



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**TALLER PREVENTIVO SOBRE DEPRESIÓN REFORZANDO LA AUTOESTIMA  
EN AMAS DE CASA DE 30 A 45 AÑOS EN UNA POBLACIÓN RURAL.**

NOMBRE DEL ALUMNO: DOMINGUEZ ESQUIVEL IXBAAC NAYELLI

OPCIÓN DE TITULACIÓN: TESINA

DIRECTORA: LIC. LIDIA DIAZ SANJUAN

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, D. F.

JULIO, 2012.



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.

A las mujeres que inician con un sueño,  
Apuntaladas para no caer por Profesores y Amigos;  
A todos mi gratitud Eterna...  
Dedicada a mi familia;  
Pilar de la vida,  
Base del éxito y superación que enfrento.  
A todos aquellos que estuvieron conmigo,  
Y a quienes, con su ausencia;  
Me fortalecieron...

*El humor es la única muralla entre nosotros y la oscuridad.*

*M. Van Doren*

# INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	6
INTRODUCCION.....	8
CAPITULO I. DEPRESION EN LA MUJER.....	11
1.1 Definición.....	13
1.2 Características Generales.....	14
1.3 Historia de la Depresión.....	15
1.4 Mecanismos Neurobiológicos implicados en la depresión.....	16
1.5 Clasificación de la Depresión.....	18
1.5.1. Rol del Grupo Familiar	19
1.5.2. Depresión Normal	20
1.5.3. Trastorno Distímico	21
1.5.4. Depresión Mayor.	22
1.5.5. Desorden Bipolar (maniaco- depresivo).	22
1.5.6. Depresión con Rasgos Atípicos	24
1.5.7. Depresión Estacional o Desordenes Afectivos (SAD)	25
1.5.8. Depresión Posparto	25
1.5.9. Depresiones con Rasgos Psicóticos o Delirantes.	26
1.5.10. Depresión con Rasgos Melancólicos (depresión endógena).	26
1.5.11. Los Estados Mixtos.	27
1.5.12. Trastorno Ciclotímico.	27
1.6 Factores Psicológicos.	28
1.7 Factores Sociales.	30

CAPITULO II. AUTOESTIMA EN LA MUJER	35
2.1 Antecedentes.	35
2.2 Definición de autoestima	37
2.3 Factores que determinan la autoestima.	37
2.4 Niveles de Autoestima.	38
2.4.1 Autoestima alta (Equilibrada).	38
2.4.2. Autoestima Baja.	40
2.5 Autoestima en la Mujer.	42
2.6 Evaluación y Tratamiento.	50
2.7 Estrés y tratamiento de la depresión en la mujer	51
2.8 Definición de Estrés.	54
2.9 Causas de Estrés.	55
2.10 El estrés y la mujer.	58
2.11 Violencia hacia la mujer como antecesor de la depresión.	64
2.12 Tratamientos para la Depresión.	66
2.12.1. Terapias con medicamentos.	68
2.12.2. Terapias sin medicamentos.	69
2.12.3. ¿Cómo se trabaja una Depresión?	70

CAPITULO III. PROPUESTA	72
3.1 Justificación.	72
3.2 Taller Preventivo sobre Depresión Reforzando la Autoestima en amas de casa de 30 a 45 años en una población rural.	74
Primera Sesión	76
Segunda Sesión	78
Tercera Sesión	79
Cuarta Sesión	80
Quinta Sesión	81
CONCLUSIONES	82
REFERENCIAS	86

## RESUMEN

Según datos de la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental, elaborada por reconocido laboratorio, la depresión es una enfermedad frecuente: el 12 por ciento de las mujeres y el 7% de los hombres han presentado algún trastorno depresivo en un momento de su vida.

Esta enfermedad generalmente afecta diversos ámbitos de la vida cotidiana de quien la padece.

Con la inserción de la mujer al ámbito laboral se le duplicaron los roles a esta, por un lado aquella que desempeña las labores propias de un hogar como atender al esposo la crianza y educación de los hijos, y la que tiene que salir a trabajar fuera de casa, quien además de cumplir con las tareas antes mencionadas, debe cumplir con responsabilidades propias de su trabajo, esta duplicación de roles puede hacerla más vulnerable ante la depresión, el estrés y tener autoestima baja.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo se fundamenta en la prevención de la depresión en un grupo vulnerable como son las mujeres, las cuales también son el pilar de la estabilidad emocional dentro de la familia.

Se estructuró una guía sobre depresión, en la que se explica que es la depresión, porque nos deprimimos, como influye la historia personal, que hacer y a dónde acudir cuando se tienen los síntomas, de forma fácil y entendible para cualquier tipo de mujer.

El taller debe ser aplicado en círculos de mujeres de 10 como máximo para una mayor comprensión del tema, con el único objetivo de prevenir y atender oportunamente los síntomas si es que existen, canalizándolas a alguna institución competente o simplemente, reconocer los síntomas si es que estos se presentan.

El objetivo del Taller es que el grupo obtenga información, así como las herramientas necesarias para la prevención y tratamiento de la Depresión con el desarrollo de una autoestima sana (equilibrada). A través, de actividades grupales,

vivenciales que propicien el análisis, la reflexión, la expresión de pensamientos y sentimientos, para de este modo poder favorecer y reforzar los temas de autoconocimiento, la autoaceptación y autovaloración positiva. Para que el participante obtenga una imagen más realista de sí mismo utilizando herramientas de reestructuración cognitiva.

Palabras claves: **Depresión, Autoestima y Género femenino.**



## INTRODUCCION

Al mencionar la palabra Depresión, las mujeres se asustan, porque piensan que eso solo les pasa a las personas dementes, es interesante como se percibe la salud mental, cuando se presentan síntomas emocionales.

Desde esta visión que se genera en la cultura machista, se considera que las mujeres son de naturaleza débil, vulnerables y con carencias. Su psicopatología es reducida a problemas relacionados con su funcionamiento reproductivo, síndrome premenstrual, depresión posparto, climaterio, esterilidad, etc. Esta visión trivializa las quejas de las mujeres, y se les propone que se traten con medicamentos, porque piensan que sus malestares son de origen biológico, dando poca importancia a los factores sociocultural que las originan.

Por otra parte, los accidentes, el suicidio y la probabilidad de morir por cualquier enfermedad clínica, son más elevados en la población con trastorno depresivo mayor según estudios de la (ECA, Área de Capacitación Epidemiológica de los Estados Unidos). Estos estudios señalaron que los pacientes de 55 años o más con trastorno depresivo mayor tenían una tasa de mortalidad 4 veces mayor, para cualquier enfermedad, que la esperada para esos pacientes sin depresión.

Por otro lado, de los pacientes con depresión mayor severa que requieren hospitalización, más del 15% muere por suicidio.

No es difícil imaginar las consecuencias, del diagnóstico demorado o tardío de un cuadro de depresión, o de la no aceptación o cumplimiento del tratamiento.

El presente trabajo tiene como finalidad crear un taller que hable sobre la Depresión en cualquier grupo de mujeres, para que estas sepan prevenir, identificar, y comprender los síntomas, además de identificar los lugares a los cuales acudir si se presentan.

Se analizan los principales problemas de salud mental que afectan a las mujeres, desde una perspectiva que tiene en cuenta la construcción social. Así mismo, la primordial importancia de los recuerdos en su vida, y las vicisitudes de sus vidas

cotidianas, el objetivo es orientar a las mujeres, dándoles confianza en grupo sobre las dudas que tengan sobre el vasto tema de la Depresión, reafirmar su autoestima como consecuencia de entender los síntomas de esta enfermedad.

Cuando el líder de la familia se deprime, y en este caso la mujer; base de la familia, la cual se ha encargado de cuidar las necesidades familiares y hogareñas durante años, preparar fiestas y reuniones, cuidar a los nietos, asistir altibajos emocionales o económicos del cónyuge y, en general, de mantener la familia cohesionada. El inicio de la enfermedad depresiva precipita de forma inmediata conflictos familiares. Los componentes del grupo desean sinceramente ayudar al deprimido, pero carecen de capacidad y conocimientos para colaborar en el proceso terapéutico; la inestabilidad de la estructura familiar aumenta la ansiedad de cada miembro y pueden aparecer relaciones coléricas, conflictos o competencias, sobre todo entre los hijos, cuando algún miembro de la familia intenta asumir en la emergencia el papel de líder.

Cuanto más vulnerable se torne la persona con depresión, es más probable que espere la ayuda de los hijos. Ayuda que representa una pérdida de tiempo debido a que los familiares no lo saben o no pueden. Por el contrario, la familia con sentido de responsabilidad hacia sus otros miembros pueden proporcionar una ayuda importante.

El deprimido se percibe como una carga para la familia. Puede sentir que ya no tiene lugar dentro del grupo, como si hubiera dejado de compartir sus intereses y actividades. Puede desarrollar inseguridad, baja autoestima si se considera extraño a su familia.

Es por todo lo anterior que se pretende realizar este Taller con el único objetivo de concientizar y prevenir, para que la depresión no se convierta en un problema más grave.

El capítulo I llamado: Depresión en la Mujer, define y menciona las características generales, su historia y los mecanismos neurobiológicos implicados. Así como, su clasificación y factores psicológicos o sociales.

Del capítulo II: Autoestima en la Mujer, se definen los antecedentes, su concepto, los factores que la determinan, tipos de autoestima, el concepto de autoestima en la mujer específicamente y por último, su evaluación y tratamiento. Posteriormente, se menciona al estrés definiéndolo como causa, su interacción con la mujer y como afecta la violencia siendo un antecesor de la depresión. Los distintos tratamientos para la depresión y específicamente como se debe trabajar una depresión.

En el tercer y último capítulo, Propuesta; menciono el taller propiamente dicho, su justificación y la diversa estructura como se conforma, con el seguimiento minucioso de cada una de sus cinco sesiones, con las distintas actividades a desempeñar y el material necesario para su realización.

## CAPITULO I

### 1. DEPRESION EN LA MUJER.

#### INTRODUCCION

La depresión es reconocida como un problema de salud pública (Blazer, Kessler, Gonagle y Swartz, 1994). Estudios recientes realizados por Desjarlais, Eisenberger, Good y Kleinman (1996); Frenk, Lozano y Gonzalez-Block (1994) y Rios (2003) han demostrado el impacto y la trascendencia de este padecimiento ocupando hoy día el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes, se estima que para el 2020 será la segunda causa de morbilidad, por lo que solo le llevara la delantera a enfermedades del corazón. En México se han encontrado que cuatro millones de personas padecen algún síntoma de depresión (Consenso 2002).

El problema de la depresión de acuerdo a Calderón y Narváez (1999) tiende a aumentar en los próximos años, por los siguientes motivos:

1. El promedio del índice de expectativa de vida está aumentando en todos los países, por lo que también se ha incrementado el número y porcentaje de personas con mayor riesgo de padecerla.
2. El rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente de tensión intenso y creciente con la que se da la situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada lo que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.
3. El aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos como el reumatismo, los trastornos gastrointestinales, cerebrovasculares y los problemas neurológicos que, según se han demostrado, se asocian con depresión en 20% de los casos-
4. El uso creciente de medicamentos, algunos de los cuales, pueden causar depresión, como los antihipertensivos, las fenotiacinas y varios preparados

hormonales, como los anticonceptivos orales que gran número de mujeres consume.

Por lo anterior, cada vez es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud. La depresión severa hace que los individuos más vulnerables al suicidio, debido a ello, se ha observado que en Estados Unidos los intentos de suicidio se han incrementado de forma alarmante, en especial entre los jóvenes y más aún entre las mujeres menores de 30 años (Gasto, Vallejo y Menchon, 1993).

Otro dato interesante, es que en la actualidad la aparición de la depresión se presenta a edades más tempranas. Antes de la primera guerra mundial recalcan que la frecuencia de la “melancolía involuntaria” se daba entre los 40 y 50 años. Un estudio que se efectuó en el Centro de Salud Mental de Massachusetts después de la Segunda Guerra Mundial, reveló que la edad promedio de este tipo de enfermos era de 40 años. Por otra parte, estudios recientes en Estados Unidos indican que la edad promedio de pacientes deprimidos es de 30 años, lo que muestra que la depresión se está presentando en personas más jóvenes (Calderón y Narváez, 1999).

En México en una encuesta realizada en el Instituto Nacional de psiquiatría (INP), encontró que los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad aparecen a edad más temprana, y en ocasiones, por el uso de ciertas sustancias (Rios, 2003).

El mismo autor encontró que entre las enfermedades con el nivel más alto de discapacidad se encuentran: la depresión, el abuso del alcohol, el trastorno bipolar o maniaco depresivo, el trastorno obsesivo compulsivo y la esquizofrenia. Concluyendo que de acuerdo a estudios realizados en México y otros países, se pierden anualmente hasta 30 días laborales por problemas de depresión mayor y 14 por lesiones físicas (Rios, 2003)

Durante las últimas tres décadas, se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las comunidades, debido al cambio ecológico que ha sufrido el mundo. Sin embargo, en la actualidad se

cuentan con talleres eficaces para la detección oportuna, así como la forma de tratamiento.

Así mismo, en el Instituto nacional de Psiquiatría, se encontró que el estilo de vida y el nivel de estrés son importantes en la génesis de los trastornos mentales del país (Rios, 2003).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo más frecuente en el género femenino que en el masculino, con una relación de dos a uno (Caraveo, Colmenares y Saldivar, 1999; Elliot, 2001).

Estudios epidemiológicos realizados en la mayoría de los países occidentales muestra que por cada hombre deprimido existe el doble de mujeres con la misma afección. A estas cifras se debe sumar la sospecha que impera tanto en medios científicos como en el sentir general, de que las mujeres que padecen estados de depresión leve o pasajera, y que no consultan a los especialistas, son todavía más numerosas (Gasto, Vallejo y Menchon, 1993).

## 1.1 DEFINICION

La depresión debido a sus múltiples maneras de manifestarse y debido a la gran multiplicidad de sus causas es un poco difícil de definir. No obstante en términos generales podríamos definirla como un estado mental mórbido caracterizado por la tristeza, desaliento y fatigabilidad acompañado con frecuencia de ansiedad más o menos acentuada. Forma mínima de la melancolía.

Del latín *depressio*, hundimiento. Generalmente este es el estado experimentado por quienes la padecen, una sensación de hundirse lenta y gradualmente. Tanto el estado depresivo como la depresión propiamente dicha, interfieren en la persona produciendo alteraciones en su medio, en su familia, en el trabajo y en su sexualidad. Una de las características principales que acompañan este cuadro es la ansiedad.

De acuerdo a las investigaciones clínicas realizadas y a la experiencia cotidiana de muchos psicólogos en el tratamiento de pacientes depresivos se puede causar

la depresión como el resultado de múltiples causas y factores que adquieren carácter relevante (como pueden ser factores biológicos y psicosociales).

Los factores psicosociales son determinantes en la adquisición y desarrollo de la depresión pues de estos dependerá el tipo y la intensidad de la misma.

La predisposición hereditaria a la depresión es también aspecto de interés para contraer la enfermedad pero también influye la historia personal desde el momento del nacimiento. La educación también influye en la predisposición para contraer la depresión. Se puede decir que aun en el caso de no existir factores hereditarios es posible la adquisición de esta enfermedad, a partir de las experiencias y situaciones pasadas y actuales de la persona.

Tal es la magnitud de este fenómeno y su diversidad de formas de manifestarse que algunos la apodan como la plaga del presente milenio.

## 1.2 CARACTERISTICAS GENERALES

Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. Es una tristeza sin razón aparente que la justifique. Es una enfermedad tratable que puede afectar a las personas sin ninguna edad en especial, sexo o situación social.

Las características clínicas de la depresión desembocan en cuatro grandes categorías:

- Estado de ánimo (afecto): triste, melancólico, infeliz, hundido, vacío, preocupado, irritable.
- Cognición; pérdida de interés, dificultades en la concentración, baja autoestima, pensamientos negativos, indecisión, culpa, ideas suicidas, alucinaciones, delirio.
- Conducta: retraso, o agitación psicomotriz, llantos, abstinencia social, dependencia, suicidio.

- Somático (físico): trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), fatiga, aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, dolor, molestias gastrointestinales, disminución de la libido. (Hales, 1998).

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste, esto según el DSM - IV, el cual, permite realizar un diagnóstico oportuno.

### 1.3 HISTORIA DE LA DEPRESION.

Desde hace muchos años y en diferentes culturas se han dado explicaciones sobre el fenómeno depresivo. Son parecidas a las de hoy pero expresadas con interpretaciones religiosas o mágicas donde la víctima y los espectadores no lo valoran como una enfermedad.

Los griegos descubrieron esta enfermedad, ya que se decía que Demócrito se había vuelto loco y para ello, mandaron llamar a Hipócrates quien le detectó haber pasado por una fase depresiva y más tarde por una fase de hipertermia. Demócrito vivía rodeado de esqueletos y este le contó a Hipócrates que deseaba encontrar una cura para su enfermedad para así curar a otros que la padecieran.

El síntoma dominante de la depresión es la tristeza. Los pensadores cristianos, hablaban de las ideas de San Pablo quien decía que había dos tipos de tristeza, la tristeza según Dios y la tristeza según el mundo que produce la muerte. De un principio se decía que la depresión era un pecado, con el paso de los años fue considerándose una enfermedad.

Según Freud la causa de muchas depresiones es psicológica. Kraepelin rechazó la interpretación psicoanalítica de Freud, para él la depresión era de causa orgánica vinculada a factores hereditarios. Todo consiste en una alteración del metabolismo en los sectores que afectan al sistema nervioso.



#### 1.4 MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA DEPRESIÓN.

A menudo la depresión se observa en el transcurso de múltiples enfermedades médicas que pueden determinar trastornos del estado de ánimo. Entre las enfermedades glandulares se destacan: el hígado e hipotiroidismo, es decir, el funcionamiento exacerbado o disminuido de la glándula tiroides; la insuficiencia de la glándula suprarrenal; la diabetes y el climaterio.

El sistema nervioso central puede ser afectado por trastornos inductores de depresión, como los tumores cerebrales; el mal de Parkinson; los traumatismos de cráneo; los accidentes cerebrovasculares; la esclerosis múltiple, etc. Así también, las condiciones psiquiátricas diferentes a la depresión, pero que pueden determinarla, como el alcoholismo y la drogodependencia; las demencias en fase precoz; la personalidad antisocial, los trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico y las fobias, y otras como la anorexia nerviosa y la bulimia.

En el transcurso de enfermedades clínicas y cardiológicas también es frecuente la depresión, como por ejemplo en las coronariopatías, las enfermedades cerebrovasculares, la fibromialgia, la insuficiencia renal crónica o hepática, las enfermedades crónicas como el SIDA, la tuberculosis, y las provocadas por virus en general. Finalmente, entre otras enfermedades y estados debemos recordar el cáncer y su diseminación; los periodos postoperatorios de cirugías; los tratamientos con radioterapia, y el déficit vitamínico o de minerales, muy pocas veces tenido en cuenta como causa de depresión. Estos trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedades médicas se caracterizan por una alteración del ánimo notable y persistente, a veces expansivo e irritable. (Gutiérrez, 2006).

En la depresión; se destaca la alteración en la actividad de las neuronas de serotonina en el tronco encefálico, "un problema que se subsana por completo tras el tratamiento antidepresivo". Asimismo, disminuye el factor neurotrófico BDNF en el hipocampo, hecho que podría relacionarse con la atrofia neuronal que se observa a veces en el tejido post-mortem de pacientes deprimidos. Además, en cuanto a los niveles de los neurotransmisores, se ha hallado que la disminución

del GABA en el hipocampo ventral "no se soluciona tras el tratamiento antidepresivo, algo que influiría en la vulnerabilidad a las recaídas que sufren muchas personas". El estrés crónico provoca alteraciones en la expresión de los genes implicados en la plasticidad neuronal, a la par que disminuye la proliferación celular y el nacimiento de nuevas neuronas.

Los niveles de noradrenalina y serotonina, así como su equilibrio entre si desempeñan un papel importante en la forma de reaccionar ante los diferentes eventos de la vida diaria, como sentir alegría cuando se ve a un ser querido o llanto cuando se ve una película triste (Calderón- Narváez, 1999).

También se puede hablar de cierta herencia genética, ya que se ha encontrado en pacientes con depresión que sus padres, abuelos o tíos padecieran también este trastorno y de ahí quizá heredaron la tendencia a deprimirse. Personas sensibles que en ocasiones toman algunos medicamentos para enfermedades como hipertensión, ansiedad (ansiolíticos), pueden tener depresión (Lara, 1995).

Por otro lado, Andreasen, Zametkin, Guo, Baldwin y Cohen (1994), han observado en estudios con personas deprimidas, que algunas tienen cantidades anormales de ciertas hormonas en la sangre (tiroideas, adrenales). Por lo que, esto hace pensar que el aumento o disminución de la producción de estas puede interferir en la química del cerebro y llevar a la depresión. Cuando la glándula tiroidea no funciona adecuadamente, puede haber dos tipos de problemas: Hipertiroidismo (si libera demasiada hormona tiroidea) o Hipotiroidismo, (si libera muy poca hormona tiroidea). Cualquiera de estos trastornos puede llevar a la depresión, siendo más común, la depresión en pacientes con hipotiroidismo.

Algunas personas con depresión tienen demasiada hormona adrenal o cortisol en la sangre. El exceso de cortisol puede alterar directamente la función cerebral o el equilibrio natural de los neurotransmisores en el cerebro.

También la actividad del Hipotálamo se relaciona con la depresión debido a que este regula la secreción de hormonas. Produce y libera proteínas pequeñas (péptidos) que actúan sobre la glándula hipófisis en la base del cerebro. Estos

péptidos estimulan o inhiben la liberación de varias hormonas a la corriente sanguínea, cuando se percibe una amenaza potencial, alerta a lo que se conoce como el eje HPA hipotálamo, glándula hipófisis y glándulas suprarrenales. Estos forman el sistema hormonal que regula la respuesta del cuerpo al estrés. Y se ha observado que la gente con depresión tiene actividad aumentada del eje HPA (Calderón- Narváez, 1999).

Las mujeres durante su vida atraviesan por una serie de eventos, la mayoría de ellos relacionados con la situación hormonal, como son: la menstruación, el parto, el posparto, la menopausia y el síndrome denominado “nido vacío”.

Las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres y los estrógenos pueden ser una de las razones. Se cree que estos alteran la actividad de los neurotransmisores que contribuyen a la depresión, muchas mujeres presentan un estado de ánimo deprimido durante la fase premenstrual de sus ciclos mensuales. Algunas sufren depresión posparto, después del nacimiento de su bebé. Otras tienen depresión alrededor de la menopausia. Esto se debe a que todos estos son tiempos en los que disminuye los niveles de estrógeno (Bar, 1999)

## 1.5 CLASIFICACION DE LA DEPRESION

La depresión se presenta de distintas formas, cada una con sus características propias que las diferencia del resto si bien cabe decir que hay aspectos comunes entre ellas al igual que otras enfermedades como las del corazón.

Aquí se describen las formas más comunes de la enfermedad, sin embargo; dentro de estos tipos, hay gran variedad de síntomas y grados de severidad.

Existen antecedentes y situaciones que predisponen a presentar cuadro depresivo. Ellos son:

- Episodios previos de depresión
- Historia familiar de trastornos depresivos
- Intención o intentos previos de suicidio
- Sexo femenino

- Edad de comienzo por debajo de los cuarenta años
- Periodo de seis meses posteriores al parto
- Existencia de alguna enfermedad orgánica
- Falta de apoyo social
- Abuso o dependencia actual de fármacos o drogas
- Situaciones muy estresantes.

Al ser frecuente los síntomas orgánicos durante la depresión, esto puede determinar una tendencia al reposo o la reclusión, lo que conduce al aislamiento social. (Gutiérrez, 2006).

#### 1.5.1. Rol del Grupo Familiar.

La participación del grupo familiar es de extraordinaria importancia en todas las instancias de la depresión tal como lo es cualquier situación de salud- enfermedad de uno de sus miembros. La medicina asistencial como sabemos, se basa en el triángulo paciente- familia- medico. La familia, en tanto constituye el medio social inmediato del individuo, tiene un rol fundamental en cómo y de qué enferman sus miembros, como y cuando solicitan atención médica y también en la manera en que se produce la resolución del problema.

El grupo familiar en el que el individuo nace y crece es, o puede ser, el generador de la enfermedad depresiva y participar en todo el proceso psico- dinámico o evolutivo del paciente. Y es, sin duda, elemento decisivo en la relación médico- paciente, favoreciendo y potenciando el proceso terapéutico o entorpecándolo, distorsionándolo o neutralizándolo, contribuyendo a una evolución negativa. (Gutiérrez, 2006).

La asistencia a depresivos implica actuar sobre el núcleo familiar inmediato más que sobre la familia ampliada (nietos, hermanos que no conviven, etc.). El núcleo familiar está formado por los familiares que conviven o comparten el mismo hogar.

Algunos de los roles que puede adoptar los familiares del paciente con depresión son:

- Familiar facilitador: miembro de la familia que opone algún tipo de resistencia a la intervención médica facilitando así el desarrollo de la enfermedad. Este individuo puede crear obstáculos para la intervención terapéutica por distintas y complejas razones. Es en vano buscar su colaboración, no hace nada por el paciente.
- Familiar víctima: este percibe la enfermedad del familiar como un peligro directo para sí mismo. Se siente amenazado o dañado por la situación. Es posible que critique al médico, por no poder curar al paciente, aun en momentos iniciales del proceso terapéutico.
- Familiar líder: es aquel que se hace cargo de las decisiones y acciones familiares durante las situaciones de crisis. Su actitud es calma e intelectual en sus contactos con el médico. Puede ser un familiar médico o psicólogo. Es muy útil, para planificar apoyos concretos, a pesar de parecer mantenerse a mayor distancia que otros del propio paciente.
- Familiar cuidador: suele tratarse de un individuo con tendencia natural a hacerse cargo de la atención del enfermo, hasta el punto de no encontrar ninguna otra actividad gratificante, ni significativa fuera de ese rol. Concorre a las entrevistas, controla la toma de fármacos y es el primero en ver la mejoría o falta de respuesta al tratamiento.
- Familiar fugitivo: evita los contactos y no se ocupa ni se preocupa por el enfermo. Quizá funcione bien fuera de la familia, pero se muestra muy resistente a integrarse a ella en situaciones de conflicto. Su toma de distancia puede ser muy perjudicial si es el único familiar; de lo contrario, es mejor para las circunstancias actuales del paciente. (Gutiérrez, 2006).

#### 1.5.2 Depresión normal:

Es un condicionamiento normal de la pérdida de la vida, incluyendo tristeza, somnolencia y en algunos serios casos (como la muerte de un ser querido)

desesperación, furia, insomnio, pérdida de apetito, aumento de peso, obsesión y culpa.

### 1.5.3. Trastorno Distímico:

Se trata de pacientes crónicamente depresivos, la mayor parte del día, en la mayoría de los días, durante al menos dos años, con significativo deterioro social, laboral o de otras áreas importantes.

Para realizar el diagnóstico, los síntomas no pueden estar ausentes por más de dos meses en el periodo de dos años y se requiere la presencia de dos o más de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza.

Este cuadro suele iniciarse en la infancia o en la adolescencia y cursa en forma intermitente y de baja intensidad a lo largo de décadas

Incluye crónicas depresiones de humor, poca autoestima y algunos síntomas de depresión mayor, se consideran a sí mismos como perdedores, son callados, no es necesario una pérdida o un cambio drástico en la vida, es un estado confuso tanto para él como para las personas que le rodean, cualquiera puede sufrir Distimia sin ninguna causa específica.

Es característico en estas personas un temperamento depresivo: son tristes, pesimistas, pasivas, introvertidas, escéptica, quejasas, hipercríticas, con autoreproches, desprecio de su propia persona y miedo a fracasar. Hoy se combina la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo- conductual con la farmacoterapia para el tratamiento de estos pacientes.

#### 1.5.4. Depresión Mayor:

A menudo causa una desesperación tan grande que la persona pierde interés en la vida, se vuelve incapaz de sentir placer y pierde interés en el sexo, no puede salir de la cama y deja de comer por varios días.

Puede acompañar enfermedades serias como la diabetes, cáncer, artritis, etc.; y para que se considere una depresión mayor debe presentarse durante dos semanas presentando los siguientes síntomas: problemas de sueño (insomnio o somnolencia), problemas de apetito (pérdida de apetito o peso), falta de energía (apatía, somnolencia o falta de interés), sentimientos de desesperanza y/o terrible culpa, dificultad de concentrarse o indecisión, pensamientos o intentos suicidas. El 25% de las personas que padecen este tipo de depresión intenta matarse.

#### 1.5.5. Desorden Bipolar (Maniaco- Depresivo):

Uno de cada cinco pacientes con trastorno depresivo, desarrolla también franca hipomanía o manía, generalmente lo hacen a los cinco años del comienzo del cuadro depresivo.

Los factores que predicen el viraje de un trastorno depresivo a bipolar son:

- a. Comienzo de la depresión antes de los 25 años
- b. Depresión post- parto
- c. Episodios frecuentes de depresión
- d. Rápida mejoría del estado de ánimo con los antidepresivos
- e. Antecedentes familiares (3 generaciones consecutivas)

Estos pacientes alternan estados de ánimo depresivos y, a veces, un alto grado de hiperactividad. Los episodios maniaco- depresivos son más cortos que el trastorno unipolar, es decir, solamente depresivo (de 3 a 6 meses). Comienza a edades más tempranas, son más abruptos los inicios de sus episodios y más cortos los intervalos que los separan.

Estos pacientes presentan ciclos de depresión y manía o euforia. En ocasiones, los cambios de ánimo pueden ser dramáticos y muy rápidos, pero, en general son graduales.

La manía afecta el pensamiento, el juicio y el comportamiento social, de manera tal, que puede causar serios problemas al individuo que la padece, pudiendo tomar, por ejemplo, decisiones financieras arriesgadas y poco aconsejables.

Si bien, el estado de ánimo del ser humano oscila entre la felicidad, la tristeza y la irritabilidad, lo normal es que estas variaciones sean de poca magnitud, transitorias y que no interfieran con la vida diaria. Sin embargo, en casos especiales ocurren cambios notorios en el estado de ánimo que ocasionan que una persona esté en extremo feliz y con el paso de los días, sufra de depresión. Esta condición se conoce con el nombre de enfermedad maniaco depresiva o enfermedad bipolar (porque a persona oscila entre los dos polos opuestos: el sentimiento exagerado de bienestar, o manía, y la depresión) los cuales se repiten a ciertos intervalos de tiempo.

- a) Trastorno Bipolar I: se le conoce como la alternancia de episodios maniaco floridos con los de depresión mayor, presentando como mínimo un periodo maniaco o de excitación a lo largo de su desarrollo.
- b) Trastorno Bipolar II: se caracteriza por alternar episodios depresivos con hipomaniacos (de una o dos semanas de duración). En la hipomanía el paciente presenta un estado de alegría más alegre, se exalta su actividad psicofísica, disminuye su necesidad de dormir, aumenta excesivamente su ingesta de alimentos; por el contrario, en el ciclo depresivo padece de insomnio y disminuye su apetito. En los periodos hipomaniacos mejora su autoconfianza y su funcionamiento social, elevando placenteramente su estado de ánimo, pudiendo efectuar gastos excesivos, así como el consumo abusivo de estimulantes y el desarrollo de una sexualidad impulsiva.
- c) Trastorno Bipolar III o hipertímico: se trata de un paciente con depresión mayor y antecedentes familiares de trastornos bipolares sutilmente hipomaniacos, impulsivos, ambiciosos y deseosos de tener éxito. Estos



pacientes comparten la sintomatología depresiva similar a la depresión unipolar, aunque con mayor lentitud psicomotriz e hipersomnía.

En la fase maniaca, el estado de ánimo dominante es la exaltación, pudiendo mostrar irritabilidad, mal humor y franca hostilidad. El paciente maniaco se viste de forma extravagante y colorida, se muestra autoritario y verborragico. La falta de conciencia y actividad desordenada lo pueden llevar a un estado psicótico, peligroso, con roces personales y delirios de persecución. Mentalmente vive en un estado acelerado del pensamiento y con ideas dispersas, se distrae con facilidad y salta constantemente de un tema a otro. Son frecuentes el pensamiento y la acción expansivos, como así también la grandiosidad delirante (por ejemplo. La falsa convicción de poder, genialidad, etc.). Algunos pacientes creen ser dirigidos por agentes exteriores. A veces, tienen alucinaciones visuales y auditivas, disminuyen su necesidad de dormir y se involucran en forma incontrolable, excesiva e impulsiva en actividades diversas.

#### 1.5.6. Depresión con rasgos atípicos:

Esta es la más inusual. Abundan los sentimientos de melancolía y somnolencia, una persona en este estado puede estar profundamente deprimido por unos días, después bien por un tiempo o ansioso e irritable. También aparece sin causa específica.

Son pacientes más jóvenes y se caracterizan por presentar dos grupos de síntomas: vegetativos y ansiosos durante las dos semanas más recientes de un episodio depresivo mayor.

Los rasgos vegetativos se refieren al aumento de ingesta, con aumento de peso, gran tendencia al sueño, sensibilidad al rechazo personal, con estados de humor o ánimo inadecuados frente a situaciones vitales y sensación de pesadez en los miembros.

Los rasgos ansiosos incluyen dificultad para dormir, ansiedad marcada, síntomas fóbicos y aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, colon irritable, etc.

#### 1.5.7. Depresión estacional o Desordenes Afectivos (SAD):

También conocidos como “Winter Blues”. Es una depresión provocada por la pérdida de luz durante el invierno, aparece a finales de otoño y dura hasta principios de la primavera. Mientras más lejos del Ecuador se viva, en el hemisferio norte, aparece con mayor frecuencia. Diciembre, Enero y Febrero son los peores meses.

Estos pacientes presentan una relación temporal sostenida entre los episodios depresivos y una determinada época del año (por ejemplo en invierno u otoño) y no debe relacionarse con factores estresantes psicosociales estacionales. En estos pacientes la mejoría también se da en una determinada época del año, habitualmente la depresión desaparece en primavera.

La prevalencia de este trastorno es de un 6% y responde al tratamiento lumínico de corto plazo de luces fluorescentes y bajos niveles de radiaciones ultravioletas, al que se le asocian antidepresivos si es necesario.

#### 1.5.8. Depresión posparto:

La madre presenta el sentimiento de pérdida después de dar a luz. Esto es provocado por un cambio hormonal, transmitiendo tristeza. Entre el 10% y el 15% inician una etapa depresiva y el 4% de las madres son severamente depresivas, hospitalizándolas por el bien y el de su bebe.

En algunas pacientes se puede observar un cuadro de tristeza breve pos- parto, de uno a cuatro días, con labilidad emocional y llanto fácil presente en más del 50% de las parturientas y dentro de los primeros cuatro a cinco días del alumbramiento (se trata con apoyo afectivo y tiempo). Pero la verdadera, depresión pos- parto se presenta entre las dos semanas y los dos meses posteriores al parto y hasta los seis meses, con un prevalencia del 10 al 15% y es más frecuente en mujeres con antecedentes psiquiátricos. Se asocia con falta de interés por el recién nacido, pensamientos suicidas u homicidas, alucinaciones o

conductas psicóticas, posiblemente secundarias a una enfermedad mental preexistente en respuestas al estrés psicofísico del parto. Requiere psicoterapia.

Por último, existen algunos subtipos de depresión con rasgos diferentes, los que pueden ser distintos desde el punto de vista etiológico (es decir de su origen o causa) o presentarse a lo largo del tiempo como variantes clínicas de un cuadro depresivo. Estos son:

#### 1.5.9. Depresiones con rasgos psicóticos o delirantes:

Aproximadamente un 15% de los pacientes con depresión presentan delirios y alucinaciones. Los delirios pueden tener un contenido relacionado con la tristeza o no congruente con la depresión, como por ejemplo, los delirios de persecución.

Otros delirios frecuentes son los de haber cometido pecados o crímenes imperdonables, escuchar voces acusatorias o condenatorias, ver a familiares fallecidos. Los sentimientos de inseguridad pueden llevar a sentirse perseguido u observado. Otros pacientes pueden creer padecer enfermedades incurables, por ejemplo cáncer o enfermedades de transmisión sexual.

#### 1.5.10. Depresión con rasgos melancólicos (Depresión endógena):

Generalmente son pacientes deprimidos de mayor edad, pueden estar o no relacionados a una historia familiar de depresión. Los síntomas melancólicos acompañan a los episodios recurrentes de depresión mayor. Los síntomas más frecuentes en estos casos son:

- Retardo psicomotor o agitación: lentitud del pensamiento y de la acción, inquietud manifestada al retorcerse las manos, hablar atropelladamente, etc.
- Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades
- Depresión más profunda en la mañana
- Despertar temprano (al menos dos horas de la hora habitual)
- Deseo sexual disminuido
- Pérdida de respuesta a estímulos inicialmente placenteros

- Anorexia significativa con pérdida de peso
- Culpabilidad excesiva o inapropiada

#### 1.5.11. Los estados mixtos:

Consisten en la mezcla de manifestaciones depresivas y maníacas o hipomaniacas diferentes a los cuadros uni o bipolares. Ejemplo: el llanto espontáneo o durante la fase álgida de la manía, o una aceleración del pensamiento en un período depresivo.

- Manía disfórica: es la superposición de síntomas depresivos prominentes con una psicosis maniaca. La manía disfórica a menudo se da en mujeres y en personas con temperamento depresivo. El abuso del alcohol y fármacos hipnótico- sedantes contribuye al desarrollo de la gravedad de los estados mixtos. Presenta un alto grado de suicidio.
- Estados mixtos Depresivos: se tratan de síntomas maníacos o de rasgo hipertímico en un episodio de depresión mayor. Los antidepresivos agravan estos cuadros, produciendo un estado depresivo subagudo con irritabilidad que puede durar varios meses. El cuadro clínico se caracteriza por irritabilidad, apremio al hablar, cansancio extremo, crisis de angustia, insomnio irritable, aumento de la libido, y aspectos histriónicos junto a genuinas expresiones de sufrimiento depresivo. Estos pacientes presentan alto riesgo de suicidio y requieren tratamiento clínico a cargo de expertos.

#### 1.5.12. Trastorno ciclotímico:

En estos pacientes se alternan períodos hipomaniacos leves y períodos minidepresivos, con una duración de pocos días de cada período. Este trastorno puede ser precursor del trastorno Bipolar II o como un cuadro con formas extremas del humor cambiante sin llegar a padecer un trastorno mayor del estado de ánimo.

Clínicamente alternan ciclos leves de depresión con poca confianza en sí mismos y aumento del tiempo de sueño, con periodos de exaltación, aumento del entusiasmo y acortamiento del sueño.

El ciclotímico puede tener éxito en sus proyectos de trabajo, en dirección o en la creatividad artística, como así también y con mayor frecuencia, padecer de traumáticas relaciones interpersonales y sociales. Su ciclotimia se manifiesta en forma de altibajos en la escuela o el trabajo, en reiteradas rupturas matrimoniales o de pareja, y en episodios de abuso en el consumo de alcohol o drogas. (Gutiérrez, 2006).

## 1.6 FACTORES PSICOLOGICOS

La Depresión puede a veces ser la única manifestación (el todo), y otras veces, puede formar parte de otros trastornos orgánicos o psicológicos (la parte). Y en uno u otro caso pueden presentarse o bien en forma manifiesta (es decir, con todos los criterios necesarios o síntomas por demás evidentes), o bien solapada (mostrando parcialmente algunos síntomas). A veces, pueden darse de forma oculta (depresión sin síntomas o signos), todo un desafío diagnóstico para el medico es ver debajo del agua, ya que el paciente, en estos casos, generalmente niega y rechaza el diagnostico de depresión. (Gutiérrez, 2006).

En la depresión oculta o depresión sin depresión prevalecen algunos síntomas físicos por los de orden psíquico o emocional; como son: dolores de cabeza crónicos, dolores dorsolumbares, cansancio fácil, pérdida de apetito, pérdida de peso, trastornos digestivos, colon irritable, trastornos del sueño, disfunción de la sexualidad.

Con respecto a que causas psicológicas se asocian con la depresión, Beck y Snell (1989) dicen que los diferentes estilos de respuestas y la acumulación de estresores en la vida pueden ser los principales factores que favorecen la depresión. La memoria puede facilitar o no la depresión según el aprendizaje previo (Bower, 1991). Esto se puede observar en individuos que se deprimen mas, tienen mayor dificultad para organizar material y también presentan problemas

para memorizar, sobre todo cuando requieren resolver problemas donde se exige de mayor esfuerzo.

Las mujeres tienden a informar más molestias o eventos negativos en comparación con los hombres. Estas se inclinan incluso, a externar más sus problemas a los demás y a culparse con mayor frecuencia de las situaciones difíciles que el hombre; por lo que aparentemente la mujer tiene menor control y más depresión que el hombre (Parks y Pilisuk, 1991).

La mujer puede diferir del hombre en su intensidad de afecto. Fujita, Diener y Sandvik (1991) encontraron en estudiantes de licenciatura emociones positivas y negativas más intensas en mujeres, al compararse con hombres. Inclusive estas pueden percibir las mismas situaciones diferentes que los hombres; también se ha observado que la mujer tiende a reconocer con mayor facilidad los problemas y emplear más estrategias positivas y negativas para manejar la depresión que el hombre. Las mujeres que reciben un mayor apoyo económico y social por parte de otros, pueden expresar más en forma verbal y escrita sus problemas personales, reduciendo los niveles de estrés y depresión. Mujeres y hombres pueden aprender a manejar las emociones y a enfrentar el estrés de formas distintas. Kramlinger (2002) sugiere que las mujeres se inclinan menos que los hombres a actuar en sus problemas, pero tienden más a pensar demasiado en ellos.

Los hombres y mujeres responden de diferente forma para regular su estado de ánimo, consideran que la mujer emplea técnicas más pasivas ante situaciones difíciles, mientras el hombre utiliza técnicas más activas que le proporcionan placer y distracción, es decir; cuando la mujer se deprime por lo regular se cierra, no quiere hablar con nadie y llora, en cambio el hombre se sale y practica un deporte que le guste.

Butler y Nolen- Hoeksema (1994) sugieren que las mujeres, a diferencia de los hombres, adoptan estilos cognitivos reiterativos sobre situaciones que les molestan y eso desarrolla y mantiene por mayor tiempo los estados depresivos.

El comportamiento denominado rumiación puede prolongar la depresión, debido a que esta provoca en las mujeres la recurrencia de pensamientos negativos y ver la vida con pesimismo, lo que interfiere con la atención y obstaculiza la solución de problemas.

Con respecto a la edad, muchas mujeres de mediana edad con depresiones, con serios problemas en torno a la insatisfacción que les genera el balance de sus vidas o con dificultades al verse ya mayores y sin los atractivos de la juventud, pueden tomar como blanco de su estado de irritación y mal humor el comportamiento de sus hijos adolescentes, generando serios problemas familiares. En el Estado de México se encontró que la frecuencia de depresión se incrementa en mujeres cuya edad oscila entre 50 y 62 años, etapa donde las mujeres por lo común están atravesando por la menopausia.

También se ha visto que algunas mujeres que enmascaran depresión; ya que es común que algunas acudan al médico quejándose de padecimientos físicos como cefaleas, mala digestión, flatulencias, insomnio, diarrea, dolor de espalda, etc. Mismos que desaparecen en el momento que un profesional las escucha, por lo que todos estos síntomas físicos se consideran manifestaciones de depresión.

## 1.7 FACTORES SOCIALES

El ambiente social juega un papel importante en las diferencias en el estado de ánimo. Kaplan (1986) dio una explicación a la depresión mencionando que las mujeres culturales y socialmente, cuando se deprimen tienden a encontrar como principales causas sus propios errores, en cambio el hombre cuando se deprime lo atribuye a fuentes externas.

Así mismo a las mujeres que les resulta más difícil dar salida a sus agresiones, por lo que las interiorizan volcándolas hacia sí mismas, culturalmente se da una reacción negativa hacia una mujer agresiva, por lo que ellas desean verse casi todo el tiempo como personas amables, en espera de aprobación social, ya que temen perder a las personas al demostrar su enojo (Joiner y Blalock, 1995).

Los eventos estresantes de la vida pueden precipitar la depresión. Según Krause (1986), la relación entre estresores y depresión puede ser bidireccional (en particular en las mujeres) han experimentado más eventos estresantes en su vida. También la gente que se deprime puede generar eventos negativos debido a su comportamiento. Por ejemplo Simons, Angell, Monroe y Thase, (1993) encontraron que la depresión y factores cognitivos influyen negativamente en pacientes con depresión mayor. De manera similar, Pianta y Egeland (1994) hallaron que algunos síntomas depresivos son factores predictores de la ocurrencia de problemas interpersonales (maritales), de salud y financieros.

Mantener un amplio apoyo social ayuda a la mujer a manejar mejor sus necesidades de educación y servicios y le posibilita responder a otras actividades con menores niveles de depresión y estrés.

Por su parte, Sedeño (1984) encontró más síntomas de depresión en mujeres que tenían mayor dependencia económica y emocional, independientemente de que trabajara o no fuera del hogar.

Por otro lado, la mujer percibe las interacciones familiares como más estresantes que el hombre, debido a que la mujer es más vulnerable a los efectos de las relaciones familiares problemáticas. La mujer comunica más experiencias positivas y negativas con respecto a sus relaciones y son más impactantes para ella los conflictos maritales, por lo que una mujer infeliz en su matrimonio tiende tres veces más a deprimirse en comparación con el hombre.

Tener niños pequeños es también un factor de riesgo asociado con la depresión en mujeres, esto se puede deber a que estos tienden a enfermarse con mayor frecuencia y no hay que olvidar que la salud de los hijos es muy importante para las mujeres y que a la mayoría les ocasiona mucha preocupación que los niños se enfermen.

Adelman (1994) y Aneshensel (1996), encontraron que las mujeres casada que trabajan y tienen altos niveles de estrés en la casa y el trabajo, obtienen menores niveles de depresión al compararlas con aquellas que no trabajan fuera de su



casa, por lo tanto, las mujeres que trabajan fuera presentan tensión en el trabajo y en el hogar, pero tienden a experimentar menos depresión (Piechowski, 1992).

Las mujeres con mayor grado de estereotipos femeninos tienden a deprimirse más que aquellos con estereotipos masculinos. Lo que resulta sorprendente es que muchas mujeres se deprimen por las consecuencias que les acarrea ser "muy femeninas", entendiéndose por esto el estereotipo, que actualmente tiende a denominarse una "mujer tradicional"- muchas otras en cambio, se deprimen por lo opuesto, es decir, por tener que desempeñar dos roles: trabajar fuera del hogar y ser ama de casa, y otras porque no encuentran un rol que les satisfaga.

Las personas que tienen mayor nivel de conocimiento de esta enfermedad, es decir que dominan el concepto, conocen los síntomas, tienen experiencia en los tratamientos pueden identificarla oportunamente, y combatirla cuando se encuentra en una etapa temprana sin llegar al riesgo de un suicidio.

Existe tendencia a la depresión debido a los factores socioculturales, las diferencias entre hombre y mujer, puede ser por el tipo de educación, oportunidades laborales, prácticas negativas de crianza y exposición a traumas específicos. Todos estos factores contribuyen a diferentes tipos de cognición y personalidad, por ejemplo, vivir sin apoyo, recordar reiteradamente sucesos negativos, poseer un autoconcepto pobre y considerarse con tendencias al fracaso, predisponen a las mujeres a la depresión.

El favoritismo en la familia dependiendo de los estilos de crianza, según el sexo; origina un comportamiento diferente entre hombres y mujeres, por ejemplo, el favorecer a los hijos sobre las hijas da como resultado una personalidad caracterizada por falta de reconocimiento, pertenencia y sentimientos crónicos de depresión en la mujer.

Kaplan (1986) descubrió que la personalidad femenina se caracteriza por pasividad, puesto que pone mayor atención a los demás y tienden al sacrificio, lo que da como resultado baja autoestima y dependencia, convirtiendo a la mujer en agente de riesgo para la depresión.

Las mujeres en desventaja por diferentes condiciones socioeconómicas están expuestas a la pobreza, violencia, etc., lo que las convierte en más frágiles ante el estrés y la depresión (Sayers, Baucom y Tierney, 1993; Thornton y Leo, 1992).

Mujeres, quienes de jóvenes fueron pobres y cabeza de familia son más susceptibles a la depresión. Se ha encontrado que quienes sufrieron raptos, violencia física y sexual en la niñez tiene alto riesgo de deprimirse en la adultez (Hobfall, Ritter, Lavin; Hulsizer, M.R. y Cameron, 1995). Es imprescindible resaltar que la mujer en grupos minoritarios, expuesta a discriminación y rechazo por su color, raza o preferencia sexual; incrementa el riesgo de depresión. Las personas pobres tienen menos recursos para resolver sus problemas, por lo que dependen más de los servicios que da el gobierno y están más expuestas a la enfermedad y a la violencia, además de que tienen que compartir la casa con padres, hermanos, suegros y cuñados, lo que ocasiona menos espacio vital, propiciando más enfado, hacinamiento y depresión. En las mujeres pobres, la falta de recursos y la poca escolaridad ocasionan que se sientan más atadas a las parejas y cuando se llegan a separar les resulta difícil reclamar el apoyo económico y se les hace muy pesado ser el único sostén del hogar, por lo que tienden a desarrollar sentimientos de pesimismo, desesperanza (Lara, 1995).

La mujer en comparación del hombre expresa más sus sentimientos debido a que socialmente es aceptado que la mujer se queje, por lo que le es fácil aceptar síntomas depresivos, si es que los experimenta y buscar ayuda.

Inicialmente la mujer en las comunidades principia un camino al tratamiento de la enfermedad difícil, porque experimenta con la automedicación o utilización de remedios caseros, búsqueda de ayuda por parte de familiares o amigos, asistencia a diversos servicios alternativos como la brujería y finalmente como última opción; el psicólogo o psiquiatra cuando la gravedad del padecimiento es persistente.

Greene (1994) encontró más sintomatología depresiva en las mujeres que tienen mayor probabilidad de cargar con responsabilidades tanto en el trabajo como en la

familia. Así como también en aquellas que tienden a padecer pobreza, ser madres solteras y tener historia de abuso físico o sexual.

En estudios con mujeres deprimidas se observaron mayores niveles de depresión en aquellas casadas, debido a que estas mostraron más estereotipos femeninos que las solteras (Landrine, 1988; Mercado, 1996 y Mondragón, 1994). Sin embargo, un factor que contribuye a que la mujer no se deprima es que ésta tenga un nivel de escolaridad superior al de preparatoria o licenciatura y además trabaje fuera de casa, debido a que cuando la mujer se siente productiva; su valoración hacia sí misma es superior, lo que la aísla de la depresión (Vélez Bautista, 2001).

## CAPITULO II

### 2.- AUTOESTIMA EN LA MUJER

#### INTRODUCCION

La autoestima es el grado en que un apersona se siente amada, valiosa y competente. La persona con baja autoestima puede verse a sí misma como inútil, dependiente, abrumada, angustiada y con miedo. Estas sensaciones pueden llevarla a evadirse de la realidad o manifestar síntomas depresivos desde ligeros hasta muy graves, con consecuencias familiares y sociales muy negativas.

Un ser humano no puede esperar realizarse en todo su potencial sin una sana autoestima, tampoco puede hacerlo una sociedad cuyos miembros no se valoran a sí mismos y no confían en su mente.

La autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano. El no tener una autoestima positiva impide nuestro crecimiento psicológico. Cuando se posee actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando es baja disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida (Branden, 1997)

En que la mujer se considere valiosa la hace más creativa, más productiva y le permite mantener relaciones más saludables, y en consecuencia disfrutar más de la vida (Branden, 2001).

#### 2.1 ANTECEDENTES

Dentro del ámbito psicológico ha habido autores de gran prestigio que se ocuparon del tema de la autoestima, prácticamente desde el nacimiento de la psicología científica en el siglo XIX. Entre ellos puede mencionarse a William James, fundador de la escuela funcionalista, y a Alfred Adler, uno de los mayores exponentes de la escuela psicodinámica.

Por otra parte, Branden, (1997) interpreta que el propio Sigmund Freud, fundador de la escuela psicodinámica, consideraba a la autoestima como “el amor propio del hombre”.

Sin embargo, el primero que intento definir a la autoestima como tal fue el funcionalista William James quien considere a esta como el resultado de lo que la persona hace para obtener éxito, en aquellas metas que pretende alcanzar. Por otro lado, Alfred Adler, enfatizo el papel de la autoestima como uno de los elementos relevantes de la dinámica personal que caracteriza la vida humana. De acuerdo con Mosak y Dreikurs, especialistas en la teoría de Adler citados por Mezerville, 2004 consideraban que el hombre no es empujado desde atrás por causas tales como herencia o el ambiente, si no que más bien es jalado desde adelante por las metas que el mismo se propone realizar.

Por lo tanto, es posible apreciar que existe un alto grado de conciencia entre el pensamiento de Alfred Adler y el de William James, al considerar ambos a la autoestima como el resultado de las metas propuestas. Esta posición compartida, además, establece que la autoestima se manifiesta no solo como un proceso interno del individuo sino que se relaciona externamente con el éxito o el fracaso que este obtiene en el plano conductual, tras la búsqueda de sus metas. (Mezerville, 2004).

Maslow, el principal representante de la psicología humanista es quien ha difundido el papel de la autoestima desempeñada en la vida humana al incluirla en su conocida Jerarquía de Necesidades. Existen dos tipos de necesidades de estima; la propia y la que provienen de los demás.

Ambas las ubica jerárquicamente por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal y las necesidades de pertenencia y afecto.

Mientras que Coopersmith, (1976) considera a la autoestima como una actitud de aprobación e indica en qué medida el individuo se cree capaz, importante y con éxito.

## 2.2 DEFINICION DE AUTOESTIMA

Branden definió la autoestima como lo que siente cada persona, con respecto a si misma; y esto dependerá de lo que cada quien quiera ser y hacer. Por ello está determinada por la realidad y las potencialidades de cada individuo. Por tanto, la autoestima se define como: el aprecio de los propios méritos y el carácter para responder y actuar de forma responsable con los demás. Por lo anterior, la autoestima es:

- ❖ La confianza en nuestra capacidad de pensar y de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida.
- ❖ La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices, el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos.

La autoestima es la habilidad psicológica más importante que podemos desarrollar para poder desenvolvemos con destreza en la sociedad.

Es la evaluación que la persona hace a partir de la percepción que tiene de sí mismo, incluyendo la imagen física, la percepción de las propias habilidades y la percepción de valor como persona, la autoaceptación, así como pensarse merecedor de obtener y disfrutar sus “deseos”.

La autoestima es un fenómeno psicológico y social; una actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene de sí mismo, conformada por un grupo de opiniones y sentimientos.

## 2.3 FACTORES QUE DETEMINAN LA AUTOESTIMA

Desde el nacimiento se recogen diferentes sensaciones que van entrelazando los registros vivenciales y que contribuyen a la construcción de la autoestima Duque, (2002).

Por su parte Bersing (2000), considera que la autoestima está determinada por varios factores ambientales ya que desde antes de que el individuo nazca estos van a influir en la formación de la misma.

Las expectativas de la pareja sobre su futuro hijo influirán en su personalidad. Al nacer se inicia la relación madre- hijo y dependiendo de qué tan satisfactoria sea está, se ira conformando la autoestima; esto dependerá de las habilidades que el niño vaya adquiriendo y de cómo la madre vaya reforzando los aciertos de determinados comportamientos, será como el niño se vaya percibiendo a si mismo (Montt y Ullua, 1996).

Posteriormente viene la interacción del niño con la escuela, y el rendimiento que este logre en el ámbito escolar también intervendrá en la formación de la autoestima. A partir de estas experiencias, sin importar que sean positivas o negativas, todas tienen un peso que la van conformando; además de las creencias sobre nosotros mismos, esquemas de conducta, valores y nociones sobre lo que está bien y lo que está mal. Después las diferentes interacciones con la pareja, amigos, compañeros de trabajo irán cambiando la propia valoración de cada individuo (Torres, 1999).

Por todo esto, se puede suponer que las diferentes experiencias y roles que desempeñan los individuos pueden ocasionar cambios en su autoestima.

## 2.4 NIVELES DE AUTOESTIMA

### 2.4.1. Autoestima alta (Equilibrada).

Una autoestima alta en el ser humano consiste en que este se considere apto o suficientemente apto, digno de la estima de los demás, se respeta por lo que es, vive, comparte e incita a la integridad, honestidad, amor, siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia y tiene fe en sus propias decisiones. La autoestima alta no significa un estado de éxito total, consiste en reconocer sus propias limitaciones, capacidades, habilidades y confianza en la naturaleza interna (Branden, 1997).

La importancia de una autoestima elevada facilita el sentirse bien con uno mismo, saber enriquecer su vida, facilidad para encontrar amigos, además de sentirse bien consigo mismo, ser más abierto le ayudara a establecer relaciones más estrechas. Podrá aceptar los retos y no tener miedo a desarrollar habilidades para probar cosas nuevas (González Arratia, 2002).

Resumiendo, una autoestima alta otorga una valoración positiva de sí mismo. Sin embargo, esto no quiere decir que una persona con alta autoestima sea una persona perfecta, o que todo le salga bien. Tener la autoestima elevada es la capacidad de sentirse bien con uno mismo. Manteniendo un equilibrio entre el entorno social y uno mismo.

Las personas con una autoestima alta por lo general:

- Son más felices
- Se relacionan mejor con las demás personas, pero también aprecian y saben estar solas.
- Suelen lograr las metas que se proponen.
- Tienen confianza en sí mismos y en los demás.
- Se sienten más capaces de enfrentarse a retos.
- Saben decir sus puntos de vista, gustos, preferencias, etc.
- Pueden aceptar sus errores sin menospreciarse.
- Son más independientes.
- Tienen menos dificultad al expresar sus sentimientos.
- Se valoran y se aceptan más fácilmente.
- Hacen amigos fácilmente.
- Muestran entusiasmo por nuevas actividades.
- Son cooperativos.
- Les gusta ser creativos y tener ideas propias.
- Demuestran estar contentos, llenos de energía y hablan con otros sin esfuerzo.
- Se sienten libres y sin que nadie los amenace.



- Dirigen su vida hacia donde creen conveniente, desarrollando las habilidades que hagan posible esto.
- Aceptan su sexo y lo relacionado con él.
- Ejecutan su trabajo con satisfacción, lo hacen y aprenden a mejorar.
- Se gustan así mismo y a los demás.
- Se aprecian y se respetan a sí mismos y a los demás.

González- Arratia (2002), hace referencia a que las personas con autoestima alta se criaron bajo condiciones de aceptación y definición clara de reglas y respeto; son afectivas, equilibradas y competentes, capaces de acciones creativas e independientes, son socialmente hábiles y capaces de tratar con situaciones y demandas externas de manera directa.

#### 2.4.2. Autoestima Baja.

Está relacionada con una distorsión del pensamiento (forma inadecuada de pensar). Las personas con baja autoestima tienen una visión muy distorsionada de lo que son realmente; al mismo tiempo, estas personas mantienen exigencias extraordinariamente perfeccionistas sobre lo que deberían ser o lograr.

Las personas con autoestima baja ofrecen un cuadro desalentador, se sienten aisladas, indignas de amor, incapaces de expresarse o defenderse y demasiado débiles para afrontar sus deficiencias, pasivas, socialmente no participativas, constantemente preocupadas, susceptibles a las críticas, sienten que se ahogan en sus propios problemas, rehúyen a las interacciones sociales que podrían confirmarles las supuestas incompetencias. A este grupo de personas se les puede presentar diversas enfermedades psicósomáticas. Tienen falta de confianza en sus habilidades e ideas y se aferran a situaciones conocidas y seguras. Son pesimistas, se sienten controladas por los hechos externos, en lugar de sentir que controlan la situación (Branden, 1997)

Los sentimientos de inseguridad e inferioridad que sufren estas personas los llevan a sentir envidia y celos de lo que los otros poseen, manifestándose con

actitud de tristeza, depresión, renuncia y aparente abnegación, o bien, con actitudes de ansiedad, miedo agresividad y rencor, sembrando así el sufrimiento (Rodríguez, Pellicer y Domínguez, 1998).

Las personas con baja autoestima piensan que no valen nada o que valen muy poco; esperan ser pisoteadas, menospreciadas por los demás, tienen falta de confianza en sí mismas y se abstienen de expresar sus ideas, toman un papel pasivo escuchando más que participando, son criadas bajo condiciones de rechazo, inseguridad y falta de respeto, llegan a creer que no tienen recursos, se sienten aisladas, sin amor, incapaces de expresarse y son completamente pasivas y complacientes con los demás, presentan una marcada preocupación por sus problemas, lo que conduce a disminuir las posibilidades de establecer relaciones amistosas de apoyo (Hay, 1995).

Las principales características son:

- Se aíslan y muestran gran desconfianza hacia los demás.
- Pueden sentirse devaluadas y menospreciadas.
- Son apáticas, indiferentes consigo mismas, pues prefieren estar al servicio de quienes los rodean.
- Suelen tener sentimientos de inseguridad e inferioridad lo que induce a la agresividad y violencia hacia los demás.
- Experimentan actitudes de tristeza, depresión, renuncia, aparente abnegación o bien con actitudes de ansiedad, miedo, agresividad y rencor.
- Sentimientos de incompetencia e inadecuación.
- Sensibilidad ante las críticas de los demás.
- Tendencia a la destructividad.
- Dificultad para reconocer los acercamientos afectuosos o de aceptación de otras personas.

## 2.5 AUTOESTIMA DE LA MUJER.

Se han hecho estudios que muestran patrones preocupantes en las mujeres, como falta de autoestima, incapacidad para controlar sus vidas, vulnerabilidad ante la depresión y tendencia a verse así mismas como menos capaces de lo que en realidad son, lo que da como resultado problemas de interacción y bajo rendimiento académico y laboral (Bersing, 2000).

Es posible que estos hallazgos se deban a nuestras sociedades patriarcales donde la autoestima de la mujer ha estado, históricamente y de manera general, por debajo de la autoestima masculina. Esta situación de subordinación con respecto al hombre, en la que nuestra cultura ha colocado tradicionalmente a las mujeres, en grupos con muy baja autoestima, haciéndolas sensibles a la depresión y al estrés (Branden, 2001).

Ahora bien; hay una relación entre la autoestima de los padres y la de los hijos. Por ejemplo, un padre con baja autoestima, anticipa el fracaso, es débil y pasivo, y escatima el amor y la atención hacia sus hijos. Esto puede quitarles a ellos la oportunidad de enfrentarse a la vida, con seguridad en ellos mismos y con la fuerza de voluntad necesaria para salir adelante (González – Arratia, 1996). De la misma manera, una madre con baja autoestima, en una relación de subordinación ante el marido, sin autoridad frente a los hijos, proyecta en ellos un modelo de ser humano femenino débil e inseguro (Torres, 1999).

En cambio, la percepción positiva de uno mismo produce un significado de fuerza de identidad y de elevado bienestar. El valor asignado a uno mismo, es determinante en la manera de ser de cada persona. Una autoestima positiva dará como resultado que la persona llegue a tener éxito en sus actividades por la seguridad que aquella genera. Por lo contrario, quien posee una autoestima baja o negativa puede no ser capaz de concluir cualquier labor o trabajo debido a su inseguridad o vacilación (Bersing, 2000).

En el mundo actual, la mujer desempeña diferentes papeles dependiendo de su profesión u ocupación, y por ello, experimenta diversas necesidades y deseos que

le provocaran una percepción y valoración diferente de sí misma (Barnett, Marshall y Singer, 1992).

La mujer de hoy realiza diversas actividades como ama de casa, desempeña labores propias del hogar como la limpieza de la casa, el cuidado y educación de los hijos y además de trabajos propios del campo. Por lo que esta mujer- madre toma en ocasiones también las funciones del padre, para ser mujer- madre- padre que además de aportar económicamente al hogar, guía y educa a los hijos. Por todo esto; la mujer se puso en la posición de

Cuestionar los valores tradicionales, revoluciono su conciencia y comenzó a vislumbrar otro mundo de alternativas y posibilidades. Además comenzó a pensar que era posible emanciparse, decidir por sí misma, fortaleciendo su individualidad, aunque muchas veces cargara tanto con los nuevos logros como con los roles tradicionales. Todo lo anterior, deja entrever que la mujer de hoy no acepta limitaciones en el desarrollo de todas sus potencialidades, sean sexuales, políticas, económicas, intelectuales o afectivas y que si ha sido concebida por la sociedad como madre, esposa y ser dependiente, no son los únicos papeles a jugar en su vida. Esto abre las puertas para que las mujeres del mañana sean diferentes y tengan mayor conciencia de su justo valor, sin traicionar algunos de los valores tradicionales, pero caminando y luchando por sus ideales a lado delos hombres, quienes también tendrán una nueva conciencia para construir un mundo diferente al que les tocó vivir a sus abuelas (Adelmann, 1994).

Sin embargo la mujer presenta otro problema, el analfabetismo que se presenta con mayor fuerza en las zonas rurales marginadas. En estas circunstancias, se genera en la mujer un sentimiento de desvalorización, agravado por el alto índice de alcoholismo por parte de los maridos. Por otro lado, si la mujer no cumple con sus responsabilidades familiares, está sujeta al maltrato emocional, físico y psicológico por parte del marido o compañero, pero la mujer mantiene; un estatus de sumisión, debido a la seguridad económica que el conyugue representa. Para sentirse más valorada se recomienda ser independiente tanto material como emocionalmente.

Una actividad como la de ama de casa es generalmente muy falta de retos para proveer la autoestima, independencia y crecimiento necesarios para experimentar la gama completa de felicidad que ofrece la vida. Sin embargo, existen excepciones en las cuales el ama de casa es una ocupación administrativa que brinda plena autoestima, felicidad y amor (Vélez Bautista, 2001).

Como se puede observar, la baja autoestima en las mujeres tienen causas diversas como: problemas de inadaptación en la infancia o adolescencia, crisis matrimoniales, fracasos laborales que pueden desembocar en procesos depresivos de ligeros a severos, discriminación y falta de apoyo. Dicho comportamiento está relacionado con la pérdida de autoestima y por lo tanto, la tendencia a la Depresión, provocando que la mujer no se quiera así misma, aplica una memoria selectiva que recuerda solo lo negativo de su vida. Esto se observa en algunos síntomas como no comer o no dormir que dañan a su propia salud.

Quienes sufren problemas de autoestima no se aceptan como son, se rechazan a sí mismos y difícilmente amarán a los demás. La baja autoestima provoca conflictos en el ambiente familiar, laboral y social (Torres, 1999).

González Arratia (1996) menciona que la autoestima de la mujer entre los 20 y 60 años puede variar debido al grado de éxito o fracaso en su vida, la adaptación al matrimonio, la maternidad, los logros personales, el estatus socioeconómico, las capacidades físicas, la cultura, etc. Así mismo, a medida que la edad aumenta, la autoestima tiende a descender; a mayor edad, menor autoestima, atribuyéndose este hallazgo a la disminución de capacidades en las diferentes áreas: social, familiar, sexual y laboral.

Se ha encontrado que la disminución de autoestima afecta a personas de diferentes edades, pero los sectores más afectados son las mujeres y los adolescentes. Desde el punto de vista psíquico, la edad crítica de la mujer es la comprendida entre los 30 y 45 años, al llegar la menopausia, ya que la mujer hace un balance de su vida y con frecuencia no está satisfecha. Reconocer que con los años llegan otras oportunidades de las que se pueden disfrutar, los hijos crecen,

se independizan, viven su vida, se casan; ocasión para ocuparse de uno misma, es el momento propicio para iniciar aquellas actividades con las que siempre se soñó y nunca se concretaron por falta de tiempo y exceso de obligaciones (Bersing, 2000).

En una investigación realizada por Cacique (2000) en Centroamérica se encontró que las amas de casa presentan una abaja autoestima, tal vez debido al escaso brillo social de los trabajos domésticos, a la rutina, a la falta de aprecio por parte de los demás miembros de la familia y a la desigualdad del reparto de las tareas domésticas.

Las amas de casa no se sienten queridas ni apoyadas por su familia y el reparto de las tareas domésticas lo consideran injusto ocasionando en ellas desvalorización y estrés debido a la monotonía de la jornada continua de día tras día, aunado al hecho de que el ama de casa no tiene independencia económica. En el mundo laboral, se recomienda cambiar de trabajo en estas circunstancias, pero para las amas de casa cambiar de familia sería una solución radical y no real.

Existen hombres en un mundo machista que se sienten relegados por la mujer, fracasados y hasta humillados, razón por la cual, envían mensajes a la mujer de rechazo, coraje, resentimiento y despotismo, a través de diversas actitudes. No la admiran, sino por lo contrario, le exigen que los atienda sin un mínimo de amabilidad. Si las mujeres no se sienten satisfechas con su rol de madres pueden transmitir esta inseguridad a sus hijos y a la vez, pueden tener baja autoestima ambos.

Conocerse a sí mismo implica el trabajo que diariamente realiza la persona consigo mismo. Es estar alerta y “despierta” a lo que ocurre en su interior, tener una actitud de cuestionamiento constante hacia sí mismo y hacia la vida. Este autocuestionamiento es confundido muchas veces con una autocrítica negativa, pero no debe ser así, es un constante preguntarse qué quiero y hacia dónde voy. Y de este conocimiento se desprende el concepto de autoestima que es la valía que tiene uno de sí mismo. Este concepto tiene tres dimensiones, una intelectual

(lo que pienso de mí), incluye todas aquellas cosas valoradas por mí y mi experiencia personal como positivas (virtudes, recursos y aspectos que me agradan) y aquellas cosas o aspectos que me desagradan (y que regularmente son vividos como limitaciones o defectos), otra afectiva que incluye los sentimientos hacia los otros y hacia mi propio autoconcepto (como me siento al respecto); una tercera dimensión es la subjetiva donde se tiene una conciencia de uno mismo; estas tres dimensiones dan lugar a los pilares de la autoestima (Bersing, 2000).

Estas tres dimensiones de la autoestima son el concepto de autodesempeño en términos de capacidades y limitaciones, la emocionalidad en el sentido de conexión, reconocimiento y expresión, lo ético formado por valores y normas y el aspecto espiritual en cuanto a crecimiento y trascendencia del yo (Branden, 1997).

De todos los juicios que hacemos en nuestra vida, ninguno es tan importante como juzgarnos a nosotros mismos, por lo que una autoestima positiva actúa, en efecto, como el sistema inmunológico del espíritu, proporcionándonos resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando el nivel de autoestima es bajo se reduce nuestra resistencia ante los problemas con los que nos tenemos que enfrentar en la vida, tales como eventos que nos pueden estresar o llevar a la depresión (Hay, 1995).

Tener una buena autoestima es indispensable tanto para las mujeres que solo se dedican a labores del hogar, como para aquellas que están abandonando los roles sexuales tradicionales, las que luchan por la autonomía emocional e intelectual, las que trabajan para progresar en su trabajo. La autoestima nos fortalece, nos da energía y nos motiva. Nos anima a tener éxito y nos permite disfrutar y estar orgullosas de nuestros logros (Barberá y Moltó, 1994).

Cuanto más sólida sea nuestra autoestima, mejor equipadas estaremos para enfrentarnos a los problemas que surgen en el trabajo o en la vida personal, con más rapidez podremos recuperarnos de una caída y más energía tendremos para

empezar de nuevo. La mujer necesita aprender a ser eficaz como agente de cambio en sus relaciones afectivas y sociales (Bersing, 2000).

En investigaciones realizadas con mujeres por Smith, Gerard y Gibbons (1997) han encontrado que cuando estas tienen una baja autoestima son más propensas a problemas de salud; en cambio en aquellas que poseen alta autoestima disminuye su vulnerabilidad ante este tipo de problemas, debido a que son capaces de desarrollar estrategias cognitivas que les permiten percibir situaciones de riesgo, como las consecuencias de no utilizar anticonceptivos, el cómo se puede transmitir una enfermedad de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc.

Cuando el ser humano no tiene confianza en sí mismo recurre a emociones negativas y no piensa de manera racional, la depresión se caracteriza por la desesperanza, la pasividad. La sensación que todo acto y esfuerzo son inútiles, que no vale la pena hacer nada, y por sentimientos de rechazo y condena hacia uno mismo (Branden, 2001).

Según Piechowski (1992), en las diferentes elecciones que se hacen durante el transcurso de la vida como pueden ser: elegir una carrera, casarse o no, ser ama de casa o trabajar fuera de casa, se requiere de la autoestima y cuanto más satisfacción cause determinada selección, más bien nos sentiremos con nosotros mismos.

Hoy en día vivimos en un periodo en el que nos enfrentamos a un extraordinario número de elecciones relativas a nuestros valores, nuestras orientaciones religiosas o filosóficas y nuestro estilo de vida en general. Cuanto mayor es el número de elecciones y decisiones que tenemos que tomar a nivel consciente, más urgente es nuestra necesidad de autoestima. Es importante considerar no solo la cultura en general sino el mundo de trabajo, los retos de adaptación económica (Branden, 1997).

En las últimas décadas, se han registrado cambios en la economía nacional y mundial. Estos cambios han contribuido a que la necesidad de la autoestima sea



más urgente para todos aquellos que participan en el proceso productivo, desde el campesino, personal de nivel básico hasta el empresario. (Rodríguez y Ramírez, 2003).

A través del trabajo se muestra el nivel de seguridad y el sentido del valor personal que se tiene. Cuanto más alto sea el nivel de nuestra autoestima más probabilidades se tendrá de encontrar una actividad a través de la cual se pueda expresar de manera satisfactoria y enriquecedora, para sentirse mejor en el ámbito laboral se requieren de los siguientes aspectos: un trabajo productivo, lo que significa cualquier actividad con un fin determinado, que implique la mente, la fuerza y la capacidad de prestar servicio a los propósitos de la vida: desde cavar una zanja, sembrar, criar ganado o sacar adelante un negocio. Hoy en día se necesita de una eficacia particularizada, es decir, efectividad en áreas específicas de esfuerzo, proveniente de conocimientos y habilidades que se hayan adquirido. Eficacia fundamental que corresponde a la capacidad básica de aprender lo necesario. Una de las características de la autoestima es el entusiasmo por aprender lo nuevo y desafiante, por aquello que permite al individuo usar al máximo sus capacidades (Velez- Bautista, 2001).

Tschirhart y Donovan (1991), en una investigación encontraron que el autoconcepto y el autoestima de las personas tienen una estrecha relación con el trato anterior recibido por parte de sus padres, lo que influye directamente en su seguridad y afecto; por lo que una persona con un autoconcepto y autoestima bajos puede verse a sí misma como inútil, dependiente, abrumada, angustiada y con miedo.

Redil (1981) mostro que las mujeres con baja autoestima tienen poco control sobre sus vidas y son vulnerables a la depresión y tienden a verse así mismas como menos capaces de lo que en realidad son. Por lo que cuando existe depresión, las mujeres experimentan pensamientos negativos y se perciben de una manera negativa devaluándose a sí mismas, ya que creen que todo lo que han hecho no tiene valor y pierden interés por cualquier tipo de trabajo.

Casi todas las reacciones emocionales negativas dan como consecuencia una baja autoestima. La gran mayoría de las mujeres deprimidas carecen de autoestima adecuada y no sienten aprecio ni amor por sí mismas, en el fondo, su falta de autoestima determina como se sienten (Burns, 2002).

Por otro lado, se ha encontrado relación entre alta autoestima y trabajo productivo, es decir, se ha observado mayor eficiencia en personas que se sienten mejor con ellas mismas, y cuanto más alto sea el grado de autoestima de una persona, más altas serán las metas que se fije y más exigentes los desafíos que tienda a buscar (Branden, 2001).

En un estudio realizado por Corredor y Gómez Ortiz (1999) con mujeres que desempeñan múltiples roles se detectó que la autoestima es una variable que modera los efectos de las interacciones maternas negativas sobre los síntomas depresivos, observándose que cuando estas mujeres poseen una alta autoestima tienen interacciones negativas con sus hijos, experimentan niveles más bajos de depresión; en cambio, las mujeres con baja autoestima ante interacciones negativas con sus hijos, presentan más altos niveles de depresión, por lo que se concluye que una alta autoestima ayuda a manejar las situaciones aversivas, es decir, que a mayor autoestima mayores recursos de afrontamiento.

Una vez que se analizaron los factores que pueden repercutir en la valorización de la mujer, vemos la necesidad de realizar estudios con mujeres que ejercen distintos roles, para poder detectar sus niveles de autoestima y así poder detectar los grupos vulnerables.

En resumen, la autoestima se considera una variable medidora que puede contribuir en el comportamiento de la mujer. Se deja ver que la autoestima puede variar entre las mujeres que desempeñan diferentes roles como ser ama de casa o trabajar fuera del hogar, provocando en ella diferencias en su estado de ánimo.

## 2.6 EVALUACION Y TRATAMIENTO

La valoración inicia con una entrevista a la mujer probablemente deprimida, prosigue más tarde con una intervención individual o grupal con la familia. En la entrevista se proporcionan los datos e historia clínica de la mujer, antecedentes familiares y sus síntomas actuales, completándola con la aplicación de pruebas psicológicas que se estimen necesarias. Los resultados nos permiten establecer el tratamiento adecuado y brindar orientación a los familiares proponiendo vías de actuación.

El tratamiento de la depresión debe ser individualizado, adaptada a cada caso en particular y a la fase de desarrollo que se encuentra la mujer, tomando en cuenta su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención. Se debe involucrar de una manera activa a los familiares y realizar intervenciones hacia el entorno de la mujer (familiar, social) El tratamiento se puede llevar a cabo desde diferentes perspectivas con terapias psicológicas: entre las cuales se encuentran:

- *Terapia Cognitiva*: Se han desarrollado programas dirigidos a modificar las distorsiones cognitivas en mujeres deprimidas. Este tipo de terapia en primer lugar, favorece las habilidades y autocontrol, y en segundo lugar pretende alcanzar varios objetivos, para lo cual se han elaborado diversas técnicas, en las cuales se pretende que la mujer aprenda a procurarse mayores esfuerzos positivos disminuyendo así los autos punitivos. Con la auto observación dirigida, se busca que se preste más atención a los acontecimientos favorables, rechazando la preferencia que generalmente siente por los depresiógenos; con las técnicas de auto evaluación, se pretende que la mujer deprimida se muestre menos perfeccionista y exigente en sus logros, adecuándose a expectativas y rendimientos más realistas; y por último, en las técnicas de autocontrol se incluye el entendimiento para favorecer todo lo que aumente su asertividad.
- *Psicoterapia Psicodinámica*: enfocada al tratamiento de la depresión ya que ayuda a la mujer a entenderse a sí mismo, a identificar sentimientos inapropiados, a mejorar su autoestima, a cambiar patrones desadaptados de conducta, a interactuar de manera eficaz con otros y superar conflictos pasados y futuros.

- *Terapia Familiar*: es una terapia de grupo, en la que los miembros de la familia reciben ayuda para mejorar sus relaciones entre ellos.

Tratamiento Farmacológico. El uso de fármacos debe de estar prescrito y controlado por un médico Psiquiatra. Entre los antidepresivos más utilizados encontramos los Tricíclicos: imipramina, amitriptilina, e Inhibidores Selectivos de Recapturación de la Serotonina (ISRS).

Tratamiento Combinado: Este tipo de tratamiento consiste en la combinación de terapias farmacológicas, varios tipos de psicoterapia (individual, familiar, grupo), y diferentes programas conductuales y psicopedagógicos.

## 2.7. ESTRÉS Y TRATAMIENTOS DE LA DEPRESION EN LA MUJER

Es importante estudiar los niveles de estrés en diferentes grupos de mujeres, así como averiguar los acontecimientos que los propician, para de esta manera diseñar estrategias para reducir las fuentes de estrés.

El termino estrés etimológicamente proviene del participio latino (*strictus*) del verbo *stringere* que significa provocar “tensión”.

En el siglo XIX se comienza a utilizar el concepto estrés en el campo de la medicina, primero desde la fisiología y después en la endocrinología, refiriéndose al estrés fisiológico (Selye, 1976).

En la segunda mitad de dicho siglo, Claude Bernard, fisiólogo francés, se interesó por la influencia de los cambios del ambiente debido a que estos originan en el organismo humano el funcionamiento de ciertos mecanismos que le permiten mantener su propio ajuste. Es decir, un cambio en el medio provocara desajustes en el equilibrio del organismo, el cual los contrarrestaría de alguna manera. Posteriormente ya comenzado el siglo XX, el fisiólogo estadounidense Walter Cannon preocupado por las reacciones del organismo para mantener el equilibrio

interno en situaciones de emergencia utilizo el término “homeostasis” y considero al estrés para referirse a aquellos niveles de desajuste que pueden llegar a provocar un debilitamiento en los mecanismos homeostáticos (Baccaro, 1994).

Según Powell (1998) la utilización actual del concepto tiene su antecedente fundamental en la teoría de la adaptación “Síndrome General de Adaptación”, del endocrinólogo húngaro de la Universidad de Montreal, Hans Selye, quien se ha dado en llamar posteriormente “padre del estrés”. Sus investigaciones han constituido las primeras aportaciones significativas al estudio de este fenómeno, creando las bases para la realización de investigaciones sobre este término.

Selye (1976) menciona que el estrés pasa por dos o tres etapas en relación con la aparición del estímulo. La primera etapa de “alarma”, es aquella en la que el organismo pone en funcionamiento mecanismos que dan lugar a la secreción de algunas hormonas, de emergencia (adrenalina, noradrenalina, cortisona), pero el individuo no percibe síntoma alguno, no siente fatiga física. Psicológicamente se produce un estado de excitación con tendencia a la fuga que puede traducirse en un estado de ánimo especialmente optimista, pero si el estímulo no desaparece con el tiempo, el estrés sigue su curso y aparecen estados de cierta irritabilidad, tensión, angustia, insomnio, etc. Alguno o varios de estos síntomas son el medio a través del cual se manifiesta, hasta alcanzar un estado que indica la aparición de la última etapa, el “agotamiento” que puede llevar al individuo hasta la muerte. Si en el paso de una etapa a otra, el estímulo estresor, causa de tal estado, desaparece o se transforma en favorable para el individuo, entonces se dará la etapa de recuperación.

Como se puede observar, el estudio del estrés comienza a desarrollarse a partir de la medicina y posteriormente continua en el ámbito de la psicología formulándose así las explicaciones de las implicaciones psicológicas que dicho fenómeno tiene para el individuo. Todo ello siguiendo un modelo conceptual correspondiente al marco teórico de la psicología de la conducta, que se ocupa del

comportamiento de los individuos, con el propósito de incidir en ellos para conseguir una conducta deseable. Más adelante, se estudian las causas y efectos en otros ámbitos de la vida social y laboral, es decir, trascendiendo de lo individual a lo grupal (Fontana, 1992).

Se ha contextualizado la palabra estrés de acuerdo con dos vertientes: una positiva y otra negativa.

El estrés como efecto **positivo** (eutres) se le considera un Aspecto necesario para el cambio y desarrollo del individuo, por tanto, se encuentra estrechamente relacionado con los procesos de motivación y atención, y forma parte de la existencia humana. Sin embargo, a veces las demandas del vivir moderno son excesivas y abruman a las personas.

Por otra parte, Valadez y Landa (1998) han considerado que el ambiente físico y cultura, tienen gran influencia sobre las personas. Por ello, factores externos como el ruido, la contaminación, la sobrepoblación y otros, pueden producir efectos **negativos** (distres) sobre el comportamiento y salud.

El concepto de estrés se ha utilizado para analizar dichas características ambientales, las que pueden llevar a la incomodidad física y psicológica, afectando en algunos casos el proceso de salud – enfermedad (Powell, 1998).

Al hacer un recorrido por el desarrollo del estudio del estrés desde la perspectiva psicológica, se observa que este implica la “interacción” del organismo con el ambiente tanto físico como social. A partir de este supuesto, se formulan diferentes definiciones acerca del estrés, todas ellas bajo la idea de un proceso cerrado en el que se produce una retroalimentación, por lo que es posible predecir determinadas respuestas como correspondientes a algunos estímulos o causas (Rossi, 2001).

Todas las definiciones del estrés se refieren a los siguientes parámetros: a) condiciones productoras del estrés (causas), b) como operan esas condiciones en el individuo (características personales), c) reacciones que provoca en el individuo (respuestas) y d) consecuencias de esas reacciones. Estas se diferencian entre sí en cuanto a la población que se otorga a la presencia del estrés en el proceso al que da lugar la acción de un estímulo, su percepción y respuesta al mismo (Lazarus y Folkman, 1991).

## 2.8 DEFINICION DE ESTRÉS

Para Selye (1976) es estrés es la proporción estereotipada de la respuesta del cuerpo a cualquier demanda, asociada con el índice de desgaste y sufrimiento de la maquinaria humana que acompaña a cualquier actividad vital y que corre paralela a la intensidad de la vida. Esta misma estrategia se puede aplicar no solo a las reacciones físicas, sino a los problemas y cuestiones que enfrentamos diariamente: conyugales, laborales, familiares o sociales. Por tanto, el estrés es “la respuesta no especificada del cuerpo ante cualquier exigencia a que se le somete”.

Esta reacción global inespecífica puede acompañarse de los siguientes síntomas y signos:

Fisiológicos: sudor de manos, palpitaciones, falta de aire, respiración suspirosa, tics, contracturas y calambres musculares, insomnio, alergias, enrojecimiento de piel, verrugas, decaimiento.

Psicológicos: nerviosidad, irritabilidad, aislamiento, nostalgia, aburrimiento, desconfianza, falta de entusiasmo, falta de motivación, disminución de la concentración y creatividad.

Conductuales: desgano, distracción, pérdida del humor, pensamientos persistentes sobre problemas, productividad reducida, postergamiento de decisiones importantes o difíciles, falta de energía.

El estrés es toda la capacidad de adaptación del individuo frente a un nuevo desafío, esto es, que puede dejar al organismo en tensión e inquietud, no solo a nivel de sus fuerzas físicas, sino principalmente psíquicas (Baccaro, 1994).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el estrés no es más que el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción (Valadez y Landa, 1998).

De acuerdo con Baccaro (1994) el estrés es un componente esencial del mecanismo para que el hombre viva en un ambiente hostil y que como parte constitutiva de sus modelos de adaptación, lo pone en condiciones para la lucha o la huida. Pero este mecanismo se transforma en peligro potencial cuando el grado de adaptación no compensa cambios de tal magnitud, como los que se registran en circunstancias psicológicas, sociales y económicas de un mundo poblado de imprevistos.

Es importante comentar que la relación entre depresión y estrés es bidireccional; en ocasiones, entrar en una crisis de depresión puede ocasionar pérdida del trabajo, falta de energía para interactuar, incapacidad para el desempeño de diferentes tareas y roles; y todo esto tensiona ocasionando estrés, y viceversa, el perder el trabajo estresa y lleva a la depresión (Yalom, 1999).

## 2.9 CAUSAS DE ESTRÉS

Rossi (2001) menciona que los factores determinantes del estrés se pueden agrupar en tres categorías:

El ambiente externo, el trabajo y el estilo de vida.

El mismo autor expone que en numerosos estudios han intentado determinar el valor estresante debido a ciertos acontecimientos concluyendo que las 10 situaciones que estresan más a las personas son: en primer lugar, la muerte del



cónyuge; en segundo, el divorcio; en tercero, la separación; en cuarto, el estar en prisión; quinto, la muerte de un pariente; sexto, enfermedad personal; séptimo, contraer matrimonio; octavo, pérdida del trabajo; noveno, reconciliación conyugal y, por último, la jubilación.

Se puede observar que esta lista comprende tanto eventos positivos (matrimonio) como negativos (divorcio), por tanto, nos podemos preguntar por qué un acontecimiento feliz puede producir una reacción de estrés. A lo que Rossi (2001) responde que el estrés ante un acontecimiento agradable, se puede deber a la reacción que se tiene frente a lo nuevo y desconocido, y a las nuevas responsabilidades y adaptaciones que implican determinados acontecimientos.

También los pequeños problemas cotidianos pueden provocar estrés, con frecuencia cada uno de nosotros se enfrenta con múltiples situaciones desagradables como viajar durante horas punta, recibir una noticia que deshace nuestros planes, compartir un espacio con un fumador mal educado, hacer una larga fila en el banco, tener un problema con algún vecino, correr para llegar puntual al trabajo, etcétera (Krause, 1986).

Obviamente se trata de pequeños problemas, fastidiosos que cada uno de nosotros se ha acostumbrado a soportar. Sin embargo, estos tienen el poder de debilitar nuestra capacidad de resistencia, sobre todo si se repiten con regularidad y se presentan a menudo.

Se ha observado que la ocupación laboral y el deseo de promocionarse profesionalmente juegan un papel fundamental en la vida de cada uno. El trabajo es fuente de ingresos y permite planificar proyectos para el futuro. Un jefe de familia, siendo hombre o mujer, seguramente está más tranquilo si cada fin de mes puede contar con un sueldo fijo, lo cual es positivo tanto para él como para el núcleo familiar que sustenta. También para los jóvenes el trabajo es importante

porque les permite construir un futuro y afirmar su propia independencia de los padres (Powell, 1998).

Pero ¿Cuánto cuestan estos beneficios? ¿Qué precio se debe pagar para obtener un reconocimiento profesional? Desgraciadamente hay que considerar que con frecuencia el trabajo es una fuente de tensiones y nadie es inmune al estrés que genera el trabajo, cualquiera que sea su posición jerárquica, desde el simple empleado hasta el director con mayor responsabilidad (Chacko, 1993).

Todos estos acontecimientos nos pueden ocasionar que nos sintamos mentalmente cansados, pudiendo llegar al **burnout**, termino descrito por Clark (1996), que consiste en una situación de fuerte cansancio mental e intelectual causado por niveles elevados de estrés, cuyos síntomas típicos son la ausencia de placer, conflictos excesivos en relación con el entorno, evaluación negativa de uno mismo.

Con respecto al estilo de vida, la manera de pensar y de evaluar los eventos tiene un papel importante en la reacción ante el estrés. La imagen que tenemos de nosotros mismos, nuestras opiniones, los valores y los objetivos que perseguimos, a menudo, empujan más allá de nuestro nivel óptimo de tensión y reducen nuestra capacidad de afrontar de afrontar los desafíos cotidianos (González – Fortaleza, Villatoro, Pick y Collado, 1998).

Para reducir los niveles de estrés consideran Kreitler, Aronson, Berliner; Weissler y Arber, (1995) que es importante la aceptación del rol que se desempeñe, es decir el ama de casa debe de estar satisfecha de serlo.

También se ha observado que contribuye al estrés el tipo de personalidad, siendo más vulnerables al estrés los sujetos ocupados, competitivos, inquietos, impacientes, siempre activos, que hacen más de un trabajo a la vez y están

dispuestos a aprender nuevas iniciativas, a este tipo de comportamiento se le denomina personalidad tipo "A" (Valadez y Vaquero, 1992).

## 2.10 EL ESTRÉS Y LA MUJER

Las mujeres y los varones no experimentan el estrés de la misma manera, las primeras tienen una sensibilidad diferente a los estresores, dan un significado distinto a los problemas que enfrentan así como a la visión que tienen de la vida en general (Witkin – Lanoil, 1987).

El estudio del estrés se ha situado en los hombres y en las actividades que estos realizan. Pero no hay que olvidar que las mujeres viven en el mismo mundo que los hombres. Por lo que ellas también tienen que soportar los desafíos de la vida. También a ellas les preocupan los hijos, el futuro y la situación económica presente. (Caballo y Cardeña, 1997).

Belle (1992) menciona que los acontecimientos estresantes son compartidos por ambos sexos, se ha visto que existen ciertas situaciones que se presentan con mayor prevalencia (incluso exclusivamente) en las mujeres. Así como la exposición a eventos relacionados con violencia, guerra o combate, suele generarse con más frecuencia en el género masculino, la mujer presenta otros tipos de estresores que son prácticamente de su exclusividad: menstruación, embarazo, tener o no pareja estable, convertirse en únicos sostén de sus hijos, no quedar embarazada en los casos en que si lo desea, ser víctima de violencia o acoso sexual, recibir maltrato psicológico o físico en su hogar, no desarrollar de manera adecuada intelectualmente por elegir desempeñar más eficazmente su rol como ama de casa y madre. Otro hecho que hay que destacar es que culturalmente suele esperarse de la mujer que actúa como madre que este siempre dispuesta a satisfacer las necesidades de los demás sin requerir atención de sus propias necesidades.

En una investigación realizada por Caballo y Cardeña (1997) encontraron que las mujeres tienden a percibir como más estresantes los eventos que implican agresión y derrota.

En el mismo orden de ideas, Delgadillo y Valdez (1998) utilizando el instrumento de Caballo (1994) para medir acontecimientos productores de estrés, hallaron, que los sujetos perciben mayor nivel de estrés, en las áreas de cambios abruptos de vida, victimicen, pérdidas personales significativas y experiencias violentas, desajustes de interacción y problemas legales.

Por otro lado, Pedrero y Rendon (1982) señalan que la inserción de la mujer en actividades que son culturalmente masculinas, al haber sido equipada con rasgos expresivos (atenta, amable, tierna, resignada, hogareña, desprendida, etcétera) y no con características instrumentales (audaz, independiente, decidida, rebelde), la mujer se hace más vulnerable a la depresión y al estrés.

Fontana (1992) considera que existen diferencias entre hombres y mujeres en el modo de afrontamiento, ya que mientras estas al tener que resolver un problema lo hacen tratando de mantener la calma, es decir, mediante el manejo de emociones, puesto que piensan que se sienten bien por dentro, los factores externos no representan gran inconveniente; lo hombres prefieren ver las posibles soluciones ante el problema y experimentan alegría en la medida en que se resuelven los problemas.

Según Pianta y Egeland (1994) se puede percibir que las mujeres al experimentar situaciones tensas, desarrollan más fácilmente estados de depresión mientras que los hombres muestran la tendencia a pasar a la acción, incrementando la impulsividad y las conductas agresivas. Así mismo, el género femenino suele atribuir con más frecuencia sus fracasos a factores internos (por ejemplo falta de capacidad o haber entendido mal), mientras que el género masculino tiende a atribuirlo a factores externos (por ejemplo, el profesor tiene la culpa). Además las

mujeres tienden a ser más pesimistas con respecto a sus propias capacidades y a generalizar una deficiencia específica en otras áreas de su vida (por ejemplo: si considera que no es buena cocinera, tiende a pensar que tampoco es capaz en otras actividades). De este modo, la autoestima de las mujeres suele verse afectada de manera más común y más seriamente que la de los varones, debido a que estas son más susceptibles a las opiniones de los demás.

Debido al estrés las mujeres pueden demostrar, además de depresión, retraimiento, irritabilidad, temor, ansiedad y abatimiento, así como predisposición a no conciliar el sueño, pérdida del interés por la comida, por las relaciones sexuales o por sus amistades. Y al igual que los hombres, aumenta su tensión arterial, se duplica su velocidad cardiaca, su respiración se vuelve más rápida e irregular, se les pone frías y húmedas las manos y los pies, se les seca la boca y su digestión se detiene por completo (Witkin – Lanoil, 1987).

Culbertson (1997) ha observado que las mujeres experimentan algunas formas de estrés propio de su género, como aquel derivado de su fisiología: desarrollo de los senos, menstruación, embarazo y menopausia.

Estas respuestas especiales, físicas y psíquicas ante el estrés exclusivas de la mujer, dan lugar a muchos síntomas de tensión que son específicos de ellas, y a otros muchos que se dan más a menudo en ellas que en los hombres, síntomas que van desde la suspensión de las menstruaciones hasta graves crisis de angustia (Witkin – Lanoil, 1987).

Se ha visto que las mujeres por lo general ganan menos dinero y tienen menos poder que los hombres. El bajo nivel socioeconómico trae consigo muchas preocupaciones y estrés, incluyendo la incertidumbre por el futuro y un menor acceso a los recursos médicos (Valadez y Landa, 1988).

Cuando las mujeres se sienten con pocos recursos económicos y sin apoyo social, de acuerdo a Turner (1994) pueden pensar que no tienen control sobre su vida, y esto las lleva a presentar ciertas emociones, como pasividad, negativismo y falta de autoestima, que las pone en mayor riesgo de depresión y estrés.

En ocasiones, las mujeres se sienten sobrecargadas debido a que tienen que realizar trabajos fuera de casa y por lo general desempeñan tareas domésticas, por lo que a menudo trabajan más horas a la semana que los hombres. Muchas de ellas tienen que enfrentar los retos y el estrés que acompaña su condición de madres solteras. Además algunas de estas mujeres pueden encontrarse entre generaciones como un “sándwich” cuidando de sus hijos pequeños y de los familiares enfermos o de mayor edad (Kramlinger, 2002).

La madre que se queda en casa corre el riesgo de sentir que no está haciendo todo lo que puede para ayudar a su marido en el esfuerzo económico necesario en nuestros días. Además su sensación de dependencia, aumenta incluso, cuando hace todo lo posible por ahorrar (Barnett, Marshall y Singer, 1992).

Debido a todo esto, las mujeres se hacen más propensas a síntomas como: dolores de cabeza, de espalda, de tensión premenstrual irregular, alergias, gastritis y colitis (Witkin – Lanoil, 1987).

Se ha visto que un trauma o abuso físico en mujeres durante la infancia predispone a tensiones en la edad madura incrementando el estrés (Allen, Coyne, Huntoon, 1998).

Por el contrario, Pribram (1981; citado en Witkin – Lanoil, 1987) encontró que las mujeres muestran un mayor predominio del hemisferio izquierdo del cerebro, el cual dirige el lenguaje, la lógica y las definiciones por lo que son capaces de afrontar el estrés, de modo más lógico y verbal que los hombres. Y también se dio cuenta de que el cordón de fibras nerviosas que conecta ambos hemisferios del

cerebro, es más grueso en la mayor parte de las mujeres. Es decir, que estas pueden combinar las capacidades espaciales visuales del hemisferio derecho con las habilidades verbales del hemisferio izquierdo de manera coordinada, originando la intuición femenina.

En un estudio realizado, Beck y Snell (1989) encontró que las mujeres poseen mayor proporción de grasa en comparación con los hombres, por lo que tienen mejor protección contra el frío y liberan más lentamente la energía. Y esto representa una ventaja, ya que les ayuda a resistir periodos largos de estrés, pues este tiende a contraer los vasos sanguíneos superficiales que dan calor a las manos y a los pies, y a aumentar la sudoración, enfriando el cuerpo. También tienden a incrementar el apetito, lo cual hace necesario tener una fuente alternativa de energía.

Fontana (1992) halló que las mujeres reaccionan con más facilidad a los contactos físicos en comparación con los hombres y esto podría significar que el estrés de la mujer puede aliviarse fácilmente con caricias y abrazos.

Según algunos estudios de Martínez – Sánchez y Casado Morales (1999) las mujeres son más sensibles al dolor que los hombres, mientras que, en otros, no existe una diferencia. Pero si las mujeres son más perceptivas al dolor se puede pensar que tener un umbral bajo al dolor puede constituir un sistema de aviso temprano a los síntomas del estrés, lo cual sugiere un tratamiento inmediato, y esto podría considerarse como un factor que contribuya a la mayor esperanza de vida en las mujeres.

Baccaro (1994), observó que las niñas a partir de los 18 meses de edad, adquieren mayor control sobre las rabietas de los niños, lo que podría demostrar que las mujeres desarrollan mejores estrategias verbales para afrontar el estrés que los hombres, por lo que estos; al afrontar el estrés son menos capaces de controlarse.

Las mujeres tienen menos tendencia a reaccionar agresivamente y, por tanto necesitan menos control; esto aumentaría su capacidad de afrontar el estrés, pues les permitiría pensar antes de actuar (Beck y Snell, 1989).

Se ha observado que la superioridad femenina en la coordinación motora fina, la cual le permite a algunas mujeres aliviar su tensión por medio de actividades manuales como el bordado, el tejido, esto también ha originado la capacidad de las mujeres en la neurocirugía. Es decir, que la realización de actividades manuales puede alejar a las mujeres de las tensiones, haciéndolas menos vulnerables al estrés (Cacique, 2000).

En otro orden de ideas, se ha visto que existen desventajas para la mujer en lo referente al estrés, debido a que tiene mayor riesgo de contraer enfermedades como: úlceras, hipertensión, velocidad cardiaca, la cual puede aumentar de 70 pulsaciones por minuto a 140, fatiga crónica, infertilidad, tensión premenstrual y neurosis de ansiedad (Witkin – Lanoil, 1987).

Así como para la depresión existen factores biológicos y psicosociales que favorecen la aparición de síntomas depresivos, para el estrés también porque se ha detectado que los cambios hormonales como el síndrome premenstrual, el parto, el posparto y la menopausia desequilibran a la mujer y la tensan, favoreciendo al estrés (Witkin – Lanoil, 1987).

En relación con el parto y a la menopausia algunas mujeres experimentan ansiedad y depresión, que parecen relacionarse con el descenso de los niveles hormonales que propician el estrés en ellas (Mc Kinlay y Jeffereys, 1987b).

La mujer también está expuesta a factores psicosociales que la incomodan como en caso del ama de casa a la que presionan para que salga del hogar y se realice; la mujer que trabaja y a la que se presiona para que vuelva al hogar, a fin de no perder a su familia. Por esto se ha detectado que el desempeñar doble rol también



ha generado mayor nivel de estrés en las mujeres. Y más aún si no están a gusto con el rol que desempeñan, pues esto también les genera tensión (Aneshensel, 1996).

Por otro lado, más allá del trabajo doméstico, la mujer que no trabaja está sometida al aislamiento y a la monotonía excesiva, lo que quiere decir que requiere más estimulación que le permita realizar actividades menos rutinarias, que le evitarían tensiones (Brazelton, Greene, Gynther, 1996).

De esta forma, puede observarse que el estrés producido por agentes físicos, psicológicos y sociales es considerado como causa importante que afecta directamente la salud mental de las personas en general, pero particularmente a las mujeres que han tenido que enfrentar una serie de cambios en el rol que la cultura les ha asignado a lo largo del tiempo.

## 2.11 VIOLENCIA HACIA LA MUJER COMO ANTESCESOR DE LA DEPRESION.

Es necesario tratar el tema de la violencia hacia las mujeres, debido a que es un problema que suele presentarse en todo tipo de sociedades y culturas. La cuarta conferencia sobre la Mujer, realizada en 1995, la conceptualiza como “una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo” (Naciones Unidas, 1995, pág. 63).

Por lo tanto, la violencia es un problema de salud, pero así mismo, es un fenómeno de relación intergenérica que trasciende los campos médico y legal.

Específicamente, Koss, Goodman, Brown y cols. (1995) definen a la violencia masculina hacia la mujer como “aquellos actos físicos, visuales, verbales o sexuales que son experimentados por una mujer o una niña como amenaza, invasión o ataque, y que tienen el efecto de herirla o degradarla y/o quitarle su

habilidad para controlar el contacto (intimo o de otro tipo) con otro individuo (pág. Xvi).

México se ve afectado por problemas de salud física y mental que afectan a las mujeres básicamente como, la discriminación de género en el empleo, la educación, la distribución alimentaria, el cuidado de la salud y los recursos para el desarrollo económico. Así mismo, la relativa falta de poder de las mujeres también las hace vulnerables a la explotación de muchas maneras, desde la violencia física y sexual, hasta el asesinato.

De veinte años atrás, a la fecha las mujeres se encontraban en una desventaja visible en aspectos del trabajo, con salarios más bajos o condiciones desfavorables de empleo, en el hogar con una devaluación del trabajo doméstico y en cuanto a su propia sexualidad, el control de su cuerpo en términos de placer o reproducción. Sin embargo lo que hace a las mujeres no denunciar muchas veces es el miedo y la culpa por los estereotipos, por ejemplo cuando una mujer es violada se suele escuchar: “las mujeres lo disfrutan”, “solo les pasa a ciertos tipos de mujeres”, “ella lo provoco por cómo iba vestida” etc.

El resultado de esto es la culpa de las víctimas, que influye en sus percepciones acerca del suceso. La violencia contra la mujer se torna “permitida” bajo ciertas justificaciones como “a las mujeres les gustan que las maltraten”, “no hay que meterse en la vida privada de la pareja”, “la mujer debe soportar lo que sea para conservar la unidad familiar”, etc. En las zonas rurales puede llegar a ser severa esta situación debido a que el hombre lo utiliza como medida correctiva dirigida a imponer su autoridad, debido a que se cree que las mujeres son posesiones y deben ser sometidas a medidas disciplinarias por medio de la fuerza física.

La mujer inmersa en este medio vicioso, no “quiere darse cuenta” de su realidad, maneja falsas expectativas de esperanza y obvio distintas realidades, ciertas apariencias ante los demás miembros de su comunidad, juega o intenta tener un modelo de familia. El miedo a “estar solas” y verse con la responsabilidad de mantener a los hijos no les permite separarse del escenario violento que viven, se

aprende de generación en generación la violencia y tiende a repetirse en hijos de padres golpeadores, porque se vuelve algo “natural” se piensa que así es como se debe vivir en pareja.

Las madres enseñan a su hijos varones la superioridad sobre el género femenino, la responsabilidad de tener siempre el poder sometiendo a la familia, desencadenando una serie de eventos destructivos que llevan a la Depresión en los miembros de la familia, siendo las mujeres las más vulnerables.

El taller preventivo sobre Depresión dirigido a las madres de familia de la comunidad, hace alusión a la manera de como las mujeres son vistas por el resto de la familia cuando presentan síntomas emocionales, debido a que se considera que las mujeres son de naturaleza débil, vulnerables y con carencias; su pareja reduce sus problemas a todo lo relacionado con su funcionamiento reproductivo, síndrome premenstrual, depresión posparto, climaterio, esterilidad, etcétera. Esta visión trivializa a las quejas de las mujeres y se le clasifica como “malestar” de enfermedades biológicas, las cuales se proponen ser tratadas con medicamentos, se les da poca importancia, a los factores socioculturales que las originan.

Las mujeres rara vez se inmiscuyen a investigar las razones de sus sentimientos, piensan que la “tristeza” permanente y duradera es “normal”, e incluso les apena comentarlo en grupo debido a que lo clasifican como algo malo.

## 2.12 TRAMIENTOS PARA LA DEPRESION.

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como restaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

Los psiquiatras tienen competencias en recetar medicamentos. Los psicólogos tienen competencias en psicoterapia u otras formas de intervención psicoterapeuta. Según la revista científica *Psicothema*, que realizó una revisión en el año 2001, concluyó que tan sólo en el trastorno bipolar y esquizofrenia resultaba mejor tratamiento el farmacológico que el psicológico.

Los trastornos depresivos son, por fortuna, los que presentan más tratamientos en psiquiatría, por ser ligados con la disfunción de dos de los principales sistemas de neurotransmisores cerebrales, la serotonina y la noradrenalina; por lo que se emplean dos tipos de fármacos: los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos, así como los inhibidores de la MAO (monoaminooxidasa). Estos últimos requieren una dieta especial porque interactúan con la triamina, que aparece en los quesos, la cerveza, el vino, el hígado de pollo y otros alimentos, causando además un aumento en la tensión arterial. Los antidepresivos tricíclicos no requieren una dieta especial, pero tienen un efecto tóxico sobre el tejido cardíaco. Ambos tipos de fármacos actúan bloqueando la reabsorción de la serotonina y la noradrenalina en las neuronas, prolongando así los efectos de estos transmisores. La psicoterapia sería un tratamiento complementario como prevención de las depresiones graves, así como para combatir las depresiones más leves (conocidas como depresiones neuróticas, por oposición a las psicóticas). La psicoterapia de diversos tipos, según varios paradigmas teóricos (desde los conductistas a los psicoanalíticos) cuentan con abundante apoyo empírico y clínico que la avalan como tratamiento optativo, ya que muchos trastornos depresivos tienen sus orígenes no tanto en disfunciones orgánicas sino en factores psicosociales (emocionales, conductuales y cognitivos) e incluso culturales.

La manera de tratamiento de la depresión se pueden enfocar desde distintos puntos de vista: las terapias con medicamentos y sin medicamentos. Las dos se complementan durante el desarrollo del tratamiento y prevención de recaída, hasta

el punto de poder afirmar que una no tiene sentido sin la otra, veamos estos tipos de tratamiento.

### 2.12.1 Terapias con medicamentos.

La depresión es provocada por un problema en la sinapsis de los neurotransmisores, por falta de cuatro sustancias químicas básicamente: serotonina, epinefrina, norepinefrina y dopamina. La mayoría de los antidepresivos incrementan la producción de estas sustancias ayudando el mejoramiento de la sinapsis y evitando así que se dé la depresión.

Del 60 al 80% de las personas que padecen depresión y toman medicamentos antidepresivos han tenido un resultado favorable. Distintas personas responden a distintos medicamentos, afortunadamente hay una gran variedad de este tipo de medicamentos. Lista de los medicamentos utilizados más comúnmente:

Tricíclicos: Amineptina, Amitriptilina, Clomipramina, Doxcepina, Imipramina, Lofepamina, Nortriptilina,

Trazodona. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de

Serotonina: Fluoxetina, Fluboxamina, Parocetina, Sertralina.

Heterocíclicos: Maprotilina, Miancerina

Litio: Carbono de Litio

Anticonvulsivantes: Carbamacepina, Valproato Sódico.

En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento. Hay que tener en cuenta que la causa más frecuente de respuesta terapéutica débil es una mala cumplimentación del

tratamiento indicado (abandonos, olvidos, etc.). En torno al 25 por ciento de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, un 44 por ciento en el primer trimestre, y un 60 por ciento de los pacientes dentro de los seis meses iniciales.

La mayoría de las personas con trastorno bipolar toman más de un medicamento. Junto con el litio y un anticonvulsivo, el paciente puede necesitar un medicamento para otros síntomas que se asocian frecuentemente con la bipolaridad: agitación, ansiedad, depresión e insomnio. Es de vital importancia encontrar la mejor combinación posible de estos medicamentos para cada paciente. Para esto se requiere que el médico supervise el tratamiento cuidadosamente.

#### 2.12.2. Terapias sin medicamentos:

Estás complementan al uso de medicamentos ya que ninguna de las dos tendría un completo funcionamiento sin la otra.

Para tratar una severa depresión son necesarios los medicamentos, pero estas terapias sirven de gran apoyo.

- ❖ Terapias como las siguientes.

Más diversión: visitas de amigos, recibir mensajes, tener una mascota, redecorar, tomar clases, tomar vacaciones, hacer algo que lo distraiga.

- ❖ Terapia Cognitiva: se recomienda esta terapia para no caer en una depresión más profunda, aquí se le ayudara a aceptar sus errores y a verlos como algo normal y humano, y no como algo terrible y que no tiene remedio.
- ❖ Ejercicio: particularmente ejercicios aeróbicos de alto impacto, que mejoren el apetito, el sueño, el interés sexual y su funcionamiento.
- ❖ Psicoterapia: el largo periodo de psicoanálisis freudiano se ha sustituido por pequeñas sesiones de 16 semanas.

El 55% de las personas que asisten a estas terapias presentan una gran mejoría.

- ❖ Grupos de Apoyo: Cuando se sufre depresión se siente una terrible soledad, en los grupos de apoyo se les demuestra que no están solos y en particular se les ayuda a personas con depresiones por abuso de alcohol y drogas.
- ❖ Medicamentos Naturales: Existen varias plantas con efectos antidepresivos.
- ❖ Suplementos Dietéticos: son de gran ayuda las vitaminas: B6, B12, C, tiamina, ácido fólico y riboflavina entre otros.
- ❖ Acupuntura, Aromaterapia y otras alternativas: la aromaterapia, terapia de masajes, musicoterapia y meditación son de gran ayuda para tratar depresiones sencillas
- ❖ Fototerapia: Es la de mayor ayuda para tratar padecimientos como el "Winter Blues" creando un ambiente artificial.
- ❖ Terapia Electroconvulsiva (ECT): En caso de severas depresiones cuando los antidepresivos no provocan ningún efecto, esta es otra opción.

### 2.12.3. ¿Cómo se trabaja una depresión?

La depresión es una enfermedad en la que se ha de tratar con suma delicadez al paciente debido a su debilidad moral. Los métodos de trabajo están sometidos acerca de ciertas consideraciones.

La modalidad de trabajo es no brindar consejos generales sobre qué hacer para salir de la depresión, dado que:

Cualquier estado depresivo es inmanejable con la voluntad, por lo que las culpas, presiones, reproches, compromisos, etc., son altamente negativos y se revierten en aumento del síntoma.

Son producto de la historia personal, la situación actual y las relaciones familiares, por lo que los movimientos personales que se crean adecuados en cualquiera de esas áreas es beneficioso probarlos, teniendo en cuenta que si alguna medida que se ha tomado resulta ineficaz es inútil volver a intentarlo

La consulta psicoterapéutica es el primer paso hacia la cura, decisión que a veces cuesta tomar y si se falla en el intento, es indicado buscar todas las formas posibles para acudir al tratamiento.

Cada tratamiento psicoterapéutico es planificado para cada persona de acuerdo a sus particularidades. El plan terapéutico considera las herramientas adecuadas a la situación personal, familiar y social.

La posición psicoterapéutica es crear con el paciente una relación humana de sumo respeto por la persona con

Un dialogo sencillo. Se parte de la base de que cada persona se conoce a sí misma mejor que ninguna otra. Es una de las tareas principales guiarla para que ese conocimiento sea consciente y real. En este sentido se deja totalmente de lado todo concepto que encasille a la persona. Se establece un contacto cordial, ameno y exento de todo autoritarismo que proporciona el "poder" profesional.



## CAPITULO III

### 3. PROPUESTA

3.1 Justificación: Si bien los trastornos mentales no son universales, es decir, que no son exclusivos de un grupo en particular o de ciertos países, se produce una mayor concentración de enfermedad mental en aquellas zonas donde las condiciones de vida expresan un notorio déficit. La tasa de trastornos mentales es dos veces mayor entre los pobres que entre los ricos

La figura y el rol maternal son, contradictoriamente exigidos y poco sostenidos, desde las estructuras familiares tradicionales y desde un campo social en continuo proceso de transformación.

La posibilidad del despliegue de una maternidad distinta, al de la serie generacional preexistente, debe encontrar anclajes de mayor consistencia, para poder ofrecer a los hijos condiciones de sostén saludables mentalmente.

La depresión es una alteración por lo general, crónica y recurrente. La duplicación de su incidencia se debe al influjo de distintos factores sociales, como la acentuación del estrés, la carencia del trabajo, la soledad, la inestabilidad con cambios debida cada vez más rápidos. También puede llegar con el consumo de alcohol, en este caso "pulque" como en las comunidades rurales comúnmente sucede.

Es necesario mencionar, que la depresión se presenta en todas las edades, pero debido al alargamiento de la vida moderna, se presentan picos de mayor incidencia alrededor de los 30 años a 45años, alcanzando su nivel más alto a partir de los 70 años.

El marco teórico se basa en las suposiciones del Dr. Frederick F. Flach las cuales menciona "Una de las muchas razones de que muchas personas no reconozcan la depresión es que a menudo se confunde con la felicidad ordinaria. Hay circunstancias en la vida de cada uno que causan cierta infelicidad. El sentirse deprimido por otra parte, es un estado de ánimo que afecta la disposición

emocional básica de una persona, determinando como se siente y como se percibe a sí mismo, y al medio que lo rodea. Hay una diferencia entre sentirse infeliz y sentirse deprimido". Es precisamente de aquí, de donde partimos para reconocer que muchos de los problemas que principian en un núcleo familiar son producto de una depresión profunda de los integrantes, la cual, determina las adicciones, los abusos, los maltratos, las humillaciones para los mismos; las cuales se aprenden y enseñan de generación en generación, provocando ciclos enfermos y repetitivos de vida, aunados a una baja autoestima y deploración humana. La necesidad de reconocimiento y aceptación en las madres de familia, por sus familiares sin resultado alguno, desencadena depresión y baja autoestima. En lo tanto, que en el hogar se presenta una mala o nula comunicación, creando suposiciones, confusión y malos entendidos. Mi percepción es que son como fichas de dominó apiladas una tras otra hasta formar líneas continuas, y cuando una de estas fichas es derrumbada, alcanza a derrumbar a la que le sigue y así continua, hasta que la cadena de errores sea interrumpida. Cuando los padres cometen un error con los hijos, tienen la opción de corregirlo o de empeorarlo, si por inexperiencia o ignorancia eligen lo segundo, aparece otro error; hasta que reconozcan y acepten ayuda para elegir lo correcto o en ocasiones ya los errores han sido demasiados; por lo que, han dañado demasiado a la familia, causando Desintegración Familiar.

La prevalencia de la depresión mayor en la población general se ha estimado en aproximadamente un 4 a un 9%. La posibilidad de sufrimiento, de interacción social y de funcionar eficazmente en el trabajo esta frecuentemente afectada, y esto implica un riesgo de mortalidad.

Las mujeres se ven más afectadas que los hombres por la depresión, con una proporción de 2:1, debido a factores biológicos (hormonales) y sociales, principalmente, aunados a altos grados de estrés y una baja autoestima.

Por lo tanto, es importante un tratamiento efectivo a corto plazo, el taller sobre depresión otorga las herramientas necesarias para conocer, clasificar e identificar claramente los síntomas, así como; formas de tratamiento y lugares donde se

puede acudir para el seguimiento terapéutico por tiempo prolongado de ser necesario, para algunos pacientes.

### 3.2 TALLER PREVENTIVO SOBRE DEPRESION REFORZANDO LA AUTOESTIMA EN AMAS DE CASA DE 30 A 45 AÑOS EN UNA POBLACION RURAL.

Objetivo General: Prevenir la depresión en la mujer, contribuyendo a la detección temprana de los síntomas, y así mismo fortalecer la autoestima de la esposa y madre, como pilar fundamental en la familia, ya que este es el núcleo básico donde se forman los hijos y futuros adultos de la sociedad.

Se implementaran técnicas de relajación para afrontar óptimamente el estrés o ansiedad generados por la depresión.

Objetivo Específico: Concientizar a las mujeres rurales de los riesgos que conllevan la depresión, la cual, si no es detectada a tiempo por falta de interés o conocimiento del que la padece, puede terminar en mortandad. Promoviendo la autoestima en la mujer rural de 30 a 45 años, por medio del reforzamiento de su personalidad en amas de casa, con problemas de depresión o como forma de prevención. Ofreciendo calidad de vida como alternativa aunada a una buena salud mental.

Dirigido a: Mujeres de 30 a 45 años de poblaciones rurales.

No. de integrantes: 5 mujeres como mínimo y 10 como máximo.

No. de sesiones: cinco en total

Duración: el tiempo de cada sesión será de dos horas.

Frecuencia: Tres veces a la semana.

Personal: Un psicólogo y asistente administrativo.

Escenario: Se utilizara un salón de clases de las diferentes instituciones educativas.

#### Difusión:

Asistiendo personalmente a las instituciones educativas para proponer el Taller a los Directores, para los „padres de familia. Con los diversos programas que ofrece el DIF en las comunidades y por medio, de volantes o carteles.

#### Enfoque:

Con una visión humanista y apoyada en técnicas cognitivo – conductuales concientizar de los síntomas de la depresión y Aplicar técnicas de relajación.

#### Material de Apoyo:

Hojas blancas, lápices, cartulinas, rotafolio. El libro ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión. Editorial Pax, México. 1995.

#### Técnicas:

Se utilizaran técnicas didácticas combinadas, como la verbal, analógica, lluvia de ideas, plenaria – expositiva, el rol playing, que propician el conocimiento a través de la acción, de reflexión, apoyadas en dinámicas de grupo.

Al término de cada sesión se llevara a cabo un cierre que permita la expresión de emociones y la recuperación de la experiencia.

## TALLER SOBRE DEPRESION

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TECNICA	TIEMPO	MATERIAL
<b>PRIMERA</b>	Dar la bienvenida al grupo, informar a los participantes en qué consiste el programa, lo que se pretende y sus alcances.	Palabras de bienvenida al grupo por parte del terapeuta, quien proporcionara información respecto asimismo, tal como su nombre y sus intereses y objetivos que conllevan a conducir este taller.	Plenaria.	20´	Personalizadores
	Motivar la integración y presentación de los participantes, con el fin de favorecer la confianza y la empatía para todo proceso y experiencia de aprendizaje a nivel de grupo.	Se llevara a cabo la integración y cohesión grupal, la cual consiste en que cada uno de los participantes se presente, mencionando su nombre, procedencia, el tipo de trabajo, que desempeña e interés de su participación.	Juego de la telaraña	20´	Una bola de cordel o estambre
	Dar a conocer el significado de Depresión y sus principales síntomas, como introducción al tema.	El terapeuta desarrolla la siguiente temática, que se encuentra documentada en el Capítulo 1 del presente trabajo.	Expositiva	30	Rotafolio, hojas blancas y lápices.

D E S C A N S O 5´

	<p>Basado en el libro ¿Es difícil ser mujer?, la cual es una guía sobre depresión. Resolver el capítulo 1. ¿Qué es la depresión? Y capítulo 2. porque nos deprimimos? (Factores biológicos y factores sociales)</p>	<p>Iniciamos comentando la forma de usar el libro por medio de un “diario” que llevara cada participante, en el que anotara, recuerdos o sucesos que deba resolver en el Taller.</p>	<p>Expositiva. Lluvia de ideas.</p>	<p>45</p>	<p>Diario, lápices o plumas.</p>
--	---	--	---	-----------	----------------------------------

## TALLER SOBRE DEPRESION

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TECNICA	TIEMPO	MATERIAL
<b>SEGUNDA</b>	Identificar factores que propician la depresión en sucesos de la infancia. Capítulo 3 historia infantil. Identificar acontecimientos importantes que pueden detonar la depresión. Capítulo 4. Acontecimientos de la vida.	Sentados en círculo, para mejorar la visualización entre los participantes y hacerlo más íntimo. Cada participante comparte leyendo alguna anécdota anotada en su diario, sobre su niñez o un acontecimiento importante.	Retroalimentación grupal.	70	Diario, lápices.

D E S C A N S O 5'

		Posteriormente el terapeuta promoverá la discusión de los temas alentando a los miembros del grupo a expresar sus opiniones.	Discusión didáctica	30	
	Cerrar la sesión disminuyendo el estrés.	Minimizar el estrés por medio de Relajación del grupo sentados en sus lugares con los ojos cerrados y con la mente en blanco, imaginando lugares tranquilos por medio de la voz del terapeuta	Relajación grupal.	15	Música relajante.

## TALLER SOBRE DEPRESION

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TECNICA	TIEMPO	MATERIAL
<b>TERCERA</b>	Identificar la condición social de la mujer.	Identificar, comentar temas ¿Cómo se nos enseña a ser mujer?, la adolescencia, etapa adulta (sexualidad, relación de pareja, maternidad, depresión pos parto, menopausia, rol de ama de casa, mujeres que trabajan fuera del hogar, cuidadoras de otros) y algunos problemas comunes como: alcohol y drogas en la mujer y el varón.	Expositiva. Lluvia de ideas.  Rol Playing.	70'	Hojas blancas, lápices. Rotafolio.

D E S C A N S O 5'

	Analizar y comentar las similitudes de los temas anteriores con la vida personal de los participantes.	Por medio del diario se motiva al grupo para compartir anécdotas o sucesos de su vida al grupo, sentados en forma circular.	Retroalimentación grupal.	45'	Diarios personales.
--	--	---	---------------------------	-----	---------------------



## TALLER SOBRE DEPRESION

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TECNICA	TIEMPO	MATERIAL
<b>CUARTA</b>	<p>Promover la actitud para la resolución de conflictos, que favorezca la conducta adaptativa de la mujer.</p> <p>Reducir los niveles de estrés y depresión.</p> <p>Intensificar el reforzamiento de la autoestima.</p>	<p>El terapeuta desarrollara con el grupo la siguiente temática: en base del capítulo 6. Qué hacer cuando se presenta la depresión, reconociendo los síntomas, creencias, actitudes, percepciones y formas de comportamiento.</p> <p>Reforzando la autoestima y proporcionando técnicas de relajación.</p>	Plenaria y expositiva.	60	Hojas blancas, lápices y rotafolio. Diario.

D E S C A N S O 5'

	<p>Evaluar los avances de autorreflexión en un proceso de crecimiento personal, y como se puede aplicar lo aprendido en la vida.</p>	<p>El terapeuta entregara a cada participante copia del formato, y les informa que con esta dinámica les invita a reflexionar acerca de si mismos. (auto- analizarse). Posteriormente guiara el proceso para que el grupo se analice.</p>	<p>Dinámica: "me conozco mejor".</p> <p>Análisis grupal</p>	<p>30</p> <p>25</p>	<p>Una copia del formato y lápiz para cada participante.</p>
--	--	---	---	---------------------	--

## TALLER SOBRE DEPRESION

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TECNICA	TIEMPO	MATERIAL
<b>QUINTA</b>	Informar sobre los lugares en donde se puede acudir por ayuda profesional, como dependencias de gobierno, atención privada, organizaciones no gubernamentales y no lucrativas.	El terapeuta mencionara los distintos lugares que existen para ofrecer ayuda, en caso de una crisis depresiva.  Se entregara a cada participante un directorio con la información.	Expositiva.	25'	Directorio.

D E S C A N S O 5'

	<p>Evaluar los avances obtenidos durante el taller.</p> <p>Mencionar la importancia de la prevención de la depresión y su pronta identificación y tratamiento.</p> <p>Agradecer a los participantes por su valiosa colaboración en el presente taller.</p>	<p>El terapeuta evaluara el taller por medio de un cuestionario que indíquelas reflexiones, beneficios y en qué aspectos se ha modificado su forma de verse, de definirse y de relacionarse con los demás. Así como su opinión de dicho taller.</p> <p>Agradecer al grupo por su participación, finalizando con un abrazo grupal</p>	<p>Cuestionario de evaluación.</p> <p>Introspección.</p> <p>Discusión grupal.</p> <p>Análisis final del grupo. (Lluvia de ideas).</p>	90'	Una copia del formato y lápiz para cada participante.
--	--	--	---	-----	---

## CONCLUSIONES

No puede negarse el carácter multicausal de la enfermedad depresiva, los factores genéticos, biológicos, el contexto social y cultural y las vivencias propias, influyen definitivamente en desarrollo e incidencia de este padecimiento, sin embargo esta prevalencia diferencial tan marcada hacia las mujeres puede adjudicarse en particular a los factores psicosociales, especialmente en el cumplimiento de sus roles y a las diferencias de oportunidades que para ellas no existe. No estoy excluyendo la importancia de los demás factores, solo subrayando que el contexto social tiene consecuencias muy importantes en la vivencia emocional de las mujeres, que a la larga afectan a su salud mental en general.

Esta afección que se da, que se da desde el cumplimiento de los roles de género de madre y esposa impuestos socioculturalmente, 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 necesitan la atención y el afecto no puedan recibirlo.

Al habitar una comunidad rural y no tener un vínculo con la sociedad, encierran su mundo a su hogar y a las pocas satisfacciones que encuentran dentro de él, dando su reducido campo de acción, desarrollan autoestima pobre y caen en cuadros depresivos. Las mujeres deben buscar un rol más activos, con intereses y actividades; legítimamente suyos. Intereses personal, intelectual, laboral, social, que le ayuden a crear una identidad propia.

Es necesario describir la ruralidad en México, en la cual se señala a la pobreza como el elemento social más importante de este grupo poblacional. Posteriormente se identifican algunos factores de riesgo que contextualizan la vida cotidiana de las mujeres rurales y que parecen desempeñar un papel determinante en el desarrollo de la patología mental. Factores como los roles de género tradicionales, altas tasa de fecundidad, bajo nivel educativo y problemas que aquejan a sus conyugues, entre otros, son analizados en cuanto a su participación en la manifestación de problemas mentales en ese grupo poblacional.

La pobreza y la marginación son problemas característicos de la población rural de México, y por tanto, afectan primordialmente a campesinos y artesanos. Es importante puntualizar que la pobreza en México afecta no solo a la población rural e indígena; algunos reportes que revelan que la mayor cantidad de pobres absolutos se localiza en los grandes centros urbanos. Sin embargo, la población rural se ve más afectada por la pobreza, porque carece de muchos otros recursos que están disponibles para los habitantes de las zonas urbanas. En el medio rural existe mayor prevalencia de enfermedades y una proporción de enfermos más alta, sobre todo entre aquellos con bajos niveles de escolaridad y los no asalariados. Los problemas relacionados con la salud mental femenina en el medio rural son el resultado de una interacción de factores vinculados directamente con dos realidades estigmatizantes: su posición de desventaja en relación con los hombres y el contexto de pobreza en que viven. Este estigma de la mujer rural ejerce influencia incuestionable en su salud mental, y se agrava si le agregamos violencia intrafamiliar.

Socioculturalmente, hay una serie de expectativas en torno a la mujer en general; pero basándonos en la mujer rural, esas expectativas que se califican como las “cualidades” que toda mujer debe tener; éstas, coinciden con un cuadro psicopatológico llamado depresión: sumisión, dependencia, pocos intereses, poca actividad, desamparo e impotencia son algunas de ellas. Como consecuencias de esto se va moldeando la psicodinámica femenina hasta que encaja perfectamente en la depresión.

La educación que se da a la niñas en la casa, es fundamental para forjar su autoestima, es de gran importancia concientizar a las mujeres que son entes independientes; tan capaces de tomar decisiones y de desarrollar un trabajo o una carrera como los hombres, hacer a un lado la coerción y el miedo como medios educativos. Optando por una mejor comunicación, con los hijos y con la pareja. Hay que recordar que mientras más sano sea el hogar de procedencia; más sano será, la búsqueda de la pareja, con la cual se formara una familia.

En relación al matrimonio, puede ser una fuente de satisfacción de una pareja, tanto del hombre como de la mujer, pero que depende de la calidad de la relación de pareja y de la forma de cómo se realizó la elección de casarse, si esta elección se realiza con la única opción de vida y se ponen todas las expectativas de vida en el éxito de este ámbito, lo más probable es que la mujer se vea decepcionada. Lo mismo si eligió el matrimonio como escapatoria a su vida familiar; como ocurre muy comúnmente en las comunidades rurales, porque sale de un ámbito de dependencia para entrar a otro, donde además tendrá responsabilidades importantes. La visión de la vida matrimonial debe hacerse de forma realista, contemplándose todas las responsabilidades que se están adquiriendo y ver si se tiene la madurez necesaria para afrontarlas, lo ideal sería que previo al matrimonio, la mujer haya podido desarrollarse en otros ámbitos y que no sea totalmente dependiente ni económica ni afectivamente al esposo. Las responsabilidades en el matrimonio y en el hogar deben compartirse equitativamente, debe buscarse una unión democrática donde la pareja este satisfecha.

El estrés es otra variable importante y asociada con los roles de género y la naturaleza del matrimonio con la dependencia que existe de los niños hacia la madre y la necesidad de ser proveedoras de cuidado o afecto también para los adultos, son diferencias de género que contribuyen substancialmente en las diferencias de género en depresión.

A nivel de tratamiento de la depresión femenina podemos decir que el terapeuta debe conocer muy bien los síntomas de la depresión y sobre todo, tener conocimiento de la psicología de la mujer, el tratamiento debe ser dirigido a un establecimiento de control en sus vidas, para que dejen de sentir que son marionetas y que los demás toman decisiones por ellas, así como una efectiva solución de problemas, todo ello coadyuvará a romper los estereotipos de sumisión y a que la mujer se sienta más dueña de su vida, pero sobre todo más independiente.

Por todo lo anterior, es conveniente realizar Talleres que prevengan y ayuden a identificar los síntomas de la enfermedad depresiva, tratando de correlacionar padecimientos psíquicos y orgánicos con factores medioambientales, para encontrar factores de riesgo, son muchos los factores que se deben de tomar en cuenta como la movilidad social y el estrés, afortunadamente la investigación en estas áreas ha ido en aumento y por ende el conocimiento del padecimiento depresivo propio de la mujer.

Se debe realizar investigación de la depresión desde la adolescencia ya que es en este periodo crítico donde se gestan muchas de las depresiones.

Las mujeres deben empezar a redefinir su postura en la sociedad, ellas deben empezar a luchar por ellas mismas y su género, empezar a crear espacios de salud, cambiar la sociedad tomaría mucho tiempo y muchas generaciones, pero se puede empezar hoy por cada una de nosotras.

## REFERENCIAS

- Acosta, A. (1999). Políticas y cambios institucionales en la educación superior en México, 1973 – 1998. ¿Socio génesis de un nuevo “animal” universitario? En Acosta A. (coord.) Historias Paralelas. Un cuarto de siglo de las universidades públicas en México 1973- 1998. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- American Psychiatric Association, (1995) Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª. Edición España: Masson.
- Baccaro, A. (1994). Venciendo el estrés. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Bar, D. A. (1999) La madre depresiva y el niño. México: Siglo XXI.
- Barbera, E. y Molto, L. (1994). Las mujeres y la crisis del mercado laboral: repercusiones económicas y psicosociales. Revista de Treball, 2, 213 – 22.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1999). Ansiedad, Estrés y Adicciones. Psicología Contemporánea. 6, 1, 60 – 67.
- Bedoya, M. C., Caicedo, C. (1997). Donde las mujeres son más felices. Revista Ciencia al día. 9, 1 – 3.
- Bersing, D. (2000). Autoestima para mujeres. México: Alfa Omega.
- Branden, N. (1997a). El poder de la autoestima. México: Paidos.
- Branden, N. (1997 b). Los seis pilares de la autoestima. México: Paidos
- Branden, N. (1998). La autoestima en el trabajo. Barcelona, España. Paidos
- Branden, N. (2001). La autoestima de la mujer. México: Paidos.
- Burin, M., Moncarz E. y Velásquez, S. (1990) El malestar de las mujeres. Buenos Aires: Paidos.
- Burns, D. (2002). Sentirse bien. México Edit. Paidos.
- Calderón, Narváez G. (1999). Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. México: Trillas.
- Cano, G. J. M, Díaz – Martínez, A., Juárez, M C. Ortega, R. Martínez, S. J. L, Cano, G. L., Zamora, S. M., Rodríguez, L. M. T., Hernández, M. I. y Pérez, P. J. (2002). Boletín Informativo de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM Año II No. 5. Estado de México.

- Caraveo, J. Colmenares E. y Zaldívar G. (1999). Morbilidad Psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*, número especial, 62 – 67.
- Cardona – Pescador, J. (1990). *La depresión*. Madrid España. Dossat.
- Consenso, (2002) *Manejo del espectro depresión – ansiedad*. Práctica, DIF Estado de México.
- Corredor, J. A. y Gómez Ortiz, V. (1999) Autoestima, interacciones maternas y depresión en mujeres con múltiples roles. *Psicología Contemporánea*. 6 (2), 40 – 47.
- Duque, H. (2002). *Autoestima en la vida familiar*. Bogotá: San Pablo.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, Juventud y Crisis*.
- Fensterheim, H., Baer, J. (1990). *No diga que si cuando quiera decir no*. México: Grijalbo.
- Fontana, D. (1992). *Control del estrés*. México: El Manual Moderno.
- Frenk, J., Lozano R. y González – Block, M A. (1994). *Economía y salud: propuestas para el avance de la salud en México*. Reporte Final. Fundación Mexicana para la Salud en México, DIF Estado de México.
- Gasto, C., Vallejo, J. y Menchon J. M. (1993). *Depresiones Crónicas*. España: Ediciones Doyma.
- Gómez, B. (1997). *Autoconcepto real e ideal en mujeres de tres generaciones y su relación con la depresión*. Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- González Arratía, L. F. N. I. (1996). *El autoconcepto y la autoestima en madres e hijos, sus repercusiones en el rendimiento escolar, en niños de 6° año de primaria de tres diferentes tipos de escuela, tesis de maestría, UAEM, Facultad de Ciencias de la Conducta*.
- González Arratía, L. F. N. I. (2002). *La autoestima: medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. México: UAEM.
- González Arratía, L. F. N. I. y Valdez Medina J. L. (1998). *El autoconcepto en mujeres mexicanas y españolas*. Memorias del Congreso Iberoamericano de Psicología Social, (428) Madrid 13 – 17 Julio. Colegio oficial de psicólogos, Sociedad Interamericana de Psicología y Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.



- González – Fortaleza, C. Berenzon, S. H., Medina – Mora M. E., Tello A., Facio, D. (1997). Ideación suicida y características asociadas en dos grupos de mujeres: Comunidad escolar y pacientes por intento suicida. *Revista Salud Pública de México*. 54, 65 – 69.
- González – Fortaleza, C., Villatoro, J.; Pick S. y Collado, M. E. (1989). Estrés Psicosocial y su relación con respuestas de enfrentamiento y malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la Ciudad de México. Análisis según nivel socioeconómico. *Suplemento de Salud Mental*, Abril, 15 – 21.
- Gutiérrez, Alfredo J. (2006). *Un deprimido en la Familia*.
- Hay, L. L. (1995). *Tú puedes sanar tu vida*, México, Diana.
- Hernández, (2006). *Depresiones: Bases clínicas, Dinámicas, Neurocientíficas y Terapéuticas*.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. Y Baptista, P. (1996). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw – Hill.
- Huerta, Y Franco, M. R. (2000). El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo. *Salud Mental*, Jun 2000, Vol. 23 Issue 3, 52.
- Kramlinger, K., (2002). *Guía de la clínica mayo sobre depresión*. Barcelona: Plaza Janés.
- Lara, M. A. (1995). *¿Es Difícil ser Mujer? Una Guía sobre Depresión*. México: Pax.
- Lara, M. A., Medina – Mora, M. E., Salgado, N., Acevedo, M., Díaz – Pérez, M. y Villatoro, J. (1996). Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. *Salud Mental*. 19, 2, 42-49.
- Martínez – Sánchez, F. y Casado Morales M. S. (1999). Estrés y trastornos psicofisiológicos. Una revisión crítica. *Psicología Contemporánea* 6, (1), 50-59.
- Mercado, A. (1996). *Relación de niveles de vacío existencial y depresión en mujeres (solteras, casadas y divorciadas) con hijos*, Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- Mezerville, de G. (2004). *Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas.

- Montt, M. y Ullua, F. (1995) Autoestima y salud mental en los adolescentes, *Salud Mental*, 19 (3), 30-35.
- Moysén, A. (1996). Autoconcepto real e ideal y autoestima en cuatro diferentes generaciones. Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- Mruk, C. (1999). Autoestima, Investigación y Práctica. España. Desclé de Brouwer.
- Núñez, T. (2011). Taller para el Control del Estrés y la Aplicación de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad Universitaria.
- Papalia, D. E. (2002). *Psicología del Desarrollo*. México: Mac Graw Hill.
- Polaino- Lorente, A. (2000) *La depresión*. México: Martínez Roca.
- Powell, T. (1998). *Vivir sin estrés*. Barcelona, España: Ediciones B. Grupo Z.
- Priest, R. (1992) *Ansiedad y depresión, causas, efectos y como superarlos*. España: Ediciones Plural.
- Rodríguez, M. Pellicer, G. y Domínguez, M. (1998). *Autoestima: clave del éxito personal*, México: El Manual Moderno.
- Rojas, E. M. (1979). *Psicopatología de la depresión*. Madrid: Salvat.
- Rossi, R. (2001). *Para superar el estrés*. México: Editorial de Vecchi.
- Ruiz, Z. (2009). *Prevención de la violencia Psicoemocional del Hombre hacia su Mujer*. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad Universitaria.
- Sabanes, F. (1993). *La Depresión*. México: Diana.
- Sherman, Julia A. (1978) *Psicología de la Mujer*.
- Torres, Z. E. (1999). *Autoestima: La llave del éxito*, México, Sensores Fernández.
- Witkin – Lanoil, G. (1987). *El estrés de la mujer*. Barcelona, España: Grijalbo.
- Yalom, I. D. (1999). *Tratamiento de la Depresión*. México: Ediciones Garnica.