la mujer mexicana a partir de su rol sexual, tradicionalismo, modernización y su nivel socioeconómico. Tesis de licenciatura Facultad de Psicología. UNAM.

Caballo, V. E. (1995) Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos. Vol. España: Siglo veintiuno de España Editores, S. A.

Camacho, M. (2001) Escala de autoestima. Facultad de Psicología. UNAM.

Castillo, O. y Maldonado, G. (1996) Evitación del éxito en mujeres amas de casa y sus correlatos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Clemes, H. y Bean, R. (1998) Como desarrollar la autoestima en los niños Ed. Debate.

Cochrane, R. (1992) Incidencia de la depresión en hombres y mujeres. Buenos Aires: Nueva visión.

Coopersmith, S. O. (1967) The antecedents of self esteem. W. H. Freeman and company, San Francisco.

Davison, G. C. (2000) Psicología de la conducta anormal. México: Limusa Wiley

DSM III (1989) Manual y Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.

DSM IV-R (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson

Dicaprio, N. (1989) Teorías de la personalidad. México. McGraw Hill.

Duran, M. (1986) La jornada interminable. Icaria, Barcelona

Feighner, J. P. y Boyer, W. F. (1991) Diagnóstico de la depresión. Vol. 2: Chichester

Ey, H. (1965) Tratado de Psiquiatría. México: Masson.

Fernández, J. (1997) Género y sociedad. Madrid: Pirámide

Field, L. (1997) Autoestima para la mujer. Barcelona: Kairós

Lara, F. (1996) Síntomas emocionales y los roles familiares en mujeres mexicanas: estudio proyectivo e interpretación de género. Acta Psiquiát. Psicol. Amér. Lat., Número 4.

Macias, A. (1987) La autoestima, rol sexual y nivel socioeconómico. Tesis de licenciatura: Facultad de Psicología. UNAM.

Martí, T. Y Murcia, G. (1988) Enfermedad mental y entorno urbano: Metodología e Investigación. Barcelona. Ed. Anthropos.

Martínez, M. (1987) El rol sexual y la autoestima en las mujeres. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Michaca, P. (1987) Desarrollo de la personalidad, teoría de las relaciones objetales. México: Pax México.

Mruk, C. (1999) Autoestima (Investigación, teoría y práctica). Bilbao España. Biblioteca de Psicología.

Ochoa, A. (1987) Factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto durante la adolescencia. Tesis de maestría, Facultad de Psicología. UNAM.

Ojeda, P. (1975) Situación de la mujer en México. Programa de México para el año internacional de la mujer.

Orendain, T. (1997) La depresión en la mujer: Perspectiva psicosocial. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM

Organización Panamericana de la Salud. O. M. S. (2003) Mental Health ubicado en: <http://www.oms.com>

Raidl, L. (1987) Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del D. F. Revista de la asociación latinoamericana de psicología. Vol. 1

Rodríguez, M. (1985) Autoestima clave del éxito. México: Trillas.

Rojtenberg, S. Mayo/Junio (1994) ¿Fracasa la psicofarmacología frente a la depresión? Revista Prensa Psicológica, Número 2. Buenos Aires.

Suárez, G. (1998) Validación de la Escala de la Depresión de Zung en adolescentes estudiantes de secundaria mexicanos. Tesis de licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología.

Sue, D. et. al. (1994) Comportamiento Anormal. México: McGraw- Hill.

Tovar, M. (1998) Análisis interno y validación de la escala de Zung en pacientes deprimidos. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM

Tovar R. (1996) La autoestima en la mujer económicamente activa y la mujer no económicamente activa. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.

Winnicott, D. (1988) Realidad y juegos. Bs. As. Granica Editor.

Vallerando, R., Pelletier, C., Grange, F. (1991) On the multidimensional perspective of self esteem. Group comparison approach. USA.

Vite, S. (1989) El ingreso económico familiar y su relación con la autoestima de la mujer casada. Revista mexicana de psicología social. Vol. 2, 4. Facultad de Psicología, UNAM.

Worell, J. y Remer, P. (1992) Feminist perspectives in therapy. England: Wiley.