



UNIVERSIDAD INSURGENTES

PLANTEL XOLA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

“RELACIÓN ENTRE INDICADORES DE DEPRESIÓN,
ROLES DE GÉNERO Y PERCEPCIÓN CORPORAL
EN UN GRUPO DE MUJERES”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA
BRENDA HERNÁNDEZ PÉREZ

ASESORA: LIC. ANA MARÍA EUSEBIO HERNÁNDEZ

MÉXICO, D.F.

2013



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.

Índice.

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Capítulo 1. Depresión.....	9
1.1. Antecedentes Históricos.....	9
1.2. Definición.....	12
1.3. Etiología.....	12
1.4. Criterios diagnósticos (DSM-IV).....	13
1.5. Criterios diagnósticos (Freyberger).....	15
1.6. Síntomas.....	16
1.7. Epidemiología.....	18
1.8. Algunos modelos psicológicos que explican la depresión.....	19
Capítulo 2. Cultura, educación informal, roles de género y percepción corporal de las mujeres en México.....	23
2.1. Definición.....	23
2.2. Concepción de la mujer a través de los años.....	28
2.3. Una visión de la cultura en México.....	29
2.4. Antecedentes culturales de la mujer mexicana.....	33
2.5. Repercusión de la cultura de género en el comportamiento sexista.....	44
2.6. La socialización y la cultura como reguladores de la expresión emocional.....	45
2.7. Algunas Investigaciones.....	48

Capítulo 3. Metodología	60
3.1. Justificación.	60
3.2. Objetivos.	61
3.3. Variables.	61
3.4. Definición conceptual.	62
3.5. Definición operacional.	63
3.6. Planteamiento de hipótesis.	64
3.7. Diseño de investigación.	65
3.8. Tipo de estudio.	65
3.9. Muestra.	65
3.10. Instrumento.	66
3.11. Procedimiento.	66
Capítulo 4. Análisis de datos.....	67
4.1. Resultados (roles de género).	67
4.2. Resultados (percepción corporal).	76
Capítulo 5. Discusión.	81
Capítulo 6. Conclusiones	85
6.1. Sugerencias	86
Referencias	88
Anexo.....	95

Resumen.

El presente trabajo de investigación, se hizo con la finalidad de conocer qué indicadores de depresión se presentan con mayor frecuencia tanto en los roles de género como en la percepción corporal de un grupo de mujeres, para lo cual, se recopiló información sobre la depresión, como por ejemplo los diversos factores que la causan, cuáles son los síntomas, algunos tratamientos, entre otras cosas. Más adelante, se describe brevemente lo que es la cultura y la educación informal, ya que a partir de éstas, surgen los roles de género, en este caso que se imponen a las mujeres y la percepción corporal; así mismo, se realizó una síntesis de cómo es que se ha visto y educado a las mujeres a través de los años, desde la antigüedad, en la época de los aztecas, hasta la mujer contemporánea, y se mencionan algunas problemáticas relacionadas con la regulación emocional y el comportamiento sexista.

Para el estudio, se realizó un cuestionario formado por 23 reactivos donde las participantes señalan cuál es su sentir ante las situaciones planteadas, mismas que se relacionan con los roles que se enseñan a las mujeres mexicanas y con la percepción corporal; para su validez, fue juceado por 10 especialistas en el tema; las participantes a las que se les aplicó el cuestionario, fueron 77 mujeres mexicanas del Distrito federal y Estado de México con edad de entre 25 y 35 años.

Los resultados mostraron que las mujeres mexicanas de dicha muestra, a pesar de que están viviendo con las exigencias y el ritmo de vida actual, como por ejemplo, que además de ser amas de casa, están elevando su nivel escolar y se están incorporando al mundo laboral, no pueden dejar de lado los roles que se les ha impuesto desde niñas a través de su

cultura y de la educación informal, pues aunque a algunas les parece algo normal y lo aceptan, otras se sienten inconformes, pero con frecuencia, terminan ignorando sus sentimientos y pensamientos para así cumplir con los patrones impuestos por la sociedad y lograr la aceptación de la misma, sin embargo, la mayoría mostraron como indicadores de depresión sentirse insatisfechas, irritables y desinteresadas en cuanto a sus roles de género e inquietas, irritables y tristes en relación a su percepción corporal.

Introducción.

Además de los factores biológicos, los factores psicosociales relacionados con la historia personal, las experiencias tempranas y el estilo de vida que se lleva, hacen más vulnerables a las personas a padecer enfermedades mentales sin importar raza, religión o situación económica (Recuperado de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx>)

El estrés por ejemplo, es considerado como el mal del siglo XXI y es consecuencia del ritmo de vida que llevamos en la actualidad donde debemos tener un alto desempeño y eficacia en todas las áreas de nuestra vida, ocasionando que se disparen conductas, sentimientos, emociones y pensamientos que pueden llevar a la depresión y/o al suicidio (Recuperado de <http://www.mpuebla.com/opinion.php?id=4432>).

La depresión se caracteriza por una tristeza constante, con pérdida de interés o incapacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, así como pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inutilidad. Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) señalan que 2.6% de los hombres y 6.8% de las mujeres en México han experimentado por lo menos una crisis depresiva en su vida, sin

embargo, de acuerdo a un artículo publicado en el periódico Universal (2007), estas personas tardan en promedio 15 años en acudir con un especialista por el estigma que se tiene en torno a las enfermedades mentales y prefieren recurrir a consejeros religiosos, amigos o incluso a la automedicación (Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx>).

Las mujeres sufren de manera distinta los efectos de la vida contemporánea y no sólo por condicionantes biológicas sino que los factores culturales también ejercen una gran influencia. La conferencista Esmeralda Rocha alertó respecto a que “la incorporación de la mujer al ámbito laboral no implica siempre una mejor salud mental y emocional, pues además de que para ella se multiplican los roles, aún se conservan estereotipos que reducen las posibilidades de trabajo a las mujeres, es decir, se les sigue encauzando como trabajadoras domésticas, educadoras, oficinistas y comerciantes, roles laborales que por cierto no han comenzado a ocupar los hombres. Además, es más recurrente que la fuerza laboral femenina sea captada por el sector informal, por lo que además de aceptar bajos salarios, no gozan de prestaciones ni periodos vacacionales” (Recuperado de <http://impreso.milenio.com/node/8835149>).

En una publicación del periódico Milenio (2010), la antropóloga Marcela Lagarde afirma que hoy en día la igualdad entre mujeres y hombres no existe a pesar de que el discurso oficial diga lo contrario; también advierte que la influencia de la cultura católica de las mujeres es uno de los factores que perpetúan la desigualdad de género en México; aclara que “Avanzamos y retrocedemos; hay una lucha muy fuerte por controlar a las mujeres patriarcalmente y por mantener privilegios en manos de los hombres: recursos, instituciones, poder de decisión en la política, en la economía, en la academia, en las universidades” (Recuperado de <http://impreso.milenio.com>).

Las exigencias en la actualidad son muchas, se vive y se hacen las cosas en función de lo que los demás quieren, aun son numerosos los casos en los que las decisiones se toman por influencia de los padres, familiares o del marido más que por decisión propia. A las mujeres se les exige que hagan tantas cosas en la vida como estudiar, trabajar, estar al pendiente de los padres, cuidar de los hijos, procurar al esposo, etc., sin embargo a la par de esta situación, se da el caso contrario, donde la mujer quiere hacer más cosas que impliquen su crecimiento como persona en el ámbito profesional y laboral, pero no le es permitido, pues se le pide que se apegue a sus roles como mujer y que además cumplan con ciertas características físicas marcadas por la sociedad para que cumplan con los requisitos del lugar donde trabajan y para que satisfagan al marido.

Se les debe enseñar a las mujeres a tomar sus propias decisiones, y a respetar la de los demás, es lo mismo para los hombres, se les debe enseñar a hacer las mismas cosas que hacen las mujeres, pues también son capaces de hacerlas, así como de respetarlas, pues en la actualidad, a la mujer todo se le toma a mal, se le castiga o señala, incluso por las propias mujeres; por poner ejemplos, si una mujer termina sus estudios de nivel superior y trabaja, los años pasan y entonces se le empieza a presionar por que ya tiene cierta edad y no ha tenido hijos ni ha contraído matrimonio; si tiene hijos y también trabaja, por un lado el marido le recrimina cosas pues aun no es muy bien visto que la mujer tenga ingresos económicos y menos si son mayores a los del hombre, además de que no debe descuidar a los hijos y las labores del hogar; por otro lado, en el trabajo se le recrimina porque muchos tienen la creencia de que por estar al cuidado de los hijos, etc, no rinde al 100 en el área laboral; otro ejemplo es el de las mujeres que quieren ser madres jóvenes, aunque no hayan terminado sus estudios, e incluso madres solteras, es una situación que a muchas les causa

muchísima felicidad, sin embargo esto tampoco se respeta, pues son tachadas de mediocres o que fallaron; este tipo de educación que se da, incluso influye en la percepción corporal, pues las mujeres van elaborando representaciones y sentimientos subjetivos con respecto a su cuerpo a partir de comentarios y experiencias a lo largo de su vida que pueden tomar forma por ejemplo de insatisfacción, tristeza, ansiedad llevando a la persona a caer en depresión..

El presente trabajo se divide en 4 capítulos; en el capítulo 1, se da una amplia explicación de lo que es la depresión, sus antecedentes históricos, etiología, criterios diagnósticos en los que se divide, síntomas y algunos modelos psicológicos que explican la depresión; el capítulo 2, abarca temas relacionados con la cultura, educación informal, roles de género y percepción corporal de la mujer mexicana a través de los años; en el capítulo 3, se incluye la metodología de investigación, donde se puede conocer por ejemplo el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación, hipótesis, el instrumento que se utilizó, cuál fue el procedimiento, etc.; en el capítulo 4 se expone el análisis de datos y los resultados a los que se llegó; el capítulo 5 muestra las conclusiones y sugerencias; finalmente el capítulo 6 incluye las referencias y el anexo.

Capítulo 1. Depresión.

1.1 Antecedentes Históricos

La explicación de los trastornos psicológicos, se da principalmente a partir de tres enfoques: el místico, con la creencia de que la conducta anormal es consecuencia de la posesión de espíritus malignos o del demonio; el científico, que parte de causas naturales, por ejemplo, la existencia de un desequilibrio biológico, alteraciones emocionales o procesos inadecuados de aprendizaje; y el humanitario, que considera situaciones de crueldad, pobreza o no aceptación en la vida del sujeto como detonadores de los trastornos psicológicos (Halgin, Krauss, Pineda & Velázquez, 2004).

Los arqueólogos han encontrado por todo el mundo cráneos perforados que datan del año 8000 a.C hasta el siglo XVIII, mismos que según los antropólogos son evidencia que presupone la práctica de una cirugía llamada trepanación con propósitos que iban desde lo mágico hasta lo médico, misma que como comentan Halgin, et al. en 2004, lleva a la teoría de que las personas creían que la conducta anormal era producida por espíritus diabólicos que se encontraban atrapados en la cabeza, por lo que había que liberarlos con la práctica del ritual del exorcismo, realizado por alguna persona a la que se le atribuyeran poderes mágicos como por ejemplo un chamán, o por medio de la trepanación para que la persona regresara a la normalidad.

Los fundamentos de un método sistemático para comprender los trastornos psicológicos, fueron establecidos por los primeros filósofos de Grecia y Roma antiguas (Halgin, et al., 2004).

Hipócrates conocido como el “padre de la medicina” aunque “también podría considerársele como un antiguo padre de la psicología” (Hothersall, 2005), presentó en su tratado *La naturaleza del hombre* una teoría sobre los humores, la cual dice que en el cuerpo hay cuatro humores básicos: bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre, que al estar desequilibrados producen malestar o enfermedad. También se pensaba que dichos humores influían en el temperamento y la personalidad, por ejemplo, el exceso de bilis negra, provocaría que las personas se sintieran malhumoradas, desagradables y tristes; quienes tenían demasiada bilis amarilla, eran iracundos, coléricos, se enojaban con facilidad y quizá maníacos; los individuos con demasiada flema eran apáticos, torpes y lentos; finalmente, el exceso de sangre hacía que los sujetos fueran abiertamente joviales, alegres y optimistas.

Ortiz-Tallo (2004) en su libro llamado *Trastornos Psicológicos*, refiere que para dar cuenta de estos estados de abatimiento, inhibición y tristeza, Hipócrates utilizaba el término genérico “melancolía”, del griego melaina chole (bilis negra), mismo que fue durante siglos la etiqueta diagnóstica más usada para lo que ahora conocemos como “depresión”, palabra que se comienza a utilizar con frecuencia durante el S. XIX y ya a principios del S. XX.

En el siglo I a.C., Esclepiades no estuvo de acuerdo con la teoría hipocrática de que el desequilibrio de los fluidos corporales causaba trastornos psicológicos, por lo que se reveló en contra de esta creencia y en su lugar, reconoció que las perturbaciones emocionales podrían desembocar en problemas psicológicos (Halgin, et al., 2004).

Durante la Edad Media, resurgieron creencias primitivas, como la de Santo Tomás de Aquino que decía que la melancolía era ocasionada por demonios e influencias astrales (Calderón, 1999), mito que al no haber avances científicos ni humanitarios, se extendió

hasta el Renacimiento dando explicación a la conducta anormal de cualquier tipo (Halgin, et al., 2004).

Este mito fue desprestigiado en 1563 por un médico llamado Johann Weyer (1515-1588) en su libro *The Deception of Demons*; también por el inglés Reginald Scot (1538-1599); y en el año 1630 por Robert Burton al publicar su famoso tratado *Anatomía de la melancolía*, obra que hizo que fuera más fácil identificar los estados depresivos (Calderón, 1999).

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel señaló como causas posibles de la melancolía, en primer lugar, las psicológicas como por ejemplo el miedo, decepciones amorosas, pérdidas materiales o de algún ser querido, dificultades familiares y en segundo lugar, las físicas como la amenorrea y el puerperio, también indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba concentrado en un objeto de forma obsesiva, y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, lo que en ocasiones podría inducir al suicidio (Calderón, 1999).

En 1844 surge la Association of Medical Superintendents of American Psychiatric Association (AMSAPA), organización que dio al modelo médico, la perspectiva de que las conductas anormales resultan de problemas físicos y que deben ser tratados médicamente (Halgin, et al., 2004).

Una de las primeras descripciones del trastorno depresivo de la personalidad fue hecha por Kraepelin (1921), quien utilizó el término temperamento depresivo con las personas que tuvieran predisposición a padecer una enfermedad maniaco-depresiva es decir, que fueran abnegadas, sin autoconfianza, demasiada seriedad, tristeza, desesperanza y culpabilidad (Rosenbluth, Kennedy, Bagby, 2007).

Schneider (1959) incluyó la hipohedonia, mansedumbre, preocupación, escepticismo y sumisión a las características dadas por Kraepelin para los sujetos con temperamento depresivo (Rosenbluth, Kennedy, Bagby, 2007).

1.2 Definición

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (Organización Mundial de la Salud, 2013).

1.3 Etiología

El Instituto Nacional de Salud Mental, por sus siglas en inglés (NIMH) publicó un artículo, en donde afirma que se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel importante en los trastornos depresivos, sin embargo, aún no se sabe si el

"desequilibrio bioquímico" de la depresión tiene un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, enfermedad física u otra condición ambiental.

La teoría de Everett y Toman postulada en 1959 dice que las catecolaminas y la serotonina (5 hydroxytryptamina) desempeñaban un papel importante en la relación con la depresión (Calderón, 1999).

En el año 2007 Davison y Neale explican que el área límbica del cerebro está estrechamente ligada a las emociones y también afecta al hipotálamo, éste a su vez controla distintas glándulas endócrinas y en consecuencia los niveles de hormonas que secretan. Las hormonas secretadas por el hipotálamo también afectan a la pituitaria y las hormonas que ésta produce por lo que, la probabilidad de padecer depresión aumenta cuando hay algún caso de esta enfermedad en la historia familiar.

La pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos, un cambio significativo en la vida, entre otros, son factores que el NIMH define como factores que contribuyen a la depresión. Además de que algunos expertos de este mismo instituto dicen que la crianza tradicional de las niñas puede ser un factor determinante en la alta incidencia de depresión en la mujer.

1.4 Criterios diagnósticos DSM-IV

Para diagnosticar de manera adecuada los trastornos depresivos, se necesita como fundamento el episodio depresivo mayor, en el cual, los síntomas se presentan durante un periodo de dos semanas, provocando malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral, o de otras actividades importantes, ya que la persona está triste la mayor parte del

día y pierde el interés o la capacidad de sentir placer. A esto, hay que agregar 3 o más de los siguientes síntomas: alteraciones del apetito ocasionando una notoria ganancia o pérdida de peso y no como resultado de un régimen; insomnio o extrema somnolencia día a día; agitación o enlentecimiento psicomotor; cansancio o debilidad; sentimientos excesivos de inutilidad o culpa que incluso pueden llegar a ser delirantes; dificultad para concentrarse, pensar o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida. Estos síntomas, pueden ser observados por los demás o referidos por el propio sujeto; no deben ser causados por una enfermedad médica o por haber ingerido alguna sustancia tal como una droga; y no deben ser causa de una reacción normal de duelo (DSM-IV-TR, 2003).

Las categorías diagnósticas básicas que se relacionan con la depresión son: Trastorno depresivo mayor, Trastorno distímico y Trastorno depresivo no especificado.

En el caso del Trastorno depresivo mayor, se tiene que especificar si es de episodio único o si es recidivante, dependiendo del número de veces en que se haya presentado el episodio depresivo mayor (DSM-IV-TR, 2003); incluye episodios agudos y tiene una duración de al menos 2 semanas (Halgin, et al., 2004).

El Trastorno distímico se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día casi todos los días; además, de dos o más síntomas como pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Estos síntomas pueden ser manifestados por el propio sujeto o pueden haber sido observados por los demás durante un periodo de al menos dos años, en el que el sujeto no ha estado sin síntomas durante más de dos meses seguidos (DSM-IV-TR, 2003).

La categoría de Trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para los trastornos antes mencionados. En ocasiones, el clínico llega a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero no logra determinar la causa (DSM-IV-TR, 2003).

1.5 Criterios diagnósticos: Freyberger

Otra forma de diagnóstico es la que utiliza Freyberger (1995), en la cual divide a las enfermedades depresivas en tres grupos según sus causas:

En el primer grupo, está la depresión psicógena, forma más frecuente de la depresión, originada esencialmente por causas psíquicas relacionadas con sucesos vividos que no se han podido superar y que tienen gran peso. Dentro de éste grupo, para el diagnóstico, hay que diferenciar entre la depresión neurótica y la depresión por agotamiento. La depresión neurótica se presenta con frecuencia entre los veinte y los cuarenta años, dura largo tiempo o puede repetirse con frecuencia, tiene su origen en un problema de crecimiento y maduración personal en la infancia y juventud que no se pudo sobrellevar. La depresión por agotamiento, se produce en el marco de una sobrecarga excesiva y constante, personal o profesional.

El segundo grupo es el de las depresiones endógenas, consideradas como la forma clásica de depresión. Se diferencian en tres formas para el diagnóstico: depresión monopolar, depresión bipolar y depresión tardía o de la edad senil. En la depresión monopolar, puede durar desde pocas semanas hasta varios meses, pero fuera de estas fases, el individuo no tiene síntomas y rinde de forma normal. En la depresión bipolar, se alternan

las fases depresivas y maníacas en cuanto a duración y la sensación experimentada. También aquí se dan intervalos de tiempo entre las fases, en los que no hay síntomas. La depresión tardía o de la edad senil aparece cuando la persona ya es mayor en edad y aunque generalmente son casos leves o de gravedad media, la enfermedad puede durar mucho tiempo.

Las depresiones somáticas pertenecen al tercer grupo, tienen su origen en el organismo y se relacionan con enfermedades físicas que causan la depresión; pueden ser orgánicas si el cuadro depresivo es consecuencia de una lesión directa del cerebro o sintomáticas si es consecuencia de un daño indirecto en el cerebro causado por enfermedad, por otros trastornos físicos o por la toma de determinados medicamentos.

1.6 Síntomas

A continuación se menciona la clasificación de algunos síntomas relacionados con la depresión:

Síntomas afectivos: tristeza, abatimiento, falta de alegría, irritabilidad, sensación de vacío, o nerviosismo (Ortiz-Tallo, 2004); el sujeto es indiferente ante situaciones que antes despertaban su interés y que incluso le eran gratas como por ejemplo, actividades deportivas, artísticas o culturales y además de sentirse incapaz, tiene la creencia de que cualquier cosa que haga va a tener un resultado negativo (Calderón, 1999).

Síntomas interpersonales: el interés por la gente se pierde, ocasionando que la relación con los demás se deteriore, por lo que los sujetos deprimidos terminan siendo rechazados

por muchas personas que les rodean, lo que a su vez reaccúa aislándoles y deprimiéndoles más (Ortiz-Tallo, 2004).

Síntomas cognoscitivos: tienen un autoconcepto muy negativo, baja autoestima (Halgin, et al. 2004), falta de concentración y memoria (Ortiz-Tallo, 2004), incluso llegan a olvidarse de su higiene y apariencia personal; tienen dificultades para entablar una conversación y su tono de voz es bajo (Davison & Neale, 2007).

Síntomas físicos: Cefalea tensional, problemas en el aparato digestivo, cardiopatías, mareos, prurito, alopecia entre otros (Calderón, 1999).

En la mayoría de los casos, las personas son mal diagnosticadas ya que no se dan cuenta ni los especialistas ni ellas de que las dolencias que tienen son lo que DioBleichmar (1995) denomina somatizaciones, es decir, sus males no son físicos, sino psíquicos, al grado de que en ocasiones, después de que las escucha el profesional, se sienten aliviados y de mejor ánimo.

Trastornos del sueño: ya sea que se duerma mucho más de lo usual o que se experimente insomnio y despertares intermitentes (Halgin, et al. 2004).

Alteraciones alimenticias: en algunos caso se evita la comida, pero en otros, puede que se coman demasiados dulces o carbohidratos (Halgin, et al. 2004).

Trastornos en la sexualidad: el deseo sexual se debilita o desaparece (Calderón, 1999), puede haber anorgasmia, vaginismo o dolor antes y después del coito (Eicher, 1978).

1.7 Epidemiología

Existe evidencia de que las experiencias estresantes de la vida predisponen a los individuos a los trastornos depresivos, incluso ese estrés puede interactuar con los factores genéticos (Halgin, et al., 2004).

De cada 100 personas, aproximadamente 13 hombres y 21 mujeres desarrollan trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida (Halgin, et al, 2004).

Los jóvenes adultos, es decir personas de entre 25 y 44 años tienen mayor riesgo de padecerlo, siendo 35 años la edad media, sin embargo, datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio de este trastorno está disminuyendo en los últimos años (Ortiz-Tallo, 2004).

En el caso del trastorno distímico, cerca del 8 por ciento de las mujeres, y 5 por ciento de los hombres lo padecerán (Halgin, et al., 2004), y podría comenzar en etapas anteriores que el trastorno depresivo mayor e incluso en la infancia o adolescencia (Ortiz-Tallo, 2004).

Los trastornos depresivos son entre 1,5 y 3 veces más frecuentes si se tienen padres con estos trastornos que en la población general; en medios urbanos más que rurales, las cifras son casi del doble en las mujeres que los hombres. Esta diferencia sexual podría ser un indicio de que los factores genéticos contribuyen a la manifestación de alteraciones así como la existencia de diferencias educativas entre los niños y las niñas, la influencia de factores psicosociales relacionados con el ambiente familiar y el aprendizaje por observación de modelos (Ortiz-Tallo, 2004).

Vallejo y Gastó (2000) comentan que después de revisar diferentes hipótesis al respecto, Myrna Weissman en 1978 las agrupó en dos posibilidades; la primera que hay que considerar sería que en realidad no existen tales diferencias, sólo es apariencia pues las mujeres tienen mayor tendencia a reconocer y expresar su sintomatología, solicitando ayuda. La segunda posibilidad es que las diferencias entre los sexos es probable que sean consecuencia de factores biológicos interactuando con otros factores de índole psicosocial. De hecho, muchos autores señalan con gran importancia la posible vinculación de la depresión en la mujer con su tradicional situación de desventaja y discriminación social a través del tiempo.

1.8 Algunos modelos psicológicos que explican la depresión

Modelo Psicodinámico:

Freud (1917) en su libro *Duelo y melancolía*, expuso su teoría basada en la pérdida del objeto, ambivalencia y regresión de la libido en el yo como condiciones previas de la depresión (Schramm, 1998). Para Freud “la sintomatología depresiva se debe a la pérdida real o imaginaria de un objeto amado, produciéndose una retroflexión sobre el <<yo>> de la hostilidad dirigida sobre el objeto perdido” (Mardomingo, 1994, p.265).

Esto es que la agresión se vuelve a sí mismo, porque se asocian dolores no resueltos en relación a pérdidas originadas en la infancia, como el rechazo por parte de los padres o la muerte de uno de ellos y como es real que el niño depende de sus padres, le causa temor ser abandonado, dando como consecuencia que se le dificulte expresar su coraje hacia ellos

cuando tiene una sensación de abandono, volcando su agresión hacia sí mismo (Yapko, 2006).

Modelo cognitivo:

En general, los modelos cognitivos enfatizan que las variables que determinan el hecho de que algunas personas se depriman y otras no ante los mismos acontecimientos se relacionan con la manera en que se procesa la información (Vázquez-Barquero, 2008).

La Teoría cognitiva de Aaron Beck (1962), plantea que el sujeto presenta errores cognitivos en la percepción de la realidad, que implican una visión negativa del yo, de la propia experiencia y del propio futuro, conduciéndolo al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan la depresión (Ortiz-Tallo, 2004; Halgin, et al., 2004).

Beck (1962) afirma que la causa en muchos trastornos depresivos sin sintomatología endógena tiene que ver con la interacción de tres factores: (Ortiz-Tallo, 2004)

1. La presencia de esquemas cognitivos negativos o depresógenos que impregnan y condicionan la construcción de la realidad.

Para Beck, “los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior”. Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno.

2. Una alta valoración subjetiva de la importancia de ciertas experiencias que resulta de la personalidad del individuo.

La sociotropía y autonomía son dimensiones de personalidad y factores de vulnerabilidad a la depresión, es decir, para las personas con esquemas sociotrópicos, son sumamente importantes las situaciones relevantes a la aceptabilidad social y a la atracción personal, mientras que las personas con esquemas autónomos dan primacía a las situaciones que restringen la autonomía o el logro de objetivos.

3. La aparición de un acontecimiento estresante específico a los anteriores factores.

Esto es que los esquemas permanecen latentes, por lo que no influyen siempre en el estado de ánimo o en los procesos cognitivos, pero se activan por experiencias específicas.

El modelo cognitivo, tiene 2 variantes, la primera es la teoría hecha por Seligman (1975) de la indefensión o del desvalimiento aprendido, la cual afirma que los sujetos deprimidos se sienten indefensos, desamparados o fracasados a pesar de los reforzadores que reciben del ambiente debido a déficit cognitivos, emocionales y motivacionales (Mardomingo, 1994).

La segunda variante es la teoría de la atribución, la cual dice que el individuo tratará de atribuir al fracaso experimentado una causa (Davison & Neale, 2007).

Modelo conductual:

Las consecuencias que dan forma a nuestra conducta son la base de éste modelo, deseamos hacer lo que nos aporta algún beneficio y evitamos lo que conlleva a un castigo (Yapko, 2006), por lo que el modelo conductual explica que la depresión es el resultado de una falta de reforzadores positivos o de un exceso de castigo (Mardomingo, 1994); también

toma en cuenta a personas que han sido premiadas por hacer cosas equivocadas y castigadas por hacer lo correcto (Yapko, 2006).

Modelo interpersonal:

Conecta las ideas de Meyer (1957), Harry Stack Sullivan (1953^a, 1953b) y John Bowlby (1958) con las teorías de orientación conductual y cognoscitiva, al postular un conjunto de pasos que conducen a la depresión. “El primer paso es el fracaso de la persona, durante la infancia, en la adquisición de las habilidades necesarias para desarrollar relaciones íntimas satisfactorias. Este fracaso lleva a una sensación de desesperación, aislamiento y depresión. Una vez que la depresión se ha establecido, se mantiene por medio de habilidades sociales pobres y del deterioro en la comunicación, que a su vez, conduce a un mayor rechazo por parte de los demás” (Halgin, et al., 2004, p.330).

Este círculo de depresión, la falta de interacción social y el deterioro de las habilidades sociales son considerados por esta teoría como factores que constituyen el problema central de la depresión (Halgin, et al., 2004).

Capítulo 2. Cultura, educación informal, roles de género y percepción corporal de las mujeres en México.

2.1 Definición

El término cultura, se deriva del verbo latino cultus-us que significa acción de cultivar o practicar algo, de ahí provienen palabras como horticultura, agricultura, apicultura, piscicultura, avicultura, entre otras (Navarro, 1979).

Victoria Novelo (1984) propuso la siguiente definición de cultura: “...conjunto de valores (explícitos o no) incorporados a modelos de comportamiento que se refieren a formas de vida que se practican en el presente y que, como aspiración, se plantean para el futuro y que son reconocidos por una colectividad que en ellos se identifica” (Varela, 2005, p.22).

Para la antropología, es una forma de vivir para estar en sociedad que varía según los grupos y está determinada principalmente por valores, costumbres y representaciones, a partir de la observación y de la explicación de las conductas en una población organizada (Fischer, 1992).

Sin embargo, este término en su acepción científica lo define el Inglés E. B. Taylor (1871) en su principal obra titulada Primitive Culture como “la cultura o civilización, considerada en su sentido etnológico amplio, es ese conjunto complejo que engloba los conocimientos, las creencias, las artes, la moral, las leyes, las costumbres así como las otras

capacidades y los demás hábitos adquiridos por el hombre en cuanto a miembro de una sociedad” (Fischer, 1992, p.17).

De acuerdo al humanismo, la cultura es el desarrollo personal de ciertas cualidades humanas, como por ejemplo, a nivel intelectual o de instrucción, que son consideradas como superiores a otras (Fischer, 1992).

Freud decía que la felicidad humana se basaba en satisfacer libremente las necesidades instintivas, situación que no era aceptada por la sociedad civilizada; por lo que para él, “... el sacrificio metódico de la libido, su derivación rígidamente sancionada hacia actividades socialmente provechosas, es la cultura” (Navarro, 1979, p.123).

El marco cultural se refiere a una red interpretativa, o sistema de significados o esquema, constituido por el lenguaje y un conjunto de entendimientos sociales tácitos, así como por las representaciones y prácticas sociales que reflejan y ponen a funcionar dichos entendimientos en la vida cotidiana. Incluye las ideas y los ideales de los grupos, sus tradiciones, costumbres y prácticas sociales institucionalizadas que codifican y objetivan estas ideas e ideales, y los hacen ser relativamente externos, fuertes, obvios y reales (Díaz Loving 2008, p.214-215).

Con respecto a la educación formal de acuerdo a Coombs (1985), es un sistema educativo altamente institucionalizado, va por grados de forma cronológica y está estructurado de forma jerárquica, abarca desde los primeros años de la escuela primaria hasta los últimos años de la universidad (Colom, Bernabeu, Domínguez & Sarramona, 1997), mientras que la educación informal es un proceso que se adquiere desde el momento en que nacemos, en el hogar, en la iglesia o en la calle, a través de un proceso de

socialización (Naranjo, 1981), donde cada persona adquiere conocimientos, habilidades, actitudes y formas de pensar a partir de las experiencias cotidianas a lo largo de la vida (Colom, et al., 1997).

La Ley General de Educación (1994), plantea que la educación informal es todo conocimiento libre y espontáneamente adquirido, proveniente de personas, entidades, medios masivos de comunicación, medios impresos, tradiciones, costumbres, comportamientos sociales y otros no estructurados y su objetivo es reafirmar y perpetuar los roles de género a través de los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que se van adquiriendo y transmitiendo de generación en generación (Naranjo, 1981).

Los roles de género son conductas estereotipadas por la cultura, por tanto, pueden modificarse dado que son tareas o actividades que se espera realice una persona por el sexo al que pertenece. Por ejemplo, tradicionalmente se ha asignado a los hombres roles de políticos, mecánicos, jefes, etc., es decir, el rol productivo; y a las mujeres, el rol de amas de casa, maestras, enfermeras, etcétera (rol reproductivo) (INMUJERES, 2004).

Lamas (2002) señala que “el papel (*rol*) de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: *ergo*, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que

condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género” (p.33); existe la creencia de que así como hay diferencia anatómica entre hombres y mujeres, también la hay en sus valores, cualidades intelectuales, aptitudes y actitudes.

Algo que está también relacionado con el proceso sociocultural, es el proceso de simbolización corporal. La imagen corporal es, desde la perspectiva ideológica, la institución de la identidad. Es a la vez medio y fin de la cultura, sujeto y objeto privilegiado en el proceso recíproco a través del cual los individuos se incorporan a la cultura y la cultura pasa a ser parte integrante del sujeto, es decir, el cuerpo humano desde la perspectiva de la significación cultural es el eje en lo personal y lo social. Lo que entendemos por imagen corporal involucra al conjunto de los registros perceptuales, a los sentimientos y al proceso de integración yoica (Aguado, J.C. 2004).

Se reconoce, que la imagen corporal es un constructo multidimensional y comprende tres aspectos en continuo cambio e interacción: 1) el componente perceptual se refiere a la exactitud con la que es percibido el tamaño del cuerpo, sus segmentos corporales o su totalidad; 2) el componente cognitivo-afectivo se relaciona con sentimientos, cogniciones, actitudes y valoraciones que despierta el cuerpo o algún aspecto de la apariencia física; y 3) el componente conductual corresponde a las conductas provocadas por la percepción y los sentimientos asociados al cuerpo (Thompson, Heinberg, Altabe & Tahtleff-dunn, 1999).

De acuerdo con Thompson et al. (1999) y Raich (2000), las manifestaciones patológicas asociadas con la imagen corporal comprenden:

1) alteraciones perceptuales: definida como una sobrestimación o subestimación del tamaño corporal o de partes específicas del cuerpo, la persona que presenta dicha alteración puede ver su defecto como mayor, más acentuado o desviado de lo que es en realidad;

2) alteraciones cognitivo-afectivas: implican la presencia de distorsiones cognitivas, creencias irracionales y sentimientos negativos que pueden tomar la forma de insatisfacción, preocupación, tristeza, malestar, enfado, vergüenza, ansiedad o expectativas irreales acerca de la apariencia corporal. Frecuentemente, las personas que presentan esta alteración devalúan su apariencia física constantemente, imaginan que las personas se interesan en sus defectos y se subestiman debido a la alta valoración que le dan a este aspecto; y

3) alteraciones conductuales: se refieren a la ejecución de conductas desviadas, perjudiciales o nocivas que son provocadas por las alteraciones cognitivo-afectivas y perceptuales, esta alteración se puede observar fácilmente debido a que conductualmente, se estructura un estilo de vida entorno a la preocupación corporal y puede incluir: evitar personas, hacer rituales, camuflar o esconder el “defecto”, usar ropa holgada u oscura, mirarse al espejo constantemente, cambiar los hábitos alimentarios, arreglarse durante mucho tiempo, asistir a centros de belleza, hacer ejercicio excesivo, buscar información respecto al defecto, rezar, evitar ciertas situaciones que eliciten escrutinio del cuerpo por ejemplo nadar o asistir a un fitness club.

2.2 Concepción de la mujer a través de los años

Hace más de 200 mil años, en la época de las cavernas, las familias eran matrilineales, ya que el hombre no sabía que era partícipe en la reproducción de la especie; tiempo después, aproximadamente hace 8000 años, la mujer empezó a cultivar la tierra y domesticó a los animales, evitando el nomadismo y haciendo de la vida algo más cómodo y seguro, siendo así que la mujer se erigió como el gran poder femenino que da la vida, la conserva y la mejora; sin embargo, cuando el hombre se reconoció como padre y se volvió pastor, comenzó la era patriarcal (Rodríguez & Sánchez, 2005); en ese entonces, realmente se dudaba que la mujer fuera ser humano, y aunque aparentemente esas ideas han ido desapareciendo con el paso del tiempo y oficialmente ya se le ha otorgado a la mujer la categoría de ser humano, las costumbres le niegan de manera implícita muchas capacidades y cualidades humanas; al respecto, Alegría (1983) nos muestra con algunas opiniones de pensadores, que pareciera ser que persisten serias dudas, y que cuando los hombres piensan en las mujeres, las ven más como un satisfactor de sus necesidades:

“Las mujeres son máquinas de reproducir hijos”. Napoleón Bonaparte.

“Quisiera que ya no hubieran mitos sobre la mujer, sino una corte de cocineras, matronas y prostitutas, que solo desempeñan funciones de placer y utilitarias”. Michel Carrouges.

“La mujer es el anverso del ser”. Antonio Machado.

“Las promesas de una mujer deben escribirse en el agua o en el aire”. Cástulo.

“Escuchamos con un tono de indiferencia cortés, a las mujeres más brillantes, sabedores de que su espíritu refleja de manera más o menos deslumbrante, una serie de ideas que provienen de nosotros”. Claude Mauriac.

Sigmund Freud atribuye a las mujeres cierta calidad humana, puesto que declara que son hombres castrados, lo cual de cualquier modo las hace inferiores pues según él, el pene es la única cualidad que puede garantizar la autenticidad humana (Alegría, 1983).

2.3 Una visión de la cultura en México

En México, la cultura “se considera como un concepto que denota un patrón históricamente transmitido de significados incorporados en símbolos, un sistema de concepciones heredadas expresadas en formas simbólicas, por medio de las cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y actitudes hacia la vida” (Padilla, 2001, p.89).

En la cultura tradicional mexicana, la familia tiene un papel primordial y se caracteriza por el poder y la supremacía del padre, y el amor y sacrificio absoluto y necesario de la madre; con respecto a los hijos, siempre deben ser respetuosos y atentos con sus padres, quienes a cambio deben protegerlos y cuidarlos (Díaz, 2008; Dallal & Castillo, 2001).

Lewis en sus investigaciones, se da cuenta de que en México el patriarcado está muy marcado y que es una sociedad orientada a la familia nuclear, caracterizada por la ausencia física y emocional del padre, a pesar del machismo de esta cultura; la madre se dedica al cuidado del primogénito creando lazos muy fuertes con él, pero después tiene más hijos, así

que los hermanos mayores ocupan el rol de madre o padre sustitutos, donde la hermana mayor cuida y educa a los menores mientras que el hermano mayor defiende la reputación y la moralidad de las hermanas menores, exigiéndoles la misma sumisión y obediencia que al padre. Menciona que otros rasgos de importancia son que para la esposa, el sacerdote de la iglesia representa al marido ideal, un hombre que satisface y apoya sus frustraciones, escucha, comprende y orienta sin devaluar ni representar tampoco una amenaza sexual para ella, así como que los hombres ingieren alcohol para desahogarse y poder expresar sus emociones reprimidas (Dallal & Castillo, 2001).

Cuando nace un niño, se tiene la idea de que éste reafirma la virilidad del padre, pero cuando nace una niña, significan 4 cosas según Dallal y Castillo (2001) que son: mala economía, desgaste físico y preocupación moral de la familia por tener que cuidar su honor, es decir su virginidad hasta el momento en que se case, pues si no, será una mujer neurótica que se la pase quejándose, volviéndose una carga para la familia.

La diferencia de género se marca desde la primera infancia en los rasgos, juegos y actividades infantiles; al niño se le dan soldaditos, pistolas, caballitos y cosas para que al jugar, demuestre su actitud demoledora, agresividad, brusquedad y valentía; las niñas deben aprender a coser, tejer, leer versos, ayudar en las labores del hogar, ser limpias, simpáticas, coquetas, bien vestidas y a través del juego con sus jarritos, platitos, escobitas, muñecas se preparan para el día en que sean madres (Dallal & Castillo, 2001; Navarro, 2004).

En la adolescencia, los hombres miden su virilidad a partir de rasgos como beber, fumar, decir groserías y sobre todo a través de la potencia sexual que se presume según el supuesto

tamaño del pene y de los testículos, o en el número de conquistas y experiencias con mujeres (Dallal & Castillo, 2001).

En el caso de las jóvenes, tienen que pedir permiso a su padre para cualquier cosa que quieran hacer, por ejemplo para salir de la casa, comprar algo o viajar con una amiga; si dan muestras de sensualidad o interés por el sexo opuesto, son muy mal vistas y se piensa que necesitan ser vigiladas y que merecen castigo, pues desean salir de casa, tener novio y relaciones sexuales (Navarro, 2004); la educación excesiva o de estudios superiores no es tan importante ni es un rasgo muy femenino, así que es mejor que sepan de los quehaceres domésticos (Dallal & Castillo, 2001); durante el noviazgo, son objeto de canciones, poemas y son puestas en un pedestal; pero una vez que contraen matrimonio, cambian los roles, ya que el marido al trabajar y proveer espera a cambio como autoridad la sumisión y obediencia absoluta de su esposa, quien debe servir al igual que su madre cuando era niño, y no solo debe satisfacerlo a él, sino también a los hijos y demás parentela a lo que Navarro (2004) comenta: “Puesto que estas mujeres permanecen atadas a otras personas, no logran una identidad personal con valores y opiniones propios, sino que se identifican con su pareja y se adaptan a las necesidades de la relación marital” (p.15). Deben evitar en lo posible salir de casa, y si por alguna razón lo hacen, tienen que llegar antes de que regrese su pareja; en la intimidad, no es bien visto que una mujer manifieste sus preferencias sexuales, pues en este caso, su única tarea es satisfacer a su marido, pues de lo contrario, él podría buscar a otra pareja que lo satisfaga, situación que entre muchas otras, trae como consecuencia que la mujer se vaya formando una falsa percepción de su cuerpo y como consecuencia, sentimientos negativos, de tristeza, ansiedad, etc.

“La madre así conformada transmite las deformaciones sociales a sus hijos, distribuyendo “equitativamente” los valores en razón del sexo al que pertenezcan: a la niña la educa a su semejanza, le inculca su propio comportamiento implícita o explícitamente, además de que del mismo modo la obliga a servir y a respetar al hermano; en consecuencia, el círculo se cierra, la madre abnegada conforma a la nueva víctima y al futuro macho y el sistema patriarcal continúa” (Alegría, 1983, p.156).

Dallal y Castillo (2001), comentan que “...para Díaz-Guerrero (1955), semejante estructura familiar favorece el desarrollo de la neurosis, ya que el hombre presenta problemas de sumisión, conflictos con la autoridad, preocupación/angustia respecto a su virilidad (atrapado en el dilema entre ser macho y viril o sentirse femenino según demuestre o no sus sentimientos, especialmente si se trata de amor o ternura), una extremada dependencia hacia esa madre cuyo amor interfiere en su relación marital. En la mujer, señala las tremendas exigencias y presiones culturales, que provocan sentimientos de minusvalía, depresión o hasta padecimientos psicosomáticos” (p. 48-49).

Navarro (2004) opina que “el riguroso control impuesto a las conductas familiares y sociales de las mujeres, desde la niñez, genera mecanismos automáticos que inhiben sus acciones libres y responsables. Las mujeres sumisas llevan en su interior un mundo de inseguridades, culpas y angustias que les impiden actuar de manera libre, en consonancia con sus propios pensamientos y deseos” (p.16).

Rodríguez & Sánchez (2005) afirman que “a lo largo de su vida, la mujer se va llenando de deberes y obligaciones, pero nunca se le enseña a descubrir qué le gusta, qué quiere hacer y qué necesita para ser feliz, y con ello va llenándose de frustraciones, sinsabores y

problemas, a la vez que sus mil facetas están casi siempre llenas de claroscuros” (p.128-130).

2.4 Antecedentes culturales de la mujer mexicana

La mujer en el imperio azteca

La cultura azteca rendía culto a deidades masculinas como por ejemplo a Huitzilopochtli, Tezcatlipoca o Tláloc y a deidades femeninas como Tonantzin, Cihuacoatl o Tlazolteoth, todas ellas con funciones más o menos relacionadas con la procreación y la maternidad, pero Coatlicue era la más importante; a ella se le conocía como la comedora de la inmundicia, la de la falda de serpientes y sobretodo como la Diosa de la tierra; representaba el principio de la generación primordial ya que de ella surgió todo ser vivo, así como todo lo que tiene forma.

La leyenda dice que esta diosa mientras limpiaba la escalinata del templo, vio caer del cielo una bola y se la metió en su seno para más tarde brindarla a los dioses, pero cuando quiso ofrendarla en el altar, la bola desapareció y Coatlicue se sintió preñada; las estrellas, quienes eran sus demás hijos, se indignaron por la deshonra y aconsejados por su hermana la luna, a quien dieron el nombre de Coyolxauqui, mataron a su madre; en ese momento, de su seno salió una voz que dijo “no temas nada” y apareció Huitzilopochtli armado de pies a cabeza, quien se abalanzó sobre sus hermanos, los mató y con la serpiente de fuego cortó la cabeza de Coyolxauqui; desde entonces, Coatlicue queda relegada a un segundo término y el nacimiento del dios sol marca el fin del matriarcado (Alegría, 1983).

Desde el nacimiento, se determinaban los roles de acuerdo al género y a la vida futura que se esperaba que tuviera el nuevo miembro de la familia; en el caso de las niñas, enterraban su ombligo bajo el fogón de la casa y el del niño en el patio o en el campo; a las niñas se les daba juguetes de escobitas y jarritos para hacer la comida, mientras que los niños jugaban con instrumentos de labranza o de guerra (Tuñóz, 1998).

Durante la ceremonia de cortar el ombligo a las niñas aztecas, se les decía el siguiente discurso:

“Hija mía y señora mía, ya habéis venido a este mundo, acá os ha enviado nuestro señor, el cual está en todo lugar; habéis venido al lugar de cansancios; de trabajos y congojas, donde hace frío y viento. Notad hija mía que del medio cuerpo corté y tomé tu ombligo, porque así lo mandó y ordenó tu padre y tu madre Yoaltecutli, que es el señor de la noche, y de Yoalticiti que es la diosa de los baños. Habéis de estar dentro de casa, como el corazón dentro del cuerpo, no habéis de andar fuera de casa, no habéis de tener costumbre de ir a ninguna parte: habéis de ser la ceniza con que se cubre el fuego del hogar; habéis de ser las trébedes, donde se pone la olla, en este lugar os entierra nuestro señor; aquí habéis de trabajar, y vuestro oficio ha de ser traer agua y moler el maíz en el metate; allí habéis de sudar junto a la ceniza y el hogar” (Historia antigua mexicana, de Fray Bernardino de Sahagún ref. en Alegría, 1983, p.56).

La educación era obligatoria y se impartía en establecimientos determinados para cada clase social; mientras los niños pipiltin acudían al calmécac y los macehualtin al tepochcalli, las niñas eran educadas por sus madres quienes les enseñaban las labores domésticas y de religión (Tuñóz, 1998).

A las jóvenes de entre doce y trece años, las recibían en el patio del gran templo y allí vivían en castidad y recogimiento destinadas al servicio de dios durante un año. Dentro de sus tareas, estaba mantener limpio y adornado el templo, lavar y bordar mantas así como preparar la comida para los sacerdotes y levantarse a media noche a orar (Alegría, 1983).

Al llegar al año de la discreción, las señoritas ya estaban listas para salir y casarse pero aun así eran amonestadas por sus padres con el siguiente discurso:

“... y las mujeres al casarse pasan del estado de la mocedad al de la vejez... Si dios te diera vida, si vivieras algunos años sobre la tierra, mira que no des tu cuerpo a algún hombre: mira que te guardas mucho que nadie llegue a ti ni tome tu cuerpo: Si perdieras tu virginidad, y después de esto te mandare por mujer alguno y te casares con él, nunca habrá bien contigo, ni tendrá verdadero amor, siempre se acordará de que no te halló virgen y esto será causa de grande aflicción y trabajo: nunca estarás en paz siempre estará tu marido sospechoso de ti” (Historia antigua mexicana, de Fray Bernardino de Sahagún ref. en Alegría, 1983, p.59-60).

Para los aztecas la maternidad era sumamente importante, entonces las mujeres después de contraer matrimonio, se dedicaban a cuidar su hogar y a tener hijos y en el caso de que ésta muriera durante el parto se le otorgaba el rango de diosa (Alegría, 1983).

La mujer noble, de la clase de los pipiltzin, compartía con el hombre diversos privilegios, entre ellos la posibilidad de heredar tierras. Se le exigía mantenerse virgen, ser honrada e incluso ser fiel aún si moría su esposo (Rodríguez & Sánchez, 2005).

En cuanto a las mujeres del pueblo, de la clase de los macehualtzin, se dedicaban a las labores agrícolas, al hilado, a la costura, y como domésticas en las casas señoriales; se les

exigía honestidad y al igual que los hombres de su clase, debían pagar tributo; la prostitución les estaba permitida y en algunos casos hasta les era impuesta.

Dentro de la clase más baja, estaban las mujeres que por tener deudas, por voluntad de su familia o por haber sido capturadas en guerra, las hacían esclavas, mismas que eran tratadas como propiedad del amo y como mercancía que podía ser vendida, rentada o destruida (Rodríguez & Sánchez, 2005).

La mujer indígena antes de la conquista

Las mujeres en esta época eran educadas bajo un estricto código, el cual, marcaba que debían ser generosas, responsables, respetuosas, honestas, honradas, bondadosas, decentes, así como obedientes, calladas, discretas y trabajadoras. Con respecto al matrimonio, no les era permitido elegir a quien sería su esposo cuando ella tuviera 17 o 18 años, y una vez consumado, se dedicaban a servir al marido, a los hijos y al hogar. Según un libro publicado por la Dirección de Extensión Universitaria de la Universidad Iberoamericana (1993) aunque eran ejercidos el respeto y la obediencia hacia el marido, las opiniones de la esposa eran tomadas en cuenta y se le trataba con respeto también. En el caso de que la mujer trabajara fuera de casa, los oficios más asistidos eran los de hilandera, costurera, cocinera, médica y vendedora de alimentos y artesanías en los tianguis.

La mujer en la conquista de México

La leyenda contaba que Quetzalcóatl, el dios de barbas y piel blanca, regresaría por el mar desde el Oriente, razón por la cual a la llegada de los españoles y tomando en cuenta sus características, los indígenas creyeron que la leyenda se había cumplido y como tributo les dieron además de oro y plata, a sus mujeres, pues el sacrificio de mujeres para ofrecerlas

a los dioses era una práctica común y honorable. Este hecho asignó en Nueva España el estereotipo del vencedor para el hombre y del vencido para la mujer.

El cacique Tabscoob dio a Cortés numerosos obsequios, como por ejemplo, veinte esclavas, entre las cuales estaba la célebre Doña Marina mejor conocida como La Malinche, a quien se le juzga por haber ayudado a Cortés para la consumación de la conquista y sobre todo por haber dado vida a quien se considera el primero de los mestizos (Alegría, 1983); acontecimiento que dio lugar a que “la figura de la hispanidad, lo deseable, quedara inevitablemente asociada con lo masculino, mientras que la mujer simbolizaba toda la sociedad indígena, reprimida, sumisa y vencida” (Rodríguez & Sánchez, 2005).

Se han hecho estudios de los arquetipos de la Virgen de Guadalupe, la Malinche y la Llorona, tres figuras femeninas del siglo XVI que reflejan la ambigua visión de los hombres con respecto a la mujer; “la Virgen de Guadalupe es el modelo femenino ideal, su negativo sería la Malinche, traidora y prostituta, encarnación de lo peor en la condición femenina, mientras que la Llorona es expresión de la dicotomía mujer buena/mujer mala. La relación sexual de la Malinche con Cortés ha sido vista tradicionalmente como una violación simbólica de la cultura mexicana. Por su parte, la Llorona, también modelo cultural negativo, representa la transgresión del papel tradicional de la mujer, el de esposa y madre, si bien su arrepentimiento la libra de caer en la abyección con la que es señalada la Malinche. Así pues, la Llorona y la Malinche ilustran las conductas que se deben evitar. Las tres figuras cumplen la función de definir a la mujer mexicana y son utilizadas por la sociedad patriarcal como modelos éticos, controladores de su conducta” (González, 2002, p.176).

La mujer en la época colonial

En esta época daban prioridad a la educación de las mujeres, quienes debían saber de arte, cocina y del respeto y cuidado que le debían tener a su esposo y al hogar; si por alguna razón una mujer se salía de éstos cánones, corría el riesgo de ser quemada como hereje o de que sus padres y esposo la internaran en algún convento de por vida (Rodríguez, 2005).

Para las mujeres indias no había otro destino que el de servir, ya que en el seno de la tradición y la Iglesia Cristiana, surge la idea de vivir en un orden jerárquico (Romero, 1982); ellas cuidaban las casas y a los hijos de los españoles, a la vez que prestaban servicio sexual a los castellanos (Alegría, 1983).

La mujer en la independencia

La historia recuerda a Doña Josefa Ortiz de Domínguez, a Leona Vicario y a la Güera Rodríguez como las mujeres que colaboraron de manera más sobresaliente en este movimiento (Alegría, 1983), sin embargo, en una publicación realizada por Notimex (2010), la historiadora de arte Leonor Cortina afirma que además de ellas, hay más féminas que fueron esenciales en esta etapa de la historia, por ejemplo, existían las llamadas “seductoras”, cuya función era convencer a los militares de convertirse en insurgentes, sin involucrarse sexualmente con ellos; también estaban las mujeres que tomaron las armas, e incluso fueron líderes de grupos, entre ellas: Manuela Medina “La capitana”, “La Barragana” y “La Gabina”; Teodosea Rodríguez y Josefa Martínez actuaron como correo de los insurgentes y por último, “las esposas y familiares de cabecillas de los insurgentes”, quienes llegaron a ser tomadas como rehenes para buscar su rendición (Recuperado de www.zocalo.com.mx).

La mujer en la revolución de 1910

En este periodo, la participación de las mujeres fue más amplia, las periodistas y escritoras fundaron periódicos donde se oponían al régimen y defendían las clases desvalidas; por mencionar a algunas de éstas mujeres, están Juana Belén Gutiérrez de Mendoza quien dirigió el periódico *Vésper*, consagrado a defender a los mineros y a combatir la dictadura; Guadalupe Rojo, viuda de Alvarado, directora del periódico *Juan Panadero*, fue presa en la cárcel de Belén por defender a los campesinos de Yautepec.

En los complotos, paso de armas, correos y difusión de noticias, sobresalieron las conspiradoras Carmen Serdán, Carmen Alatraste y Francisca del Valle también se involucraron Guadalupe, Rosa y María Narváez, quienes coordinaron las operaciones en el estado de Puebla, imprimieron y repartieron proclamas, así como distribuyeron armas, para luchar contra el régimen de Díaz.

Las mujeres durante la revolución, también formaron clubes liberales y antirreleccionistas; la profesora María Arias Bernal organizó el Club Lealtad, junto con Dolores Sotomayor, Inés Malváes, María Elvira Bermúdez y Eulalia Guzmán.

Las mujeres que fundaron en 1906 la Sociedad de Empleadas de Comercio son precursoras del sindicalismo. Sus actividades fueron principalmente asistenciales: fundar academias de comercio, de música, un gimnasio, una caja de préstamos a socias enfermas, entre ellas están Isabel Díaz de Pensamiento, Anselma Sierra, Carmen Cruz, Margarita y Guadalupe Martínez y Lucrecia Toriz.

Las enfermeras de la Cruz Blanca Constitucionalista estuvieron en los puestos de avanzada y establecieron hospitales de sangre, tenían solamente buena voluntad, conocimientos de yerbas y hacían curaciones primitivas.

Las soldaderas, tomaron las armas y combatieron al lado de los hombres; sostuvieron la moral de la tropa, caminaron en la retaguardia, buscaron alimento, lo prepararon y distribuyeron, parieron a sus hijos, desempeñaron comisiones como espías, lloraron por sus muertos y también murieron. Tenían que preparar una comida con sus escasas provisiones; de hecho, podían alimentar a un centenar de hombres al día, sus alimentos no estaban preparados, llevaban maíz, el cual molían en un metate y amasaban hasta formar las tortillas que cocían en un comal; llevaban también frijoles, café y carne en tiras (Recuperado de <http://www.uaemex.mx/>). “Las quejas de la violencia contra las mujeres antes de la Revolución y durante ella son innumerables y quizá aquellas que se vistieron de hombre lo hicieron como forma de defensa a la violencia masculina” (Lua, Ana & Carmen Ramos, 1992).

Hermila Galindo, fue la primera mujer que solicitó el voto femenino al constituyente de 1916; asimismo, hizo la propaganda de don Venustiano Carranza.

El 12 de abril de 1917 Carranza promulgó la Ley de Familiares, con la cual la mujer quedó en condiciones de ejercer la Patria Potestad (Recuperado de <http://www.uaemex.mx/>).

La mujer a partir de los años 50

Díaz Loving (2008) comenta que en el caso de las familias mexicanas, el nacimiento de una niña era una tragicomedia, pues había que inculcarle características como ser limpia,

bien vestida, enseñarle a bordar, tejer, y a alejarse de todo juego brusco que pusiera en riesgo su fertilidad y sobretodo que pusieran en duda su feminidad; también representaba una pérdida material y moral importante, ya que con ella no se podrían hacer negocios, por el contrario, habría que buscarle un prospecto para que ésta pudiera casarse y por otro lado, tendrían que cuidar su virginidad, pues si la mujer tenía relaciones sexuales antes del matrimonio, sería una deshonra familiar.

En su formación, a las mujeres se les enseña ante todo que deben cuidar y temer de su sexualidad, sin embargo, los padres no les daban más información al respecto, pues creían que si se hablaba de temas sexuales, las motivarían a tener vida sexual; además, tienen que cumplir sus múltiples obligaciones, como por ejemplo: ayudar en los quehaceres de la casa, criar y cuidar a sus hermanos menores, apoyar económicamente a sus hermanos varones aunque esto implicara dejar de estudiar para que los varones pudieran continuar con sus estudios; también debían callar aunque fueran víctimas de violencia física, psicológica o sexual dentro o fuera de su casa, ya que el silencio sería la única forma de sobrevivir en una sociedad que no aprecia su persona (Rodríguez & Sánchez, 2005).

Si la mujer tiene más de 20 años, se le hace ver que debe casarse, pues por sí sola no vale nada (Rodríguez & Sánchez, 2005); el matrimonio era la única forma en que las mujeres podían ejercer lo que aprendieron durante la infancia así como para poder ejercer de forma decente su sexualidad, la cual tenía como objetivo la maternidad; el rezo que se recitaba antes del coito era: “No es por vicio, ni es por fornicio, sino por hacer un hijo, en tu santo servicio” (Tuñóz, 1998 p.114-115); siendo así la maternidad la única forma para realizarse como mujer, sin olvidar que debe ser una madre abnegada y sacrificar su vida personal, profesional y social por su esposo e hijos (Rodríguez & Sánchez, 2005).

“De esta manera, desde la infancia y a través de toda esta ideología que se construye en la familia, la mujer va desarrollando una identidad centrada en el bienestar de otros, dedicada a las labores domésticas, en muchos casos una identidad devaluada y con poca estima personal.” (Díaz Loving, 2008, p.79-80).

Con respecto a la educación formal, fue hasta 1960 que se motivó a las mujeres a estudiar pero solo carreras cortas, pues la forma de pensar era que no requerían preparación universitaria, pues en caso de que trabajaran, solamente iba a ser mientras se casaran (Rodríguez & Sánchez, 2005).

A partir de los años setenta se fue formando otro tipo de mujer, siendo ésta más liberada, ambiciosa, manipuladora, agresiva e independiente, a los cuales Rodríguez y Sánchez (2005) denominan hembrismo por el parecido con el comportamiento del macho; de hecho, al tener ya ingresos económicos, puede dominar sobre el esposo, la familia, y ser responsable de sí misma.

Sin embargo, con el paso del tiempo llegaron los años ochenta, noventa y el siglo XX, y con ellos, la revolución tecnológica, la institucionalización de la ciencia como nuevo dogma, la era de las comunicaciones a larga distancia, la globalización; la búsqueda del éxito y fama o bien, la falta de sentido, el vacío existencial y los errores humanos en vez de pecados; los hombres participan más en las tareas del hogar, aparece la píldora anticonceptiva y el control de la natalidad, el SIDA como la nueva peste mundial, lo unisex; con respecto a la educación, la nueva instrucción familiar, apoya el ingreso irreversible de las mujeres a la educación formal y al trabajo, como medio para asegurar su futuro y para mantenerse en caso de que su marido las deje y no sea responsable, mientras

que la instrucción para los hombres sigue siendo la misma de décadas anteriores, es decir, ellos sí deben estudiar y trabajar por el hecho de ser varones y que tienen que mantener a su familia (Díaz-Loving, 2008).

La mujer contemporánea

“En el sistema de patriarcado que rige actualmente a la sociedad humana, las ideas han sido controladas, dirigidas y difundidas de manera arbitraria y parcial, exclusivamente, a favor de los intereses masculinos, a tal grado que han adquirido la calidad de valores, de verdaderos principios” (Alegría, 1983, p. 14).

Este autor plantea que el sistema patriarcal señala a las mujeres como ignorantes con el pretexto de que hay que protegerlas, y para ello, se les prohíbe, limita y sobreprotege innecesariamente, lo cual lleva a categorizarlas como el sexo débil, teniendo como consecuencia que ese mito finalmente se convierta en realidad.

En la actualidad, la sociedad le exige a la mujer que sea una mezcla perfecta de dos estereotipos: el ser madre abnegada, que cuide y eduque a sus hijos o lo que Rodríguez y Sánchez (2005) llaman la súperhembra, que debe trabajar horarios de tiempo completo para mantener a sus hijos y ayudar a su esposo con la carga económica familiar, así como pensar en seguirse superando para sentirse realizada y feliz.

En particular, García y Olivera (1994) señalan que “en México las mujeres con niveles de escolaridad más elevados, que además desempeñan actividades asalariadas y asumen un compromiso personal con su trabajo extradoméstico, son más propensas a lograr una situación igualitaria con sus parejas, siendo notable un cambio en los roles de género ejecutados, pues participan en la toma de decisiones, manutención del hogar,

administración del presupuesto y poseen mayor libertad” (Díaz-Loving 2008, p.81). Pero según comentan Rodríguez y Sánchez (2005), la realidad es que tantas exigencias hacen que se sienta cansada, angustiada, irritable, frustrada, e insatisfecha como mujer, como madre, como trabajadora, como esposa y con su cuerpo (Rodríguez & Sánchez, 2005).

2.5 Repercusión de la cultura de género en el comportamiento sexista

Se entiende por género a la construcción social que se basa en el conjunto de ideas, creencias y representaciones que cada cultura ha generado a partir de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres, mismas que determinan los papeles de lo masculino y lo femenino (Chávez, 2004).

Silva Rosales (2004) en el libro “Perspectiva de Género”, menciona que dichas características construidas han sido la causa de desigualdades, marginación y subordinación para la mayoría de las mujeres, porque se considera que la mujer al tener la capacidad biológica de embarazarse y de lactar queda limitada al trabajo en la esfera privada, para ser madre, esposa y ama de casa, independientemente de las actividades remuneradas o no que realice fuera de su casa.

Desde pequeña, es reforzado el papel de la mujer servidora, de ahí que existan más mujeres en profesiones relacionadas con el servicio como médicas, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas y maestras, pero aún en estas profesiones eminentemente femeninas los puestos de poder y decisión están en manos de hombres; en el caso de otras profesiones, aunque se reconozca la calidad con la que realiza su trabajo, es difícil darle acceso a un puesto de poder, pues se le considera que está más necesitada de afecto y apoyo que el hombre, además de que es propensa a reacciones emotivas y a juicios subjetivos así

como que inevitablemente está ligada a la maternidad; todo ello en lugar de ser cualidades, por lo general se piensa que son defectos de la trabajadora (Rodríguez & Sánchez, 2005).

En los trabajos, es menos factible que contraten a una mujer embarazada, o con hijos pequeños y si por el contrario, las aceptan, los patrones esperan que no falten al trabajo, sin importar que por ejemplo uno de sus hijos esté enfermo, siendo que muchas mujeres dedican a su trabajo tiempo extra, aun cuando su sueldo sea menor que el de los hombres y que en varias ocasiones tengan que soportar el maltrato o el acoso de algún compañero de trabajo (Rodríguez & Sánchez, 2005).

2.6 La socialización y la cultura como reguladores de la expresión emocional

“Las emociones y la vida social están relacionadas en lo que respecta a las funciones sociales de la emoción. Las emociones pueden servir para apoyar y mantener el sistema cultural de creencias, valores y comportamientos. Se involucran en valores sociales internalizados, como cuando un individuo experimenta una emoción socialmente apropiada y se establece su adherencia a los valores que se relacionan con ella. Muchas emociones son vistas con base en una relación prescriptiva en lo que a valores culturales y morales se refiere. Que la experiencia de tales emociones sea o no gratificante para el individuo se debe a que existe un castigo debido a la transgresión y al señalamiento de los otros que la han reconocido. Lo que resta al individuo es someterse a las normas que han sido transgredidas. Debido a ello, la experiencia de la emoción se encuentra al servicio de la función de preservar el orden moral de una sociedad” (Díaz-Loving 2008, p.227-228).

El proceso de socialización comienza tanto para los niños como para las niñas en la familia y continúa en la colonia, en la escuela y en otras instituciones y situaciones sociales, donde por la influencia de la cultura, las emociones han sido constantemente reprimidas y su importancia, sistemáticamente minimizada, ya que en ella, la expresión emocional está regulada por normas y reglas que definen lo que está permitido expresar, cómo y en qué circunstancias, siendo así como aprendemos a reprimir, controlar y manejar nuestras emociones, ya que frente a la expresión espontánea de ellas aparece la falta de resonancia o el rechazo de los que nos rodean (Casassus, 2007), razón por la cual Markus y Kitayama (1995a) señalan que “las emociones deben ser vistas como productos morales, sociales, históricos, políticos y culturales” (Díaz Loving 2008, p.215).

Paul Ekman (1984) opina que los efectos de la cultura se manifiestan en los desencadenantes, en las consecuencias y en las valoraciones de las emociones; pero no en su expresión, es decir, la mayor parte de la variabilidad emocional se explica por la influencia de la cultura; “la emoción aparece como un proceso adaptativo regulado, en gran medida, por el contexto social” (Barriga, 1996, p.30)

“Los procesos emocionales y la experiencia consciente consecuente pueden ser diferentes, dependiendo del entorno y ambiente sociocultural; las emociones dependen del marco cultural predominante en el que se construyen las situaciones sociales específicas, y por tanto, no pueden separarse de los patrones de pensamiento, acción e interacción culturalmente establecidos” (Díaz-Loving 2008, p.212).

Independientemente del carácter y personalidad de cada uno, “el modo de percibir el mundo y resolver los conflictos y problemas está relacionado con la interiorización del

sistema de valores culturales y las normas sociales sobre cómo debemos ser, sentir y comportarnos” (Anuario de psicología, 2003); cuando asumimos las emociones que emergen de la conducta definida socialmente en los roles que define la cultura, perdemos paulatinamente contacto consciente con nuestra autenticidad, con nuestras propias emociones y con nosotros mismos (Casassus, 2007).

Las personas basan su conducta en las normas sociales para evitar ser desaprobados por los demás; “en las sociedades jerárquicas, las normas de respeto sirven a los que ocupan los niveles superiores del sistema social a expensas de quienes ocupan los niveles inferiores” (Elster, 2001, p.90).

Algunos autores como por ejemplo Díaz-Loving (2008) plantean que los antecedentes de la regulación emocional se refieren al proceso de evitación de las emociones negativas, mientras que Bisquerra (2008) menciona que la regulación emocional es la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada y supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento.

Eisenberg, Fabes, Guthrie, Murphy, Maszk y Holmgren (1996) sostienen que la capacidad para controlar la expresión de las emociones, especialmente las negativas, se desarrolla alrededor del primer año de vida, y es importante para el desarrollo de conductas apropiadas y socialmente adaptativas.

Partiendo de que las emociones son estados psicológicos de cierta duración que involucran conductas expresivas para la comunicación, Fox y Calkins (2003) mencionan que para lograr el desarrollo del autocontrol de las emociones, contribuyen factores intrínsecos y extrínsecos, los cuales son estados psicológicos con determinada duración que involucran conductas expresivas para la comunicación. Dichos factores se describen a

continuación:

- Intrínsecos: temperamento, atención, control inhibitorio y función ejecutiva.
- Extrínsecos: calidad de la interacción de los cuidadores del niño, relación entre padres e hijos, relación con los hermanos y los pares, además del contexto cultural.

“La transmisión del despliegue de reglas culturales puede afectar cuándo y cómo los niños aprenden a ocultar, enmascarar y controlar la expresión emocional. Tal despliegue de reglas es transmitido de manera directa, a través de instituciones como familia, escuela u organizaciones religiosas, e indirectamente a través de la práctica de convenciones sociales y exposiciones a los medios”.

“La vida social contribuye a la experiencia y expresión de la emoción, y provee el contexto en el cual la emoción se manifiesta en percepciones alteradas, juicios, cambios en conducta expresiva y en el fortalecimiento de las relaciones sociales” (Reidl & Jurado, 2007, p.140).

2.7 Algunas investigaciones

Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres

Es importante conocer las causas y consecuencias de la depresión en las mujeres así como los factores que se le relacionan, como son los valores, comportamientos, roles y actitudes que les son asignadas por la cultura; tales presiones de tipo social y religioso, les ha traído como consecuencia presentar una más baja autoestima, mayor número de

acontecimientos vitales negativos, peor percepción de la salud, mayor prevalencia de ansiedad y peores condiciones de vida afectiva.

Pilar Matud, 2006; Isabel Montero, 2004; Félix Cova, 2005; Enrique Gonzáles Duro, 1999; Javier García Campayo, 2006, han realizado estudios de género desde la psicología y psiquiatría, llegando a la conclusión de que la mayor morbilidad psíquica de la mujer se debe a la situación de sometimiento e inferioridad en que vive además de que los roles de género producen mayor depresión en las mujeres.

La depresión se asocia a una baja tolerancia al estrés, el cual parece ser un factor importante que la desencadena pues desde la perspectiva biomédica puede activar las catecolaminas y los glucocorticoides adrenales que provocan alteraciones en el cuerpo.

Lewis et al, 1998 en Esther Calvete, 2005; Isabel Montero, 2004 y Javier García Campayo, 2006, han realizado múltiples estudios donde sugieren que buena parte de la desigualdad en salud según género forma parte de la desigualdad social; en los estudios de salud laboral realizados por Violante Martínez Quintana las mujeres suelen hallarse también en situación de desventaja social ya que son ellas quienes cumplen con una jornada que generalmente no es bien remunerada, además de la tarea adicional de esposa, madre y ama de casa, ocasionando grados elevados de cansancio, fatiga psíquica y las ideas de futuro se centran en la desesperanza de sus situaciones contribuyendo a la depresión.

Según Isabel Montero, 2004; Silvia Tubert 1994, Victoria Sau, 2001; Esther Calvete, 2005, la opresión traída por el rol, puede volverse insoportable para la mujer, pues al no poder reconocer que el origen de su sufrimiento está en el rol social, entonces el problema

psicológico puede surgir como la única posibilidad de expresión.

Se realiza un estudio en una población o comunidad del sur de Cataluña-Terres de l'Ebre- para averiguar la prevalencia de la depresión, así como su distribución y las posibles causas. La muestra se extrae de los datos sanitarios previamente informatizados en el Sistema de Salud. El cuestionario es administrado por vía telefónica durante el mes de noviembre y diciembre de 2007.

Resultados: el 46,7% (148) de la población presenta depresión con el test de Goldberg utilizando, un 53% (84) en las mujeres y un 40% (64) en los hombres.

Las variables asociadas a la depresión parece que son las mismas para el hombre y la mujer, sin embargo, las mujeres han estado más expuestas a éstas por la cultura que les ha tocado vivir así como que para los hombres la depresión es inaceptable porque discrepa del estereotipo masculino.

1. Violencia. Está directamente relacionada con la depresión, al igual que la sobrecarga, estrés, poco apoyo social.
2. Sobrecarga. A pesar de que las mujeres tienen mayor esperanza de vida, el hecho de responder a los roles que les ha tocado asumir provoca sobrecarga física y emocional repercutiendo negativamente en su salud.
3. Apoyo Social. Para Brown y Harris el bajísimo apoyo a las mujeres de clase trabajadora cuando tienen un hijo, provoca el mayor riesgo de depresión en esos momentos de su vida.
4. Estrés. El estrés puede alterar la función del sistema inmune de forma que se pueda influenciar el desarrollo o crecimiento de algunas enfermedades agudas, crónicas y

neoplásicas, además de que el estrés psicológico según Garza, tiene un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos depresivos.

5. Nivel de estudios. A mayores estudios disminuye la depresión, sobre todo en las mujeres.

6. Trabajar fuera de casa. Las mujeres que no trabajan fuera de casa tienen mayor depresión que las que lo hacen, sin embargo, la diferencia no es muy elevada.

De acuerdo a Teresa Añón, en la última década, la mujer trabajadora entre 35 y 44 años está presentando patologías tempranas que son relacionadas con la introducción al mundo laboral con pautas masculinas adoptando roles que les alejan de su neurofisiología, cabe mencionar que antes, estas patologías eran referidas principalmente por el sexo masculino.

(Recuperado de: <http://revistas.um.es/hojasdewarmi/article/download/156831/137641>.)

Depresión y género: factores psicosociales de riesgo

Durante las últimas décadas, la incorporación de la mujer al mundo laboral, de manera remunerada ha tenido una tendencia ascendente. Según datos oficiales de la tasa global de fecundidad disminuyó de 7 a 2.4 hijos por mujer entre 1970 y el año 2000; la edad a la primera unión conyugal de las mujeres aumentó de 18.8 años, al inicio de la década de 1970, a 23.1 años para 1977; y el índice de feminización del trabajo (número de mujeres por cada 100 hombres) se incrementó de 31 a 45 en el periodo 1990-2000 (Consejo Nacional de Población, 1997, 1999, 2000; Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática 2000, 2001)

Los trabajos realizados por Beck, 1972; Seligman, 1975; Dio Bleichmar, 1991; Lara,

1993; Mingote, 2000 y Díaz-Loving, et. al., 2007 han constatado que el desamparo legal o económico, la dependencia emocional, la autoestima devaluada, la sumisión y complacencia contribuyen al surgimiento de síntomas depresivos en las mujeres.

Desde la perspectiva psicodinámica, Burin (1996), Levinton, (2001) y Tubert (2001) plantean que la forma en que se cría a las niñas contribuye a reforzar la dependencia emocional de las mujeres; por otra parte, muchas mujeres jóvenes viven una fuerte carga de estrés pues están sometidas al desempeño de múltiples roles (Barberá y Martínez, 2004); además, la imposición social para ser una madre ideal, o la partida de los hijos cuando son mayores, provoca miedo a quedarse solas, una baja autoestima y un sentimiento de pérdida del sentido de la vida; al respecto, estudios empíricos relacionan la baja autoestima y los rasgos de dependencia de las mujeres con la depresión (Lara, 1993; Díaz-Loving, et. al., 2007).

Estudios recientes muestran que el estrés laboral acompañado de una sobrecarga de actividades en el hogar aumenta las tasas de depresión y ansiedad entre las mujeres (Blanco y Feldman, 2000; Medina-Mora y Fleiz, 2003). Sin embargo, la incorporación al trabajo ha sido un logro de gran importancia para un gran número de mujeres en términos de su realización profesional e independencia económica, o bien para complementar los ingresos masculinos.

Todo lo anterior plantea la necesidad de una reflexión acerca de la construcción de una cultura de género más equitativa y sobretodo más acorde con las necesidades de los tiempos actuales.

En conclusión, entre los efectos más importantes del fenómeno de la globalización en la salud individual y colectiva se encuentran aquellos ubicados en el ámbito de la salud mental. Los condicionamientos de género y la pobreza representan determinantes sociales

de riesgo de sufrir depresión en las mujeres. A esto se agrega una deficiencia crónica de los sistemas de salud para ofrecer opciones de prevención y tratamiento para los problemas de salud mental, así como deficiencias en otros aspectos relacionados con el apoyo social para las personas que los padecen. La globalización también ha producido cambios importantes en los roles de género y en la estructura familiar. En México y en América Latina los avances conceptuales desde la perspectiva de género han llevado a destacar ámbitos de la dinámica familiar que deberían ser objeto de atención particular: la división del trabajo al interior de las unidades domésticas; la doble jornada y la sobrecarga de trabajo de las mujeres; y posibles nuevas formas de ejercer la maternidad y paternidad.

(Recuperado de: <http://bidi.xoc.uam.mx>)

Estereotipos sexuales, trabajo extra doméstico y depresión en la mujer

Durante las últimas décadas se ha estudiado con interés la salud de las mujeres, así como su salud mental ya que se les considera como un grupo particular de riesgo. Diversos estudios epidemiológicos y antropológicos muestran que las inequidades de género, y las desventajas derivadas de la pobreza son detonadores de tensión psicológica y afectan gravemente a su salud (Dejarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., Kleinman, A., 1995).

En diversas culturas, el concepto de masculinidad, se caracteriza por la agresividad, la combatividad, la búsqueda de dominio y autoafirmación; por la reflexión, la razón y el discernimiento; por la capacidad de abstracción y la objetividad; en cambio lo femenino, se caracteriza por la necesidad de involucrarse con otras personas más que con ideas y abstracciones; por lo inconsciente y subjetivo; por la pasividad y la docilidad y por una orientación hacia los sentimientos y la intuición (Lara, 1993).

A partir de los nuevos instrumentos de medición gran parte de la investigación se dedicó a probar las hipótesis planteadas por Bem: una fue que muchos individuos podrían ser “andróginos”, es decir, podrían comportarse de manera tanto masculina como femenina, afirmativa y flexible, pragmática y expresiva, dependiendo de lo apropiado de la situación; y la otra, que los individuos fuertemente tipificados como masculinos o femeninos podrían estar seriamente limitados en el rango de comportamientos disponibles, al moverse de una situación a otra. Si estas hipótesis fueran ciertas, entonces el individuo “andrógino” sería el modelo de salud mental y no el individuo típicamente masculino o femenino, como se suponía anteriormente (Lara, M., 1993).

Al revisar los papeles de género dentro de la cultura y la estructura social mexicana, se encontró un mayor arraigo de los papeles y estereotipos de género tradicionales que en los países más desarrollados, y la observación de que la dicotomía macho-mujer sufrida alcanza en México dimensiones dramáticas, no obstante las diferencias importantes que hay entre los distintos sectores de la población, y los cambios experimentales en algunos grupos como respuesta a las transformaciones en los diversos ámbitos del país ((Lara, M., 1993).

Con base en la revisión anterior se diseñó un instrumento de medición, el inventario de Masculinidad-Femineidad (IMAFE) (Lara, M., 1993), que incluye aspectos representativos de los papeles y estereotipos de género en nuestra cultura. El instrumento mide cuatro aspectos: 1) masculinos (pragmáticos/autoafirmativos), 2) femeninos (expresivos/de relación), 3) de machismo (dominio/agresión) y 4) de sumisión/pasividad. Posteriormente se estudió la prevalencia de dichos aspectos en diversos grupos de diferente edad, escolaridad y nivel socioeconómico, así como de origen rural y urbano. Entre los resultados más importantes están los siguientes.

Las mujeres y los varones han introyectado las expectativas propias de su sexo, dictadas por la sociedad. La mayor valoración de los hombres y de las mujeres de los aspectos masculinos por una parte, y por otra, la mayor adjudicación de rasgos machistas por los profesionistas y las personas de mayores ingresos, puede interpretarse, con base en Lagarde, como evidencia de que el paradigma del modelo patriarcal es el varón, y que éste modelo es asimilado en mayor grado por las personas con mayores ingresos, escolaridad y estatus socioeconómico, que están más identificadas con los valores hegemónicos occidentales. Lo femenino, en tanto sumisión, y entendido como la servidumbre de las mujeres a los hombres, fue más frecuente en las personas que ya tienen una posición de sometimiento por la clase social a la que pertenecían.

Más allá de la descripción de un papel de género, estos resultados también aluden a una relación de poder-subordinación. En este sentido, la sumisión se refiere al ejercicio de la autoridad masculina mediante la aceptación y obediencia de las esposas, quienes consideran que deben respetar al cónyuge y pedirle permiso, mientras que la imposición alude a situaciones en las cuales el dominio masculino se sostiene mediante el uso de diferentes formas de violencia física o psicológica contra las mujeres (Oliveira, O., 1998).

Posteriormente se desarrolló una línea de investigación con el objetivo de explorar los efectos del trabajo extradoméstico sobre la salud mental de las mujeres. Una revisión amplia del tema nos permitió ubicarnos, en primer lugar, en el contexto en el que se integran las mujeres al trabajo y, en segundo lugar, que las repercusiones que esto tiene sobre su salud (Lara, Ma., Acevedo, M., 1996; Lara, Ma., 1998).

La incorporación de la mujer al trabajo remunerado ocurre en condiciones más desfavorables que las del resto de los trabajadores. Estas desventajas ampliamente documentadas, se refieren a menores salarios, puesto de menor categoría y discriminación

para obtener ascensos, contrataciones y programas de capacitación. La participación femenina en el ámbito laboral no se ha visto acompañada de cambios en la distribución del trabajo doméstico y del cuidado de los hijos, lo que ha llevado a la mujer a una doble jornada de trabajo. Tampoco se han adecuando las condiciones laborales a las necesidades de las mujeres que desempeñan esta doble jornada (Oliveira, O., 1989).

Además, el hostigamiento sexual se dirige más frecuentemente a las mujeres, lo que refleja las diferencias en la jerarquía de poder de las organizaciones respecto al género.

Todas estas condiciones tienen un impacto negativo sobre la salud reproductiva, física y mental de las mujeres (Lara, Ma., Acevedo, M., 1996).

Un análisis detallado de los dibujos de madres trabajadoras y de sus hijos e hijas, –sin distinción de status laboral- proporcionó información adicional sobre las características psicológicas de la muestra. En un gran número de mujeres se observó el sentimiento de estar realizando grandes esfuerzos para lograr sus aspiraciones, pese a que cuentan con la disciplina y la capacidad necesarias para planear y ejecutar las tareas a su cargo. Perciben falta de tranquilidad, seguridad y calidez en la familia, y la mayoría se considera afectivamente distante de ésta (Lara, Ma., Fernández, M., Acevedo, M., López, Ek., 1996).

Por su parte, en los hijos e hijas se perciben signos de devaluación e incapacidad para expresarse emocionalmente y demandar afecto, lo que lleva a la tercera parte de ellos y ellas a sentirse inseguros en grado extremo (Lara, Ma., García-Hubardt, Mt., Acevedo, M., 1995).

Se considera que estos datos son el resultado de la crisis económica tan prolongada del país, que ha impedido a amplios sectores de la población la consecución de sus metas, lo cual ha sido interpretado por muchas mujeres como una falta personal y las ha llevado a reprochárselo y a desarrollar síntomas de depresión y desesperanza. Por otra parte, las

relaciones dentro de las familias se han visto afectadas porque los padres están totalmente dedicados a efectuar actividades que lleven a la sobrevivencia de la familia, lo cual limita el tiempo que dedican y sus facultades para promover la seguridad y la autoestima de sus pequeños/as.

Los resultados anteriores han despertado el interés por la salud mental de las mujeres de los sectores más desfavorecidos económicamente. En esta fase se estudió el problema de la depresión femenina y las posibilidades con que contamos para resolver esta problemática, y luego proponer una estrategia para intervenir en esta población (Lara, Ma., Salgado de Snyder, Vn., 1994).

A nivel mundial se ha reconocido que la depresión ocupa el cuarto lugar en cuanto al peso de enfermedad medida en DALYs (años de vida perdidos, ajustados por discapacidad), y es responsable de uno de cada diez años de vida perdidos. En el caso de las mujeres, es la causa primordial de peso por enfermedad. Para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar, después de los problemas cardiacos (Murray, C., López, A., 1996).

La depresión, entendida como estado de ánimo, presencia de síntomas y trastorno clínico, ha sido reconocida en países con diversas culturas como la más prevalente entre las mujeres. Los datos epidemiológicos nacionales e internacionales coinciden en señalar que la prevalencia de la depresión es de dos mujeres por cada hombre. En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud Mental (1988) indica que la prevalencia de los trastornos depresivos más severos es de 3.9% en las mujeres y 2.2% en los varones (Caraveo, J., Medina-Mora, Me., Rascón, Ml., Villatoro, J., Martínez-Veleza, Gómez, M., 1996), y en la ciudad de México es de 4.1% en las mujeres en comparación con 1.6% en los varones*. Por otro lado, los síntomas depresivos severos se reportan en 17% de las mujeres, en

comparación con 8.5% de los varones (Medina.Mora, Me., Tapia, R., Mariño, Mc., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J., Gómez, M., 1992).

Se ha documentado que la pobreza afecta más a las mujeres: ellas son las más afectadas por la violencia doméstica, la adicción a sustancias de alguno de los miembros de la familia y la presencia de ancianos y enfermos crónicos, y casi siempre son el sostén de la familia. Estas situaciones las llevan a tener sentimientos de depresión y desesperanza ante los que usan mecanismos de adaptación y defensa, como la resignación, el fatalismo y la tolerancia extrema (Lara, Ma., Salgado de Snyder, Vn., 1994).

Se decidió desarrollar un proyecto de investigación sobre una propuesta de intervención para mujeres de escasos recursos. Como primer paso se diseñó un material educativo sobre la depresión (Lara, Ma., Acevedo, M., Luna, S., Weckmann, C., Villarreal, Al., Pego, C., 1998), y en una segunda instancia se propuso la intervención.

El material educativo tomó la forma de un libro ilustrado con caricaturas, que proporciona información sobre la depresión y sus causas, y presenta actividades apropiadas para disminuir los síntomas. Parte de un modelo multifactorial que incluye aspectos biológicos, ambientales, del desarrollo temprano, sociales y de género. Este último es quizá la aportación más original, y se refiere a los efectos depresógenos de la socialización del papel femenino, como son: la pasividad y la abnegación que deben mostrar las mujeres, el poco valor que les atribuye la sociedad; las vivencias tradicionales de ciertos papeles (medre, esposa, ama de casa) y la mayor responsabilidad que se les asigne desde la niñez. Se revisan los efectos que tiene sobre su salud mental el frecuente alcoholismo de sus familiares como el padre o el cónyuge y la gran violencia de que es víctima desde su infancia.

Posteriormente, como se mencionó, se prosiguió a desarrollar una intervención preventiva utilizando este material educativo como elemento principal. Se trata de una estrategia dentro de la nomenclatura de Gordon (Gordon, Rf., 1983), denominada intervención preventiva indicada. Este tipo de intervención está dirigida a revertir la secuencia patogénica ya iniciada en individuos específicos. De manera similar a las intervenciones preventivas secundarias, va dirigida a las mujeres que ya están mostrando signos preclínicos de trastornos emocionales o conductuales. La estrategia es de carácter grupal, ya que éste facilita la lectura, promueve la reflexión y hace compartir las experiencias y las dudas, a la vez que reanuda en un menor costo.

Se plantea como una intervención breve de entre una y ocho sesiones psico-educativo, ya que, por una parte, se fundamenta en los tratamientos cognoscitivo-conductuales para el manejo de la depresión y, por la otra, toma elementos de los modelos de educación “didáctico críticos” y “centrados en la gente”. Finalmente, incorpora una visión de género al promover la adquisición de poder por las mujeres por medio de: a) la reflexión sobre la condición de la mujer, b) las acciones que llevan a una distribución más equitativa de las tareas del hogar, c) un cambio en las creencias sobre la mujer, d) la motivación de las mujeres para que dediquen más tiempo y espacio a ellas mismas y e) la promoción de la cooperación entre las mujeres (Medina-Mora, Me., Berenzon, S., López, Ek., Solís, L., Caballero, Ma., Gonzáles, J., 1997).

(Recuperado de: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2207/sm2207121.pdf>.)

Capítulo 3. Metodología.

3.1. Justificación

Algunos de los principales estudios de género realizados desde la psicología y psiquiatría en los que se ha apoyado la investigación realizados por Pilar Matud, 2006; Isabel Montero, 2004; Félix Cova, 2005; Enrique Gonzáles Duro, 1999; Javier García Campayo, 2006, relacionan la mayor morbilidad psíquica de la mujer a la situación de sometimiento e inferioridad en que vive y todos coinciden en que los roles de género producen mayor depresión en las mujeres.

Matud y cols. (2006), señalan que las mujeres presentan una más baja autoestima, mayor número de acontecimientos vitales negativos, peor percepción de la salud, mayor prevalencia de ansiedad y peores condiciones de vida afectiva como consecuencia del sometimiento y presiones de la sociedad y religión estos acontecimientos unidos a las presiones culturales para el cumplimiento de los diversos roles puede causar en las mujeres mucha frustración y estrés constantes que desencadenan situaciones depresivas.

La pregunta de investigación es la siguiente:

¿Qué indicadores de depresión existen en los roles de género y en la percepción corporal en un grupo de mujeres?

3.2. *Objetivos*

Objetivo General

Determinar qué indicadores de depresión existen en los roles de género y en la percepción corporal en un grupo de mujeres.

Objetivo específico

- 1) Buscar información acerca de la depresión y cómo ésta afecta la vida de las mujeres.
- 2) Elaborar un cuestionario acerca de los roles de género, percepción corporal e indicadores de depresión.
- 3) Aplicar el cuestionario a un grupo de 77 mujeres.
- 4) Analizar los resultados en base a las frecuencias de los indicadores de depresión.
- 5) Determinar la existencia de indicadores de depresión en los roles de género de las mujeres.
- 6) Determinar la existencia de indicadores de depresión en la percepción corporal de las mujeres.

3.3. *Variables*

VI Roles de género, percepción corporal

VD Indicadores de depresión

3.4 Definición conceptual

VI Roles de género: son conductas estereotipadas por la cultura, que se espera realice una persona de acuerdo al sexo al que pertenece (INMUJERES, 2004).

VI Percepción corporal: es un esquema construido a partir de la historia personal y el momento histórico-social en el que se vive y se refiere a la configuración global formada por el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias (Bruchon-Schweitzer, 1992)

VD Indicadores de depresión:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (Organización Mundial de la Salud).

3.5. Definición operacional

VI Roles de género: los roles de género se preguntaron a través de situaciones en un cuestionario exprofeso para esta investigación. Las preguntas específicas son:

- 1.- Si soy comprensiva todo el tiempo, me siento...
- 2.- Al atender las necesidades de todos me siento...
- 4.- Con la presión social para decidir sobre la maternidad me siento...
- 5.- Con la presión social para decidir sobre mi nivel educativo me siento...
- 6.- Si después del divorcio se me presenta la oportunidad de volverme a casar me siento...
- 7.- Cuando obedezco a todo lo que mi marido quiere que haga me siento...
- 8.- Cuando tengo que atender a los hombres de mi familia me siento...
- 10.- Con lo que he logrado como mujer me siento...
- 11.- Con mis logros laborales me siento...
- 12.- Al dejar de hacer lo que me gusta para no defraudar a los demás me siento...
- 13.- Considero que hay deportes exclusivos para hombres y para mujeres, y me siento...
- 16.- Al no tener pareja me siento...
- 19.- Cuando no logro hacer todas las labores domésticas me siento...
- 21.- Con mi rol de mamá me siento...
- 22.- Como esposa me siento...
- 23.- En el trabajo me siento...

VI Percepción corporal: la percepción corporal se preguntó a través de situaciones en un cuestionario exprofeso para esta investigación. Las preguntas específicas son:

3.- Al observar mi cuerpo me siento...

9.- Si por cuestiones físicas no puedo tener hijos me siento...

14.- Con mis cambios hormonales me siento...

15.- Ante los comentarios de la sociedad sobre las mujeres que no llegan vírgenes al matrimonio me siento...

17.- Cuando me arreglo para agradar a otras personas me siento...

18.- Al hablar de sexualidad me siento...

20.- El pensar que mi cuerpo cambiará conforme pasen los años me hace sentir...

VD Indicadores de depresión: éstos se determinaron mediante las respuestas de un cuestionario exprofeso para esta investigación. Las respuestas relacionadas con la depresión son: inquieta, ansiosa, desinteresada, insegura, insatisfecha, resignada, culpable, desesperanzada, impotente, irritable, triste, fatigada y al borde del suicidio.

3.6. Planteamiento de hipótesis

Hi Existen indicadores de depresión en los roles de género.

Ho No existen indicadores de depresión en los roles de género.

Hi Existen indicadores de depresión en la percepción corporal.

Ho No existen indicadores de depresión en la percepción corporal.

3.7. Diseño de la investigación

Es no experimental ya que no hay manipulación deliberada de las variables, ni selección o asignación aleatoria de los participantes o tratamientos a los grupos. Se estudian las características distintivas intactas de los participantes (Sampieri, 2008).

3.8. Tipo de estudio

Es descriptivo porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población (Sampieri, 2008).

3.9. Muestra

Fue aplicado a 77 mujeres de entre 25 y 35 años, que vivían en el Distrito Federal y Estado de México.

Muestreo:

No probabilístico, de sujetos voluntarios.

Criterios de inclusión:

Mujeres

Edad: 25-35 años

Que vivan en el Distrito Federal y Estado de México

3.10. Instrumento

Se elaboró un instrumento exprofeso (Anexo 1) que muestra diversas situaciones con respecto a los roles de género y percepción corporal de las mujeres. Para éstas situaciones se presentan 21 opciones de respuesta.

El instrumento se validó por jueceo, para lo cual se pidió a 10 especialistas que evaluaran y determinaran si las preguntas y las respuestas medían lo que se pretendía medir.

La aplicación se hizo de manera individual por lo que se utilizó el cuestionario de manera impresa, lápiz y goma.

3.11. Procedimiento

La aplicación del instrumento se realizó de forma aleatoria en diversos lugares de la ciudad de México y Estado de México; lo primero que se hacía, era abordar a las mujeres y se les aplicaba a aquellas que tenían la edad requerida, se le explicaba que era de manera anónima para una investigación, y que era con fines estadísticos; una vez que aceptaban, se les daba la instrucción de que respondieran con la verdad y que sólo podían elegir una opción de respuesta, así como que no debían dejar reactivos sin responder, que en caso de que no hubieran ya vivido alguna situación, imaginaran cómo sería si la vivieran en algún momento de su vida. El tiempo aproximado que tardaban para responderlo fue aproximadamente de 20 minutos. El análisis de datos se realizó con el SPSS.

Capítulo 4. Análisis de datos.

Con el propósito de responder si existen indicadores de depresión en los roles de género y en la percepción corporal en un grupo de mujeres se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos obtenidos mediante el cuestionario.

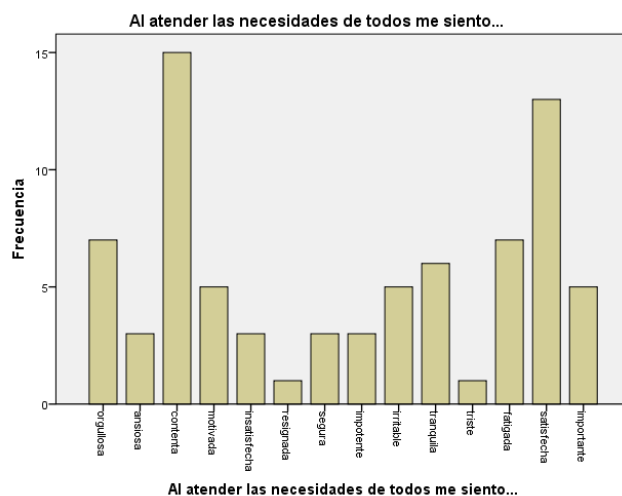
4.1 Resultados (Roles de género)

Figura 1:



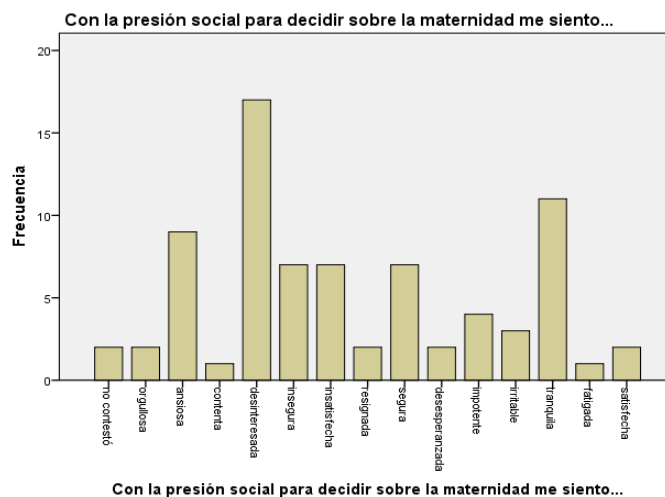
En la figura 1 se muestra que la mayoría de las mujeres al ser comprensivas todo el tiempo se sienten principalmente tranquilas, contentas y orgullosas, así como que con menor frecuencia se sienten desinteresadas, resignadas e irritables.

Figura 2:



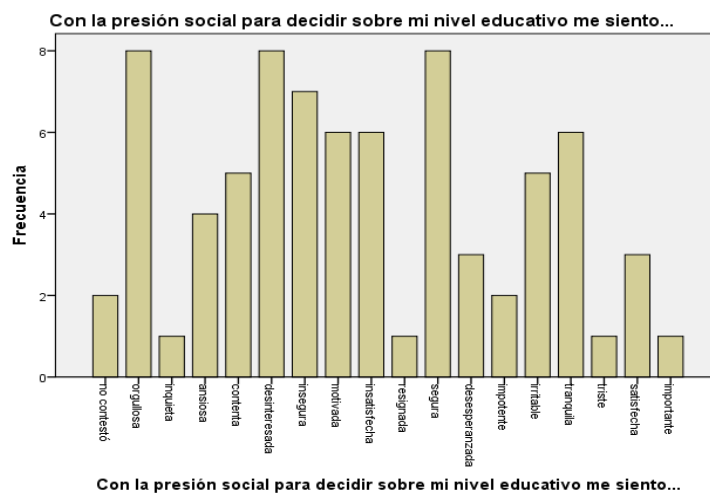
En la figura 2 se puede ver que es más frecuente que las mujeres se sientan contentas y satisfechas cuando atienden las necesidades de todos sin embargo hay quienes se sienten resignadas y tristes.

Figura 3.



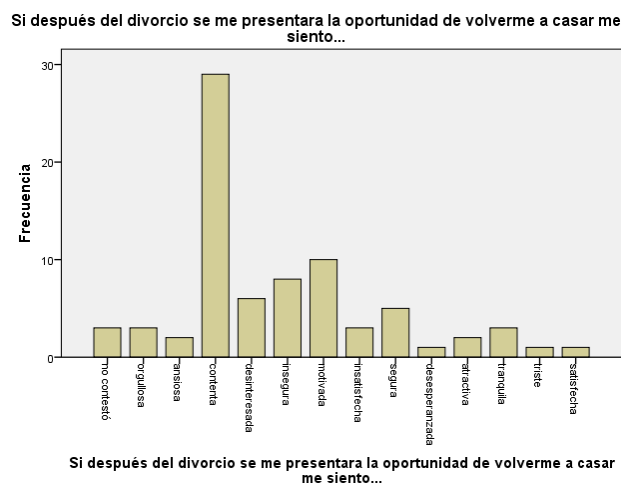
En la figura 3 se puede observar que las mujeres ante la presión social para decidir sobre la maternidad se sienten con mayor frecuencia desinteresadas y tranquilas, en comparación con que contentas o fatigadas que tiene menor frecuencia.

Figura 4.



Con la presión social para decidir sobre su nivel educativo, en la figura 4 se puede ver que es más frecuente que las mujeres se sientan orgullosas, desinteresadas y seguras, y menos frecuente que se sientan tranquilas, resignadas, tristes o importantes.

Figura 5.



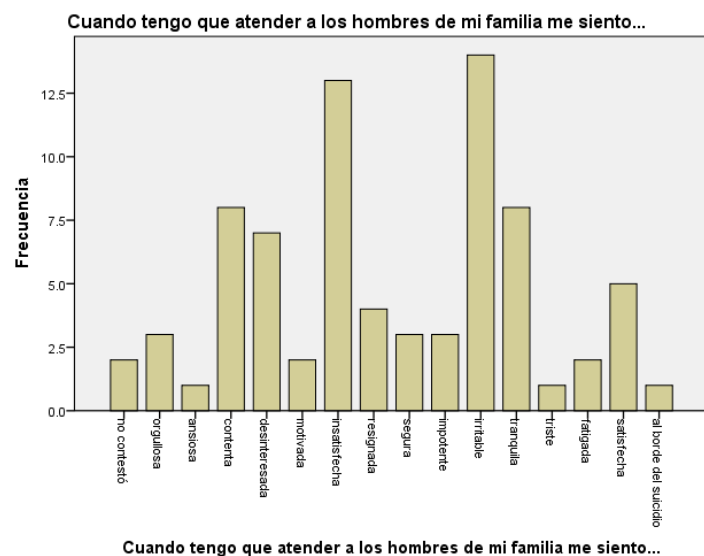
La figura 5 muestra que si después del divorcio a las mujeres se les presentara la oportunidad de volverse a casar se sentirían contentas, sin embargo y con menor frecuencia hay mujeres que respondieron que se sentirían desesperanzadas, tristes o satisfechas.

Figura 6.



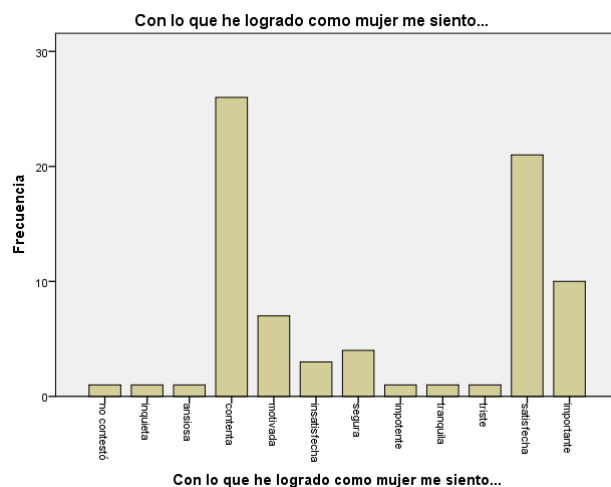
Lo que la figura 6 muestra, es que las mujeres con mayor frecuencia se sienten insatisfechas o irritables cuando hacen todo lo que su marido quiere, y que es menos frecuente que se sientan orgullosas, resignadas, culpables o tranquilas ante esta situación.

Figura 7.



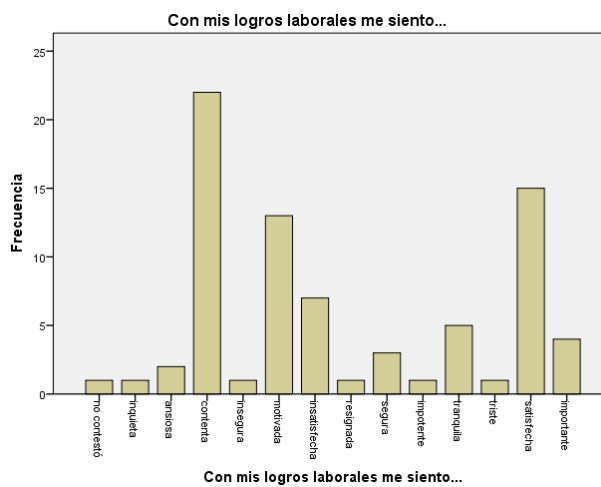
Lo que se ve en la figura 7 es que las mujeres se sienten irritables e insatisfechas cuando tienen que atender a los hombres de su familia, y que con menor frecuencia se sienten ansiosas, tristes y al borde del suicidio.

Figura 8.



La figura 8 muestra que es más frecuente que las mujeres se sientan contentas y satisfechas con lo que han logrado y menos frecuente que se sientan inquietas, ansiosas, impotentes o tristes

Figura 9.



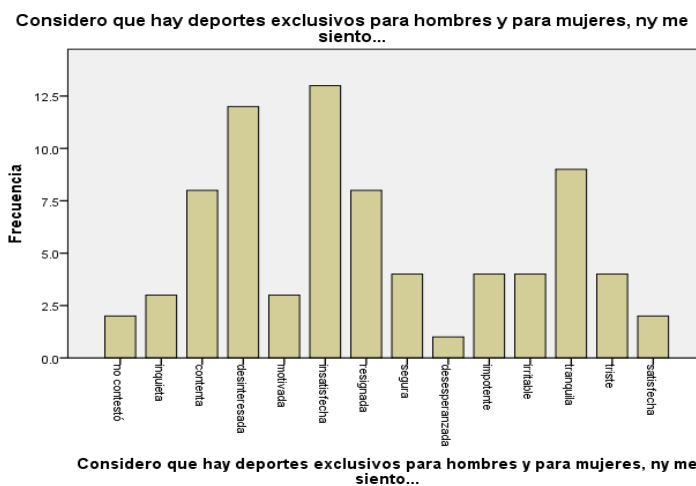
En la figura 9 se puede ver cómo es que se sienten las mujeres con sus logros laborales, donde respondieron que es más frecuente que se sientan contentas y satisfechas, que inseguras, inquietas o resignadas.

Figura 10.



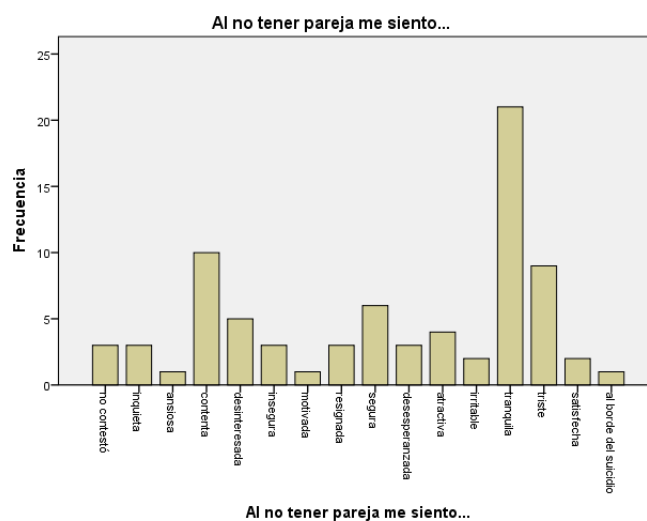
La figura 10 muestra que es más frecuente que las mujeres se sientan insatisfechas, irritables y tristes cuando dejan de hacer algo que les gusta para no defraudar a los demás, así como que es menos frecuente que ante esta situación se sientan desinteresadas o al borde del suicidio.

Figura 11.



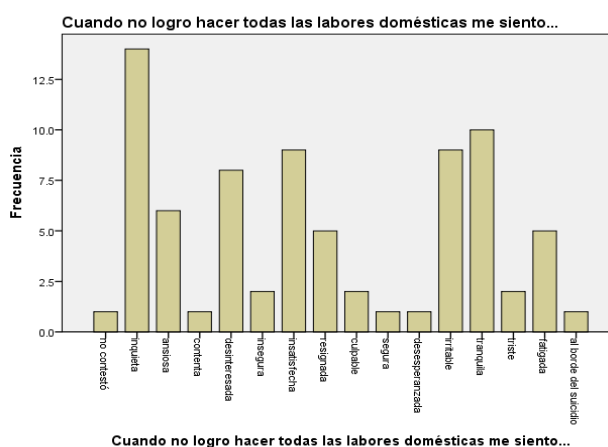
En la figura 11 se ve que las mujeres consideran que hay deportes exclusivos para hombres y para mujeres, lo que las hace sentir con mayor frecuencia insatisfechas o desinteresadas y con menor frecuencia desesperanzadas o satisfechas.

Figura 12.



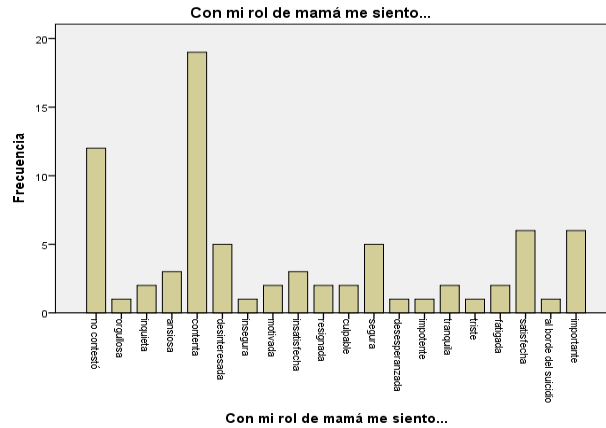
La figura 12 muestra que es más frecuente que al no tener pareja, las mujeres se sientan tranquilas, contentas o tristes, mientras que es menos frecuente que se sientan ansiosas, motivadas o al borde del suicidio.

Figura 13.



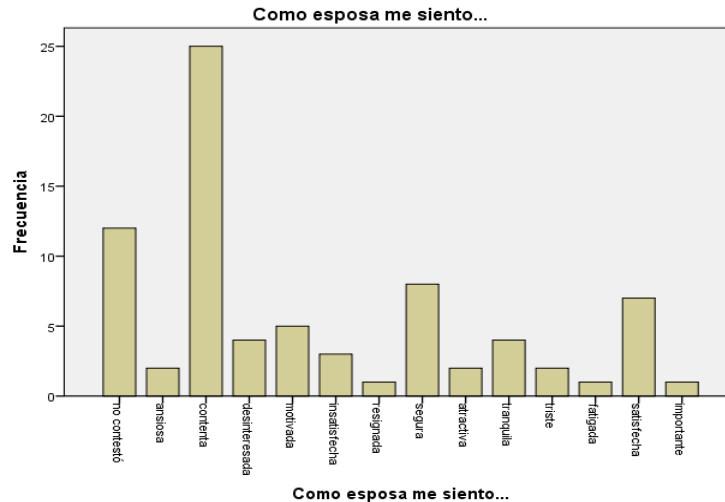
La figura 13 muestra que las mujeres con frecuencia se sienten inquietas, tranquilas, insatisfechas o irritables cuando no logran hacer todas las labores domésticas, mientras que con menos frecuencia se sienten contentas, seguras, desesperanzadas o al borde del suicidio.

Figura 14.



La figura 14 muestra que las mujeres con su rol de mamá con frecuencia se sienten contentas, importantes o satisfechas y que es menos frecuente que se sientan orgullosas, inseguras, impotentes, desesperanzadas, tristes o al borde del suicidio.

Figura 15.



En la figura 15 podemos ver que las mujeres se sienten contentas o seguras como esposas, mientras que con menos frecuencia se sienten resignadas, fatigadas o importantes.

Figura 16.

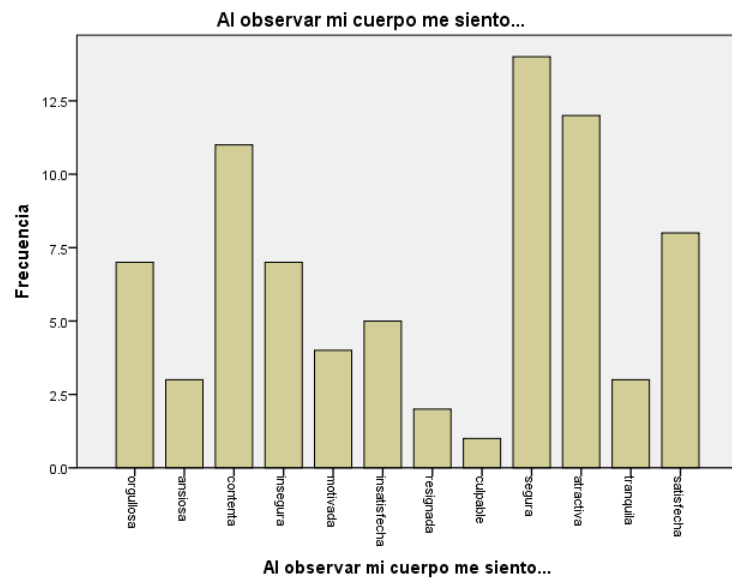


La figura 16 muestra que frecuentemente las mujeres se sienten contentas y satisfechas en el trabajo, mientras que con menos frecuencia se sienten fatigadas.

En conclusión, la mayoría de las mujeres de la muestra respondieron que se sienten contentas con sus roles de género, sin embargo, los indicadores de depresión que se presentaron con mayor frecuencia son: que se sienten insatisfechas, irritables y desinteresadas.

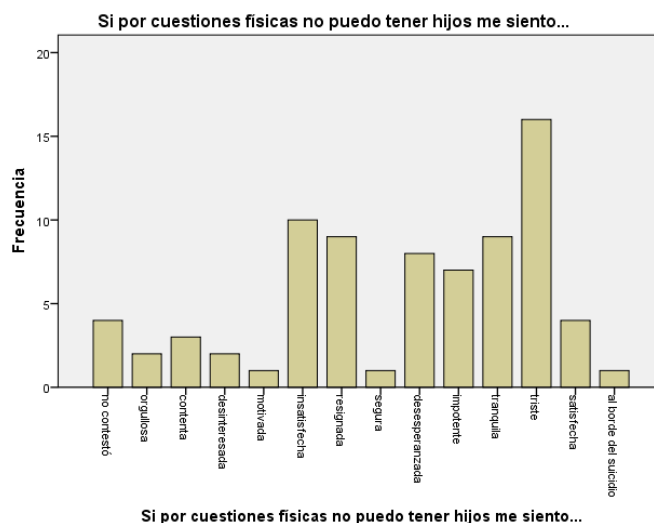
4.2. Resultados (Percepción corporal)

Figura 17.



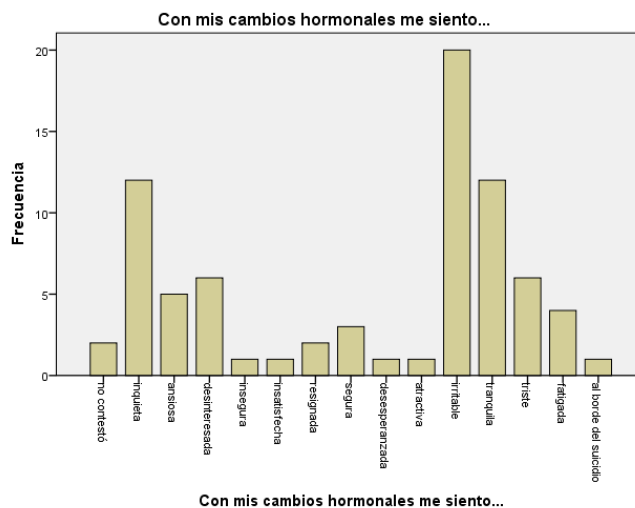
La figura 17 muestra que es más frecuente que las mujeres al observar su cuerpo se sientan atractivas y contentas, no obstante hubo quienes respondieron que se sienten culpables o resignadas.

Figura 18.



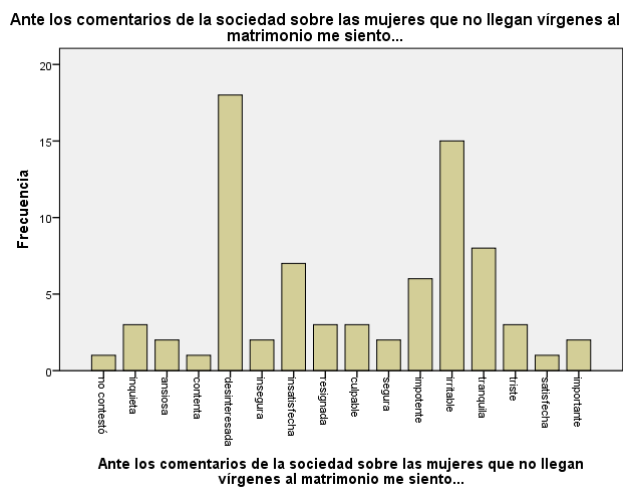
En la figura 18, se puede observar que es más frecuente que las mujeres se sientan tristes e insatisfechas si por cuestiones físicas no pudieran tener hijos, y que es menos frecuente que se sientan motivadas o al borde del suicidio.

Figura 19.



La figura 19 muestra que es más frecuente que las mujeres se sientan irritables, inquietas o tranquilas con sus cambios hormonales, y menos frecuente que se sientan inseguras, insatisfechas, desesperanzadas, al borde del suicidio o atractivas.

Figura 20.



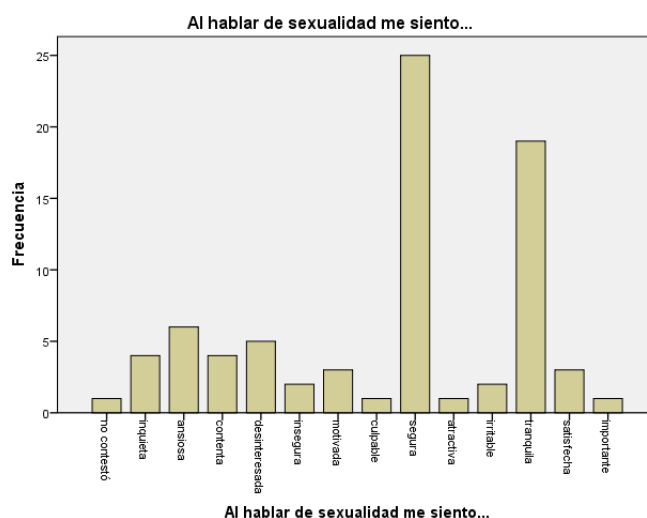
En la figura 20 se observa que ante los comentarios de la sociedad sobre las mujeres que no llegan vírgenes al matrimonio, éstas con frecuencia se sienten desinteresadas o irritables y con menos frecuencia se sienten contentas o satisfechas.

Figura 21.



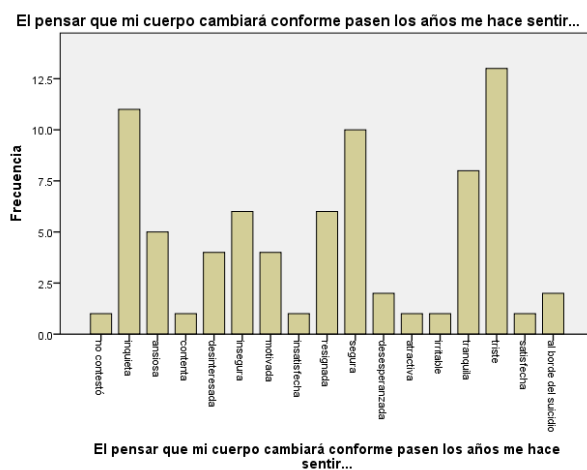
En la figura 21 se puede ver que con frecuencia las mujeres cuando se arreglan para agradar a otras personas se sienten atractivas y contentas, así como que con menos frecuencia se sienten inquietas, motivadas, culpables o irritables.

Figura 22.



En la figura 22 se observa que las mujeres frecuentemente se sienten seguras y tranquilas al hablar de sexualidad, así como que con menos frecuencia se sienten culpables, atractivas o importantes.

Figura 23.



En la figura 23 se puede ver que las mujeres al pensar que el cuerpo cambiará conforme pasen los años se sienten con frecuencia tristes, inquietas y seguras mientras que otras respondieron que ante esta situación, es menos frecuente que se sientan contentas, insatisfechas, atractivas, irritables o satisfechas. Con respecto a la percepción corporal,

la mayoría de las mujeres de la muestra respondieron no sentirse culpables, sin embargo, tampoco se sienten atractivas; con respecto a los indicadores de depresión que más se presentaron, son que se sienten inquietas, irritables y tristes.

Capítulo 5. Discusión.

En esta investigación se puede observar que la cultura ha influido en lo que sienten las mujeres en cuanto a sus roles de género y percepción corporal, pues al estar regulada la expresión de sus emociones por normas y reglas que definen lo que está permitido expresar, cómo y bajo qué circunstancias ellas han aprendido a reprimir, controlar y manejar sus emociones para evitar el rechazo de quienes las rodean, así como su pertenencia a la sociedad, debido a que el no cumplimiento de éstas, les puede generar culpa, rechazo, etc. (Casassus, 2007).

Una de las situaciones que se cuestionan dentro de esta investigación es que al ser comprensivas todo el tiempo y atender las necesidades de todos, actividades que forman parte de los roles de género asignadas específicamente hacia las mujeres, contestaron que con frecuencia se sienten tranquilas, contentas y orgullosas, lo que corrobora las aportaciones de Díaz Loving (2008) y de Dallal y Castillo (2001) quienes explican que en la cultura tradicional mexicana, la familia tiene un papel primordial y que la mujer dentro de su rol de género siempre debe proteger y cuidar a su familia, además de que su amor y sacrificio absoluto es necesario sin embargo, cuando se trata de atender a los hombres de su familia o cuando no logran hacer todas las labores domésticas, respondieron sentirse irritables, insatisfechas, inquietas y dichos sentimientos generan frustración, debido a que no cubren con todas las expectativas atribuidas a su rol genérico, por otro lado es importante señalar que realizar estas actividades de manera constante puede generar una depresión por agotamiento, que se da por una carga excesiva y constante (Freyberger, 1995).

Cuando dejan de representar su rol de género el cual indica que deben tener contentos a quienes les rodean y éstas evitan hacer algo que les gusta para no defraudar a los demás, se sienten insatisfechas, irritables y tristes, sin embargo cuando se arreglan para agradar a otras personas se sienten atractivas y contentas pues como mencionan Dallal y Castillo (2001), desde niñas se les enseña que además de cumplir con sus obligaciones sin alegar, deben cuidar su imagen corporal como ser limpias, simpáticas, coquetas, y bien vestidas, al respecto, Navarro (2004), opina que “el riguroso control impuesto a sus conductas familiares y sociales desde la niñez, genera mecanismos automáticos que inhiben sus acciones libres y responsables. Las mujeres sumisas llevan en su interior un mundo de inseguridades, culpas y angustias que les impiden actuar de manera libre, en consonancia con sus propios pensamientos y deseos” (p.16).

Cuando hablan de su imagen corporal relacionada con la sexualidad, las mujeres respondieron sentirse seguras y tranquilas, sin embargo, ante los comentarios de la sociedad sobre las mujeres que no llegan vírgenes al matrimonio, contestaron que con frecuencia se sienten irritables o desinteresadas, lo cual habla de que en la sociedad de hoy en día se sigue controlando la sexualidad de las mujeres a partir de la idea de la virginidad, en la cual se indica que la única forma en que se puede ejercer la sexualidad “decente” es en el matrimonio (Tuñóz, 1998) pues de lo contrario, cuando se casen, le causarán al marido aflicción o desconfianza (Alegría, 1983), siendo esta una idea que proviene desde la época de los aztecas, incluso desde los años 50 se les dice que eso provocaría una deshonra familiar (Díaz Loving, 2008).

Naranjo (1981) dice que el objetivo de la educación formal e informal es reafirmar y perpetuar los roles femeninos o masculinos, a través de los conocimientos, habilidades,

actitudes y valores que se van adquiriendo y transmitiendo de generación en generación, un ejemplo de esto, es el maternaje en relación con las mujeres, ya que se les ha impuesto como obligación de su género, mas no como decisión propia; al respecto, respondieron que si por cuestiones físicas no pudieran tener hijos, se sentirían tristes e insatisfechas, pues como refiere Rodríguez (2005), pareciera ser que la maternidad es la única forma para realizarse como mujer.

De acuerdo a su percepción corporal, respondieron sentirse seguras, atractivas y contentas lo cual se relaciona a que en la actualidad, ya están tomando consciencia sobre las decisiones sobre su cuerpo, por ejemplo, según datos oficiales de la tasa global de fecundidad disminuyó de 7 a 2.4 hijos por mujer entre 1970 y el año 2000 (Consejo Nacional de Población, 1997,1999, 2000) indicándonos que las mujeres pueden tomar decisiones sobre el maternaje y que ya no se sienten inquietas, desinteresadas, desesperanzadas, impotentes, irritables, tristes entre otras, de acuerdo a lo que reporta la investigación.

Con respecto a la presión social para decidir sobre su nivel educativo y con sus logros laborales, respondieron que frecuentemente se sienten orgullosas, desinteresadas y seguras, sin embargo, hubo quienes contestaron sentirse inseguras, al respecto, Rodríguez (2005), refiere que desde pequeñas, es reforzado el papel de la mujer servidora, de ahí que es más frecuente encontrar mujeres en profesiones relacionadas con el servicio como médicas, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas y maestras.

Como podemos ver, en la actualidad, la sociedad le exige a la mujer que sea una mezcla perfecta de dos estereotipos: el ser madre abnegada, que cuide y eduque a sus hijos o lo que Rodríguez (2005) llama la súperhembra, que debe trabajar horarios de tiempo completo

para mantener a sus hijos y ayudar a su esposo con la carga económica familiar, así como pensar en seguirse superando para sentirse realizada y feliz, pero la realidad es que tantas exigencias hacen que se sienta cansada, angustiada, irritable, frustrada, e insatisfecha como madre, como trabajadora y como esposa (Rodríguez Estrada, 2005), lo cual es factible que las lleve a caer en depresión por agotamiento, mencionada anteriormente por Freyberger (1995).

Al respecto, Lara (1999) comenta que el individuo “andrógino” sería el modelo de salud mental y no el individuo típicamente masculino o femenino, pues éste podría comportarse de manera tanto masculina como femenina, afirmativa y flexible, pragmática y expresiva, dependiendo de lo apropiado de la situación.

Capítulo 6. Conclusiones.

Es importante mencionar que durante siglos ha sido necesario tener ciertos roles que permitan a las poblaciones construirse, adaptarse y establecerse sin embargo sería muy valioso que estos roles fueran opcionales de tal forma que las personas tuvieran la oportunidad de elegir aquel que le haga estar mejor consigo mismo y con el entorno, sin embargo en vísperas del siglo XXI siguen existiendo roles preestablecidos y relacionados al sexo-género con el que se nace como por ejemplo el ser comprensivas todo el tiempo, atender las necesidades de todos, proteger y servir a su familia, entre otros, que a algunas mujeres las hace sentir cómodas y contentas al cumplir con dichas situaciones, sin embargo, hay otro grupo que no está de acuerdo con lo antes mencionado pero al ser tan fuerte lo impuesto por la cultura, pocas veces logran hacer lo que quieren, y la mayor parte de las veces y en contra de sus ideas, terminan haciendo lo que ha impuesto la sociedad, pues han aprendido a reprimir, controlar y manejar sus emociones para evitar ser rechazadas por quienes las rodean.

Las mujeres de la muestra manifestaron que con sus roles en general, se sienten contentas, mientras que los indicadores de depresión que tuvieron mayor frecuencia son que se sienten insatisfechas, desinteresadas e irritables.

Por otra parte, la participación de las mujeres en el mundo laboral, ha aumentado, lo que ha dado como consecuencia que sus niveles de tensión aumenten, ya que además de cumplir con trabajos fuera del hogar el cual, en muchas ocasiones no es bien remunerado, o en el que se dan situaciones relacionadas con el sexismo, también siguen cumpliendo con lo que se les ha enseñado deben hacer como mujeres, madres y esposas, tales como labores

domésticas, cuidado de los hijos, etc, que son situaciones que producen una carga excesiva que muy probablemente les generará depresión por agotamiento, en pocas palabras ahora muchas de las mujeres tienen un doble rol que cumplir

Otro factor importante, que puede detonar que las mujeres padezcan depresión, es la percepción corporal, ya que si a lo largo de su vida y a partir de sus experiencias han creado una percepción corporal negativa, pueden llegar a tener manifestaciones patológicas como una sobrestimación o subestimación del tamaño corporal o de partes específicas del cuerpo, presencia de distorsiones cognitivas, creencias irracionales y sentimientos negativos que pueden tomar la forma de insatisfacción, preocupación, tristeza, malestar, enfado, vergüenza y ansiedad.

Al respecto, la mayoría respondieron que con menor frecuencia se sienten culpables, sin embargo tampoco llegan a sentirse atractivas, mas los indicadores de depresión que más se presentaron fueron que se sienten inquietas, irritables y tristes con su percepción corporal. Se debe observar que la sociedad necesita ser más laxa con respecto a las exigencias hacia sus individuos, de tal forma que permita la libre elección de los papeles o roles que se quieren cubrir, para promover una sociedad más libre y sana que no promueva la discriminación y acciones sexistas de la misma, eso se puede iniciar con los niños al enseñarles que el respeto hacia la diversidad es y debe ser parte de la educación y que la elección de los comportamientos corresponde a cada individuo sin dejar de lado la interacción con los demás.

6.1 Sugerencias

Aplicar un instrumento previo que mida depresión en las mujeres de México para correlacionarlos con los roles de género, e imagen corporal.

Realizar entrevistas para obtener información más detallada sobre la forma de educación que les dieron a las mujeres, sus vivencias, y su sentir ante dichas situaciones.

Aplicar el cuestionario a mujeres de diversos estados de la república Mexicana, para así poder conocer cómo se sienten las mujeres mexicanas ante sus roles y percepción corporal.

Hacer un estudio para conocer si la cultura y educación informal son facilitadores de depresión en las mujeres.

Crear grupos de ayuda a las mujeres donde se detecte si hay mayores indicadores de depresión en cuanto al cumplimiento de sus roles o a la percepción corporal y en base a los resultados obtenidos, brindarles ayuda psicológica, talleres, etc.

Referencias.

1. Alegría J. (1983). *Psicología de las mexicanas*. México: Diana S.A.
2. Barriga, J.S. (1996). *Las emociones cotidianas. De la Biología a la Psicología Social*. España: EUROPA Artes Gráficas, S.A.
3. Béjar Navarro R. (1979) *El mexicano. Aspectos culturales y psicosociales*. México: UNAM
4. Bisquerra, R. (2008). *Educación para la ciudadanía y convivencia. El enfoque de la educación emocional*. España: Wolters Kluwer.
5. Bowlby, J. (1958). *The Nature of the Childs Tie to His Mother. International Journal of Psychoanalysis*.
6. Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
7. Calderón, G. (1999). *Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México: Trillas.
8. Casassus, J. (2007). *La educación del ser emocional*. Chile: Cuarto Propio.
9. Cerón, R. (2 de septiembre de 2007). *Depresión, sin atención en México. El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/cultura/53935.html>
10. Chávez, C. J. C. (2004). *Perspectiva de género*. México: Plaza y Valdes.
11. Colom, A.J.; Bernabeu, J.Ll; Domínguez, E. y Sarramona, J. (1997). *Teoría e instituciones contemporáneas de la educación*. Barcelona: Ariel
12. Coombs, Philip H. (1985). *La crisis mundial de la educación. Perspectivas actuales*. Madrid: Santillana.

13. Dallal y Castillo, E. (2001). *Caminos del desarrollo psicológico. De la identidad de género en México al final de la adolescencia*. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
14. Davison, G.; Neale J. (2007). *Psicología de la conducta anormal; DSM-IV*. México: Limusa Wiley.
15. Díaz-Loving, R. (2008) *Etnopsicología Mexicana. Siguiendo la huella teórica y empírica de Díaz-Guerrero*. México: Trillas
16. Díaz-Guerrero, R. (1955). *Neurosis and the Mexican family structure*. American Journal of Psychiatry, Vol. 112
17. Dio Bleichmar E. (1995). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
18. Eicher, W. (1978). *Sexualidad normal y patología en la mujer*. MORATA S.A. : Madrid.
19. Eisenberg, N., R. Fabes, I. Guthrie, B. Murphy, P. Maszk y R. Holmgren (1996). "The relations of regulation and emotionality to problem behavior in elementary school." *Development and Psychopathology*.
20. Elster, J. (2001). *Las Pasiones. Emoción, adicción y conducta humana*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
21. Escobar, S. (2010). *Para la Iglesia, las mujeres son el pecado, el mal; y la cultura racionalista patriarcal les atribuye la locura*. Periódico Milenio. Recuperado de <http://impreso.milenio.com/node/8835149>.
22. Everett, G.M., & Toman. (1959). J.E.P. (1959). *Biological Psychiatry*. New York: J.H. Maserman.

23. Fischer, G.N. (1992). *Campos de intervención en psicología social*. Madrid: NAECEA.
24. Fox, N. y S. Calkins (2003). "The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences." *Motivation and Emotion*.
25. González, H, C. (2002). *Doña Marina (La Malinche) y la formación de la identidad mexicana*. Madrid: Ediciones Encuentro.
26. Halgin, R.; Krauss, S.; Pineda, L.; Velázquez, J., (2004). *Psicología de la anormalidad; Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. México: McGraw Hill
27. Herald J. Freyberger (1995). *La depresión*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
28. Hernández, L. *La participación de la mujer en la Revolución Mexicana*. Propuesta para incluir la categoría de género en el nivel medio superior de la UAEMex.
29. Hothersall, D. (2005). *Historia de la Psicología*. México: McGraw-Hill.
30. INMUJERES (2004), *El ABC de género en la administración pública*, Instituto Nacional de las Mujeres/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), México.
31. INMUJERES. *Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos*.
Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf.
32. Kraepelin E. (1921). *Manic-Depressive Illness and Paranoia*. Edinburgh, E&S Livingstone Ltd.

33. Lamas, Marta (2002), “*La antropología feminista y la categoría género*”, en *Cuerpo, Diferencia Sexual y Género*, Taurus: México.
34. Lara Ma. (1999). *Salud Mental. Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión de la mujer*. Edición especial.
35. Lara, Ma. Asunción (1999). *Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer*. Vol. 22 (Esp): 121-127. (Recuperado de: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2207/sm2207121.pdf>.)
36. Lazarevich, I.; Mora-Carrasco, F. (2008). *Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo*. No. 4; Págs. 9-18. (Recuperado de: <http://bidi.xoc.uam.mx>).
37. López-Ibor, J.; Valdés, M. (2003). *DSM-IV-TR Breviario. Criterios Diagnósticos*. Barcelona (España): MASSON
38. Lua, Ana & Carmen Ramos. 1993. *Mujeres y Revolución 1900-1917*. INERM e INAH, México.
39. Mardomingo, M.J. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.
40. Markus, H. y S. Kitayama (1995a). “*The cultural construction of self and emotion: Implications for social Behavior*”. Washington, D.C.: American Psychological Association.
41. Montesó- Curto,P., Ferré-Grau, C., LLeixà- Fortuño, M., Albacar Riobóo, N., Espuny-Vidal, C. *Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres*. Anuario Hojas de Warmi nº 16, 2011. Forma parte de la tesis doctoral de Pilar MONTESÓ presentada en junio de 2009 en el Departamento

de Sociología III, UNED, Madrid. Programa de doctorado Tendencias Sociales de Nuestro Tiempo 2003-2006.

Recuperado de: <http://revistas.um.es/hojasdewarmi/article/download/156831/137641>.

42. Naranjo, C. (1981), “*La mujer y el desarrollo. La mujer y la cultura:antología*”, México: UNICEF SEP Diana

43. Navarro, R. (2004). *Mujeres mexicanas que sufren y aman demasiado*. México: Pax México

44. Notimex (24 de agosto de 2010). *Reconocen el papel de la mujer en la independencia de México*. Zócalo-Saltillo. Recuperado de: <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/reconocen-el-papel-de-la-mujer-en-la-independencia-de-mexico>

45. Novelo, V. (1984). *La cultura obrera, una contrapropuesta cultural*. Vol. VI, No. 23. México: Nueva Antropología. p.48.

46. OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

47. Ortiz-Tallo, M. (2004). *Trastornos psicológicos*. Málaga, España: Ediciones Aljibe.

48. Padilla, L. (2001). *Aspectos sociales de la población en México: educación y cultura*. México: Plaza y Valdés. Publicación de NIMH número SP01-4794 Impreso en agosto del 2001.

Recuperado de <http://www.uaemex.mx/faapauaem/docs/edesp/caminos%20hacia%20la%20equidad%202007/revolucion.html>

49. Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid.: Ediciones pirámide.
50. Reidl, L.M. y Jurado, S. (2007). *Culpa y vergüenza. Caracterización Psicológica y Social*. México: UNAM
51. Rodríguez Estrada M., Sánchez M. (2005) *Manual de Reflexión y Autocrítica para innovar. MUJER CREATIVA mujer completa*. México: PAX
52. Rosenbluth M., Kennedy S., Bagby M., Sedó M. (2007). *Depresión y personalidad: desafíos clínicos y conceptuales*. Barcelona (España): Elsevier MASSON.
53. Sampieri R. (2008). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
54. Schneider, K. (1959). *Psicopatología Clínica*. Nueva York: Grune y Stratton.
55. Schramm, E. (1998). *Psicoterapia Interpersonal*. Barcelona (España): MASSON.
56. Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W. H. Freeman.
57. Silva, P. (2004). *El género en la sociedad*. México: Plaza y Valdés.
58. Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M. & Tantleff-dunn, S. (1999). *Exactng beauty: Teory assessment of body image disturbance*. Washington; A.P.A.
59. Tuñóz, J. (1998), "*Mujeres en México. Recordando una historia*", México: Conaculta.
60. Tylor, E.B. (1871). *Primitive culture*. Vol.2 (7th ed.). New York, US: Bretano`s.
61. Universidad Iberoamericana. (1993). *Once del Virreinato. Presencia de México en el mundo*. Dirección de Extensión Universitaria. México: Tercer Milenio

62. Vallejo, J.; Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*.
Barcelona: MASSON
63. Varela, R. (2005). *Cultura y poder. Una visión antropológica para el análisis de la cultura política*. México: Anthropos Editorial.
64. Vázquez-Barquero J.L. (2008). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales*.
España: MASSON.
65. Yapko, D. (2006). *Para romper los patrones de la depresión. No tienes por qué sufrir para vivir*. PAX: México.
66. (Consejo Nacional de Población, 1997, 1999, 2000; Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática 2000, 2001)

Anexo 1.

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Hijos: _____

A continuación se presentan una serie de reactivos que forman parte del proyecto de investigación de la Tesis “Cultura y educación informal como facilitadores de depresión en la mujer mexicana”. Le pedimos por favor sea tan amable de llenar cada uno de los apartados sin dejar reactivos en blanco; los resultados serán confidenciales ya que los fines son estadísticos.

Gracias.

1) INSTRUCCIONES: En el siguiente apartado, colocar una X en la palabra que más represente su sentir ante cada oración.

	orgullosa	inquieta	ansiosa	contenta	desinteresada	insegura	motivada	insatisfecha	resignada	culpable	segura	desesperanzada	atractiva	impotente	irritable	tranquila	triste	fatigada	satisfecha	al borde del suicidio	importante	
1.- Si soy comprensiva todo el tiempo, me siento...																						
2.- Al atender las necesidades de todos me siento...																						
3.- Al observar mi cuerpo me siento...																						
4.- Con la presión social para decidir sobre la maternidad me siento...																						
5.- Con la presión social para decidir sobre mi nivel educativo me siento...																						

	orgullosa	inquieta	ansiosa	contenta	desinteresada	insegura	motivada	insatisfecha	resignada	culpable	segura	desesperanzada	atractiva	impotente	irritable	tranquila	triste	fatigada	satisfecha	al borde del suicidio	importante	
6.- Si después del divorcio se me presenta la oportunidad de volverme a casar me siento...																						
7.- Cuando obedezco a todo lo que mi marido quiere que haga me siento...																						
8.- Cuando tengo que atender a los hombres de mi familia me siento...																						
9.- Si por cuestiones físicas no puedo tener hijos me siento...																						
10.- Con lo que he logrado como mujer me siento...																						
11.- Con mis logros laborales me siento...																						

	orgullosa	inquieta	ansiosa	contenta	desinteresada	insegura	motivada	insatisfecha	resignada	culpable	segura	desesperanzada	atractiva	impotente	irritable	tranquila	triste	fatigada	satisfecha	al borde del suicidio	importante	
12.- Al dejar de hacer lo que me gusta para no defraudar a los demás me siento...																						
13.- Considero que hay deportes exclusivos para hombres y para mujeres, y me siento...																						
14.- Con mis cambios hormonales me siento...																						
15.- Ante los comentarios de la sociedad sobre las mujeres que no llegan vírgenes al matrimonio me siento ...																						
16.- Al no tener pareja me siento...																						
17.- Cuando me arreglo para agradar a otras personas me siento...																						

	orgullosa	inquieta	ansiosa	contenta	desinteresada	insegura	motivada	insatisfecha	resignada	culpable	segura	desesperanzada	atractiva	impotente	irritable	tranquila	triste	fatigada	satisfecha	al borde del suicidio	importante	
18.- Al hablar de sexualidad me siento...																						
19.- Cuando no logro hacer todas las labores domésticas me siento...																						
20.- El pensar que mi cuerpo cambiará conforme pasen los años me hace sentir...																						
21.- Con mi rol de mamá me siento...																						
22.- Como esposa me siento...																						
23.- En el trabajo me siento...																						

Gracias por su participación.