



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**Propuesta de Taller de Autoconocimiento dirigido a Mujeres Amas  
de casa**

**T E S I S**

Para obtener el título de  
**LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN:**

**Sanjuan Andrade Susana**

**Trejo Martínez Pamela**

**Directora:** Dra. Claudia Ivette Navarro Corona

**Revisora:** Mtra. Patricia Josefina Bedolla Miranda

**Sinodales:**

Dra. Carolina Armenta Hurtarte

Mtra. Tania Jimena Hernández Crespo

Mtra. Lucía Magdalena Martínez Flores.

**Ciudad Universitaria, CDMX. 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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	5
Introducción	6
Capítulo 1. Propuestas Feministas ante la Problemática en Salud Mental	8
1.1 Panorama en Salud Mental	8
1.2 Critica de la Teoría Feminista en Salud Mental	11
1.2.1 Invisibilización de Las Mujeres en la Investigación	13
1.2.2 Crítica al Modelo biomédico en Atención Primaria	14
1.2.3 Psicopatologización de la Salud Mental y Malestar Psicológico	16
1.2.4 Medicalización	18
1.3 Aportes Feministas en Salud Mental	20
1.3.1 Conceptos de Género	21
1.3.2 Determinantes Psicosociales de Género en la Salud Mental.	32
1.3.3 Propuestas Feministas en Salud Mental de las Mujeres	44
Capítulo 2. Mujer Ama de Casa	48
2.1 Contexto Histórico de las Amas De Casa	49
2.2 Trabajo de las Amas de Casa	52
2.3 Identidad y Socialización de las Amas de Casa	58
2.4 Determinantes Psicosociales de Género en la Salud Mental de las Amas de Casa	63
Capítulo 3. Autoconocimiento	69
3.1 Autoconocimiento desde la Psicología Tradicional	69
3.2 Autoconocimiento desde el Feminismo y la Terapia del Reencuentro	73
Capítulo 4. Método: hacia una Propuesta de Taller	84
4.1 Justificación	84
4.2 Objetivos	85
4.2.1 Objetivo General	85
4.2.2 Objetivos Específicos	85
4.3 Tipo de Estudio	85
4.4 Definiciones Conceptuales	85
4.5 Procedimiento	88
4.6 Propuesta de Taller	89
4.6.1 Participantes	89

4.6.2 Espacio y equipo	89
4.6.3 Materiales	89
4.6.6 Características del Taller	86
4.6.7 Propuesta de Taller de Autoconocimiento dirigido a Mujeres Amas de Casa	87
Conclusiones	130
Referencias	134
ANEXOS	159
Anexo A. Cuestionarios: Pre-test y Post-test	160
Anexo B: Materiales del Taller	165

## Agradecimientos

Agradezco a mi madre, por siempre hacerme ver las razones que me animan a seguir adelante con mis sueños y por ser mi mayor inspiración para la realización de esta tesis. A mi padre por siempre estar incondicionalmente, por ser un ejemplo de constancia y dedicación.

Agradezco a mi compañera de tesis, por construir junto conmigo este proyecto que nos llenó de cuestionamientos y de aprendizajes, por siempre dar lo mejor y perdurar en este largo camino que por fin culmina.

Agradezco a las mujeres que inspiran y dan visibilidad a los problemas que nos aquejan, y que han abierto el camino para trabajar desde una psicología feminista.

Y por último, y no menos importante, me agradezco a mí, por mantenerme firme todo este tiempo, por saberme acompañar y mantenerme insistente en verme crecer en todos los ámbitos de mi vida, y porque sin mí no lo hubiese logrado.

*Susana Sanjuan Andrade*

Haber concluido este proyecto no pudo haber sido posible sin el apoyo y cariño de mis padres, Yolanda Martínez Ortiz y Juan Héctor Trejo Martínez. Gracias, mamá, por haber estado presente en los momentos que me fueron complicados en esta etapa, por tus consejos y por escucharme cuando lo necesite. Gracias, papá, por siempre motivarme a dar lo mejor de mí, por tu confianza, tu cariño y entrega.

También quiero agradecer a mis hermanos por su manera particular de apoyarme, por hacer más llevaderos los momentos estresantes y por mostrarme su apoyo. Gracias Héctor porque siempre has sido una fuente de inspiración en mi desarrollo profesional, gracias, Omar, por tu alegría y afecto siempre presente.

Gracias a cada una de las personas que de diferentes formas me permitieron llegar a esta etapa, familia, maestras, amigas y amigos, por sus palabras y actos de aliento, cariño y confianza. A mi mejor amiga Jess por siempre mostrarme la luz y por acompañarme. A las mujeres que desde sus

platicas, escritos y reflexiones me ayudaron a vislumbrarme en una postura política y a conocerme desde ahí.

A ti Sus, por esto proyecto que fuimos construyendo en conjunto, gracias por los momentos en que me aterrizaste para seguir adelante y por haber estado en los momentos complicados que se dieron en la conformación de este proyecto.

*Pamela Trejo Martínez*

## Resumen

En el presente trabajo se desarrolla una propuesta de taller de autoconocimiento para el autocuidado de la salud mental de las mujeres amas de casa desde una perspectiva crítica de género feminista. Se parte de la crítica de género feminista sobre los padecimientos en salud mental que se presentan de manera diferenciada entre mujeres y hombres, además se exponen las deficiencias en la investigación e intervención en salud mental que se tienen en el modelo biomédico, así como la relación de los factores psicosociales de género como determinantes en la salud mental de las mujeres. Posteriormente, se abordan las características de las amas de casa dando cuenta del trabajo no remunerado que realizan y la relación que tiene con su salud mental. Se continúa con el apartado de autoconocimiento en donde se retoman distintas teorías en psicología, siendo la Terapia de Reencuentro (TR) y la Teoría Feminista las que responden a la necesidad de integrar los determinantes psicosociales de género en la salud mental para el desarrollo de la presente intervención. Por último, se presenta la propuesta de taller de autoconocimiento tomando en cuenta los puntos anteriores, siendo la finalidad que las mujeres amas de casa integren prácticas de autocuidado de su salud mental.

**Palabras clave:** Amas de casa, feminismo, salud mental, autoconocimiento y autocuidado.

## Introducción

Las amas de casa presentan problemas de salud mental como depresión, ansiedad (Domínguez, 2012; Garay y Farfán, 2007; Montesco et al., 2011; y Soria y Mayen, 2017), y se han obtenido datos que indican la presencia de estrés y problemas somáticos (Montesó-Curto et al., 2011; Soria y Lara, 2017) así como dificultad en la construcción de autoestima (Domínguez, 2012). Estos padecimientos tienen un trasfondo de grave malestar, ocasionado por las imposiciones de los roles de género y del trabajo no remunerado (de cuidados y doméstico) que realizan (Domínguez, 2012; Garay y Farfán, 2007; Montesó-Curto et al., 2011; Soria y Mayen, 2017; Soria y Lara, 2017).

El trabajo de las amas de casa se caracteriza por tener una jornada interminable que es invisibilizada, y que no se contempla como perteneciente a alguna forma de trabajo, esto se ve reflejado en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), donde ubican a las personas que se “dedican al hogar”, como Población No Económicamente Activa (INEGI, 2022). La invisibilización del trabajo realizado por las amas de casa no es la única constante, ya que en general, cómo población son invisibilizadas, las construcciones teóricas de este grupo han seguido básicamente dos enfoques, el primero, se ha centrado en la familia como institución (como unidad de producción y de consumo) y, el segundo, se ha enfocado más en el trabajo doméstico, en su desigual reparto por género, su contribución al bienestar social y a la riqueza. En pocas ocasiones se ha contemplado a las amas de casa como sujeta colectiva protagonista de la actividad, tanto en los estudios centrados en la familia como en los centrados en el trabajo, la figura del ama de casa ha quedado en un plano secundario (Lobera y García, 2014).

Para poder dar cuenta de las mujeres amas de casa y de su salud mental en el primer capítulo “Propuestas Feministas Ante la Problemática en Salud Mental” se parte del panorama en salud mental desde una perspectiva de género, en donde se muestran las diferencias entre hombres y mujeres, siendo los aportes feministas los que indagan la mayor prevalencia de los padecimientos más comunes en salud mental que tienen las mujeres, se identifican los déficit en la investigación y atención psicosanitaria que desde el modelo biomédico se han tenido, así como los factores de género que actúan como determinantes de la salud mental de las mujeres, concluyendo con las propuestas feministas para hacer frente a estas problemáticas,

donde toma relevancia los espacios creados para mujeres, a través de talleres autoconocimiento con el fin de que manejen de manera saludable las dificultades de la vida cotidiana e identifiquen el impacto que tienen las cargas de género sobre la salud, integrando el autocuidado de la misma (Iáñez et al., 2019). Posteriormente en el segundo capítulo “Mujer Ama de Casa” se presentan las características de las amas de casa, en donde se identifica que hay una serie de factores psicosociales y de género, propios del trabajo no remunerado, que, al darse en el espacio doméstico, lleva a las mujeres a la monotonía y al aislamiento social repercutiendo en su salud mental. A partir de las propuestas feministas, finalmente en el tercer capítulo “Autoconocimiento”, se explora el autoconocimiento desde diferentes teorías en psicología, siendo la Terapia de Reencuentro, así como lo abordado por la Teoría Feminista las que responden a la necesidad de tomar en cuenta como intervienen los factores de género en los malestares de las mujeres que pueden estar permeando su salud, pero también se identifican aquellos aspectos que pueden llegar a favorecerla.

En el capítulo cuatro “Método: Propuesta de taller”, se desarrolla lo que conforma el objetivo principal de esta tesis, el cual es presentar una propuesta de intervención, a través de un taller de autoconocimiento, se conjuntan los elementos identificados a partir de la Teoría Feminista y la TR (Terapia de Reencuentro), los cuales están distribuidos en siete sesiones, a través de actividades que además de integrar aspectos conceptuales que serán abordados de manera lúdica y vivencial, partirán de una reflexión personal y colectiva, esto con la finalidad de que las mujeres amas de casa adquieran conocimiento de sí mismas, teniendo como eje transversal los factores de género que pueden determinar su salud mental, de esta manera se pretende que logren integrar prácticas de autocuidado de la salud mental tomando en cuenta sus necesidades y recursos.

## **Capítulo 1. Propuestas Feministas ante la Problemática en Salud Mental**

A lo largo del presente capítulo se describen los datos epidemiológicos que dan cuenta de las diferencias en salud mental entre hombres y mujeres. Posteriormente, se abordará la crítica de la Teoría feminista al modelo biomédico en salud mental sobre: la invisibilización de las mujeres en la investigación, las deficiencias de la atención primaria de los trastornos, así como la biologización, psicopatologización y sobremedicalización en el abordaje clínico de los malestares. Para terminar con las propuestas que se han planteado desde el feminismo ante estas problemáticas.

### **1.1 Panorama en Salud Mental**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud mental como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (OMS, 2022).

La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales, donde ni la salud física ni la salud mental pueden existir solas, dado que el funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes (OMS, 2001,2004,2022). Por lo que la presencia de uno o más problemas de salud mental impide que la persona tenga un buen estado de salud en general y puede impedirle tener una vida normal (Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2020; Sandoval De Ecurdia y Richard, s.f).

A nivel mundial, los trastornos mentales constituyen un grave problema de salud pública, ya que representan un 13% de la carga global de enfermedad. Una de cada cuatro personas tendrá un padecimiento mental en su vida, y está descrito que éstas tienen menores índices de calidad de vida y mayores tasas de mortalidad temprana. El suicidio es una de las consecuencias más graves de estos problemas, constituyendo la segunda causa de muerte en jóvenes (Heinze, 2016).

En México el 17% de las personas presenta al menos un trastorno mental, y sólo una de cada cinco recibe tratamiento. Una de las explicaciones de este fenómeno son los desequilibrios estructurales que dificultan el acceso a la atención, del presupuesto en salud en México, sólo se destina alrededor del 2% a la salud mental, cuando la OMS, recomienda que se invierta entre el 5 y el 10%. Además, el 80% del gasto en salud mental se emplea para la operación de los hospitales psiquiátricos, mientras que se destina muy poco a detección, prevención y rehabilitación (Rentería, 2018).

Lo anterior, cobra relevancia puesto que los problemas en salud mental empeoran debido a que la atención suele brindarse hasta que la persona ya presenta un trastorno mental, esta demora se asocia a la escasez de personal, servicios y acciones comunitarias sobre salud mental, y a que se acude tardíamente a los servicios de salud debido al desconocimiento que tienen las personas de los síntomas iniciales y las afectaciones incipientes, es decir, carecen de conocimiento para la detección (Ruíz et al., 2018).

Por otra parte, se ha documentado que los padecimientos en salud mental más prevalentes se encuentran los trastornos del estado de ánimo, como ansiedad, depresión o fobia, que, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental, son padecidos por el 18% de la población urbana en edad productiva, de 15- 64 años de edad. Además, 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadores y hay más de 400 mil adictos a psicotrópicos (Rentería, 2018).

Cuando se han analizado los trastornos del estado de ánimo se ha observado que, en la categoría de episodios afectivos, las mujeres presentan significativamente mayor depresión (Martínez, 2003; Montesó-Curto et al., 2011), con una razón de 2:1 en comparación a los hombres (Martínez, 2003), esto se ve reflejado en los datos epidemiológicos, donde se señala que la prevalencia de depresión en México es de 4,1% en las primeras y 1,6% para los segundos (Lara et al., 2004), mientras que los cuadros de ansiedad son mayores en las mujeres, los trastornos de personalidad y los derivados del consumo del alcohol y de otras sustancias son más frecuentes en los hombres (Montesó-Curto et al., 2011).

Otra de las afectaciones más prevalentes en salud mental son los trastornos por dolor o de síntomas somáticos, el cual se presenta sobre todo en las mujeres. En un estudio realizado por Fröhlich et al. (2006), se ha determinado que la prevalencia

durante 12 meses del trastorno por dolor es de 11% en las mujeres y de 4% en los hombres, con una tasa general de 8%. Además, se ha identificado que cerca del 56% de los pacientes con trastornos por dolor cumplen los criterios de algún otro trastorno psiquiátrico, con mayor frecuencia los trastornos depresivos y de ansiedad (OPS, 2020).

**Tabla 1**

*Padecimientos en salud mental en hombres y mujeres*

Hombres		Mujeres	
Trastorno	AVAD por 100 000	Trastorno	AVAD por 100 000
MNSS (todos)	4730	MNSS (todos)	4284
Trastorno por consumo de alcohol	1057	Trastorno por consumo de alcohol	994
Trastorno por dolor de cabeza	534	Trastornos por depresión	481
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	506	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.	482
Autolesiones y suicidio	450	Trastorno por dolor persistente somatoforme	427
Trastornos por depresión	393	Trastornos por ansiedad	358

*Nota.* De la carga total de trastornos MNSS (trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio): las mujeres se ven principalmente afectadas por trastornos por dolores de cabeza y trastornos por depresión; mientras que los hombres presentan principalmente trastornos por consumo de alcohol y trastorno por dolores de cabeza. Adaptado “Salud Mental Perfil del país- México”, por Organización Panamericana de la Salud, 2020, OPS/OMS. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-perfil-pais-mexico>

La tasa de prevalencia de los trastornos depresivos, de ansiedad y de síntomas somáticos en las mujeres duplica la de los hombres como se puede observar en la Tabla 1. Desde el modelo biomédico, se concluye que los niveles de estrógenos y otras hormonas gonadales son los causantes principales de estas cifras y se acuñan a trastornos, como el síndrome disfórico premenstrual, incluido en el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V, por sus siglas en inglés), los síndromes depresivos en el postparto, la menopausia y perimenopausia, dejando de lado los factores psicosociales (Flores y Ontiveros, 2008; Pujal i Llombart et al., 2020), como la asociación existente de los trastornos más prevalentes con los factores socioeconómicos más desfavorecidos (Montesó-Curto, 2014).

Sin embargo, desde otras perspectivas cada día se comparte más la idea de que los problemas de salud no se distribuyen azarosamente, sino que están relacionados con las condiciones sociales y económicas que viven las personas y que influyen en sus estilos de vida, lo que constata que las meras diferencias biológicas son claramente insuficientes para explicar las desigualdades de salud (Martínez, 2003).

Y al entender la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos mentales, también se cuestiona la dicotomía salud-enfermedad como términos absolutos y excluyentes o como conjuntos estancos. Al visibilizar y transitar estas fronteras borrosas, estamos cuestionando también los sistemas de poder que las generan (Benedicto, 2018), que no solo tienen que ver con el sistema de salud, sino con las condiciones del medio ambiente, tanto físico como social; las actividades y/o trabajos que se realizan; la edad, la clase, la etnia, y por supuesto, el sexo y el género, entre otros factores (Obando, 2011). Y como se vio a la largo de este apartado hay una afectación diferencial en la salud mental de hombres y mujeres, y son estas últimas las que tienen una mayor prevalencia en los padecimientos en salud mental más comunes, por lo que lo que a continuación se abordará desde la teoría feminista para dar cuenta de esto.

## **1.2 Crítica de la Teoría Feminista en Salud Mental**

Una de las teorías que ha abordado los diferentes factores que influyen en la salud mental de la mujer es el feminismo, esta perspectiva menciona que la opresión y subordinación que padecen, tienen profundas implicaciones en su salud y, por tanto,

se han incorporado en los marcos explicativos del malestar y la enfermedad de las mujeres, así como en la promoción y atención de su salud (Nogueiras, 2018).

Los primeros trabajos de género en salud mental se dieron ante la preocupación de la sobrerrepresentación de mujeres en las estadísticas psiquiátricas, por lo que se trató de explicar por qué había más mujeres que hombres con padecimientos mentales, mayores hospitalizaciones, uso de servicios ambulatorios y prescripción de fármacos (Ordorika, 2009). Tanto los estudios feministas como de género han producido significativas rupturas con la biomedicina, han explicitado los vínculos entre saberes médico-psiquiátricos y patriarcado (Linardelli, 2015).

De acuerdo a Cardaci (2006) y Linardelli (2015) los estudios de género y feministas constituyen una de las líneas teóricas que han contribuido sustancialmente a las discusiones y la renovación de perspectivas críticas en el campo de la salud. En el marco de estas perspectivas críticas los estudios de género y feministas realizaron aportes sustanciales, en donde señalaron que el biologismo y los procesos de sobremedicalización han afectado en forma paradigmática a las mujeres (Esteban, 2003).

De un lado, se han descrito aquellas perspectivas que hacen visible la sobremedicalización de psicofármacos en las mujeres; de otro, las que enfatizan la “invisibilización” del cuerpo de las mujeres en las investigaciones biomédicas; finalmente, las que refieren a las desigualdades de género y su impacto en los padecimientos subjetivos. Cabe mencionar, que la dinámica visibilización/invisibilización en investigaciones biomédicas se produce no solo por la posición de sexo-género, sino también y, fundamentalmente, por la condición de clase y raza (Linardelli, 2015).

La teoría feminista pone de manifiesto que las diferencias biológicas entre mujeres y hombres no son suficientes para explicar las diferencias en salud y la diferente utilización de los servicios sanitarios. Pesé a que en el modelo biomédico la atención se ha centrado en los aspectos reproductivos, se reconoce que estos no son el único riesgo para la salud de las mujeres, ya que tienen necesidades de salud más allá de esa concepción (Nogueiras, 2018).

### **1.2.1 Invisibilización de Las Mujeres en la Investigación**

Como ya se mencionaba, una de las líneas de investigación feminista en salud mental es aquella que alerta sobre la invisibilización de las mujeres como sujetas de estudio en la investigación biomédica y farmacológica (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004). Dicha invisibilización se manifiesta en la exclusión sistemática de mujeres en investigaciones biomédicas y en la aplicación mecánica y directa de los resultados obtenidos en varones a ellas (Linardelli, 2015; Matud, 2008; Valls-Llobet, 2009).

Desde el paradigma biomédico se han realizado generalizaciones en las conclusiones de las investigaciones realizadas en hombres (Nogueiras, 2018), incluyendo las técnicas diagnósticas resultantes, que se extrapolan a la población general (Martínez, 2004). De acuerdo a Valls-Llobet (2009) en los servicios sanitarios, las mujeres no están incluidas o han sido subrepresentadas en los ensayos clínicos y como resultado los datos y las investigaciones obtenidos de una población predominantemente en hombres, son con frecuencia extrapolados de forma inapropiada para el uso clínico en mujeres.

Se asume que los factores de riesgo y los protectores para la salud son los mismos en varones y mujeres, cuando esto no es así. No todos los métodos de diagnóstico, prevención e intervención se pueden extrapolar (Martínez, 2004), y hacerlo implica invisibilizar la salud mental diferencial entre mujeres y hombres.

Las contribuciones feministas muestran que, en la investigación, se ha homogeneizado los cuerpos de varones y mujeres, bajo la predominancia del cuerpo masculino, producto de la persistencia de nociones androcéntricas. A su vez, evidencian que la biomedicina continúa considerando al cuerpo masculino como modelo de ser humano y al cuerpo femenino como un duplicado defectuoso del primero. Tal situación provoca no solo errores médicos, sino también la reproducción de las desigualdades de género en el ámbito de la salud (Linardelli, 2015).

La sistemática exclusión de las mujeres como sujetos de ensayos clínicos en los trabajos de investigación y la creencia de que están protegidas por su propia biología de muchas enfermedades, han incidido significativamente en su mayor vulnerabilidad a estas (Martínez, 2004).

En modelos médicos y psicológicos clásicos, los discursos clínicos mantienen la existencia de diferencias intersexuales, a pesar de que metaanálisis recientes en

el campo de la psicología aportan evidencia de mayores semejanzas que diferencias, lo que lleva a considerar que mujeres y varones deben enfermar de manera diferente. Esta convicción de diferencias intersexuales circunscribe la salud de las mujeres a una salud reproductiva que localiza su intervención en el embarazo, la planificación familiar y recientemente la menopausia y los cánceres específicos (Martínez, 2004).

En concordancia a lo expuesto por la teoría feminista sobre el déficit de investigación de la salud en mujeres, la OMS, en su Informe Anual sobre la Salud del año 2000, concluyó que no se prestaba atención a los determinantes específicos que protegen la salud mental en las mujeres, haciendo un llamado a la investigación en la recolección de datos de prevalencia y causas de los problemas de salud mental de las mujeres (Pujal i Llombart et al., 2020).

### ***1.2.2 Crítica al Modelo biomédico en Atención Primaria***

Además de la crítica a la falta de investigación de la salud mental en mujeres, desde el feminismo se ha abordado los déficits en la atención primaria, debido a que es el sitio donde principalmente se tratan la mayoría de los trastornos del estado de ánimo y donde muchas personas con síntomas y riesgo de padecerlas acuden con su médico/a de familia para tratarlas (Bellón et al., 2020).

Ante la elevada prevalencia de enfermedades psiquiátricas en las consultas de atención primaria, los diagnósticos en muchas ocasiones se dan de forma apresurada, lo que puede llevar a problemas en el adecuado tratamiento, además de que la posibilidad de recibir atención psicológica es difícilmente viable (Baos, 2008).

A través del análisis en los diagnósticos de los trastornos de ánimo en atención primaria, se ha encontrado que en la depresión la validez diagnóstica es limitada, en la mayoría de los casos se dan falsos negativos, los cuales corresponden a personas con depresión leve o muy leve. Por otra parte, la mayoría de los falsos positivos se dan para personas sin depresión, pero con otros problemas de salud mental, por ejemplo, los trastornos adaptativos, como la depresión subumbral, donde existen algunos síntomas depresivos, pero sin reunir los criterios diagnósticos de depresión mayor, o de trastornos de ansiedad. En el caso de la validez diagnóstica respecto a los trastornos de ansiedad es todavía menor que la de los trastornos depresivos, empeorando cuando aquellos son separados en categorías diagnósticas (Bellón et al., 2020).

Además de los problemas que se tienen en cuanto a la poca validez diagnóstica, el análisis de este nivel de atención ha arrojado que las mujeres asisten de forma hiper frecuente, en busca de la solución a dolores catalogados como inespecíficos (Escartín, y Lasheras, 2020; Sanz, 2010, y Valls-Llobet, 2010). Así como por la presencia de cansancio, con un gran predominio, que afecta a un número mayor de mujeres, donde además de los diagnósticos habituales, se deben hacer preguntas sobre las actuales relaciones de inequidad y desigualdad de género que continúan siendo invisibles y que afectan a la salud mental (Valls-Llobet, 2009).

En las dolencias que padecen las mujeres que acuden a atención primaria, prevalecen las de tipo cardíacas, osteomusculares, gastrointestinales, de trastornos alimentarios (de anorexia y bulimia) y la fibromialgia (Martínez, 2003). Estos padecimientos físicos van muy unidos a los trastornos relativos al estado de ánimo, donde las dolencias frecuentemente reciben la categoría diagnóstica de síntomas de signos no específicos, marcado por una gran diferencia intersexual. En el caso concreto de los trastornos gastrointestinales (colon irritable) se asocian con elevada comorbilidad psíquica: depresión, trastornos de ansiedad, fobias y somatizaciones (Mingote, 2001 citado en Martínez, 2003; Bellón et. al, 2020).

Ante la dificultad de los diagnósticos en atención primaria, se tiene un consenso para definir la somatización, como la presencia de “síntomas somáticos médicamente inexplicables” (MUS, Medically Unexplained Symptoms). Es decir, se trataría de pacientes que acuden a visitar a su médico/a de familia con mucha frecuencia, presentando síntomas físicos que no pueden ser atribuidos a una causa orgánica después de la exploración física y la realización de las pruebas complementarias pertinentes, por ejemplo, un paciente con cefaleas de características tensionales, en donde ya se ha hecho una exploración física (incluida la neurológica) y tomografía computarizada craneal normal, sin hallazgos relevantes. Sin embargo, los síntomas somáticos, al igual que en los trastornos del estado de ánimo, tienen dificultades para ser diagnosticados y tratados de forma adecuada (Bellón et al., 2020). Por lo que resulta en la medicalización de las problemáticas por las que las mujeres acuden a atención primaria, mirando al síntoma sólo desde la biología, desconectado del conjunto del cuerpo, de la psique, del hecho de ser mujer y otras variables socioeconómicas y culturales que intervienen en su bienestar (Escartín y Lasheras, 2020; Sanz, 2010).

### **1.2.3 Psicopatologización de la Salud Mental y Malestar Psicológico**

Como ya se ha mencionado, en el modelo biomédico se dan deficiencias en la categorización de las manifestaciones psicológicas y una falta de diagnósticos adecuados, al no tomar en cuenta la influencia de los factores sociales en la salud mental, a menudo se pueden encontrar estudios, en los que la raza, etnia o clase se conceptualizan como factores de riesgo, pero se realiza un abordaje descontextualizado de las realidades de las mujeres (Linardelli, 2015; Pujal i Llombart et al., 2020).

Aunado a que en la herramienta diagnóstica del DSM-V se exponen las diferencias por “género” en la prevalencia o sintomatología de los trastornos mentales, pero no se contempla que el género es una construcción psicosocial, por lo que género y sexo se usan de manera indiferenciada, de forma que además de no contemplar la desigualdad, se exponen “diferencias por género” cuando realmente se pueden tratar de diferencias por sexo (Pujal i Llombart et al., 2020).

Las nociones de “patologías de género”, presentan dificultades para ser aplicadas a las experiencias que atraviesan mujeres de diversos contextos, se considera que ser pobre o mujer implica una mayor predisposición para el padecimiento de depresión, pero no se abre un debate sobre la desigualdad de sexo, género o de clase, porque se supone erróneamente, que constituyen la realidad “individual” de una persona. Pese a tener una concepción biopsicosocial de la salud, de forma paradójica estos aspectos no se consideran dignos de estudio para la intervención en la atención psicosanitaria (Linardelli, 2015; Pujal i Llombart et al., 2020).

Desde esta perspectiva descontextualizada se construye la enfermedad a partir de los síntomas y se perpetúa a través del discurso del manual DSM-V, lo que parece ser suficiente para que la prescripción de psicofármacos o la intervención psicológica sin perspectiva de género y/o feminista se den. Es el reflejo de que sigue existiendo en la ciencia médica lo que parece un proceso sutil de rebiologización de la mente y renaturalización de la desigualdad (Pujal i Llombart et al., 2020).

Pujal i Llombart et al. (2020) mencionan, en un análisis crítico realizado al DSM-V, que los malestares psicológicos de las mujeres se han constituido como “trastornos mentales”, lo que transporta a una concepción esencialista, biologicista, individualista, ahistórica y descontextualizada de las mismas. Desde la construcción, del concepto

“síndrome”, definido como un “conjunto de síntomas”, puede observarse que el modelo biomédico, a pesar de sostenerse de evidencias científicas, no necesita de las mismas para el tratamiento del malestar psicológico, en el que no se ha encontrado la etiología biológica.

Por lo tanto, los resultados diferenciales en salud mental de las mujeres han sido atribuidos desde el modelo biomédico a las diferencias biológicas (Seeman, 1997), lo que ha conducido a psicopatologizar procesos naturales (Bacigalupe et al., 2020). En la actualidad, existe un sobrediagnóstico de los trastornos mentales, por lo que es común encontrar la determinación de cuadros psicopatológicos en personas que no necesariamente padecen de un trastorno mental (Espíndola et al., 2006).

Ante la psicopatologización mencionada, se propone el concepto de malestar psicológico, que responde a la necesidad de nombrar una serie de manifestaciones clínicas no patológicas y arraigadas en el carácter de la persona, las cuales requieren de atención psicológica específica, bajo el desarrollo de esquemas de tratamientos propios. Lo que reclama una visión distinta del o de la profesional de la salud hacia la psicopatología. (Espíndola et al., 2006). Dicho concepto, alude a la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que informan del estrés percibido, de sentimientos de desánimo, desmoralización y miedo, es decir, de los sufrimientos psíquicos y emocionales producto de las contradicciones y tensiones entre la experiencia vital y las expectativas personales (Martínez, 2003).

Por lo que el malestar psicológico debe ser entendido como una alteración y no como un estado psicopatológico o sintomático, ya que no son de tipo crónico y persistente, no es un diagnóstico, sino una descripción que evidencia alteraciones, que presuponen la existencia de una etiología reactiva, con características adaptativas y funcionales, que se suma a la estructura de carácter, a la interpretación que la persona hace del mundo y a su particular forma de resolver un conflicto externo que repercute en su psiquismo (Espíndola et al., 2006).

El malestar psicológico presenta una gama de manifestaciones clínicas, que pueden ser observadas en la tonalidad afectiva del paciente, suelen presentarse datos clínicos de depresión, tales como: llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad; así como, datos de ansiedad: sensación de opresión torácica, sensaciones claustro o agorafóbicas palmar, inquietud, desesperación, miedo, pérdida del control, inconformidad, irritabilidad y agitación,

entre otros, sin embargo, no cumplen con los criterios para ser consideradas como un trastorno mental (Espíndola et al., 2006).

Estas manifestaciones se presentan como alteraciones psicológicas, clínicamente significativas y que responden a un evento disruptivo específico, sus diferencias con los trastornos mentales pueden ser sutiles, pero fundamentales para el pronóstico, la intervención y la indicación o abstención de tratamiento (Espíndola et al., 2006).

Las manifestaciones clínicas del malestar psicológico son fenomenológicamente iguales a las manifestaciones patológicas propias de los trastornos mentales, sin embargo, el contexto y la etiología del conflicto son enteramente distintos. Mientras el primero se constituye como un fenómeno agudo, el segundo se entiende en el marco de la cronicidad y la patología (Espíndola et al., 2006).

El concepto de malestar psicológico da cuenta, por lo tanto, a un intento de afrontar la psicopatologización, y ampliar el espectro de salud mental con el que el individuo responde. Es necesario que en el modelo biomédico los/las especialistas contextualicen los fenómenos clínicos, determinen su etiología y establezcan líneas de tratamiento con mayor especificidad (Espíndola et al., 2006), para dejar de patologizar los procesos naturales o los resultantes de contextos desfavorables, porque, como se mencionaba, la variedad de situaciones va a influir de manera diferente en cada mujer, aunado a los condicionantes que van a afectar de manera transversal a cada una.

#### **1.2.4 Medicalización**

Una consecuencia de la biologización y patologización del modelo biomédico en la salud mental de las mujeres es la medicalización. Desde el feminismo se recalca la alianza neoliberal y patriarcal entre el mundo de la medicina y la industria farmacéutica que va en contra de la salud de estas, como se ha demostrado en las innumerables acusaciones y demandas interpuestas por mujeres, y las millonarias multas que muchas grandes marcas vienen pagando desde hace décadas (Bacigalupe et al., 2020; Nogueiras, 2018).

La actitud de los/las profesionales de la salud, a menudo se radicaliza en el abordaje biomédico, que enfatiza en los diagnósticos clínicos, como en los

tratamientos farmacológicos, enajenando a la mujer atendida, un ejemplo actual, es el de la menopausia y el tratamiento hormonal sustitutivo, pese a que la menopausia no es una enfermedad, sino un cambio fisiológico ligado a un proceso biológico de envejecimiento (Martínez, 2003).

Por su parte, Valls-Llobet (2009) menciona que la medicalización es la consecuencia de que existan intereses creados para que permanezcan invisibles las patologías diferenciales:

“...se intentan minimizar, con el argumento de que son tan frecuentes que es como si fuesen normales, se muestra la reiteración del modelo biomédico, en que no es necesario tratar a las mujeres y en cambio, se les dan psicofármacos porque es muy frecuente que sean ansiosas y depresivas, y esto no es normal...es necesario entender cómo puede ser que síntomas tan obvios, con causas frecuentes, sean atribuidos con reduccionismo mental a problemas psiquiátricos o a enfermedades desconocidas como la fibromialgia” (pp. 162-163).

Una cuestión de enorme importancia es la paradoja existente entre el diagnóstico y el tratamiento de todas las alteraciones psíquicas menores y funcionales, ya que se realiza un enorme esfuerzo en diferenciar diagnósticos de procesos aparentemente distintos y, sin embargo, el tratamiento farmacológico es finalmente el mismo: antidepresivos y ansiolíticos. De algún modo se están identificando todos los diagnósticos en cuestión y las quejas no filiadas con una situación común: el malestar psíquico, que afecta principalmente a las mujeres, y lo que se prescribe para este malestar son tranquilizantes menores y antidepresivos (Velasco, 2006).

De acuerdo a Bacigalupe et al (2020), Escartín y Lasheras (2020) y Velasco, (2006) hay una la mayor coerción ejercida por las instituciones médicas y psiquiátricas sobre los cuerpos de las mujeres, asignando diagnósticos diferenciales sin que hayan sido rigurosamente probados, llevando a minimizar los síntomas descritos por las mujeres, a devaluar su palabra y a prescribirlas el doble de psicofármacos que a los hombres en la primera consulta que se hace a un especialista o en una consulta de Atención Primaria, incluso a igualdad de síntomas y sin que se haya realizado ninguna exploración previa. A lo largo de la vida de las mujeres y cada vez a una edad más temprana (Valls-Llobet, 2010), esta prescripción se ha visto vinculada con

estereotipos de género, en creencias de que hay una subjetividad femenina patológica, fruto de las características biológicas de la mujer (Escartín, y Lasheras, 2020).

Al referirnos a procesos de medicalización dirigidos a mujeres resulta inconveniente disociarlos de los procesos de medicalización de diversos grupos subalternos. Analizar la medicalización de las mujeres debe vincularse con la de sus grupos sociales de pertenencia, visualizar que mujeres racializadas, lesbianas, pobres, pueden ser objeto de lo que podríamos mencionar como una doble medicalización, no solo por su condición de género sino también por su sexualidad, clase y/o raza. Si bien, es posible que algunas mujeres sufran mayores hospitalizaciones, probablemente mujeres pobres, pobladoras rurales y migrantes, enfrentan serios obstáculos para acceder a servicios de salud mental (Linardelli, 2015).

Por ello, desde el nivel institucional es necesario un compromiso fuerte desde el discurso de los derechos humanos, orientado a la atención de la salud mental de todas las mujeres, así como el adecuado tratamiento farmacológico de los trastornos mentales y frenar la medicalización de los malestares cotidianos que tienen un origen social. Se necesita una clara perspectiva de género y feminista, que visibilice la especial vulnerabilidad de las mujeres a las presiones, no solo de la industria farmacéutica, sino también de la actuación médica, que lejos de abordar la etiología del problema, puede provocar daños en forma de iatrogenia farmacológica y dependencias psicológicas (Stolkiner, 2010 citado en Linardelli, 2015; Bacigalupe et al., 2020).

### **1.3 Aportes Feministas en Salud Mental**

Además de las críticas mencionadas en apartados anteriores, la teoría feminista ha desvelado que las estructuras materiales y simbólicas de las que se sirve el patriarcado para mantener el control y la subordinación de las mujeres son causantes de una gran sobrecarga física y emocional que merma su salud física y mental, produce malestares, el desarrollo de enfermedades y, en ocasiones, la muerte (Nogueiras, 2018).

El modelo patriarcal en nuestra sociedad asigna roles según el género, determina las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres y genera una

violencia estructural sobre estas, produciendo un daño en la satisfacción de las necesidades básicas de las mujeres (supervivencia, bienestar, identidad o libertad) como resultado de estos procesos de estratificación social (Escartin, y Lasheras, 2020).

En el contexto de sociedades patriarcales, es habitual que las mujeres enfrenten experiencias de discriminación; violencia física, psicológica y/o simbólica; dificultades para acceder en condiciones de igualdad al mercado de trabajo; doble o triple jornada laboral; sobrecarga de actividades de cuidado; desigualdad en el acceso a sus derechos y a la justicia; limitaciones para decidir sobre su propio cuerpo; entre otros factores que van modelando formas específicas de padecimientos subjetivos (Linardelli, 2015).

Partiendo de que la salud es un proceso en el que influye la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida, el feminismo incorpora al enfoque de género en el estudio de las formas de enfermar, consultar y morir que están influidas por los factores psicosociales en general y, entre ellos, los determinantes psicosociales de género (Velasco, 2006). Es por ello que a continuación, se describirán los conceptos de género para posteriormente explicitar cómo funcionan en tanto determinantes psicosociales de la salud mental de las mujeres.

### **1.3.1 Conceptos de Género**

**Género.** El uso de los términos sexo y género se han usado de manera indiferenciada o como sinónimos, sin embargo, el primero hace referencia a las diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas con las que nacemos y que nos definen como mujeres u hombres (Dirección General del Servicio Exterior y de Recursos Humanos [DGSERH], 2014). Mientras que el género se ha considerado como el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, construidas en cada cultura y momento histórico, tomando como base la diferencia sexual; a partir de ello se construyen los conceptos de “masculinidad” y “feminidad”, los cuales determinan el comportamiento, las funciones, oportunidades, valoración y las relaciones entre mujeres y hombres (INMUJERES, 2007a).

La construcción de las identidades masculinas y femeninas no es sólo un efecto biológico, sino sobre todo un efecto y producto de la cultura, de nuestras relaciones en la familia, la escuela, el trabajo, los mensajes que nos transmiten los

medios de comunicación, la religión, etc. Se aprende a ser mujer y hombre, inclusive antes de nacer (cuando se etiquetan los colores, los nombres, el tipo de accesorios, etc.) (DGSERH, 2014).

Aunque la diferencia entre sexo y género es fundamental, no supone que los aspectos biológicos y culturales sean realidades separadas. Por el contrario, se trata de procesos en estrecha conexión, ya que la interacción cuerpo–cultura es parte de la biografía de cada persona y de las relaciones de género. La clave de esta distinción reside en asumir que no hay conductas exclusivas de un sexo, sino procesos sociales que asignan y dan sentido a las diferencias biológicas (INMUJERES, 2008b).

En la construcción del ser mujer u hombre a partir de la clasificación de género, es relevante identificar que esta categoría tiene las siguientes características (OPS, 2010):

- Se basa en relaciones: No se refiere a las mujeres o a los hombres aisladamente sino a sus relaciones y a la forma en que se construye la relación socialmente.
- Es jerárquico: Las diferencias entre mujeres y hombres, lejos de ser neutrales, tienden a atribuir mayor importancia a lo que es masculino y a producir relaciones de poder desiguales.
- Cambia con el transcurso del tiempo: Aunque el género ha existido a través de la historia, los roles y las relaciones cambian con el paso del tiempo y, por consiguiente, existe la posibilidad de modificarlo mediante intervenciones de desarrollo.
- Depende del contexto: Los roles y las relaciones de género varían según el contexto, grupo étnico, grupo socioeconómico, cultura, etc., lo cual pone de relieve la necesidad de incorporar una perspectiva de diversidad en el análisis de género.
- Es institucional: Está institucionalizado porque se refiere no solo a las relaciones entre las mujeres y los hombres a nivel personal y privado, sino a un sistema social basado en valores, leyes, religión, etc.

A través del género se puede entender que las desigualdades entre las mujeres y los hombres no se pueden explicar a partir de las diferencias anatómicas (como ha sido abordado en el modelo biomédico tradicional), sino por un trato y valoración inequitativos, los cuales reproducen la desigual distribución del poder que

existe entre los sexos, tanto en el ámbito privado como en el público (DGSERH, 2014). De manera que el género puede actuar sobre determinantes de la salud, como el empleo, las condiciones laborales, el sistema reproductivo o de cuidados, y en las conductas individuales sobre la salud (Escartín y Lasheras, 2020).

Es de relevancia identificar que los escenarios donde nos desenvolvemos mujeres y hombres se encuentran marcados por códigos y exigencias sociales diferenciadas, que pueden ser analizadas desde el género (DGSERH, 2014).

**Identidad de Género.** La identidad es lo que permite a cada grupo, comunidad o persona distinguirse de los demás, se construye a través de procesos subjetivos que se interiorizan y que poseen un significado para la persona que forma parte de un grupo, pero también exhibe un componente objetivo que resulta de una identificación atribuida por otras personas (Álvarez, 2016).

La identidad de género expresa las concepciones propias de una cultura y de una época, y actúa como legitimadora de cierto tipo de relaciones sociales de poder; por el hecho de ser etiquetado como hombre o mujer, cada sujeto es ubicado dentro de una categoría social: la femenina o la masculina, a la que se le han atribuido papeles, obligaciones, derechos, etc. (Cortes y Carranza, 2012).

La identidad de género constituye el resultado de un proceso que tiene lugar a lo largo de la socialización y en el marco restrictivo que impone la tipificación sexual y de género que influye en un significado individual como colectivo, más allá de la diferenciación física del propio sexo (Jayme, 1999). En el proceso de socialización, la consecución de normas, estereotipos y actitudes, junto con los factores biológicos particulares, se concretan en la identidad de género, que puede verse reflejada en las atribuciones hacia uno/a misma/o y hacia lo/as demás, las expectativas, las preferencias y los atributos momentáneos verbales y de apariencia física, entre otros (Correa et al., 2013).

En este sentido, las personas adquieren las características de género a través de las experiencias que su medio social les ofrece y éstas contribuyen a la formación de la propia identidad, por tanto, la identidad de género está determinada socialmente (Navarro, 2010).

Tanto la identidad personal como la identidad de género son representaciones simbólicas de subjetividades que van desarrollándose a través del ciclo vital, por lo

que esta mantiene una base en los primeros años de vida (Jayme, 1999). Durante los primeros años de vida, apenas se dan diferencias psicológicas entre los sexos, aunque ya desde el primer momento los adultos tratan de caracterizar a los niños y las niñas de forma diferente. Probablemente, aunque no siempre ocurre, se tenderá a creer que las niñas son más delicadas y los niños más fuertes, junto a ello, la ropa, los juguetes y el modo en que la habitación es decorada, tiende a ser distinta en función del sexo (Navarro, 2010).

Una vez conocido el sexo de la persona, las prácticas de socialización de las que participan niños y niñas, contribuirán a la formación de una identidad masculina o femenina. Esta socialización diferencial proporcionará oportunidades distintas de acuerdo al sexo. Sin duda, la educación puede ser una explicación plausible de cómo se produce la definición de uno mismo/a como hombre o como mujer (Navarro, 2010).

Ser hombre o ser mujer implica haber interiorizado una realidad que ya está dada en el entorno cultural. Lo que lleva a desarrollar una serie de actitudes frente a lo exigido, como comportamientos, sentimientos y pensamientos propiamente femeninos o masculinos. Además, bajo estas diferentes identidades se establecen diferencias psicológicas y sociales entre hombres y mujeres, que dan origen a diversos roles, que influirán en sus relaciones y en la forma en que se ven a sí mismas/os (Cortes y Carranza, 2012).

Debemos tener presente que la identidad se construye a lo largo de toda la vida a partir de las definiciones sociales y de las autodefiniciones que la persona va elaborando (Tobio, 2012), es diversa y no necesariamente debe corresponder al sexo con el que una persona nace (Álvarez, 2016). A pesar de que existe una feminidad y una masculinidad hegemónicas que se imponen como modelos dominantes, existe una variedad de formas de construir y experimentar el género (Álvarez, 2016).

**Estereotipos de Género.** Los estereotipos son cargas de significados sociales atribuidos a mujeres y hombres, que les coloca como opuestos, lo que genera una impresión de que tienen diferencias irreconciliables y pertenecen a espacios diferenciados; por ejemplo, que las mujeres pertenecen al ámbito privado en el hogar y los hombres al ámbito público (DGSERH, 2014).

Los estereotipos de género reflejan las creencias populares sobre las actividades, los roles, rasgos, características o atributos que caracterizan y distinguen

a las mujeres de los hombres. De esta forma, son las imágenes culturales que se asignan a los sexos, por ejemplo, que los hombres visten de azul y las mujeres de rosa, o que estas son sentimentales y los hombres no tienen derecho a llorar. Su eliminación es un factor importante para lograr la igualdad entre sexos (INMUJERES, 2007b).

Los estereotipos de género excluyen y antagonizan la feminidad frente a la masculinidad (Lagarde, 1997). La adhesión de hombres y mujeres a cierto estereotipo dependerá de la educación que reciban en la infancia y de las influencias a que sean sometidos/as a lo largo de su vida (Hardy y Jimenez, 2001).

El estereotipo tradicional masculino ligado a los hombres se considera como más adaptativo al mundo actual, se ha relacionado con el trabajo productivo, la competencia, la fortaleza ligada a la autoridad y el honor, sin embargo, también se ha vinculado con la agresión y por un menor interés en expresar lo que podría transmitir una imagen de debilidad o fracaso, por ser considerado poco adecuado, evitando de esta forma, cualquier aspecto que denote feminidad (Martínez, 2004). Mientras que el estereotipo tradicional de feminidad relacionado mayormente con las mujeres lleva en su esencia toda ausencia de ambición y confianza en sí mismas, abarca modos de ser (complacientes, abnegadas, prudentes, amables, disponibles...), modos de estar, comportarse, mostrarse, vestirse, calzarse, alcanzando incluso aspectos como las posturas corporales (ocupar poco lugar, las piernas juntas...) y la modulación de la voz (hablar bajo y suave...) (Montesó-Curto, 2014; Nogueiras, 2018).

Estos estereotipos de género son formas de discriminación, principalmente porque generan distinciones, exclusiones o restricciones sobre una persona en función del sexo, las cuales pueden afectar, impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de sus derechos de manera igualitaria en la sociedad (DGSERH, 2014). Han funcionado durante muchos años como fuertes obstáculos para que las mujeres sean tratadas de manera digna y equitativa, y como limitantes de sus derechos a la igualdad de oportunidades en la educación, el trabajo, la familia y la sociedad (INMUJERES, 2007a).

Seguir apegándose a los estereotipos de género no necesariamente es una decisión consciente que pueda ser aceptada o rechazada de manera individual, pues los prejuicios son reforzados en los distintos espacios y ambientes sociales en que nos desenvolvemos (DGSERH, 2014). Como sabemos, la cultura, las instituciones, la

sociedad y la familia, son promotores de ideas y patrones de conducta, y son las mujeres y los hombres que al participar en estos ámbitos quienes se encargan de darles significado (INMUJERES, 2007b).

Por lo que erradicar los estereotipos de género es un desafío que sólo podrá superarse si se unen los esfuerzos de todas las personas y los grupos que comparten ideas y proponen acciones para erradicarlos, por ejemplo, las personas que representan instituciones, ambientes académicos o de investigación, con el firme compromiso de una nueva visión del futuro (INMUJERES, 2007a).

**Roles de Género.** Los roles de género son las normas, prescripciones y expectativas de comportamientos de lo femenino y lo masculino, son la forma como nos relacionamos ante el mundo y que nos identifican (DGSERH, 2014).

Los roles de género rigen la forma de ser, sentir y actuar de las mujeres y los hombres, 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 (INMUJERES, 2004). Son las tareas y el papel que socialmente se asigna a las mujeres y a los hombres desde que se encuentran en el vientre materno, de manera que cuando nacen ya hay una serie de expectativas sociales que deben cumplir (DGSERH, 2014).

De manera general los roles de género se pueden dividir en (INMUJERES, 2004):

*Rol productivo:* son aquellas actividades que desarrollan mujeres y hombres en el ámbito público con el fin de producir bienes y servicios, y que generan ingresos y reconocimiento.

*Rol reproductivo:* son actividades de reproducción social que garantizan el bienestar y la supervivencia de la familia, incluye las actividades domésticas y de cuidados.

Los roles masculinos están vinculados con tareas que tienen que ver con el rol productivo, con el mantenimiento y sustento económico, y se desarrollan principalmente en el mundo público (Macía et al., 2008, como se citó en Saldivar, 2015). Sin embargo, el concepto mismo de roles sociales masculinos no ha emergido con mucha claridad, ya que a los hombres se les ha tratado como “los humanos”; han representado a la humanidad y sus problemas se han entendido como los problemas

de la condición humana en general; no se debería hablar de un consenso en lo que se espera de hombres y mujeres, porque puede haber diferentes tipos de serlo, de acuerdo con el momento histórico y el grupo social (Tena,2010).

Entre los roles femeninos que tradicionalmente se han asignado a las mujeres se encuentran los productivos, como la elaboración y comercialización de bienes, servicios y recursos para su propio sustento y de su familia, por ejemplo, la docencia y la enfermería (INMUJERES, 2007b), y los roles reproductivos, que se han asociado con las tareas relativas a la reproducción, crianza, cuidados, sustento emocional, etc. y están circunscritos, sobre todo, al terreno doméstico (Macía et al., 2008, en Saldivar et al., 2015), como el rol maternal, el rol de esposa y el rol de ama de casa (Burín, 1992, como se citó en Martínez, 2011).

Aunque las mujeres han participado en actividades productivas, el papel primordial que ha sido asignado socialmente a las mujeres ha estado ligado básicamente a los roles reproductivos, también considerados como roles tradicionales (Martínez, 2011). Por ello a continuación se describirán:

- El rol de esposas es asumido por muchas mujeres, a veces desde edades tempranas y por el resto de su vida o, en su defecto, hasta que se divorcien/separen o el compañero muera, y cambie su estatus al de jefa de familia (Obando, 2011), las tareas relacionadas a este rol son de funciones nutricias (alimentar), de cuidados (atención de la vestimenta, higiene y otros) y de sostén emocional (anticipación y atención de los conflictos conyugales) (Flores et al., 2015). “En las sociedades patriarcales la mujer sólo existe por la relación con el hombre, es lo que lleva a que las mujeres deban ser esposas para existir. Así, cuando una mujer es, sin el hombre, se le ve como sola y carente, le falta el hombre dador de la vida social” (Martínez, 2011).
- En el rol de madre, a lo largo de la historia, se ha considerado como la condición femenina por excelencia, en la que la función reproductora se ve como la tarea principal y casi exclusiva de las mujeres, en muchas ocasiones se ejerce a través de la presión social, para seguir los condicionantes de género (Escartin y Lasheras, 2020). Este rol demanda en las mujeres prácticas que se circunscriben al mito de “buena madre” con actividades que muchas veces resultan contradictorias; sacrificarse, pero

guardar tiempo para sí; dedicar mucho tiempo a la casa, pero salir de ella; cuidarse, pero atender primero a la familia (Buendía, 2016). Además, la maternidad, se extiende prácticamente a todas las relaciones humanas “maternaliza” todos los demás roles, se produce sentimientos de culpabilidad ante las dificultades para responder al sacralizado mito de la maternidad y para aunar satisfactoriamente espacios vitales antagónicos, pero ambos de interés para las mujeres (Martinez, 2004).

- El rol de ama de casa ha sido descrito a partir del trabajo no remunerado (doméstico y de cuidados) se ha construido como la responsabilidad personal de las mujeres, es inherente a ser madre y/o esposa (real y/o simbólicamente, es decir, incluso sin estar casada y sin tener hijo/as, se desempeñan estos roles), y a tener un trabajo remunerado. Sus labores están destinadas a lo/as otro/as: a cuidarles, a proveerles de satisfactores físicos y materiales. Y también de satisfactores emocionales y afectivos: de sus formas particulares de relacionarse con el mundo, de hacer, de sentir, de estar, sus creencias, saberes y lenguajes (Vega, 2007). Este rol se caracterizaría por su capacidad de entrega y de sacrificio (Martín, 2004).

Como se ha visto el desempeño de estos roles, viene determinado por las normas y prescripciones de lo que se espera de hombres y mujeres, que pese a estar vinculados entre sí, establecen una dependencia mutua aunque no recíproca, debido a que sus diferencias son en buena parte complementarias (Sastre y Moreno, 2004), crean condiciones desiguales por la división básica de los roles de género que corresponde a la división sexual del trabajo (DGSERH, 2014), donde se afecta principalmente a las mujeres, ya que el trabajo reproductivo que desempeñan obstaculiza en muchas ocasiones su salida al campo laboral remunerado y afectan su salud, como se verá más adelante.

**División Sexual del Trabajo.** La división sexual del trabajo en función del género está presente en todas las sociedades patriarcales, a través de los roles de género, se atribuye a las mujeres la responsabilidad del trabajo reproductivo y a los hombres, un mayor protagonismo en el trabajo productivo (Escartin, y Lasheras, 2020). Esto se refleja en las cifras en México, donde el promedio de horas de trabajo remunerado a la semana por parte de los hombres fue de 45.8 horas y por parte de

las mujeres de 37.9 horas (INMUJERES, 2021), mientras que el tiempo destinado al trabajo no remunerado, muestra una gran brecha de género, pues las mujeres dedican por lo menos 2,5 veces más de tiempo que los hombres (OIT, 2016).

El trabajo reproductivo o trabajo no remunerado de las mujeres ha sido visibilizado desde la economía feminista, descentralizando la economía patriarcal, desplazando de los mercados a los procesos vitales, mostrando la ética de sacrificio propio para satisfacer las necesidades de los/las demás, que a su vez se relaciona con el ejercicio de la maternidad (Vega, 2007; Colanzi, 2016). Este sacrificio las aleja de una parte elemental de la ética del cuidado, la cual implica un compromiso personal, tanto en referencia al cuidado el de los/las demás, pero también al cuidado de sí mismas, siendo este último el que es poco llevado a cabo por las mujeres, por su parte los hombres han disfrutado del privilegio de la irresponsabilidad, tanto en referencia al propio cuidado como el de los/las demás (Montesó-Curto, 2014), los datos estadísticos coinciden en señalar que el trabajo de cuidados es claramente una actividad que recae sobre las mujeres, de las personas que realizan al menos un tipo de trabajo de cuidados al interior de sus hogares: 73.1% son mujeres y 26.9% son hombres (Jacomé, 2012).

El nivel educativo no difiere entre mujeres cuidadoras y no cuidadoras, sin embargo, en el caso de los hombres, los que realizan actividades de cuidado tienen en promedio 2 años más que los que no lo hacen, lo cual indica que la escolaridad masculina puede ser un factor que contribuya a una distribución más igualitaria de las tareas de cuidado en el hogar (Pedrero, 2005, citado en Jacomé, 2012). En algunos países como Costa Rica, España, Canadá y Estados Unidos la contribución de los hombres al trabajo de cuidados no remunerado ha aumentado en los últimos veinte años, sin embargo, entre 1997 y 2012, la brecha de género en el tiempo dedicado a la prestación de cuidados no remunerados apenas disminuyó en 7 minutos (al pasar de 1 hora y 49 minutos a 1 hora y 42 minutos) en los 23 países que cuentan con series cronológicas de datos. A este ritmo, cerrar la brecha de género observada en la prestación de cuidados no remunerados en estos países llevará 210 años (es decir, no hasta el 2228) (OIT, 2018).

Las desigualdades entre un sexo y otro, debidas a las diferencias de género, sitúan a las mujeres en una posición de mayor precariedad laboral. Como ya se ha mencionado, estas desigualdades, son causadas principalmente por el sistema sexo-

género, que atribuye a las personas determinadas cualidades y habilidades diferentes según el sexo (estereotipos de género) así como por la división sexual del trabajo (Comisión de Obreras de Madrid [CCOO DE MADRID], 2012). Esta estructuración social ha provocado desigualdades de género en el mercado del trabajo remunerado que condicionan la exposición a determinados riesgos y la normalización de la estructura patriarcal (CCOO DE MADRID, 2012), donde la importancia del trabajo doméstico y de cuidados es vagamente considerada, pese a tener impacto en: la sociedad como un todo, la organización del hogar y la vida de los individuos (Pedrero, 2005). En el periodo de 2018 a 2019, el valor económico del trabajo no remunerado en labores domésticas y de cuidados representó 23.5% del PIB, es decir, 5.5 billones de pesos (INEGI, 2020).

En el trabajo del hogar, hombres, mujeres, niñas, niños y personas de la tercera edad participan, pero lo hacen de manera diferenciada y jerarquizada. La división del trabajo al interior de la familia reproduce la pirámide social en la que las mujeres ocupan la base, realizando las tareas más pesadas y lo hacen con una mayor responsabilidad y vinculación identitaria (Peredo, 2003). Dentro de las actividades del trabajo del hogar en México, el INEGI e INMUJERES (2019) han reportado datos sobre el trabajo doméstico no remunerado, en el que las mujeres de 12 años y más, dedican 30.8 horas promedio a la semana mientras que los hombres en el mismo rango de edad registraron 11.6 horas semanales. Por lo que el tiempo total de trabajo muestra una brecha desfavorable para las mujeres de 6.2 horas más de trabajo total a la semana. Esto hace que las mujeres sean sistemáticamente más pobres de tiempo que los hombres, incluso después de realizar ajustes para considerar las horas de empleo (OIT, 2018).

Las mujeres en casi todas las actividades del trabajo en el hogar reportan más participación que los hombres, pero en el mantenimiento, instalación y reparaciones menores de la vivienda y otros bienes del hogar, las mujeres reportan una tasa de participación de 6.8%, mientras que los hombres registraron una tasa de 32.0% en el mismo rubro. En la preparación y servicio de alimentos las mujeres reportan una tasa de participación de 93.5% mientras que los hombres reportan 63.6%. Así mismo, en la misma actividad las mujeres reportan 9.1 horas más de trabajo a la semana que los hombres (INEGI e INMUJERES, 2019). De acuerdo a Peredo (2003) el hombre generalmente no se hará cargo de lavar el baño, zurcir los calcetines, vigilar la

temperatura de los/as niños/as, salvo contadas excepciones. Por ello al interior de la familia y a partir de la división del trabajo, se construyen y reafirman jerarquías sociales consideradas “universales”, se construyen sujeto/as sociales hombres, mujeres, adulto/as, niña/os, empleadores/as, empleadas/os; todas ellas basadas en relaciones de poder características de una sociedad que otorga prerrogativas y privilegios de dominio al género masculino con respecto del femenino; es decir, una sociedad patriarcal.

En la sociedad patriarcal, el trabajo de cuidados y doméstico tiene un gran componente emocional que refuerza la dependencia de las mujeres en lo relativo al afecto y a la dimensión económica, por lo que el ámbito doméstico impide y/o dificulta la salida de las mujeres al mercado laboral (Colanzi, 2016).

**Doble Jornada.** Se ha descrito como el tener un trabajo remunerado y continuar con el trabajo reproductivo. Cuando la mujer se incorpora al mercado laboral, su carga de trabajo doméstico no se reduce, ni significa, necesariamente, la incorporación de otros miembros de la unidad doméstica (como el esposo o los hijos) al mismo. Esto incrementa el esfuerzo de la mujer en tanto que la obliga a generar estrategias para no dejar de realizar las actividades domésticas y, a diferencia de los hombres, dedicar el triple de tiempo en estas actividades, además de desempeñarse en empleos por cuenta propia o poco cualificados y con poca valoración social. En resumen, la doble jornada no disminuye el volumen de trabajo, pero sí la posición cotidiana de la mujer (Escartín y Lasheras, 2020; Jacomé, 2012; Vega, 2007).

Se ha documentado que, desde los 20 años de edad en adelante, la participación de las mujeres es superior al 95 por ciento en trabajo doméstico. Como ya se ha visto, la relevancia de la diferencia entre hombres y mujeres se da en la cantidad de tiempo que dedican a las actividades del ámbito doméstico (Pedrero, 2005).

La vida cotidiana pone de manifiesto la distancia que hay entre idealidad y realidad. Las demandas actuales son múltiples y para la mayoría de las mujeres las responsabilidades familiares continúan siendo prácticamente suyas (Martínez, 2003) esto da cuenta de la perpetuación de los roles de género pese a entrar al mercado laboral y tener un nivel académico alto.

Las mujeres, además de ejercer los roles tradicionales, también son individuos que quieren participar en la sociedad, y ser ciudadanas, cuestión que frecuentemente entra en colisión con el mandato de género, reforzado a lo largo de siglos, produciéndoles un considerable grado de culpabilidad y sobrecarga. Muchas mujeres refieren que no logran combinar su trabajo doméstico con el que realizan como empleadas asalariadas, lo que ocasiona conflictos familiares y personales (Soria y Lara, 2017; Martínez, 2003). La doble presencia implica una gran dificultad, a la que tienen que responder ante la doble responsabilidad: hacia su familia y hacia su independencia económica, representada por el trabajo remunerado. Por ello la doble presencia implica también una doble ausencia, ya que se produce la sensación de que no se atiende plenamente ninguno de los dos ámbitos (CCOO DE MADRID, 2012), además se dejan de lado a sí mismas, por lo que se podría considerar una triple ausencia.

### ***1.3.2 Determinantes Psicosociales de Género en la Salud Mental.***

Los conceptos antes descritos que van desde los modelos y roles sociales de género construidos por cada sociedad, hasta las vivencias subjetivas derivadas de las identidades masculinas y femeninas, influidas por los estereotipos de género (Velasco, 2008), son los que fungen como factores psicosociales de género que determinarán la salud mental, si bien, estos factores inciden tanto en hombres como en mujeres, son las mujeres las mayormente afectadas.

Las afectaciones en salud mental en las mujeres se asocian con el vivir en una sociedad patriarcal que favorece el bajo reconocimiento social de las mismas y que históricamente, se les ha colocado en un papel de subordinación, de desigualdad e inequidad, por lo que son los factores psicosociales de género los que determinan un conjunto de vulnerabilidades como situaciones de estrés crónico, ansiedad, baja autoestima y depresión (Benedicto, 2018; Montesó-Curto, 2014).

Se ha identificado que la sintomatología de ciertos trastornos tiene diferencias acordes con los modelos de masculinidad y feminidad (Barberá y Martínez, 2004). En este sentido, se ha atribuido que los trastornos más prevalentes entre las mujeres surgen de una excesiva, inapropiada o descontrolada gestión de las emociones, tal es el caso de la inhibición del enojo, lo cual se desarrollará en el siguiente apartado; mientras que, en los varones, los trastornos de personalidad surgen de la ausencia

de expresión de las emociones (con excepción de la rabia, socialmente lícita en el imaginario de la masculinidad normativa), con el atributo común del individualismo, el deseo propio por encima de los demás y de la consecución de las metas a todo coste, lo que puede relacionarse con la “razón” y, por tanto, con una tradición cultural patriarcal en la que ser racional, resuelto, autónomo e independiente constituyen atributos deseables para el varón y de éxito en general (Pujal i Llombart, 2020).

Debido a lo anterior, se ha puesto sobre la mesa la relación directa en cuanto al género y la salud mental, pues se ha considerado que las características vinculadas a la feminidad subyacen a la mayor vulnerabilidad de padecer alguna afectación en la salud mental. En tanto las características masculinas, están relacionadas con una mejor salud, o como mencionaba, la masculinidad se ha impuesto como la única dimensión asociada a buena salud tanto en hombres como en mujeres (Neckenig, 2018).

Si bien es cierto que las características masculinas, más prevalentes en los varones, están relacionadas o asociadas como parte del bienestar psicológico, hay que pensar en que este constructo es elaborado por personas, las cuales a través de sus teorías, lejos de ser totalmente neutras, están cargadas de sesgos, uno de ellos es el género, desde este se va valorando como deseable lo que se ha impuesto como propio de los hombres y de las mujeres (Burnett et al., 1995, citado en Neckenig, 2018).

Lo anterior se ve reflejado al investigar los mayores niveles de autoestima en hombres, ya que se ha criticado el hecho de que se ha asociado a presentar características de masculinidad o de androginia psicológica, es decir, a la posibilidad de poseer al mismo tiempo características socialmente vinculadas a la feminidad y a la masculinidad, lo cual rompe la visión de estas dimensiones como polos opuestos y excluyentes, pero debido a la construcción androcéntrica de lo que es tener autoestima, se observa que la masculinidad explica un porcentaje mucho mayor de la varianza de la autoestima global (Neckenig, 2018).

En este sentido, Matud y Aguilera (2009), obtuvieron resultados congruentes con el modelo masculino y apoyan parcialmente el modelo andrógino, ya que las mujeres con altos valores en masculinidad y feminidad presentan menores niveles de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio y las mujeres indiferenciadas son las que más síntomas somáticos, ansiedad y depresión presentan, entendiendo por este

motivo, que la masculinidad actúa como factor protector en las mujeres. Sin embargo, es la feminidad la que se sigue atribuyendo en mayor medida a las mujeres, y esta adquiere un fuerte peso en cuanto a la salud mental, por lo que se describe esta relación a continuación.

**Feminidad y Salud Mental en Mujeres.** La sintomatología clínica asociada a la depresión es considerada como el trastorno más estudiado en relación con el género, hasta el punto de considerarse frecuentemente como un trastorno típicamente femenino (Pérez y Serra, 1997), esto debido a que el estereotipo tradicional femenino tiene muchos puntos en común con cuadros psicopatológicos como el depresivo o los trastornos afectivos (Bosch et al., 2005; Martínez, 2004).

Montesó-Curto (2014) menciona que la mayor vulnerabilidad o riesgo de depresión estaría en las mujeres que reúnen las características negativas del estereotipo de feminidad, con ausencia de todo atributo de masculinidad como ambiciones, fortaleza y confianza en sí misma. Por lo que la depresión se ha considerado como una manifestación relacionada con la expresividad emocional y el llanto, aspectos tradicionalmente asociados a la mujer (Montesó-Curto et al. 2011). De acuerdo a Martínez-Herrera (2007), el abandono, e incluso el sólo alejamiento del horizonte cultural de la feminidad provoca profundos sentimientos de culpa, vergüenza y depresión, por una parte, y miedo, rechazo y repulsión por otra, llegando incluso a cuestionar “la esencia femenina” como construcción histórica.

Si hasta el momento nos seguimos preguntando el porqué de el elevado aumento del porcentaje de depresión en mujeres sin causa biológica que lo explique, se encuentra una respuesta plausible: la socialización genérica sexista desde los estereotipos, que determina las relaciones de poder-sumisión entre ambos sexos y sus consecuencias negativas en la salud mental de las mujeres (Muruaga, 2012).

Desde la infancia se contribuye a la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión. Durante el proceso de socialización, los estereotipos de género ocasionan tal impacto en la construcción de la identidad de género de las niñas, que las puede llevar a presentar mayor preocupación por las evaluaciones sobre sí mismas y, en consecuencia, a tener peores expectativas de éxito futuras, a realizar más atribuciones causales desadaptativas acerca de sus éxitos y fracasos y a poner en práctica peores estrategias de afrontamiento (Ruble, et al., 1993, citado en Neckenig,

2018). Además de que las figuras de crianza y educadores/as tienden a tener diferentes expectativas para los/as niño/as, lo que conduce a diferencias en la valoración propia y vulnerabilidad a la depresión (Gaviria, 2009).

Aunado a lo anterior, se ha propuesto que las diferencias en el proceso de socialización juegan un papel muy importante en la ansiedad que presentan las mujeres (McLean y Anderson, 2009), ya que estas son educadas para resistir o soportar una situación desagradable de manera pasiva más que para luchar o presionar por cambiarla de manera activa (Millán et al., 2020). Además, se ha llegado a identificar que las mujeres con puntuaciones altas en feminidad manifiestan niveles más altos de ansiedad, del mismo modo, aparece una relación estrecha entre poseer creencias tradicionales acerca del rol femenino y las puntuaciones más elevadas en ansiedad (Pérez y Serra, 1997).

Respecto a otros estudios, se ha identificado que la autoestima es más baja en la mujer que en el hombre, y estas diferencias, aunque pequeñas, se inician desde la adolescencia (Oliva et al., 2010) lo que, al parecer, surge de los patrones de socialización de género, que, aunque son menos consistentes en las últimas décadas, todavía están presentes en la educación de las niñas y niños (Lazarevich et al., 2013).

Mientras que la socialización masculina enfatiza la autonomía, la autoconfianza y la independencia, la socialización femenina promueve la expresión emocional, la búsqueda de intimidad y la dependencia de otros (Matud, 2008; Riquelme, 2014; Rocha, 2009). Estas últimas características se asocian con una autoestima devaluada y posición subordinada, que no proporciona los recursos psicológicos adecuados para la solución de problemas (Matud, 2004; Matud 2008). Sin embargo, como se mencionaba anteriormente, no hay que olvidar la construcción androcéntrica de lo que se ha definido que es tener autoestima.

Como ya veíamos, de acuerdo con el modelo tradicional, se les ha permitido a las mujeres ser “muy expresivas” por ser emocionales y sensibles, sin embargo, se castiga expresar emociones que, como se ha dicho, “no son adecuadas para una mujer” como el enfado, la ira, etc. (Millán et al., 2020). Por lo que las mujeres están propensas a silenciar sus voces y se deprimirán, no solo por ser pasivas y dependientes, sino también por no mostrar la rabia y no confiar en sus percepciones y sentimientos, así como por sentir miedo por las represalias y posible aislamiento (Jiménez, 2015). Por el contrario, esas emociones “agresivas” se canalizan en forma

de emociones como la tristeza, la frustración, la ansiedad (Millán et al., 2020); por consiguiente, la sumisión frente a la expresión valiente de los agravios es la primera causa de la mayoría de los síntomas depresivos entre las mujeres, que históricamente han permanecido calladas (Malgesini, 2020).

La configuración de un modelo ideal de comportamiento inalcanzable ha llenado a la mujer de culpabilidad, dificultándole toda rebelión y haciendo que sólo le sea posible manifestar su malestar, su sufrimiento y expiar su rebelión, sofocada o parcial, a través de la vía psíquica y/o somática. (INMUJERES, 2008a).

Asimismo, el estereotipo femenino es caracterizado por su mayor vulnerabilidad a la somatización. La somatización denota un patrón de conducta de enfermedad en relación al modo en que son percibidas, evaluadas y representadas, cognitiva y comportamentalmente. Las manifestaciones somáticas, como ya se ha visto, son las mujeres quienes con mayor frecuencia presentan trastornos por dolor o somatización. De ahí la importancia de reconocer la lógica que sostiene la relación entre somatización y género, lo que supone desmontar esta condición doliente atribuida desde siempre a lo femenino (Martínez, 2003).

De acuerdo a Malgesini (2020) los estereotipos femeninos son caracterizados por una agresión constante, debido a que todo lo que le pasa a la mujer se ha encasillado en ansiedad o depresión, dejando a un lado, los factores psicosociales de género y el déficit tanto en la investigación, como en la práctica androcéntrica en la atención de la salud mental, como ya se veía en el capítulo anterior.

Las características de feminidad, antes mencionadas, han sido incorporadas en el imaginario social, lo que ha hecho que se asignen, en exclusividad, ciertos roles a las mujeres. Cuando han entrado en el mercado laboral, siguen encontrando enormes dificultades de reconocimiento. Estos roles adquiridos han sido responsables de una peor salud mental y bajo reconocimiento social (Montesó-Curto, 2014), por lo que a continuación, se verá cómo interactúan los roles tradicionalmente femeninos en la salud mental de las mujeres y las complicaciones que se pueden añadir al tener una doble jornada laboral.

**Roles de Género en Salud Mental.** Los roles tradicionalmente femeninos, como ya se ha visto, se caracterizan por estar centrados en el ámbito privado, por el interés y cuidado de las relaciones íntimas, concretamente al cuidado de los

miembros de la familia y a la atención de las tareas domésticas (Pérez y Serra, 1997), debido a esto, son los roles, de madre, esposa, ama de casa y de cuidadoras que, históricamente y de mayor forma, han sido atribuidos a las mujeres, mismos, que tienen una relación relevante con la salud mental.

De acuerdo a Garay y Farfán (2007) y Montesó-Curto et al. (2011) el incremento de la enfermedad psiquiátrica en mujeres casadas de mediana edad, en comparación con las solteras es un caso frecuentemente observado, siendo las mujeres casadas las que presentan más síntomas de depresión, que las solteras.

Además, se ha identificado que el matrimonio se considera como un factor menos protector para las mujeres que para los hombres de padecer depresión (Laswell, 2002, citado en Gaviria, 2009), incluso, se ha demostrado que las mujeres que se casan presentan una peor salud en comparación a los hombres, lo que para ellos si resulta ser un factor protector (Montesó-Curto, 2014). Para las mujeres estar casada, se acompaña del reparto no equitativo de las tareas domésticas en el hogar, lo que aumenta el riesgo de tener depresión (Matud, Guerrero y Matías, 2005, citado en Neckenig, 2018).

Simultáneamente, la figura del marido o compañero, de acuerdo al modelo tradicional, es una figura cuestionada en la depresión de las mujeres, debido a que no las apoyan lo suficiente y/o no las quieren escuchar. La mayoría vienen de una educación tradicional y parece que les es imposible ayudar, no saben exteriorizar aquellas emociones tan importantes para dar su apoyo. Mientras la mujer desarrolle el rol de cuidadora del hogar y todo esté en su sitio, la estabilidad de la familia quedará garantizada, pero cuando la mujer cae en depresión, el hombre se desentiende. Así, aunque los hombres “ayudan” en el hogar, son las mujeres las que lo tienen que organizar todo (Montesó, 2015).

Por el contrario, un matrimonio en el cual existe un buen soporte por parte de la pareja en los momentos estresantes, puede disminuir el riesgo de depresión (Wu y DeMaris, 1996, citado en Gaviria, 2009). Además, de acuerdo a Guerrero (2003), el menor estrés entre parejas se encuentra relacionado a una mayor satisfacción marital y ajuste, donde hay mayor aceptación del trabajo pagado de las mujeres. Sin embargo, el matrimonio a menudo limita el desempeño ocupacional, particularmente en las mujeres. Para ellas, el matrimonio y los niños tienen un mayor impacto negativo en el empleo que el empleo sobre los niños y el matrimonio.

Por su parte, la maternidad en nuestra sociedad ha comportado un gran peso tanto físico como emocional para las mujeres, aunque en la actualidad parece que la crianza empieza a compartirse, todavía la mayor parte de la carga es soportada por las mujeres (Montesó, 2015).

El modelo de feminidad exige experimentar la maternidad y el cuidado de los otros solo de forma positiva, las mujeres deben ser refugio y sostén de las angustias y malestares ajenos sin mostrar ambivalencia. Frente a estas exigencias se producen sentimientos de culpabilidad ante las dificultades para responder al sacralizado mito de la maternidad y conciliar satisfactoriamente espacios vitales antagónicos, estas realidades frecuentemente se ocultan bajo los síntomas somáticos (INMUJERES, 2008b; Martínez, 2003)

Torres (2001) al realizar un estudio, examinó la orina de mujeres que trabajan y tienen hijo/as, en comparación con mujeres que trabajan y no tienen hijo/as. El elemento de comparación fueron los niveles de cortisol (hormona del estrés), de adrenalina y noradrenalina, sustancias asociadas al estrés, los resultados mostraron que las mujeres con hijos/as presentan mayores niveles de cortisol durante las 24 horas del día en comparación de aquellas que no tienen descendencia. En otro estudio sobre maternidad y estrés se sugirió que la maternidad “intensa” caracterizada en parte por la creencia de que las madres tienen un rol parental más importante que los padres, se asocia con niveles más altos de estrés (Schiffrin et al., 2012).

Baruch y Barnett (1986, como se citó en Escalera y Sebastián, 2000) identifican que raramente el ser madre se asocia al Bienestar Psicológico, debido a los indicadores de depresión, autoestima y satisfacción vital, incrementándose incluso el nivel de síntomas depresivos en madres de preescolares y/o con varios niños/as. De hecho, se ha identificado que tener hijos/as de corta edad, suponen un mayor riesgo cuanto mayor es el número de los/las mismas/os, aumentando el riesgo de tener depresión (Matud, Guerrero y Matías, 2005, citado en Neckenig, 2018). Sin olvidar la presencia de depresión posparto en algunas mujeres, de la cual todavía no se explican el porqué, desde la perspectiva biomédica (Montesó, 2015), sin embargo, existe un consenso en cuanto a que los factores psicosociales son los que tienen una mayor asociación a este padecimiento (Mendoza y Saldivia, 2015).

Es importante agregar, que el rol maternal tiene un gran peso cuando se trata de entender la autoestima. A pesar de los cambios en el desempeño de los roles, el

percibir que se es una buena madre sigue jugando un papel destacado en la valoración que las mujeres hacen de sí mismas (Gómez, 2004). Las dificultades e incapacidad de alcanzar la meta del “ideal maternal” es vivida como una insuficiencia personal, y socava la autoestima de muchas mujeres al no ser capaces de satisfacer su expectativa de perfección. Este ideal maternal, y la maternidad derivada, que con variantes continúa manteniéndose, socava, en muchas mujeres, todo deseo de autonomía, de modo que terminan fagocitadas por sus hijos e hijas y por sus responsabilidades familiares (Martinez, 2004).

Tomando en cuenta lo anterior, es importante mencionar que la maternidad, parte de la feminidad como imaginario social, que ha sido asociada a la mujer, bajo el influjo de las fuerzas patriarcales, no es debido a una condición natural inmanente o a una supuesta esencia femenina, ya que para ser madre no se requiere ser mujer desde el punto de vista de la función psíquica. El estereotipo sociocultural de la feminidad es introyectado y asumido por las mujeres, construyendo de esta forma la subjetividad femenina a imagen y semejanza de la cultura, realizando la operación madre = mujer (Cortes y Carranza, 2012).

Las características de la feminidad son patriarcalmente asignadas como atributos naturales, eternos y ahistóricos, inherentes al género y a cada mujer (Lagarde, 1997) la desigualdad se comprende desde una noción del género conceptualizado como dispositivo de poder. Los patrones dominantes de valoración son androcéntricos y la feminidad normativa conlleva implícita y explícitamente, vertebrado por el rol de cuidadora (Pujal i Llombart et al., 2020).

Sánchez-Herrero et. al (2011) plantea que el rol de cuidadora ya sea de forma remunerada o no remunerada afecta la salud de las mujeres, ya que presentan diferencias significativas cuando se comparan con mujeres que tienen otras ocupaciones, presentando menores niveles de autoestima y mayor presencia de dolencias físicas.

En general ante este rol de cuidadora, se observa una mayor prevalencia de depresión, ansiedad y estrés entre las mujeres, llegando a ser incapacitantes en algunos casos. Entre los detonantes de estas enfermedades se encuentran varios motivos como la falta de sueño y de tiempo para asistir a la consulta del médico/a o realizar ejercicio, la tensión generada por la falta de ingresos o las preocupaciones derivadas de los efectos de esta labor de cuidados (Malgesini, 2020).

El cuidado consume mucho tiempo y ello genera depresión en las mujeres cuidadoras por la obligatoriedad moral de tener que hacerse cargo de una persona. Las mujeres cuidadoras no tienen tiempo para realizar actividades propias ni para abandonar por un momento aquellos cuidados para los que han organizado su vida y para los que no se han planteado siquiera el pedir ayuda. Entran primero en un periodo de ansiedad que continúa con el proceso depresivo y otras entran de lleno en la depresión directamente (Montesó, 2015). Sin embargo, hay que tomar en cuenta la calidad del rol de cuidado.

Por otra parte, en el rol de ama de casa, se ha identificado un deterioro de la salud mental relevante, presentando problemáticas como depresión, ansiedad, estrés y baja autoestima, sin embargo, la descripción de este rol se desarrollará más a detalle en el próximo capítulo.

De manera que los roles de ama de casa, esposa, madre y cuidadora explican el desarrollo de baja autoestima y patologías como la depresión, estrés y ansiedad, pero es importante mencionar que tales roles no se experimentan de igual modo en distintos sectores sociales (Linardelli, 2015). En efecto, el estereotipo de ama de casa-esposa-madre-cuidadora está presente en las representaciones sociales dominantes que suelen establecer una asociación directa entre ser mujer y ser madre; sin embargo, no se materializa igualmente para todas, por el contrario, históricamente se reconocen divergentes modelos de maternidad y familia según la cultura y la clase social (Donzelot, 1998, como se citó en Linardelli, 2015).

Podemos identificar que cuanto más rígida y uniforme sea la identidad femenina de la mujer y con mayor consistencia y estabilidad desempeñe su rol de género, más tensiones le puede llegar a producir el hecho de no poder alcanzar los modelos ideales. En este sentido, la complicidad con estos mensajes de género lleva a muchas mujeres a asumirlos como propios y querer ser perfectas madres e hijas; buenas esposas; atractivas; buenas profesionales y eficaces amas de casa, para satisfacer toda una suma de demandas que, en última instancia, se vuelven contra las propias mujeres al actuar como desencadenantes que afectan su salud mental (Martínez, 2004).

**Doble Jornada y sus Implicaciones en la Salud Mental.** Las mujeres usualmente tienen más conflictos de rol y tensión que los hombres cuando los roles del empleo y los de la familia se combinan (Guerrero, 2003). Sus roles muchas veces entran en conflicto y se da una sobrecarga porque asumen la mayor parte de la carga en el reparto de tareas domésticas y familiares, lo cual, hace que se reduzca el efecto positivo del empleo sobre el bienestar (Matud, 2008; Piccinelli y Wilkinson, 2000) y cayendo consecuentemente en la doble jornada.

La doble jornada tiene un impacto negativo en la salud mental de las mujeres, se ha observado que presentan una morbilidad psiquiátrica más elevada, relacionada con los mayores niveles de estrés (Vázquez-Barquero et al., 1992) derivado del desempeño de varios roles simultáneamente y la extensa jornada dentro y fuera de la casa (Guerrero, 2003; Segura y Pérez, 2016).

El estrés cotidiano que viven las mujeres debido a la multiplicidad de roles, se liga a la prolongación del tiempo designado al trabajo, al contexto laboral, tener muchas demandas y poco control sobre ellas (como un mayor requerimiento en uno de sus roles y presentar dificultades o no saber manejarlo por sentirse incapaz), tener muchas cosas por hacer, pero no contar con apoyo, presentar dificultades con el manejo del tiempo, disminución del descanso, etc., lo que va consumiendo la energía vital de las mujeres, manifestándose en fatiga crónica, malestares y trastornos físicos y psicológicos (Segura y Pérez, 2016; Guerrero, 2003). La sobrecarga resultante es mucho más grave cuando los recursos económicos son escasos, hasta el punto de que se reconoce como el primer proceso psicosocial determinante de salud en las mujeres (Julián et al., 2013)

Adicionalmente, el rol de esposa, tanto la condición laboral, como el rol de madre pueden influir en el riesgo de depresión en las mujeres (Gaviria, 2009). La depresión desde la psicología se ha identificado que uno de los factores que la producen es el exceso de roles (Montesó-Curto, 2014), sin embargo, es el estrés el mayormente asociado a la categoría de doble jornada.

Garduño y Márquez (1995) al estudiar algunos aspectos de la situación de género de las mujeres con trabajo remunerado, identificaron que la patología relacionada con estrés corresponde a las exigencias de dos ámbitos, el de la vida doméstica y el de la laboral, factores que, como ya se explicaba en el capítulo anterior, implica la doble jornada de las mujeres.

La diferenciación del trabajo no remunerado que realizan las mujeres afecta su salud, debido a los riesgos asumidos y aspectos psicosociales, como el estrés que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno (Valls-Llobet, 2010).

Cuando la mujer que trabaja fuera del hogar continúa asumiendo las mismas tareas sobre el cuidado de la casa y la familia, el número total de horas de trabajo y la responsabilidad se multiplican, dando origen a un incremento adicional en los niveles de estrés padecidos por la mujer que se desarrolla simultáneamente con los papeles de esposa, madre y trabajadora (Herránz et al., 1990).

Debido a que las mujeres mantienen típicamente mayor responsabilidad por la casa y la familia, ellas están más expuestas a tener conflictos de inter-rol y sobrecarga porque tienen que “hacer malabares” con las demandas del trabajo doméstico. La tensión psicológica que resulta de un conflicto inter-roles y sobrecarga puede reducir el tiempo, esfuerzo y atención que las mujeres dedican a sus trabajos (Guerrero, 2003). Por lo que las mujeres con doble jornada, con frecuencia, abandonan sus puestos de trabajo, reducen sus jornadas, solicitan permisos, perdiendo poder adquisitivo inmediato (salario) y futuro (pensiones) (Millán et al., 2020). Más aún si tenemos en cuenta que el 90% de mujeres que trabajan fuera de casa presentan tensión psicológica, no es de extrañarse que esta sobrecarga de la doble jornada tiene costes directos en salud mental, donde además del estrés y depresión, se presenta la ansiedad, y problemas osteomusculares (Millán et al., 2020; Ruiz-López et al., 2018).

Sin embargo, es importante mencionar que el hecho de trabajar fuera de la casa no representa necesariamente conflictos para las mujeres y que sus efectos son positivos y negativos, dependiendo de otros factores implicados (Gómez, 2004). Baruch y Barnett (1986) identificaron que no es tan importante el número de papeles desempeñados, sino la calidad de los mismos, igualmente, no debería hablarse de bienestar o malestar en general, sino de cada una de las facetas de estos constructos.

Contrario a lo que suponen muchos/as en nuestras sociedades patriarcales, las experiencias laborales no tienen por qué traer consigo sólo consecuencias negativas para la mujer y su familia. La salud mental de las mujeres trabajadoras que desempeñan roles familiares se asocia con variables que provienen del medio laboral

y de su medio familiar, como ya se mencionaba anteriormente (Gómez, 2004). Por lo que el trabajo remunerado de las mujeres no necesariamente conduce a mayores niveles de estrés, de ansiedad o a menores grados de salud mental y bienestar (Arias et al., 2017), sino las condiciones de los múltiples roles que desempeñan.

Inclusive, el trabajo remunerado puede incrementar la autoestima y la autoeficacia, así como contribuir a dar significado a la propia vida, componentes de la salud mental (Arias et al., 2017). Pietromonaco et al. (1986, citado en Guerrero, 2003) encontraron que mujeres con tres, cuatro o cinco roles tenían más autoestima y estaban más satisfechas con sus trabajos que las que tenían uno o dos roles. De acuerdo a Gómez (2004) entre las ventajas de trabajar fuera del hogar las mujeres citan la posibilidad de aumentar su autoestima, sentirse capaces, auto-eficaces, les produce mucha satisfacción aportar a sus familias y especialmente a sus hijos.

De acuerdo a Gómez (2004) varios estudios han encontrado que las mujeres con pareja e hijos, que además trabajan, reportan en general altos niveles de autoestima y sentido de eficacia y baja depresión. Por otro lado, se ha demostrado que es menos probable que las mujeres empleadas tengan cónyuge y/o hijos que los hombres empleados, lo cual ha significado que las mujeres evitan acumular roles para evitar el estrés de rol (Guerrero, 2003).

Por tanto, el impacto positivo y negativo de trabajar fuera de la casa está asociado a diversos factores, tal es el caso de las mujeres con una economía más privilegiada son quienes pueden hacer frente a las dobles jornadas de trabajo, por medio de la contratación de otras personas que realicen las tareas de casa o el cuidado de los hijos (Campos-Serna et al., 2012). En cambio, la sobrecarga es mucho más grave cuando las condiciones laborales son limitadas y no garantizan la protección social, el crecimiento personal ni económico; situaciones que exponen a las trabajadoras a mayores riesgos psicosociales y de salud (Sánchez et al., 2011)

De acuerdo a Hernández y González (2019) el bienestar también se relaciona con la salida de la casa y actividades fuera de su rutina laboral y familiar, como el mantener una relación cercana con amigas/os; este dato nos sugiere que dicha actividad lleva a las mujeres a bajar sus niveles de ansiedad y, por tanto, mejorar su salud mental de tal forma que esto se convierte en una parte fundamental para equilibrar el estrés derivado de las responsabilidades del hogar y del trabajo. Sin

embargo, salir con amigas/os no siempre es posible cuando hay una familia detrás que cuidar y atender, dilema que dispara sus niveles de ansiedad y estrés.

Mientras la sociedad vea el cuidado de los/as niños/as y el trabajo del hogar como una responsabilidad primaria de las mujeres, muchas mujeres estarán expuestas a sufrir la contaminación psicológica que conlleva la doble jornada en la forma de ausentismo, lentitud, déficit de energía, preocupación con asuntos relacionados con la familia y renuencia a aceptar responsabilidades que conflictúan su tiempo y sus actividades con la familia (Guerrero, 2003).

Como se ha visto, los determinantes psicosociales de género abren una ventana para comprender cuáles son algunas de las circunstancias asociadas a los padecimientos en salud mental de las mujeres, esclareciendo que el vivir en una sociedad patriarcal, con modelos tradicionales que siguen dejándolas en una posición subordinada, es un hecho que debe cambiar y se deberá tomar forzosamente en cuenta cuando de salud se trata. Sin dejar de lado que estas desigualdades aumentan en interacción con otros ejes de opresión como son la clase social, etnia, color de piel, identidad sexual, nivel de estudios, trabajo etc. (Escartin y Lasheras, 2020).

### ***1.3.3 Propuestas Feministas en Salud Mental de las Mujeres***

Como ya se ha expuesto, vivir en una sociedad patriarcal donde la visión androcéntrica y los determinantes psicosociales de género afectan la salud mental y el bienestar de las mujeres, la teoría feminista ha propuesto hablar en términos de malestar, tomando este concepto como una alternativa para no seguir patologizando las afectaciones en la salud mental de las mujeres.

De acuerdo a Barbera y Martínez (2004), el hablar del malestar de las mujeres implica adoptar un posicionamiento teórico e ideológico que se pregunte por los efectos que produce el lugar históricamente construido para ellas y que indague cómo los modelos de socialización, los roles familiares, las obligaciones, las posibilidades de expectativa laboral, etc. producen situaciones de sobrecarga física y emocional que acaban siendo factores de riesgo para la salud.

En el ámbito de la investigación feminista que estudia la salud de las mujeres se ha retomado con frecuencia el término de malestar psicológico, dado que desarticula el binarismo salud-enfermedad al ir más allá de los síntomas, por lo que

permite y fuerza a la incorporación de dimensiones significativas, tal como la producción de las subjetividades femeninas y masculinas, de ahí que se adquiriera una fuerte significación de la dimensión sociocultural e histórica (Barbera y Martínez, 2004; Nogueiras, 2018). Analizar la subjetividad en términos de malestar psicológico ha permitido llegar a las dicotomías del malestar de género (Pujal i Llombart et al., 2020) y, en específico, de las mujeres.

Velasco (2006) define el malestar de las mujeres, como el malestar psicosocial, el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable. El malestar en las mujeres es caracterizado por la subordinación, pasividad, internalización del sufrimiento, ser vistas como objetos, surge de una interacción social regulada que lleva a postergar las propias necesidades y a centrarse en las de otras personas, lo que implica cierta “violencia hacia sí” (Pujal i Llombart et al., 2020).

Desde la teoría feminista se han tomado en cuenta, por una parte, el análisis de factores biológicos que no han sido bien investigados como una de las causas del malestar de las mujeres, y por otra, la consideración de que los síndromes del malestar de las mujeres se derivan de aspectos psicosociales relacionados con el género (Nogueiras, 2018).

Debido a que tradicionalmente se ha dado respuesta al malestar en las mujeres sin atender a su origen estructural, es decir, sin tener en cuenta las circunstancias y las condiciones de vida de las mujeres, así como sus roles, como consecuencia, se tiende a considerar estas manifestaciones como patológicas y se responde medicalizándolas sin buscar las causas que originan los síntomas (Escartín y Lasheras, 2020; Láñez et al., 2019;). Ante esto, autoras como Montesco et al. (2011) mencionan que las mujeres a través de su cuerpo han expresado una serie de síntomas inespecíficos que ya hemos visto a lo largo de este capítulo, relacionados con síntomas de depresión, ansiedad, estrés, somatización; pero tomándose como malestares y no como trastornos.

En este contexto, las teorías feministas de la salud hacen hincapié en que el malestar de las mujeres está relacionado con el sistema sexo/género moderno, propio de las sociedades occidentalizadas y capitalistas, que dispone una organización social, material y simbólica, desigualitaria entre los sexos (Pujal i Llombart et al.,

2020). Cómo ya se veía en el apartado anterior, los factores psicosociales de género que predisponen actualmente al malestar y la enfermedad son los que proceden, del mantenimiento de papeles tradicionales derivados de los roles de género, que siguen imponiendo restricciones al desarrollo personal de las mujeres y que las exponen a posiciones objétales de pasividad, dependencia, aislamiento y dedicación exclusiva al cuidado (Velasco, 2006).

Estas discriminaciones conllevan al aislamiento de determinadas esferas sociales y campos de la actividad laboral y política, lo que coloca a las mujeres ante la imposibilidad de disfrutar de los recursos disponibles, a la falta de reconocimiento de sus capacidades personales, y la negación a manifestar libremente las propias emociones e intereses, además de los sentimientos de infravaloración e indefensión que estas experiencias vitales pueden llegar a generar. Hasta tal punto, estas contradicciones producen efectos que de manera reiterada se manifiestan en los malestares de los que informan las mujeres (Martínez, 2003).

Es por ello, que desde la teoría feminista se propone que los síndromes del malestar de las mujeres deben ser intervenidos desde un enfoque que los unifique a través de su significado, lo que permite abordarlos en su causalidad, factores asociados y repercusiones, dejando provisionalmente a un lado las necesidades diagnósticas, con un abordaje y tratamiento integral biopsicosocial que incluye condicionantes de género y subjetividad (Velasco, 2006). La emergencia del malestar en las mujeres tiene que situarse en relación con las prácticas y con las interacciones reguladas por las pautas de género que jerarquizan las posiciones de hombres y de mujeres (Pujal i Llobart et al., 2020).

De igual forma, ante la prevalencia diferencial de la salud mental en mujeres, se menciona la urgencia de obtener diagnósticos diferenciales más rigurosos que tomen en consideración el peso de la cultura en la construcción de la subjetividad, así como el impacto de la cotidianidad en la salud mental, y que no impliquen asumir la creencia de que al ser anatómicamente diferentes varones y mujeres deben enfermar de forma desigual. Así mismo, establecer nuevas estrategias de trabajo que contemplen los factores de riesgo y prevención para cada uno de los sexos, en los que no solo inciden variables biológicas, sino también psicológicas y sociales (Martínez, 2003).

Desde esta perspectiva, se han implementado intervenciones que toman en cuenta las problemáticas en salud mental más allá de lo biológico. Tal es el caso de los grupos socioeducativos (GRUSE), que han constituido una estrategia de promoción de la salud y bienestar emocional, mayoritariamente se dirigen a mujeres que acuden a los centros de salud con signos de malestar para los que no se encuentra base orgánica, como una propuesta no medicalizadora, que desarrolla un trabajo con las mujeres habilitando un espacio donde identificarse, expresarse, encontrar comprensión, apoyo mutuo y donde se van haciendo conscientes de que la causa de su malestar deriva de una determinada configuración social, incidiendo en la idea de Kate Millet: “lo personal es político” (Iáñez et al., 2019).

Desde el ámbito de la psicología se ha propuesto llevar a cabo psicoterapia con perspectiva feminista, la cual trata de derribar los constructos de la psicología tradicional, considerada ontológicamente patriarcal, que responde a los intereses masculinos, patologizando en nombre de la ciencia todas aquellas conductas, actitudes, sentimientos y pensamientos de las mujeres, que desde sus lógicas no favorecen el sistema o lo ponen en riesgo (Cuerpas en libertad, 2022).

Además, se han creado espacios para mujeres, a través de talleres sobre comunicación, autoconocimiento y apoyo mutuo, dándoles la oportunidad de identificar y potenciar sus activos personales y los disponibles en su entorno, con el fin de que manejen de manera saludable las dificultades de la vida cotidiana e identifiquen el impacto que tienen las cargas de género sobre la salud mental (Iáñez et al., 2019).

## Capítulo 2. Mujer Ama de Casa

Las amas de casa son un grupo de población mayoritariamente compuesto por mujeres, de ahí que este término ha sido usado tradicionalmente en castellano para referirse a la mujer que se ocupa de las tareas de su casa, como señala el diccionario de la RAE. Por otra parte, el término ama de casa, es prácticamente inexistente en cuanto a su uso y no está en el diccionario (Lobera y García, 2014).

Ser ama de casa se caracteriza por representar un conjunto de roles tradicionales, donde las actividades llevadas a cabo, en el seno familiar, se consideran como "normales" (Ramírez, 2004), las mujeres que lo realizan pueden o no estar casadas y pueden o no tener un trabajo remunerado y/o preparación profesional. El ser ama de casa constituye un trabajo no remunerado de gran parte de las mujeres porque la mayoría tienen asignada la responsabilidad del hogar y cuidados, en el espacio doméstico (Vega, 2007).

Dentro del trabajo no remunerado que realizan, se encuentra el trabajo doméstico, definido como el conjunto de actividades que están destinadas a la satisfacción de necesidades de primer orden, y el de cuidado de los miembros de la unidad familiar, lo que le ha asignado el carácter de obligatorio y gratuito (Vega, 2007).

Sin embargo, en los análisis del trabajo no remunerado realizado en las amas de casa, el de cuidado se considera como perteneciente al trabajo doméstico, a diferencia de las investigaciones en trabajo remunerado, en los que se analizan por separado. Debido a las características que les han sido impuestas, la invisibilización de este grupo y el trabajo que realizan es una constante, pese a ello, se cuentan con investigaciones, que evidencian cómo la ocupación que tienen ha influido de manera negativa en su salud mental.

A lo largo de este capítulo, se describen a detalle las características del ama de casa, así como los procesos que llevaron a la construcción de su identidad, en el marco del sistema social capitalista y patriarcal, a través del modelo familiar e institucional asentado en la división sexual del trabajo. Se retoma la perspectiva de los determinantes psicosociales de género en salud mental, enfocados a la población diana de esta investigación, las mujeres amas de casa.

## 2.1 Contexto Histórico de las Amas De Casa

Si bien desde hace mucho tiempo atrás se ha dado la división de actividades por sexo-género, fue a partir del siglo XX, con la revolución industrial, que se acuñaron dos conceptos, el de actividad e inactividad, es decir, se afirmó la figura del asalariado y, a su sombra, la de la trabajadora doméstica no remunerada (Lobera y García, 2014), reforzando la desigualdad entre el trabajo de la mujer y el del hombre. Se designó a la mujer la responsabilidad de quedarse en la casa, a comportarse típicamente de cierta manera, a sentirse dependiente e insegura ante los hombres, para dar soporte a las demandas del capitalismo. Se vinculó al hombre a la producción y a la retribución económica como signo de su valor, con privilegios para desenvolverse en el ámbito público, haciendo notar que en su caso no existían condiciones que les obstaculizara su salida a este ámbito (Aguilera, 2016; Vega, 2007).

La remuneración monetaria definió la separación de la esfera doméstica del área económica, por lo que al trabajo (productor de bienes de uso, que generan una compensación económica, derechos y protección social), se le definió como actividad, a la que se le sumaron enseñanzas de habilidades, leyes de contrato, tiempo y disciplina, y con ello, se le confirió un reconocimiento en el espacio público (Lobera y García, 2014; Vega, 2007).

Mientras al empleado se le exigía realizar su trabajo a jornada completa, al ama de casa se le impuso procurar la subsistencia del trabajador y de la familia, en el ámbito laboral y extradoméstico, con su labor reproductiva en el hogar y, a menudo completaba los ingresos del hogar con trabajos extra domésticos de baja remuneración (Lobera y García, 2014), que presumiblemente, se siguen haciendo hasta el momento y no han sido contabilizados.

Desde un discurso basado en las diferencias sexuales entre los géneros, fue que se construyó una supuesta naturaleza en la cual se dieron argumentos que excluyeron a las mujeres del ámbito público y del político, al tiempo que separó la vida doméstica del mundo exterior. El discurso subyacente a esta construcción era que las mujeres debían renunciar a sus aspiraciones de competir por el poder en el ámbito económico y el político, porque esa era una cualidad masculina exclusivamente de los hombres (Vega, 2007).

Además de lo público, lo privado también fue conceptualizado para el hombre, desde una concepción ilustrada, como el espacio ligado al cultivo de su individualidad, a lo propio, a lo singular, a la posibilidad de estar consigo mismo, lejos de las obligaciones y de los agobios que el espacio público representaba en su vida. Sin embargo, si la protagonista era una mujer, lo privado se tornaba, y se sigue tornando, como un espacio representado por el conjunto de prácticas afectivas y materiales, orientadas al cuidado y la atención de los/as otros/as, es decir, no había espacio privado. De esta manera, el concepto privado no es equivalente al de doméstico. Mientras que el primero se conjuga con la individualidad, el segundo con la negación de lo propio (Vega, 2007).

La confinación de la mujer al interior del hogar, no constituyó una decisión propia, sino que fue el producto de la dominación y falta de otras oportunidades de supervivencia (Instituto Aguascalentense de las Mujeres [IAM], 2007), que se mantienen hasta nuestros días, no es de sorprender que para el 2018, de la población en México que ni estudia, ni trabaja 3 millones son mujeres y 800 mil son hombres (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas [CEFP], 2018), esto se puede vincular a las dificultades que han tenido para salir del espacio doméstico, el mismo donde no han encontrado correspondencia, en cuanto a lograr un protagonismo equivalente al de los hombres en el espacio público, donde además les está vedado retirarse, y menos aún pensar en sí y para sí (Murillo, 1996).

En el espacio doméstico las mujeres han sido llamadas a cumplir con su “destino” de amor y servicio, que se extiende a casi todas las relaciones humanas, donde se maternalizan todos los roles, de esta manera, el trabajo doméstico y el género femenino se presentan unidos como si de un vínculo natural se tratara. En la práctica, mujer, familia y hogar quedan simbólicamente representados por las amas de casa (Carreño y Rabazas, 2010; Lobera y García, 2014; Martínez, 2003; Vega, 2007).

En el espacio doméstico, las actividades a desarrollar estaban y siguen estando dedicadas a atender al consumo individual de los productos generados en el mercado, al crear valores de uso, es decir, al tener como ejes de su razón de ser el mantener y reproducir la fuerza de trabajo, sin una compensación monetaria por ello. Fue entonces que al trabajo doméstico se le definió como inactividad, sólo como una ayuda necesaria en la propiedad privada familiar y en el mantenimiento del sistema

social, y al ser inactividad, no se le reconoció como lo que es, un trabajo, las labores propias de este, al tener el carácter de privadas, individuales y concretas, se impusieron como obligación para las mujeres, lo que implicó su no contabilización y la marginación de quienes la realizaban (Vega, 2007). De esta forma el capital creó al ama de casa para servir al trabajador y a su familia, de forma física, emocional y sexualmente; para criar a sus hijos, coser sus calcetines y remendar su ego cuando se ve afectado a causa del trabajo y de las solitarias relaciones sociales que el capital le ha reservado. Es precisamente esta combinación de servicios físicos, emocionales y sexuales que permitieron y siguen conformando el rol de servir a los/las demás, que las amas de casa deben desempeñar para el capital. Como ya se ha mencionado, ha hecho que queden confinadas al espacio doméstico, donde su trabajo se torna pesado y al mismo tiempo tan invisible (Federici, 2013, citado en Diz, 2020) tanto para la sociedad, como para ellas mismas, ya que las prácticas que realizan, al ser concebidas como naturales, inciden en la forma en que las mujeres invisibilizan su propio trabajo, reforzando los aspectos consolidados de un sistema patriarcal metaestable (Femenías, 2008, citado en Colanzi, 2016). La invisibilización de las amas de casa alcanza, incluso, a la investigación, ya que las construcciones teóricas de este grupo han seguido básicamente dos enfoques, el primero, se ha centrado en la familia como institución (como unidad de producción y de consumo) y, el segundo, se ha enfocado más en el trabajo doméstico, en su desigual reparto por género, su contribución al bienestar social y a la riqueza. En pocas ocasiones se ha contemplado a las amas de casa como sujeta colectiva protagonista de la actividad, tanto en los estudios centrados en la familia como en los centrados en el trabajo, la figura del ama de casa ha quedado en un plano secundario (Lobera y García, 2014).

En las investigaciones en psicología se ha contemplado principalmente constructos como el “síndrome del ama de casa”, utilizado para designar un padecimiento común a mujeres cuya única ocupación es cuidar del hogar, la pareja y los hijos, se caracterizaría por trastornos psicosomáticos y síntomas depresivos (Herránz et al., 1999), y sobre todo el del “nido vacío”, centrándose en el hecho de la emancipación de los/as hijos/as como elemento decisivo en la salud mental de las mujeres (Escalera y Sebastián, 2000), sin tomar en cuenta la influencia que tiene el sistema patriarcal sobre estos padecimientos.

Sin embargo, este sistema social y sus instituciones han sido cuestionadas por el feminismo desde los años 60's, a través de consignas que permitieron poner a discusión la condición cultural de los roles de género y el entramado político del dominio privado. Además, esta perspectiva sostiene que el desarrollo industrial, y el modelo productivo en el que se enmarca este proceso, no habrían resultado tan exitosos si no hubieran estado soportados sobre esta distribución de género, que ha tenido como base el modelo familiar asentado en la división sexual del trabajo, donde el varón, es el responsable de proveer el sustento familiar, mientras que la mujer ama de casa, se ocupa del cuidado y la producción doméstica. Como se puede ver se recrean relaciones sociales de intercambio y solidaridad, de autoridad, poder y conflicto, que contribuyen al mantenimiento de la subordinación de las mujeres respecto de los hombres (Battyhyany, 2004; Butti, 2003; Lobera y García, 2014).

## **2.2 Trabajo de las Amas de Casa**

Como ya se mencionaba, el trabajo de las amas de casa se define principalmente por las actividades no remuneradas que realizan. La valorización y visibilización de este trabajo ha sido abordado desde lo teórico, especialmente por perspectivas feministas y los estudios de género (Colanzi, 2016). Principalmente desde el análisis del trabajo doméstico, el cual ha sido definido como la actividad económica realizada en el ámbito doméstico, en beneficio del propio hogar. Margaret Reid lo definió como tal, desde 1934, pero fue hasta décadas más tarde que se incluyó en la literatura especializada (Pedrero, 2005).

El trabajo doméstico afecta bienes y servicios de manera directa, los cuales son susceptibles de ser objeto de un intercambio mercantil en el mercado laboral (Colanzi, 2016), debido a que los bienes que se compran se transforman mediante trabajo doméstico antes de poderse consumir (de ahí que el trabajo doméstico sea una actividad de transformación) y los servicios que proporciona (cuidado de los miembros de la familia, higiene, etcétera) son indispensables para el mantenimiento de la vida (Pedrero, 2005). Sin embargo, al ser llevadas a cabo en el espacio doméstico, en el marco de una relación social familiar determinada, dichas actividades no son objeto de ningún intercambio mercantil, lo que les ha asignado el carácter de obligatorio y gratuito (Batthyany, 2004; Vega, 2007).

Aun en las economías de capitalismo avanzado, la producción doméstica ocupa una parte considerable del tiempo involucrado en la reproducción social, además, entre menos desarrollada se encuentra la producción social, los bienes y los servicios necesarios se obtendrán más en la esfera doméstica mediante trabajo no remunerado, ya sea porque no existe suficiente suministro de tales bienes o servicios en el mercado, o porque éstos no son asequibles para la población con escasos recursos monetarios (Pedrero, 2005).

Sin embargo, el trabajo doméstico, queda inferiorizado por el trabajo productivo, las actividades no remuneradas del ama de casa han pasado desapercibidas e invisibles. La teoría económica jerarquiza el trabajo remunerado y productivo, del trabajo reproductivo no remunerado, diferenciando entre valor de uso y valor de cambio (Carreño y Rabazas, 2010). Desde la economía tradicional, el sector de economía doméstica no remunerada ha sido poco considerada, debido a un convencionalismo económico admitido en el seno de la comunidad científica (Durán, 1988, citado en Pedrero, 2005), aunque este no se reduce a la economía, ya que, en el ámbito social y político, tampoco se les reconoce.

En los análisis estadísticos, el trabajo doméstico ni siquiera se contempla como perteneciente a alguna forma de trabajo. En México el trabajo doméstico se ha identificado como el conjunto de actividades clasificadas generalmente como no económica, en este sentido la población mexicana inactiva es dividida en la población que tiene a su cargo responsabilidades correspondientes al siguiente orden: quehaceres domésticos, estudios, jubilación, pensionados e incapacitados para trabajar (Vega, 2007). Esto se ve reflejado en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), donde ubican a las personas que se “dedican al hogar”, como Población No Económicamente Activa (INMUJERES, 2021).

El trabajo de las amas de casa al no ser considerado como un trabajo, ha pasado desapercibido, tal es el caso de La Ley Federal del Trabajo, la cual no se ha ocupado de esta población, de esta forma las amas de casa no cuentan con prestaciones sociales o con seguro de salud, con las que sí cuentan las personas con un trabajo formal. En la agenda política y las representaciones en torno al trabajo no remunerado, persiste esta visión de que no es un trabajo en sentido estricto (Colanzi, 2016). A la vez que se establece una relación jerárquica en favor de quienes ejercen una profesión o empleo remunerado frente a quienes son dependientes (al menos

económicamente) de los ocupados (Lobera y García, 2014), el sistema social priva a las mujeres de alternativas de supervivencia en el caso de desavenencias con su cónyuge, su labor aislada e interna repercute en escasas alternativas en los procesos de toma de decisiones políticas y del conocimiento del desarrollo de fuerzas productivas en otros ámbitos laborales (IAM, 2007).

La negación del trabajo doméstico cumple varios objetivos, entre estos, la creencia en que el trabajo en la casa no es trabajo, y por lo tanto en que el ama de casa no trabaja, y la sujeción de la esposa a su marido, que permite al hombre maximizar su capacidad productiva cuyas necesidades se incluyen en un salario único (IAM, 2007).

Frente a la perspectiva tradicional, antes descrita, que establece una relación natural entre género y trabajo doméstico, representada en la figura de las amas de casa, las principales líneas de investigación se orientan hacia un debate conceptual y metodológico en el que se destaca el valor social y económico de la actividad que las amas de casa desempeñan (Lobera y García, 2014). Como ya se mencionaba, una de las contribuciones recientes a la investigación del trabajo no remunerado (tomando en cuenta las labores domésticas y de cuidados), se ha dado al estimar el valor económico de este, lo que para el periodo de 2018 a 2019, representó 23.5% del PIB, es decir, 5.5 billones de pesos (INEGI, 2020).

El trabajo no remunerado, realizado en el ámbito doméstico, ha sido difícil de catalogar, debido a las características de cada hogar, ya que el trabajo doméstico varía de un hogar a otro, tanto cuantitativa como cualitativamente. Entre los elementos que inciden, destacan; los hábitos de limpieza, el número de objetos de decoración, la sofisticación de la preparación de las comidas, los rituales de las fiestas comunales, el tamaño de la familia, la etapa biológica de la misma, la infraestructura de que disponga el hogar y del trabajo extra-doméstico que muchas amas de casa tienen que realizar, además, del contexto socioeconómico en el que se encuentre (Lobera y García, 2014; Pedrero, 2005; Vega, 2007).

De acuerdo con Pedrero (2005) las principales funciones del trabajo doméstico se relacionan con:

- Mantenimiento de la vivienda: limpiar, hacer reparaciones, realizar labores de mantenimiento.

- Proporcionar nutrición: planificar la comida, prepararla, servirla, lavar los trastes, etc.
- Proporcionar vestimenta: lavar ropa, planchar, remendar, reparar o confeccionarla.
- Proporcionar cuidados: a los/as niños/as, a los enfermos/as, a las personas de la tercera edad dependientes y a otros/as miembros de la familia que requieran apoyo constante.

A las actividades antes descritas, se suman las auxiliares, llamadas así porque dependen de las funciones principales y se ejecutan en beneficio del hogar, tales como transportar a miembros del hogar, hacer compras, realizar gestiones y pagos de servicios, realizar trámites para disponer de una vivienda, amueblarla y/o equiparla, planificar y controlar las finanzas, entre otras (Pedrero, 2005).

Las funciones antes descritas del trabajo doméstico mantienen ciertas características, que Vega (2007) manifiesta a través de nueve elementos centrales:

- 1) La no remuneración.
- 2) La multiplicidad de actividades. Como carece de una definición concreta de funciones, este trabajo puede implicar una variedad infinita de tareas que requieren una compleja diferenciación.
- 3) La rigidez. El límite entre el tiempo de trabajo y el tiempo de ocio o descanso para las amas de casa es difícil de trazar.
- 4) La escasa cualificación. Al trabajo doméstico se le ha definido como un trabajo que no requiere un aprendizaje especializado. Subyace la idea de que cualquiera lo puede hacer.
- 5) El límite de la autonomía. La libertad de acción y pensamiento de la ama de casa se encuentra limitada por el propio espacio doméstico y por las condiciones que las funciones le representan, sujetas a las necesidades de lo/as otro/as.
- 6) La indefensión. Las amas de casa que se dedican exclusivamente al trabajo doméstico no gozan de una garantía ante situaciones adversas.
- 7) La invisibilidad. Como el hogar no es visto como un lugar de producción, entonces el trabajo realizado en esta esfera, productor de bienes y servicios, cómo ya se ha mencionado, no es reconocido como trabajo,

ni en las cifras macroeconómicas ni en el imaginario social. Desde esta concepción, el trabajo doméstico no es una actividad ni es productivo.

8) La soledad. Como es un asunto individual y aislado, el trabajo doméstico se realiza en solitario

9) La jornada interminable. Puesto que no existe una regulación ni una media del horario, este trabajo se caracteriza por largas jornadas. La cantidad de tiempo que se le destina depende de las necesidades de la unidad familiar. Además, el trabajo doméstico no presenta variaciones en los fines de semana, días festivos ni vacaciones, y estos no representan una disminución del trabajo doméstico que realiza la mujer ama de casa, por el contrario, lo incrementan.

Como se distingue en estas características, el tiempo de trabajo doméstico está regido por los quehaceres y el tiempo que exigen en llevarlas a cabo, lo que hace que la jornada no esté sujeta a un horario estricto (Ramos, 1990, citado en Huerta, 1999), es menor cuando los ingresos son precarios porque no hay demasiada infraestructura sobre la cual hacer el trabajo, sin embargo, incrementa cuando los ingresos económicos son un poco mayores porque hay más trabajo por hacer y vuelve a disminuir si los ingresos son más elevados porque se recurre al pago de servicios para que sea una trabajadora doméstica quien lo realice (Vega, 2007).

De igual forma, Buendía (2016) menciona que la carga y participación de las actividades del trabajo no remunerado, en hogares nucleares y ampliados de estratos bajos se intensifica para las mujeres y disminuye con el ascenso de los estratos, en específico, de las actividades de cuidados. Las condiciones socioestructurales disponibles, la infraestructura, la sobrecarga de trabajo doméstico y extradoméstico, les impide recurrir a servicios domésticos externos remunerados.

Por otra parte, existe una percepción positiva que la mujer ama de casa tiene de su trabajo, que se basa primordialmente en la percepción social que las amas de casa realizan, de que su trabajo las dota de autonomía y del sentido de ser sus propias jefas, fundado en el hecho de que son ellas quienes establecen los estándares y las rutinas de su trabajo (Vega, 2007).

Por lo que de acuerdo a Colanzi (2016) el trabajo no remunerado tiene un lugar paradójico, dado que imprime en la vida de las mujeres sobre exigencias en el espacio doméstico y en la comunidad, pero también es una fortaleza que se aprecia en las

competencias de las mujeres como grandes administradoras del hogar y responsables del acceso a la salud y educación de los/as niños/as. Por su parte Matthews et al. (1998, citado en Matud y Bethencourt, 2000) en un estudio con 5438 mujeres encontraron que el trabajo de las amas de casa pese a ser monótono y con menos oportunidades de aprender nuevas destrezas, permite tener mayor control sobre el ritmo de trabajo y el descanso, en comparación de las mujeres con empleo remunerado.

Ann Oakley (1985, citado en Vega, 2007) profundiza el significado del sentido positivo que las amas de casa tienen de su trabajo, el cual se ve afinado principalmente por el grado de identificación que tienen con los componentes de este rol, son guiadas por la construcción social que se ha hecho, de que el trabajo es una de sus responsabilidades personales, equivalente a la asignación sobre los hombres de ser los responsables de mantener económicamente a la familia, como parte de su supuesta naturaleza, así como por el modelo de madre con el que se relaciona este rol y con la manera y la carga de trabajo doméstico que realizan: entre mayor es la cantidad de trabajo, la identificación se incrementa.

Sin perder de vista, que la mera asignación no tiene por sí misma una identificación positiva con este rol, como menciona Lagarde, su subjetividad queda definida por los sujetos y por los objetos con los que interactúa en su cotidianidad, más no por ellas mismas (Vega, 2007), es decir, dependerá del contexto económico y social, el grado de involucramiento familiar (de hijo/as y pareja) o de las alianzas con otras personas.

En cuanto a las propuestas que se han realizado, desde Inmujeres (2021), en lo referente a la actividad de cuidados, empieza a plantear el de un Sistema Nacional de Cuidados, que está definido como una serie de acciones, políticas públicas y reformas legislativas para garantizar el derecho al cuidado desde una perspectiva multidimensional. Tiene tres enfoques principales: repensar, replantear y reorganizar. Esto significa que, además de reconocer al cuidado como un derecho básico en la Constitución, se reconoce el valor de las labores. Sin embargo, esto continúa como propuesta, y al mencionarse como “actividad de cuidados”, se sigue sin considerar como perteneciente al trabajo que realizan las mujeres amas de casa.

### **2.3 Identidad y Socialización de las Amas de Casa**

La identidad del ama de casa se ha visto afincada en la conducción del hogar, que ha llevado paulatinamente a las mujeres a construir un sentido moral de sus labores desempeñadas, permitiéndoles ocupar un lugar práctico y simbólico, elementos que producen y reproducen el cumplimiento de este rol tradicional, y por ende el desempeño del trabajo no remunerado (Pedraza, 2011).

De acuerdo a Rodríguez (2006), la educación dada a las mujeres ha sido una buena herramienta para construir una identidad doméstica que las convierta en “buenas” amas casa, a través del proceso de socialización, desarrollan una particular imagen mental, desde este determinado modelo tradicional de ser mujer. Cómo se veía en el capítulo anterior, la interacción con otras personas es esencial para la consolidación de la propia identidad, en tanto que cada persona aprende a reconocerse a través de las relaciones que establece con lo/as demás, la identidad personal define un espacio esencial que se va adquiriendo (Jayme, 1999).

La mayoría de las mujeres, son socializadas durante toda su vida en el conocimiento detallado del trabajo no remunerado para su eficiente desempeño y realizan actividades domésticas en algún momento de su vida. Dentro de la familia nuclear, se les asigna el rol de ama de casa que deben cumplir, se establecen, además, los límites en los que se pueden mover y que son parte de su asignación identitaria culturalmente construida (Peredo, 2003). De esta forma las familias cumplen un papel principal, en la distribución desigual de las cargas de trabajo no remunerado, a través de los roles de género dentro del espacio doméstico (Buendía, 2016).

Desde la infancia niñas y niños entran en el proceso de socialización, que separa de manera muy clara las actividades, lenguajes, modales y vestimentas, correspondientes a cada género (Correa et al., 2013), van aprendiendo lo que socialmente les corresponde. Esta diferenciación educativa por sexo es efectiva para seguir perpetuando los condicionantes de la sociedad patriarcal, no solamente por las acciones realizadas intencionalmente sobre la conducta de los/as niño/as, sino también por la presencia continua de modelos tradicionales a imitar, en especial, con respecto a la distribución de funciones en el hogar (IAM, 2007).

En la adolescencia, al seguir el modelo tradicional las personas comienzan a advertir de forma más clara la división sexual del trabajo, en el caso de los hombres

surge la necesidad de trabajar, e incluso llegan a abandonar los estudios para comenzar una actividad laboral remunerada y contribuir de manera activa en la economía de la familia (Correa et al., 2013). En la mujer toma relevancia ejercer el rol de ama de casa, al corresponder con un significado de la identidad femenina, bajo el rasgo esencial de ser natural y desenvuelta para ejercer este rol, por lo que, junto con las habilidades hogareñas, se imprime un afecto de responsabilidad y obligatoriedad, que hace ver a la mujer como esencial y única en el plano del hogar (Aguilera, 2016; Vega, 2007).

En el estudio anecdótico de Ronzon et al. (2017) menciona que ante la realidad de las mujeres amas de casa se vuelve evidente que, las mujeres no consideran el retiro como opción, se enfrentan a la falta de ingresos propios y la toma de decisiones depende de otros. Los datos muestran que al casarse las mujeres decidieron o tuvieron que dedicarse al cuidado de los/las demás y esto repercutiría en su vejez; sin embargo, en la juventud, no tuvieron conciencia de esta decisión, muchas mujeres desde la niñez dedicaron gran tiempo al cuidado de otros como actividad principal, lo cual se prolonga hasta la vejez.

Las investigaciones de Garbanzo (1976, como se citó en IAM, 2007), realizadas con familias de estratos medios concluyeron que a los niños se les orientaba como futuros proveedores y autoridades de la familia, mientras que a las niñas se les reprimía el sentido de competencia y se centraban sus actividades en las de una futura ama de casa.

Por lo que, los métodos de crianza cobran gran importancia en los procesos de socialización para la construcción de la identidad, sin embargo, la participación de los hombres muestra que en las actividades de cuidado no remunerado es limitada, y sigue manteniéndose como una actividad predominantemente femenina, asignada a las mujeres (Jacomé, 2013). Mientras que el estereotipo masculino ha tenido la opción de la no responsabilidad en esta actividad, esto se puede evidenciar en los datos del INEGI en el censo 2010, donde se menciona que el padre está ausente en 4 de cada 10 hogares. Por lo que mayormente se encontrará información de los métodos de crianza de las mujeres.

En el estudio realizado por Cortés (1977, como se citó en IAM, 2007) indicó que los métodos de crianza de las madres de clase social baja tendían a ser indiferentes con las niñas, en función de que el machismo como ideología, se

presentaba como una de las características de sus prácticas, donde se descalifica a lo femenino, cabe resaltar que el machismo como ideología se perpetúa desde el sistema patriarcal que influye en la crianza. En lo que respecta al campesinado, Chang y Castro (1979, citado en IAM, 2007), presentaron las pautas generales con que las madres dirigían la distribución de tareas entre sus hijos de ambos sexos. Los trabajos asignados a varones eran: limpiar el patio, acarrear agua, limpiar las ventanas, llevar comida a trabajadores del campo, hacer mandados, ayudar al papá en la agricultura y trabajos de construcción, sacar carbón y arrear a las vacas y terneros. Las niñas por su parte debían limpiar, tender camas, lavar, cocinar, coser, planchar, quebrar maíz, lavar el patio, llevar almuerzos a otros trabajadores, llevar agua, hacer mandados y cuidar a los hermanos menores.

Montesó-Curtó (2014) menciona que las mujeres, aprenden a desempeñar el rol reproductivo, inherente al concepto de permanencia, estabilidad y no transición, se les educa para que permanezcan en el ámbito en el que transcurre su infancia, lo que no fomenta la necesidad de aprender y utilizar habilidades como: buscar, sopesar, decidir, elegir, y aunque a las mujeres se les induce a permanecer, tienen la opción de transitar.

Por otro lado, en el estudio realizado por Gasteiz (1995) identifica que las mujeres de bajo estatus tienden a desempeñarse como amas de casa, por sus circunstancias y no tanto por ser una elección personal. Las mujeres de este estatus, que no tienen un empleo externo se sienten abocadas a desempeñar el rol de ama de casa, entre cuyas funciones prioriza el ser madre, por tanto, su identidad adquiere sentido desde la maternidad; mediante la relación con los/as hijos/as desde donde pueden dar un sentido más trascendente a su vida, los roles introyectados de las bondades de ser madre se encuentran muy presentes.

Otro aspecto importante en la construcción de la identidad y labor del ama de casa es la abnegación, a través de esta, las mujeres dejan de lado su propia persona por atender y servir a los/as miembros de su familia. Castellanos (1992) menciona que en la abnegación:

“Las mujeres se apropian también de los demás miembros de la familia: al marido al que se le convierte en un tirano doméstico, quién si no acierta a defenderse, se encuentra de pronto despojado hasta de la más mínima responsabilidad (p.290)”

De igual forma, Simone de Beauvoir apuntaba ya, hace más de cincuenta años, sobre cómo el estar confinada en el espacio doméstico genera una sensación de vacío y negación, en tanto le exige a la mujer la procuración de atenciones y satisfacciones a las necesidades de los otros. Por lo que la abnegación permite la naturalización de un trabajo que se realiza en condiciones serviles (Vega, 2007).

El ama de casa adquiere sentido vital y reconocimiento, por su contribución a la realización de los demás, esta condición remite a la mujer a ser incompleta y la ubica al servicio de los cuidados de las demás personas, es la encargada de dar, preservar, proteger y reproducir la vida. Lo/as demás siempre tendrán prioridad sobre ella, por lo que vehiculiza su ser femenino en la postergación de sí misma y construye su identidad en función de una relación de servidumbre, sometimiento y dominio históricamente dada (Cortes y Carranza, 2012). De tal forma que necesitan de otro/as para poder desenvolverse, creyendo la necesidad de ubicarse en el plano familiar como rol principal; contribuyendo de tal forma a la convicción de sentir que, al cuidar de sí, están abandonando los cuidados y cariños maternos que dicen ser innatos en ellas (Aguilera, 2016).

Con la abnegación y la cantidad de actividades que tienen a su cargo las mujeres tienen restringida la facultad de pensar en sí mismas o dedicarse un tiempo y espacio, pese a ser un elemento esencial de la persona, es más un deseo que una realidad (Murillo, 1996). La mayoría de las amas de casa se encuentran ocultando su necesidad, de ser cuidadas por otra persona, lo cual les ha traído problemas para desarrollarse por sí mismas (Aguilera, 2016).

En la sociedad patriarcal se les ha socializado y asignado tradicionalmente atributos desde una visión peyorativa, porque se considera que las mujeres son personas incapaces de tener criterio o ideas propias, con características de buena madre y de feminidad, como la intuición, la fragilidad e impresionabilidad, atributos que la alejan de la capacidad de razonar y la vuelven un ser sumamente vulnerable, por lo que sus bondades se enfatizan en el plano moral, en el de las costumbres y el de las inercias, para que las mujeres no abandonen el plano doméstico (Vega, 2007; Rodríguez, 2006).

Por otra parte, se ha visto que los medios de comunicación juegan también un papel importante en la construcción de la identidad de las amas de casa, en el proceso de transmisión ideológica. A través de la presentación del estereotipo de ama de casa

o mujer casada, cuya mayor preocupación es la felicidad de su familia; su amor se expresa generalmente a través del uso de implementos de limpieza del hogar, a cambio de lo cual recibe cariño y aprecio (IAM, 2007).

Los medios de comunicación masiva frecuentemente presentan a personajes femeninos en función de objeto sexual o realizando actividades domésticas. Es típica la presentación de un hombre que, en varios anuncios, aconseja al ama de casa sobre el mejor producto a usar. El modelo indica así dos aspectos: primero, que la labor de trabajo doméstico es actividad de la mujer; segundo, que es el hombre quien más sabe y aconseja (IAM, 2007).

En los anuncios, el ama de casa usualmente está feliz y sonriente. En las novelas, los principales problemas se refieren exclusivamente al ámbito privado: amor, celos, fidelidad-infidelidad conyugal, y generalmente se resuelven por la estabilidad familiar, recompensando, de esta forma, la paciencia y sumisión de la mujer (IAM, 2007).

Las novelas tradicionales, apreciadas fundamentalmente por las amas de casa, son vistas con frecuencia en compañía de los hijos/as, enfatizan los problemas afectivos e íntimos, desde una perspectiva unilateral en la cual no existen aspectos dialécticos, sino que muestran una sociedad dividida exclusivamente entre buenos y malos. Los medios de comunicación en general reafirman el modelo de división social entre los sexos, refuerzan los valores de abnegación, sufrimiento y renuncia de intereses personales en aras de una mayor felicidad de los demás y crean necesidades consumistas, que proporcionan una vivencia sustituta del cambio social (IAM, 2007).

Como se ha visto, la socialización, las diferentes instituciones, como la familia y los medios de comunicación, en el marco social contribuyen a la construcción de la identidad del ama de casa, la cual comienza a desarrollarse desde la infancia, hasta consolidarse como parte del yo de las mujeres. La carga de estereotipos sobre lo que es ser mujer y la enseñanza de los roles de género, lleva a la naturalización del trabajo no remunerado, lo que también forma parte de su identidad, así como la abnegación, que ha sido cuestionada porque las mujeres dejan de lado su propia persona para atender el bienestar de las personas que son parte de su familia, lo que en múltiples ocasiones se ha vinculado a su peor estado de salud mental. El cumplimiento de las actividades que integran el trabajo no remunerado se ha demostrado como factores

de riesgo para la salud mental de las amas de casa, cuestión que se revisará a continuación.

## **2.4 Determinantes Psicosociales de Género en la Salud Mental de las Amas de Casa**

Como ya se mencionaba en el capítulo anterior, la salud mental puede estar condicionada por determinantes psicosociales y de género, en el caso de las mujeres amas de casa, el trabajo que realizan implica la exposición a riesgos, ya que suponen un esfuerzo físico y mental, y a menudo una carga emocional (CCOO DE MADRID, 2012). De tal forma, que a medida que aumenta el número de personas que conviven en el hogar, disminuye su salud mental, ya que su carga de trabajo doméstico y de cuidados es mayor (Artazcoz et al., 1999; Nogueiras, 2018).

La salud mental de las amas de casa se vincula al trabajo que realizan y las condiciones de este, teniendo en cuenta que la forma de enfermar no es la misma, entre varones y mujeres, ni entre las mismas mujeres, así como tampoco la incidencia de las enfermedades (Obando, 2011). Un claro ejemplo, es que las amas de casa que no cuentan con un trabajo extradoméstico visitan más al médico general y a los diferentes especialistas, consumen más fármacos que las trabajadoras extradomésticas y poseen una peor salud mental (Escalera y Sebastián, 2000; Ferrer et al., 1998; Herránz et al., 1990; Muñoz et al., 2004).

El trabajo presentado por Dean en el I Congreso Internacional sobre Mujer, Trabajo y Salud, celebrado en Barcelona en abril de 1996, muestra que las amas de casa presentan una más alta morbilidad psiquiátrica y relaciona este resultado con el bajo estatus social, el inadecuado nivel de autoestima, la falta de intereses personales o la falta de intereses sociales diferentes a las tareas domésticas (Ferrer et al., 1998). De igual forma Greenglass (1985, en García, 1990) y Herranz et al. (1990) identifican que las amas de casa con roles tradicionales presentan deterioro psicológico y social, además, la dedicación exclusiva al hogar y a los hijos inhibe su desarrollo personal y merma su autoestima.

Se ha mencionado que el trabajo de ama de casa propicia una subjetividad vulnerable, propensa al padecimiento de estados depresivos, por lo que se considera que este rol es depresógeno, especialmente para las mujeres de sectores económicos medios, de ámbitos urbanos y suburbanos. Las tareas de procesamiento

dentro del hogar, la procreación, la crianza y la educación de los hijos entran en el campo semántico de lo natural y esto, socialmente, como ya se veía, no es considerado un trabajo (Burin, 1990, como se citó en Rosario, 1998; Linardelli, 2015; Montesó-Curtó, 2014), de tal forma que el malestar provocado por este lleva a no ser tomado en cuenta como un factor de riesgo para la depresión, debido a la naturalización del mismo.

Respecto a las manifestaciones antes descritas, diversos estudios han encontrado que las amas de casa presentan significativamente mayor depresión que las mujeres que cuentan con un trabajo remunerado (Amay, 2020; Garay, 2005; Garay y Farfán, 2007; Lara et al., 1993; Montesó et al., 2011; Ordorika, 2009). Esto puede ser debido a que la mujer ama de casa desempeña actividades rutinarias donde no existe reconocimiento de ninguna naturaleza, además, le permiten constantemente traer a la mente pensamientos negativos predisponiéndola a la depresión; mientras que la mujer que trabaja en condiciones diferentes, regularmente tiende a realizar actividades en las que se distrae y además tiene oportunidad de platicar sus sentimientos y problemas con compañeros del trabajo (Garay y Farfán, 2007).

Considerando que las amas de casa expresan mayor insatisfacción, por la monotonía de su trabajo, por el aislamiento, la mínima interacción con otras personas, y el nulo reconocimiento social del trabajo que realizan, la depresión, se manifiesta como un problema psicológico latente (Báez, 1995; Soria y Mayen 2017; Vega 2007). La sobrecarga en el desarrollo de los cuidados, en la planificación de las actividades de la casa, la realización de las tareas de limpieza y el mantenimiento del hogar se asocian con la depresión (Blanco y Feldman 2000 citado en Soria y Mayen 2017; Escartín y Lasheras, 2020;).

Además, la probabilidad de presentar depresión se incrementa cuando los hijos son autónomos, lo que sugiere la relación de los estados depresivos con miedo a la soledad, disminución de la función materna y, en consecuencia, pérdida del sentido de su vida. (Barbera y Martínez, 2004). Las amas de casa que tienen depresión se caracterizan por presentar menor autoestima y apoyo social, así como menor competitividad, se muestran más hostiles y además están menos satisfechas con el rol de ama de casa y utilizan modos de afrontamiento al estrés dirigidos a la emoción (Matud y Bethencourt, 2000).

Siendo el nivel de autoestima otra problemática en las mujeres se ha encontrado que las amas de casa que únicamente se dedican a este trabajo, presentan una autoestima más baja en comparación a las mujeres que cuentan con un trabajo remunerado (Escalera y Sebastián, 2000; Guerrero, 2003; Loli et al., 2014). En la investigación realizada por Loli et al. (2014), hace comparaciones entre amas de casa, amas de casa con ingreso extra, amas de casa que además son profesionales y aquellas que son empleadas sin responsabilidades hogareñas, encontrando que son estas últimas las que presentan mejores puntuaciones de autoestima y las amas de casa que no tienen trabajo remunerado las que presentan menor autoestima. Lo que sugiere nuevamente que los beneficios de la combinación adecuada de múltiples roles se pueden sumar, de manera que las oportunidades de interacción social y desarrollo personal ampliarían sus recursos, incluyendo fuentes alternativas de control y apoyo social (Artazcoz, 1999; Escalera y Sebastián, 2000; Guerrero, 2003).

La mujer que se dedica exclusivamente como ama de casa tiene la creencia de que su rol a desenvolver no puede ir más allá de cuidar de la familia y contribuir en la atención del hogar, por lo que estos factores pueden predisponer a que sufra problemas de autoestima, ya que son pocas las actividades que sirven para crear una identidad, esta queda reflejada sólo en el trabajo como madre, esposa y ama de casa que tiene que servir naturalmente en lo cotidiano (Aguilera, 2016).

Las amas de casa con más autoestima son las que tienen menor sensación de incontrolabilidad y valoran menos negativamente los sucesos y cambios vitales, tienen menos estrés diario, y su forma de afrontar el estrés se caracteriza por la racionalización. Son menos impulsivas, rumian menos sus problemas de relaciones interpersonales, muestran menor inhibición emocional y menor patrón de conducta tipo A, están más satisfechas con su rol y tienen más apoyo social (Bethencourt y Matud, Matud y Bethencourt, 2000).

En cuanto a la sintomatología asociada al estrés en amas de casa, Barillas (2018) realizó una investigación, encontrando doce aspectos centrales en cuanto a las situaciones estresantes en el trabajo doméstico:

1. Ir al mercado (por el calor y el cansancio)
2. Cansancio por múltiples causas relacionadas con el hogar
3. Momentos en donde se siente dolor

4. Problemas en el hogar
5. Encierro
6. Falta de recursos
7. Malas decisiones
8. Desintegración del hogar
9. Falta de trabajo
10. Preocupación por el futuro de los hijos
11. Enfermedades de hijos/as
12. Falta de apoyo.

Matud y Bethencourt, (2000), Montesó-Curtó, (2014) y Moral et al. (2011) mencionan que el estrés percibido en amas de casa se ha visto determinado por la falta de apoyo y reconocimiento. Las mujeres al estar centradas en los/as hijos/as, el marido y el hogar tienen más tendencia a reaccionar con estrés a conflictos familiares, lo que incrementa la expresión de ira, contribuyendo más a la queja de falta de apoyo, lo que lleva al cansancio y al afecto negativo. Esto refleja que la inhibición de la ira como característica del estereotipo femenino resulta inalcanzable.

Las amas de casa con sintomatología de estrés acuden a consulta después de un largo período de enfermedad de un familiar cercano, los síntomas que presentan se dan tras el desgaste (físico y emocional) que supone atender a enfermos crónicos, se pueden producir a medio y largo plazo, pero mientras atienden al enfermo/a se mantienen asintomáticas (Báez, 1995).

Por su parte Ferrer et al. (1998), menciona que la realización exclusiva de trabajo doméstico cumple con características que lo convierten en potencialmente estresante. Las situaciones estresantes del trabajo de amas de casa hacen referencia a estar únicamente en el hogar, realizar las labores domésticas durante el día no les permite tener tiempo para sí mismas y hacer actividades de su interés. La extenuante labor durante toda la semana y todo el día limita el tiempo para salir y realizar actividades de recreación y distracción (Barillas, 2018).

De manera que, cuando las amas de casa realizan actividades de distracción, en general se dan dentro del hogar, como al ver la televisión, y se aprovecha para hacer actividades menos pesadas como remendar alguna ropa y/o planchar, además de que, durante las vacaciones y las fiestas, la cantidad de actividades que realizan

son para preparar el descanso o la diversión de la familia, más no pensadas para sí mismas (Huerta, 1999).

Por otro lado, cuando hay dificultades familiares (un/a niño/a con alteraciones de conducta, un/a adolescente difícil, un conflicto de pareja o conflictos con la familia extensa) son las amas de casa las que presentan mayor ansiedad. Es esperable que las dificultades familiares sean las más importantes en esta población, ya que sus relaciones afectivas básicas se dan dentro del hogar (Báez, 1995).

En el estudio realizado por Matud et al. (2012), encontraron diferencias significativas en la presencia de sintomatología de ansiedad en función de la ocupación de las mujeres, siendo las amas de casa quienes presentaban valores más altos. Blanco y Feldman (2000, citado en Soria y Mayen, 2017) mencionan que de las mujeres que notifican sobrecarga en la planificación de las actividades de la casa refirieron presencia de ansiedad, la cual se vincula con las actividades relacionadas al cuidado de los/as hijo/as.

Los niveles más altos en depresión, estrés y ansiedad y el menor nivel de autoestima, no son la única constante en este grupo, sino también la presencia de síntomas somáticos. De acuerdo a Beá et al. (2008); Lara et al. (1993); Henwood y Miles (1987, citado en García, 1990), los síntomas somáticos se presentan más en amas de casa, relacionados a la tensión materna y de pareja, y la falta de los beneficios del trabajo fuera y dentro del hogar.

No es de sorprender que se ha conceptualizado el malestar de este grupo, conocido como el "Síndrome de ama de casa" en el cual se incluyen los trastornos psicológicos y físicos que se presentan en las amas de casa y se caracterizan por la aparición de dolores de cabeza frecuentes, mareos, cansancio, malestares de espalda, sensación de ahogo, pellizcos gástricos, hormigueos, fobias y síntomas depresivos como las características principales (Rosario, 1998).

Con lo expuesto en este capítulo, se puede observar, que los padecimientos de las mujeres amas de casa, no surgen por azar, cuando se han analizado grupos de mujeres, diferenciando aquellas que cuentan con un trabajo remunerado y las que desempeñan en exclusiva este trabajo no remunerado, son estas últimas las que tienen peor salud. Por lo que hay una serie de factores psicosociales, propias del trabajo no remunerado, que, al darse en el espacio doméstico, lleva a las mujeres a la monotonía y al aislamiento social, lo cual se ha vinculado con el padecimiento de

depresión, mientras la carga de actividades de cuidado se ha correlacionado mayormente a la presencia de síntomas de ansiedad y estrés. Tomando en cuenta como se siguen naturalizando estas actividades para las mujeres, debido a las características de género, es necesaria la realización de más estudios que contribuyan a encontrar la relación entre las diversas actividades de las mujeres y su salud mental, así como proporcionar atención en salud desde una perspectiva integral, así como feminista y de género.

En la población de amas de casa, se requiere considerar que la proporción de mujeres con cargas de trabajo doble o triple va en aumento. Si bien los estudios incluyen población de mujeres, generalmente lo hacen considerando los efectos del trabajo fuera de casa, dejando de lado documentar los efectos que puede tener el trabajo no remunerado sobre su bienestar y salud. Actualmente, las políticas de salud siguen planteando los programas para las mujeres tomando en cuenta, principalmente, el estado reproductivo de las mismas, sin embargo, se requiere no perder de vista la importancia que tienen los efectos de la carga de trabajo y con ello que los programas consideren la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para coadyuvar a la mejora de las condiciones de vida de las mujeres (Montiel et al., 2015) y en particular a las mujeres amas de casa.

### **Capítulo 3. Autoconocimiento**

En el presente capítulo se describe cómo ha sido abordado el autoconocimiento, desde la psicología. El primer apartado se inicia con los aportes desde la educación socioemocional donde se busca difundir una conducta prosocial en los espacios educativos; continuando con la Inteligencia emocional y la Teoría cognitiva donde el autoconocimiento ha sido tomado como parte de la autorregulación emocional y conductual, para finalizar con la Teoría de la Gestalt, donde ha sido utilizado para el aprendizaje y el desarrollo personal. En un segundo apartado se aborda el autoconocimiento desde el feminismo y la Terapia del Reencuentro, como un proceso para la autonomía y el empoderamiento de la salud, en la que el trabajo con grupos de mujeres cobra gran relevancia a través de la implementación de talleres de autoconocimiento.

#### **3.1 Autoconocimiento desde la Psicología Tradicional**

El estudio del autoconocimiento en psicología se ha realizado desde la Educación socioemocional, al encontrarse relacionado al mayor éxito académico. Desde esta perspectiva se toma al autoconocimiento en conjunto a otras competencias emocionales y sociales para difundir una conducta prosocial (De Dios, 2019; Galván, 2015; Moreno, 2006; Repetto y Pena, 2010).

Desde la Educación socioemocional se ha mencionado que el autoconocimiento implica conocerse y comprenderse a sí mismo/a, tomar conciencia de las motivaciones, necesidades, pensamientos y emociones propias, así como su efecto en la conducta y en los vínculos que se establecen con otros/as y con el entorno. También implica reconocer en uno/a mismo/a fortalezas, limitaciones y potencialidades (De Dios, 2019; Moreno, 2006).

Un ejemplo de la aplicación del autoconocimiento desde la perspectiva de Educación socioemocional se ha visto reflejado en las estrategias de prevención del consumo de sustancias, reconociéndolo como una habilidad que logra entrenar las aptitudes y destrezas de niñas, niños y adolescentes, para resistir eficazmente las presiones asociadas al consumo de sustancias (Fortes y Da Silva, 2007; Moreno, 2006).

En la educación socioemocional, el blanco principal han sido los y las estudiantes, retomando al autoconocimiento sólo como una parte de las estrategias

que se desarrollan en la difusión de destrezas sociales. Las actividades para el fomento del mismo retoman aspectos de la percepción del estudiantado, como cuáles son sus cualidades, atributos físicos y su autoconcepto (De Dios, 2019; Moreno, 2006). Sin embargo, desde esta perspectiva se limita el aprendizaje a espacios y asuntos de la educación formal, donde existen pocas iniciativas para la formación docente (Palomera et al., 2019), además se deja de lado el impacto que tiene la historia biográfica de la persona, y en muchas ocasiones las condiciones sociales y culturales en las que se encuentra.

Por otra parte, la teoría de la inteligencia emocional ha abordado el autoconocimiento, tomándolo como un indicador de la autorregulación, que hace referencia a las habilidades que permiten el control y la expresión emocional (Galván, 2015; Salovey y Mayer, 1990; Santoya et al., 2018). Desde esta teoría Soler et al. (2014) menciona que “el autoconocimiento exige saber quiénes somos, incluyendo fortalezas y debilidades, así como la predicción de nuestras propias reacciones emocionales, ya que sólo desde una auténtica conexión con nosotras/os mismo/as, podremos desplegar nuestro potencial de liderazgo”.

Lagardera y Masciano (2011) mencionan que en la inteligencia emocional se propone llegar a un autoconocimiento profundo, a través de prácticas motrices introyectivas, desde el aquí y ahora, sobre un todo sensible, tomando al mismo como un proceso consciente que se desencadena siempre en el presente, es dinámico, está en constante transformación y evolución, pues en la vida sensitiva el futuro no existe y el pasado es ya memoria. A su vez Macías et al. (2019), mencionan que el mindfulness, yoga o la meditación, son consideradas como técnicas de autoconocimiento y autocontrol, y simbolizan una constante revolución en el ámbito científico por su eficacia demostrada para atender y percibir los sentimientos de una forma apropiada en el tratamiento interdisciplinar de enfermedades psicológicas y emocionales.

Otra perspectiva que ha abordado el autoconocimiento es la Teoría cognitiva, de acuerdo con Bak (2014), al igual que en la inteligencia emocional, se toma como parte de los procesos de autorregulación, y es entendido como la autopercepción subjetiva y las creencias sobre uno/a mismo/a. Para analizar los procesos de autorregulación, el mismo autor construyó un modelo estructural de auto creencias, definiendo que un aspecto fundamental del autoconocimiento son las propias

capacidades y potencialidades, estas últimas, son entendidas por Higgins et al. (1996, citado en Bak, 2014) como los atributos que la persona cree poseer y aunque no estén desarrollados, permiten regular la conducta.

En la Teoría cognitiva, además de estudiar el autoconocimiento como la auto percepción subjetiva y las creencias sobre uno/a mismo/a, se ha centrado en las estructuras de conocimiento denominadas autoesquemas, que incluyen representaciones de estados afectivos, motivacionales y orientaciones de acción, por ejemplo, las representaciones de estados deseados y no deseados para el yo (Markus, 1983). Desde este enfoque se entiende que el autoconocimiento se encuentra implícito a los aspectos del comportamiento social considerados auto relevantes, y que funcionan como marcos interpretativos para comprender el comportamiento. Los autoesquemas proporcionan no solo control cognitivo sobre el entorno, sino también un tipo de control conductual, de esta forma el autoconocimiento permite vincular las acciones presentes con objetivos más distantes (Markus, 1983).

Mientras que en la Teoría de la Gestalt el autoconocimiento se ha utilizado para el aprendizaje y desarrollo personal. Desde esta perspectiva, Diaz y Lobo (2020) y Moreno et al. (2018) mencionan que el autoconocimiento es analizar y conocer las experiencias personales y el propio pasado, que sirvan para el futuro, mediante un proceso reflexivo por el cual la persona adquiere una noción de su yo y de sus propias cualidades y características. Además, se ha tomado como el estudio personal de sí mismo/a, en el que se intentan analizar los aspectos tanto positivos como negativos y que resultan vitales para el desarrollo integral de la persona. Desde esta teoría, Barroso (2017) agrega que en cuanto la persona perciba adecuadamente sus propias limitaciones, podrá identificar aquello que realmente es, sin guiarse por una percepción falsa.

En el ámbito terapéutico desde la Gestalt, una de las formas en que se ha trabajado el autoconocimiento es a través de grupos, los cuales integran técnicas terapéuticas y recursos de autoayuda (Muñoz y Morales, 2008, en Gallegos et al., 2020), donde se estimula el cambio dirigido a facilitar la comprensión cognitiva y la expresión de las vivencias, así como promover la autoaceptación, los cambios favorables y perdurables en hábitos y relaciones interpersonales, tomando en cuenta las problemáticas de la vida cotidiana, con la finalidad de lograr el desarrollo personal

y la autorrealización (Muñoz de Visco y Moralez de Barbenza, 2008, en Gallegos et al., 2020).

Los objetivos de la Gestalt en relación al autoconocimiento, de acuerdo a Chernicoff y Rodríguez (2018), Díaz y Lobo (2020) y Moreno et al. (2015) han sido retomados en disciplinas como la pedagogía, a través del establecimiento de metas, de identificar aspectos internos y externos que permitan fortalecer la confianza, para el desarrollo integral de la Identidad. Desde esta disciplina, se define al autoconocimiento como, “el esfuerzo por saber lo que sentimos, lo que deseamos, lo que nos impulsa a actuar y creemos necesitar, lo que pensamos y las razones que tenemos, los valores que aceptamos y defendemos y, en definitiva, quiénes somos ante nuestros propios ojos” (Puig, 1991, como se citó en Sánchez, 1992). Chernicoff y Rodríguez (2018) añaden que el autoconocimiento es útil para cualquiera, puesto que fortalece nuestras habilidades y capacidades, refina nuestras conductas y nos permite alcanzar metas y objetivos.

Desde el área de la psicología, el autoconocimiento no se ha tomado como un tema central, habiendo pocas investigaciones respecto al mismo, sin embargo, como podemos observar, se ha retomado desde las teorías y perspectivas antes descritas, relacionándolo con objetivos como: lograr el liderazgo, desarrollo personal, autorregulación emocional, permitir una conducta prosocial o para llegar a una meta. En general, se identifica que en el autoconocimiento es importante reconocer las cualidades, fortalezas, capacidades y potencialidades para cumplir dichos objetivos, además de comprender y tomar conciencia de aquellas creencias y emociones que permiten regular la conducta esperada.

Las teorías antes descritas, al no tomar en cuenta la perspectiva de género, el contexto social, cultural y político en el que se encuentra cada persona, reproducen valores sexistas y sesgados en las investigaciones e intervenciones. Esto lo podemos ver reflejado en sus objetivos, que han sido planteados desde una visión androcéntrica, donde se sigue perpetuando el orden patriarcal de comportamientos y emociones, un ejemplo de ello, es la búsqueda de la regulación emocional sin considerar que los estereotipos de género juegan un papel importante en la expresión emocional, debido a que, como ya se veía en apartados anteriores, hay emociones mayormente permitidas tanto en mujeres, como en hombres.

Ante este modelo hegemónico, podemos identificar que son necesarias otras teorías u otras perspectivas de autoconocimiento en psicología que integren objetivos conforme a las necesidades y contextos de hombres y mujeres. De acuerdo al propósito de la presente investigación, es importante retomar una teoría en psicología que integre la perspectiva feminista, para poder visibilizar las dificultades que el sistema patriarcal presenta en el autoconocimiento de las mujeres. Por lo que a continuación, se describe cómo ha sido abordado el autoconocimiento desde el feminismo y la Terapia de Reencuentro (TR), donde se propone una forma diferente de verlo y trabajarlo.

### **3.2 Autoconocimiento desde el Feminismo y la Terapia del Reencuentro**

Como hemos visto en el apartado anterior, el autoconocimiento es un proceso que pareciera en primera instancia muy individual, sin embargo, desde el feminismo está vinculado con el contexto social, político, económico y cultural. Implica desarrollar una comprensión de cómo la estructura social de género influye en la vida de cada mujer (Saldaña et al., 2019), enfatizando también en el desarrollo del respeto y aprecio por una misma, comprender quién se es en una conexión profunda con las estructuras, contextos y comunidades que han dado forma a las experiencias de vida y visiones del mundo de cada una (Dutt y Grabe, 2019).

De acuerdo a Saldaña et al. (2019) el ejercicio de autoconocimiento permitió a las mujeres cuestionar el privilegio masculino y el patriarcado, además del reconocimiento de sus capacidades, habilidades y condiciones, para luego compartirlas e inspirar a más mujeres con inquietudes similares e impactando en diferentes ambientes.

Desde esta perspectiva, el proceso de autoconocimiento implica compartir experiencias, sentires, percepciones, opiniones, para que quienes se aventuran en ese proceso sean capaces de interiorizar desde diferentes saberes los tópicos que les ayudan en este (Saldaña et al., 2019), como es mencionado por Marcela Lagarde (1996) en sus trabajos con grupos de mujeres:

“Aprendemos a aprender de la experiencia de otras mujeres, a escuchar de nuestras experiencias y de las experiencias de las otras, a darnos cuenta de qué se tratan sus problemas; a mirar y oír cómo usan las otras su capacidad para avanzar en sus objetivos y para lograr su desarrollo personal, a saber en

qué estamos de acuerdo y cuáles son los puntos concretos con los que estoy en desacuerdo” (p.1).

De esta forma el autoconocimiento puede ser un proceso íntimo y personal, pero también puede ser un proceso sumamente enriquecedor cuando se da de manera colectiva (Saldaña et al., 2019). Desde la metodología feminista se busca que las mujeres, mediante procesos grupales, descubran que comparten una realidad en función de su género, comprendiendo las distintas formas de opresión individual y colectiva (MacKinnon, 1995, citado en Castillo y Catalina, 2016).

El trabajo colectivo del autoconocimiento comenzó, o se ha visibilizado, desde los movimientos de salud de las mujeres, incorporando como una de sus prácticas políticas los talleres de autoconocimiento. Estos dotaban a las mujeres de herramientas para su autocuidado, facilitaban información y conocimientos para una mejor toma de decisiones sobre su salud (Taboada, 1978, citado en Nogueiras, 2018).

Los talleres de autoconocimiento se convirtieron en un medio para que las mujeres se reapropiasen de sus cuerpos y adquirieran conocimientos que pusieran en sus manos el control de su salud (sexual y reproductiva) y que no supusiera una dependencia del sistema médico, sino una desmedicalización de procesos y ciclos vitales, obteniendo a su vez conocimientos para la adquisición de autonomía frente al sistema sanitario y una mayor autogestión de su salud (Nogueiras, 2018).

De manera que dentro de los análisis feministas llevados a cabo en los grupos de mujeres se ha llegado a la conclusión de que deben conocer y entender sus cuerpos y saber qué pueden esperar de los/las profesionales de la salud, para poder juzgar la competencia de la atención que reciben. Con ese conocimiento las mujeres pueden exigir información sobre los resultados de pruebas, preguntar sobre los tratamientos y tomar decisiones (Nogueiras, 2018).

Por lo que se ha considerado el autoconocimiento como una de las estrategias feministas en el ámbito de la salud para empoderar a las mujeres frente al sistema sanitario, adquirir información y conocimientos, y organizarse autónomamente (Nogueiras, 2018), con la intención de lograr una disminución de las desigualdades en salud. De las aportaciones más destacadas, que han retomado esta estrategia, se encuentra la planteada por Fina Sanz a través de la TR (Martínez, 2019).

Sanz, desde su perspectiva feminista y de género, ha creado la Terapia del Reencuentro, en la búsqueda de un desarrollo autónomo y de relaciones

interpersonales más justas y gozosas, a través de un método, que implica colocarse como observadoras/es y, a la vez, como sujeto/as de observación, desde y para el autoconocimiento como metodología y filosofía de conocimiento. Reconociendo que las características biológicas y los determinantes socioculturales influyen en las personas, pero también que cada persona tiene la capacidad de darse cuenta y de entender que no producen un efecto determinista, ya que las personas no son sujeto/as pasivos/as (Sanz, 2021).

El autoconocimiento en la Terapia del Reencuentro es visto como un eje fundamental en todos los espacios; personal, relacional y social. Desde esta perspectiva el autoconocimiento es el derecho y la capacidad que se tiene de escucharse, de entender los procesos del cuerpo (tomándolo como la unión de las características físicas, emocionales y sensitivas), en este se integran las sensaciones, las emociones, los pensamientos, las imágenes y los comportamientos. Por lo que también es la capacidad de introspección, de conocimiento de dónde se está en relación con la propia historia, y dónde se quiere estar, de lo que a cada una/o le gusta y lo que no le gusta (Sanz, 2016).

El autoconocimiento implica un proceso complejo, para poder apropiarse de sí misma/o, a través del reconocimiento de sí y de los procesos psíquicos por los cuales cada quién interioriza lo vivido en el proceso de socialización y mediante diversos procesos de aprendizaje (Sanz, 2016). Por lo que las raíces de los comportamientos, emociones y sensaciones de cada uno/a pueden tener distintos orígenes que guardan relación, como ya se ha visto, con la estructura social y la tradición cultural a la que se pertenece, con el sexo de la persona y con los aprendizajes de género (Sanz, 2021).

De acuerdo a Sanz (2016) acceder al autoconocimiento puede ser complicado ya que los aprendizajes de género han sido naturalizados y en nuestro mundo occidental hemos aprendido poco a observarnos y a ser personas autónomas, en cierta manera se tiende a pensar que el bienestar o la desdicha, el placer o el dolor de la propia vida dependen de las demás personas, teniendo poco en cuenta el cómo se coloca cada persona en sus relaciones.

Lo antes expuesto dificulta la responsabilidad propia en el proceso de escucha interior y también de vivir el placer, pese a vivir en una sociedad de consumo, se vive con miedo al placer, por lo que el dolor tiene un plano no consciente de connotaciones

afectivas, amorosas y de autoestima que generan malestar. El cuerpo es vivido con angustia, cuando se experimenta placer corporal, incluso al haber una aceptación ideológica del mismo, existe dificultad para darse permiso para sentir placer y suele aparecer la culpa. A partir de esta culpa las personas tienden a presentar sintomatologías psicológicas y corporales (Sanz, 2021).

Como se puede observar, desde la TR las dificultades para el proceso de autoconocimiento, van desde lo social (con los aprendizajes culturales y de género) y relacional (la responsabilidad de las relaciones en las que cada persona se involucra) hasta lo personal (con el miedo al placer y la normalización del malestar), por lo que se requiere de un aprendizaje, donde cada uno/a se conozca, se escuche, y pueda desarrollar herramientas de autoayuda para favorecer la seguridad personal y, por lo tanto, la autonomía y el empoderamiento (Sanz, 2016).

En este sentido, el proceso de aprendizaje del autoconocimiento se puede dar incluso en presencia de enfermedad o en una situación de crisis, cuando este parece poco favorable o difícil de reconocer, encontrarle un sentido positivo a lo vivido permite que la persona se conozca más y ejerza su derecho a estar bien en el mundo, siendo un buen momento para tomar conciencia de las propias necesidades. Aunque esta conciencia debería tenerse siempre presente, no es así, por eso hay que aprender a conocerse y “a pedir aquello que queremos, y a decir ‘no’ a lo que no queremos, la vida es nuestra y nadie puede vivirla en nuestro lugar” (Sanz, 2016).

Por tanto, es en el proceso de autoconocimiento, que las personas van identificando qué les genera malestar de sus creencias, formas de relación, maneras de afrontar los conflictos, o situaciones adversas, pueden reconocer que necesitan transformar para estar bien (Sanz, 2016). Además, como ya se mencionaba, aprenden de las experiencias agradables y desagradables, mediante la escucha emocional en conexión con el propio cuerpo, la mirada comprensiva y compasiva de su historia y situaciones vividas.

Desde la TR en el autoconocimiento la persona explora su cuerpo, va tomando conciencia de lo que ocurre en su interior y de lo que siente, ya que cada parte del cuerpo tocada puede dar información, al provocar alguna emoción surge alguna idea o frase (Sanz, 2021). Por lo que las emociones toman gran relevancia, debido a que forman parte del lenguaje del cuerpo, ayudan a comprender lo que siente cada persona en situaciones determinadas que forman parte de su historia de vida, no son

buenas ni malas, aparecen, desaparecen, se transforman y cuando no se saben gestionar, se bloquean o se cronifican y generan un daño (Sanz, 2016).

Como ya se ha visto, las emociones van a depender de la educación genérica, que privilegia ciertas emociones en los hombres y otras en las mujeres, lo que lleva a identificar en cada uno/a y en lo/as demás ciertas características, como las cualidades y los defectos, generando malestar (dolor) o bienestar (placer) (Sanz, 2016). De acuerdo a Sanz (2016; 2021) para aprender a integrar las cualidades y defectos, en el proceso de autoconocimiento es importante la aceptación, la cual tiene dos vertientes, la primera se refiere al reconocimiento y valoración de aquello que a cada persona le gusta de las/los demás, y de sí misma como una forma de quererse y reconocerse, como merecedor/a de cariño y consideración personal y social. La segunda vertiente, se refiere al reconocimiento y aceptación de aquellos aspectos propios o de las demás personas, que les disgustan. Implica aceptar la propia realidad presente, lo cual no quiere decir resignarse con ella.

Sanz (2021) menciona que una vez identificado lo que causa bienestar o malestar, en el proceso de autoconocimiento, va a cobrar relevancia lo que la persona realice para sí, de esta forma influirá en su propio bienestar, es aquí donde entra el otro sentido del autoconocimiento, en el que las personas aprenden a acariciarse física y simbólicamente, es decir, aprenden a quererse y a cuidarse.

“La persona al tratarse a sí misma tal como desea ser tratada, si no se agrede, no permitirá la agresión de los demás, si se respeta, puede establecer relaciones donde el respeto sea un valor, va ganando dignidad, y, si identifica que necesita realizar cambios para su bienestar, no tienen por qué hacerse con agresividad, sino con respeto y cuidado” (Sanz, 2021, p.150).

De ahí, que trabajar el autoconocimiento, permite que cada persona aprenda a acariciarse, a darse placer, a cuidarse, no sólo corporalmente, sino psíquicamente, poder estar consigo misma/o, desde una actitud y una forma de vida, para lograr una mayor armonía interior, una mejor comunicación con los/as demás, porque ha aprendido a tener aquellas relaciones que desea, y cuanto más se vive la propia individualidad, mejor se pueden vivir las relaciones (Sanz, 2021).

Sanz (2016) desde la Terapia del Reencuentro recalca la importancia de trabajar el proceso de autoconocimiento y el impacto que este tiene en el bienestar y,

por tanto, en la salud, además busca fomentar la educación para la salud y a su vez favorecer la libertad, la investigación y la autonomía.

### **3.3 Talleres de Autoconocimiento desde la Terapia de Reencuentro**

Los trabajos desarrollados desde la Terapia de Reencuentro han contribuido a evidenciar que la atención a las mujeres ha repetido el maltrato de la ideología patriarcal, al ser tratadas con una desconexión entre su cuerpo, mente y sus circunstancias socioculturales (Martínez, 2011).

Ante la tendencia de los/as profesionales de la salud a medicalizar los síntomas de las mujeres, sin comprender el contexto del cual derivan, Sanz et al. (1997, citado en Martínez, 2011) diseñaron tanto un programa de formación en T R, dirigido a profesionales, así como talleres de autoconocimiento para el cambio dirigidos a las mujeres consultantes. Mediante dicho programa lo/as profesionales pudieron comprender que gran parte del malestar y de los síntomas que presentaban sus consultantes, eran manifestaciones de conflictos internos que vivían en relación a su papel de género.

De acuerdo a Sanz (2021) las mujeres en general no tienen la práctica de vivir su cuerpo como propio ni asumir que les pertenece, por lo que en los talleres de la TR se busca que las mujeres tomen contacto consigo mismas, conozcan sus recursos autónomos para ayudarse y aprender a conocerse. Además, desde esta perspectiva se busca que vayan conociendo algunas de sus somatizaciones y la relación que puede existir entre estas y sus conflictos cotidianos.

La metodología de la T R trabaja para que las personas recuperen mediante el autoconocimiento, la integración de su ser, la comprensión de la relación entre sus problemas de salud con la manera en que viven su vida y el contexto relacional y social del que forman parte (Martínez, 2011).

Un ejemplo de la integración de la TR ante las problemáticas de salud mental en mujeres se evidencia en el artículo “Terapia de mujeres en un centro de salud, en la comunidad de Valencia” desarrollado por Huertas et al. (1996, citado en Martínez, 2011), donde se expone el trabajo preventivo y asistencial, el cual se guio por una posición crítica de cómo se ejercía el poder desde la sanidad tradicional y la psiquiatría, tapando y callando conflictos sociales, económicos y genéricos. La población predominante en el centro de salud eran mujeres, en su mayoría amas de

casa, que presentaban problemas de salud mental, el común de estas mujeres fue un trasfondo de grave malestar, ocasionado por las imposiciones de su rol de género, que apareció tras la elaboración de la queja somática o psicológica, con la que inicialmente acudieron. La tendencia de los/as profesionales era medicalizar a sus consultantes, pero una vez que se formaron en Terapia de Reencuentro, comenzaron a realizar talleres con grupos de mujeres desde este enfoque. En la experiencia con uno de estos grupos, que relatan las autoras, se logró la desmedicalización progresiva de las participantes, a través de movilizar sus recursos personales, y elaborar el reconocimiento de su competencia en las actividades que realizaban, así como el iniciar otras que les gratificaran. Las mujeres pudieron reflexionar y analizar la problemática común de su rol de género, trabajaron en el conocimiento de su cuerpo y sensaciones. Aprendieron diversas técnicas para superar o controlar síntomas de ansiedad e insomnio, sin utilizar medicamentos (Martínez, 2011).

Los resultados de intervenciones con talleres vivenciales como herramienta de la metodología de la TR integrando el autoconocimiento, muestran cambios importantes al mejorar la salud de las participantes. Tal es el caso del trabajo desarrollado por Martínez (2011) de los talleres de “Autoconocimiento para el Cambio”, donde se aplicó un cuestionario, encontrando mejoras en la estima, valoración y cuidado de su cuerpo en un 45%; un mayor conocimiento de su cuerpo, y su capacidad de disfrute erótico en un 33% y una mayor conciencia y reflexión sobre como tratan su cuerpo en un 22%.

Los cambios significativos, encontrados por Martínez (2011) en las participantes del taller “Autoconocimiento para el cambio” fueron el mejoramiento de sus vínculos a partir de la reflexión sobre la manera en que se relacionaban en un 38%; el haber aprendido a escuchar sus necesidades, reconocerse y darse un tiempo para ellas mismas en un 30%; el aprender a cuidarse y valorarse a sí mismas en un 23% y el descubrir el placer de su cuerpo erótico en un 9%. Las participantes pudieron reconocer que son ellas mismas y los vínculos en el grupo lo que facilitó su aprendizaje durante el taller, lo cual apunta a la importancia de los grupos de mujeres como favorecedores de transformaciones, con el acompañamiento profesional desde un encuadre y metodología que posibiliten el crecimiento de las mismas.

Las intervenciones desarrolladas desde la TR han permitido identificar que es importante trabajar desde una metodología vivencial, siendo los talleres una de las

herramientas, donde se utilizan ejercicios que posibilitan a las personas conectarse con sus vivencias personales para comprender lo que les acontece respecto a las temáticas y los conceptos que se trabajan. Este tipo de intervención propone un cambio a la tradicional manera de abordar el saber disciplinario que privilegia la razón, por una que plantea una integración del sentir y el pensar como proceso de aprendizaje y transformación personal, relacional y colectiva (Martínez, 2011).

Un taller vivencial es un espacio en el cual lo/as participantes se reúnen en grupo para trabajar a partir de experiencias personales, sobre algún tema específico (Instituto Jalisciense de las Mujeres, 2008; Villar, 2010 citado en Gómez et al., 2014), fomentan las relaciones interpersonales y promueven el desarrollo personal y la reflexión (Gómez et al., 2014).

El mismo posee una estructura y planeación previa que contempla, además de los contenidos teóricos, ejercicios que facilitan el aprendizaje y el desarrollo personal de lo/as participantes (Villar, 2010, citado en Gómez, 2014). Permite crear espacios dialógicos, donde se pone en común los conocimientos, afectos y experiencias cotidianas y significativas de cada uno/a de lo/as participantes, para ser resignificadas mediante estrategias de desaprender–aprender, formas distintas de ser, de relacionarse con lo/as otro/as en la promoción de la salud (Berra y Dueñas, 2011).

El taller vivencial es un evento de duración predeterminada (por lo general dura entre 10 y 40 horas), con sesiones estructuradas en las que se combinan conceptos teóricos breves, ejercicios vivenciales, reflexión grupal y personal, así como retroalimentación sobre la aplicación a la propia vida de estos ejercicios, que abordan uno o varios temas. Puede aplicarse con grupos pequeños o medianos, incluyendo desde 8 hasta 30 o 35 personas. Requiere un/a facilitador/a, que coordina el grupo y puede haber también cofacilitadores/as (Gómez et al., 2014). En los talleres, se planea cada sesión y estas son estructuradas de acuerdo a los objetivos que se pretenden (Martínez, 2011).

A lo largo de este capítulo, se han descrito las teorías que desde la psicología tradicional han abordado el autoconocimiento y se han descrito las aportaciones y objetivos que cada una tiene, sin embargo, se puede identificar que, al estar formuladas desde una visión androcéntrica, no responden a la necesidad de incluir los factores psicosociales y de género como determinantes en las problemáticas de salud mental de las mujeres. Por otro lado, se puede observar que la TR toma en

cuenta el autoconocimiento con perspectiva feminista y de género, definiéndolo como el derecho y la capacidad que se tiene de escucharse, de entender los procesos del cuerpo desde una visión integral, considerando el contexto social y cultural que atraviesa a las personas, sin dejar de lado las relaciones que establece y su propia historia.

Además, se puede identificar que es a través de los grupos de mujeres donde el autoconocimiento toma gran significado para el autocuidado de la salud mental, ya que este proceso conlleva a que aprendan a escuchar sus necesidades, a reconocerse, reconocer sus procesos psíquicos, a darse un tiempo para sí mismas, además de fomentar la autonomía y empoderamiento de su salud ante las deficiencias del sistema sanitario.

### **3.4 Elementos del Autoconocimiento para el Autocuidado de la Salud Mental**

A partir de revisar el autoconocimiento desde la perspectiva feminista y la TR, se identifican los siguientes elementos en el proceso de autoconocimiento:

- *Comprensión de las estructuras socioculturales y de género:* Implica ser consciente de quién se es en relación con las estructuras sociales, de género, los contextos y las comunidades, además de comprender cómo estas influyen en la salud mental y los déficits en la atención de la misma, por lo que es relevante adquirir información y conocimientos, a partir de compartir experiencias en colectivo, para una mejor toma de decisiones en su salud y organizarse autónomamente.
- *Integración corporal:* Hace referencia al proceso por el cual cada persona, al explorar su cuerpo, hace consciente lo que ocurre en su interior (pensamientos, recuerdos y experiencias), lo que percibe desde sus sentidos, y las emociones que surgen al realizar esta exploración, de esta forma va hilando tanto los aspectos físicos, como los emocionales, vividos a través del cuerpo y en determinadas situaciones. La persona además de trabajar el proceso de integración corporal logra reconocer el contexto en el que se encuentra, lo que colabora a que pueda comprender su propia historia de vida, que va más allá de poner etiquetas conceptuales.
- *Reconocimiento de necesidades y recursos:* Implica la escucha, el reconocimiento y la expresión de las propias necesidades no resueltas que

requieren hacerse visibles e identificar cuáles son las prioritarias de acuerdo a la situación y momento en el que se encuentra la persona, tomando conciencia de aquello que es fundamental para poder posicionarse con claridad frente a sus metas, deseos, intereses, problemas y conflictos. Por lo que va de la mano de identificar los recursos y procesos para ir dando respuesta a dichas necesidades y encontrar alternativas de solución. Identificar los recursos implica reconocer y hacer consciente aquellos con los que cada uno/a cuenta y los que se necesitan desarrollar.

- *Identificación de relaciones de maltrato y buentrato:* Conlleva a tomar conciencia de qué creencias, normas, valores y conductas llevan al maltrato, o, por el contrario, al buentrato, tanto en lo personal como en las relaciones, las personas van identificando qué les genera malestar de sus formas de relacionarse y la manera en que afrontan los conflictos, por lo que pueden reconocer que necesitan transformar. Para poder entender muchos de los problemas que generan dolor o maltrato en las relaciones, habrá que identificar lo que le es válido y lo que no, y concretar en aquello que les va bien, para vivir los vínculos desde el buentrato, el amor y la autonomía (Sanz, 2016).
- *Valoración y apropiación de sí:* La persona identifica el valor de aquello que la constituye, tanto en lo personal, relacional, en sus trabajos, etc., desde sus capacidades y cualidades, pero también desde aquello que considera defectos. Además, se toma conciencia de aquello que realiza y no ha realizado para sí, por lo que también implica identificar aquellas creencias que impiden el goce, el placer y la individualidad, de esta manera significa apropiarse de sí y comenzar a tratarse así misma reconociendo lo que le gusta y lo que no, desde el respeto y cuidado a favor de su bienestar.

Como podemos observar los elementos del autoconocimiento antes descritos nos aportan una visión integral de la persona, desde lo personal, relacional y en un contexto sociocultural y de género, permiten identificar el proceso por el cual la persona toma conciencia de sus malestares y aquellos aspectos que le brindan bienestar, y que pueden estar permeando en su salud mental. Es por esta razón que la comprensión de las estructuras socioculturales y de género, la integración corporal, el reconocimiento de necesidades y recursos, la identificación de relaciones de

maltrato y de buen trato, así como la valoración y apropiación de sí, son los elementos que se tomarán en cuenta para la presente propuesta de intervención.

## Capítulo 4. Método: hacia una Propuesta de Taller

### 4.1 Justificación

De acuerdo a la revisión documental que realizamos, se identificó que las mujeres amas de casa realizan múltiples actividades que han sido consideradas como un no trabajo, se les ha aislado del resto de ocupaciones, siendo poco estudiadas, llegando a ser invisibilizadas (Lobera y García, 2014) en cuanto a su importancia social, lo que las ubica en una posición de subordinación, desempoderamiento y falta de recursos materiales y simbólicos (Ordorika, 2009). Además, quedan confinadas al espacio doméstico, donde sus actividades son para el sostenimiento de las demás personas, por lo que sufren una doble exclusión: de lo público y de lo privado.

Se ha identificado que hay una relación entre el conjunto de roles del modelo tradicional que desempeñan y su salud mental. Huertas et al. (1996, citado en Martínez, 2011), menciona que las amas de casa presentan problemas psíquicos como depresiones o crisis de ansiedad, que tienen un trasfondo de grave malestar, ocasionado por las imposiciones de los roles de género. El trabajo no remunerado (de cuidados y doméstico) que realizan, es un factor importante para la presencia de sintomatología depresiva (Domínguez, 2012; Garay y Farfán, 2007; Montesó et al., 2011; y Soria y Mayen, 2017), y se han obtenido datos que indican que las amas de casa con más presencia de estrés y problemas somáticos son las que están menos satisfechas con su rol (Montesó et al., 2011; Soria y Lara, 2017). Además de que lo doméstico se ha asociado al sometimiento porque al estar por y para las demás personas, dificulta la construcción de una individualidad y de una autoestima (Domínguez, 2012).

Debido a las condiciones de invisibilización y el impacto de los determinantes psicosociales de género en la salud mental antes expuestos, desde esta propuesta de intervención se pone en el centro a las mujeres amas de casa y se tiene el siguiente objetivo:

## **4.2 Objetivos**

### **4.2.1 Objetivo General**

Desarrollar una propuesta de taller de autoconocimiento desde la Perspectiva Crítica de Género Feminista y la Terapia del Reencuentro dirigido a amas de casa para que integren prácticas de autocuidado de la salud mental.

### **4.2.2 Objetivos Específicos**

- Describir el panorama en salud mental con perspectiva de género.
- Describir la teoría crítica feminista en salud mental.
- Integrar la Teoría Feminista para dar cuenta de los determinantes psicosociales de género en relación a la salud mental en mujeres amas de casa.
- Identificar prácticas del autocuidado de la salud mental.
- Identificar técnicas del autoconocimiento tomando en cuenta la Perspectiva Feminista y la Terapia del Reencuentro.
- Desarrollar cartas descriptivas del taller, tomando en cuenta los puntos anteriores.

## **4.3 Tipo de Estudio**

El presente trabajo es una tesis teórica del tipo exploratoria-documental, dado que se realiza una propuesta de intervención, a partir de una revisión amplia, crítica y sistemática de la información correspondiente a las características en salud mental de amas de casa con una perspectiva crítica de género feminista.

## **4.4 Definiciones Conceptuales**

A continuación, se describen los principales conceptos que se tomaron en cuenta para el desarrollo de la propuesta de intervención:

- Ama de casa

Ser ama de casa es un trabajo no remunerado en el cual las mujeres desempeñan un conjunto de roles tradicionales que han sido naturalizados, ya que todas las actividades que llevan a cabo se consideran "normales" (Ramírez, 2004), por lo tanto, las mujeres que lo realizan pueden o no estar casadas y pueden o no tener un trabajo remunerado. El ser ama de casa ha sido impuesto como una ocupación de todas las mujeres porque la mayoría tienen asignada la responsabilidad del hogar y los cuidados (Vega, 2007).

Dentro de las actividades que desempeñan se encuentra el trabajo doméstico, definido como el conjunto de actividades que están destinadas a la satisfacción de necesidades de primer orden, y los de cuidado de los miembros de la unidad familiar, lo que le asigna el carácter obligatorio y gratuito (Vega, 2007).

- Salud mental

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente, así como contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental, y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico, es más que la mera ausencia de trastornos mentales (OMS, 2022), donde ni la salud física ni la salud mental pueden existir solas, dado que el funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes (OMS, 2001, 2004).

- Autocuidado de la salud mental

El autocuidado desde una perspectiva feminista es un acto consciente que propende por una ética de amor propio hacia la construcción de las mujeres como Sujeta de sí mismas en la búsqueda de soberanía sobre su vida y su cuerpo, implica su deconstrucción como objeto, como instrumento y sus funciones portadoras de papeles (Londoño, 1992, citado en Arango, 2007) impuestos desde los mandatos de género, lidiando por tanto con sus historias de vida y el contexto de su cotidianidad. Es un proceso que conlleva la capacidad de priorizarse y de tomar decisiones personales (Cortés, 2016).

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud (2021) el autocuidado es clave para mantener la salud mental, ya que ayuda a controlar el estrés, e incluso aumentar el nivel de energía, por lo que, aunque las prácticas de autocuidado sean pequeñas, pueden generar un gran impacto (Instituto Nacional de Salud, 2021). El autocuidado al ir encaminado a la salud mental, requiere de prácticas como (Bibiano et al., 2018; Consejo de Salud Ocupacional., s.f; Gorbeña, 2000; Instituto Nacional de Salud, 2021; Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], s.f; Pennebaker, 1997; Pourjali y Zarnaghash; 2010; Sanz, 2016; Siguenza, 2019; Van et al., 2017; Veliz et al., 2018):

- |   |  |
|---|--|
| ✓ Tiempo libre, actividades de ocio.        | ✓ Ejercicios de respiración, relajación y mindfulness. |
| ✓ Hábitos de alimentación saludable.        | ✓ Gestión emocional.                                   |
| ✓ Higiene del sueño.                        | ✓ Expresión emocional.                                 |
| ✓ Realizar actividad física regular.        | ✓ Comunicación asertiva.                               |
| ✓ Buscar apoyo, profesional y/o relacional. | ✓ Construir relaciones de buentrato.                   |

El autocuidado es, primordialmente, un conjunto de prácticas, en donde cada quien define qué es lo mejor para sí, en ese sentido, es dinámico pues cada una puede ir modificando sus prácticas con el tiempo, es un proceso de reconocimiento de los recursos y las necesidades propias, que se pueden llevar a cabo a través del proceso de autoconocimiento (Iniciativa Mesoamericana de Mujeres Defensoras de Derechos Humanos, 2014). Es importante mencionar, que, si bien el autocuidado no es un remedio para los trastornos mentales, el implementar prácticas puede disminuir el riesgo de desarrollar alguno, y servir de apoyo complementario en caso de estar en acompañamiento psicológico o tratamiento psiquiátrico (Instituto Nacional de Salud, 2021).

- Autoconocimiento

El autoconocimiento es un eje fundamental en todos los espacios, personal, relacional y social, para poder apropiarse de sí misma/o, e implica el reconocimiento de sí y de los procesos psíquicos por los cuales cada quién interioriza lo vivido en el proceso de socialización y mediante diversos procesos de aprendizaje, por lo que supone comprender las dinámicas que le acontecen a cada una/o (Sanz, 2016).

Permite reconocer la capacidad que tenemos de escucharnos, de entender los procesos de nuestro cuerpo (las sensaciones, las emociones, los pensamientos, las imágenes y los comportamientos), comprender por qué funcionamos, como funcionamos, qué sentimos, y de dónde viene todo eso, así como reconocer los recursos de autoayuda y los recursos relacionales de ayuda de otras personas significativas. Por tanto, hablar de autoconocimiento implica también hablar de autonomía y empoderamiento (Sanz, 2016) y asimismo conocer y desarrollar prácticas de autocuidado.

#### **4.5 Procedimiento**

El proceso para el desarrollo de la propuesta de taller fue el siguiente:

1. Revisión documental
  - A. Investigación sistematizada con perspectiva de género sobre el panorama en salud mental.
  - B. Investigación y análisis de la teoría crítica feminista en salud mental.
  - C. Investigación y análisis de los aportes feministas en salud mental.
  - D. Investigación e integración de los conceptos básicos de género.
  - E. Investigación e integración de los factores psicosociales de género cómo determinantes en la salud mental en las mujeres.
  - F. Investigación sistematizada a profundidad de las principales problemáticas en salud mental de las amas de casa, se seleccionaron los artículos más recientes y se analizó e integró la información más relevante.
  - G. Investigación y análisis crítico de las teorías que trabajan el autoconocimiento en psicología.
  - H. Investigación del autoconocimiento abordado desde la teoría feminista y la Terapia de Reencuentro.
2. Identificación y desarrollo de los principales elementos del autoconocimiento a partir del análisis de la Teoría feminista y la Terapia de Reencuentro.
3. Identificación de las técnicas del autoconocimiento tomando en cuenta los elementos identificados.
4. Identificación de las prácticas del autocuidado de la salud mental.

5. Desarrollo de las cartas descriptivas del taller, tomando en cuenta los puntos anteriores.
6. Elaboración del pre-test y post-test, como propuesta para evaluar los resultados del taller.

## **4.6 Propuesta de Taller**

### **4.6.1 Participantes**

Mujeres amas de casa de entre 20 a 50 años de edad, que tengan como principal actividad el trabajo no remunerado (doméstico y de cuidados), sin importar religión, estatus económico o nivel de estudios. El taller deberá estar conformado de entre 10 y 15 participantes, para propiciar la reflexión y la oportunidad de que todas sean escuchadas.

### **4.6.2 Espacio y equipo**

Se sugiere un espacio amplio, con adecuada iluminación, limpieza, ventilación, condiciones de privacidad, que cuente con sillas, mesas, un proyector, laptop y bocina (en caso de que el espacio no cuente con este equipo, la facilitadora deberá conseguirlos como parte de los materiales o buscar alternativas para su reemplazo).

### **4.6.3 Materiales**

- Rotafolio
- Plumones
- Colchonetas
- Hojas blancas
- Plumas
- Lápices o plumas
- Colores, plumones, crayolas
- Pelota
- Laptop
- Proyector
- Sillas
- Caja de cartón
- Espejo
- Tarjetas
- 3 pliegos de papel bond
- Velas aromáticas
- Bocina
- Cinta adhesiva
- Revistas
- Pegamento
- Tijeras
- Cartulina
- Anexos impresos

#### **4.6.6 Características del Taller**

El taller está diseñado para aplicarse de forma presencial, consta de 7 sesiones con una duración de 2 horas y media cada una, con un total de 17 horas y media. Se pretende fomentar el autoconocimiento en mujeres amas de casa, desde la Perspectiva Crítica de Género Feminista y la Terapia de Reencuentro, para el autocuidado de su salud mental.

En todas las sesiones se inicia con una técnica rompe hielo acompañada de una explicitación de la(s) práctica(s) de autocuidado (entendidas en las sesiones como “el regalo”) que las participantes deberán realizar entre sesión y sesión a lo largo del taller, esto con la finalidad de monitorear el cumplimiento del objetivo general.

Las sesiones fueron diseñadas tomando en cuenta los 5 elementos de autoconocimiento que identificamos desde la Perspectiva Feminista y la Terapia del Reencuentro, con la intención de que las participantes adquieran conocimiento de sí mismas, teniendo como eje transversal los factores psicosociales de género (feminidad, roles y doble jornada) que pueden determinar su salud mental. Para ello cada actividad cuenta con preguntas detonantes para propiciar la concientización y la reflexión de manera grupal e individual.

De igual forma, en las sesiones se presentará información donde se abordarán elementos conceptuales de manera lúdica y vivencial. Y se pretende que a partir de la reflexión que se lleve a cabo en las actividades, las participantes elijan y/o establezcan prácticas de autocuidado acorde a sus necesidades y recursos, tomando en cuenta las prácticas de autocuidado de la salud mental que se proponen en cada sesión. A continuación, se presenta la propuesta de intervención:

## **4.6.7 Propuesta de Taller de Autoconocimiento dirigido a Mujeres Amas de Casa**

## Cartas Descriptivas

**Tema:** Taller de autoconocimiento dirigido a mujeres amas de casa

**Objetivo General:** Fomentar el autoconocimiento en mujeres amas de casa, desde una perspectiva crítica de género feminista, para el autocuidado de su salud mental, a través de un taller vivencial.

### Sesión 1

<b>Tema:</b> Factores psicosociales de género en la salud mental.	<b>Duración:</b> 2:30 h
<b>Objetivo:</b> Que las participantes tomen conciencia sobre los factores psicosociales de género y su influencia en la salud mental.	<b>Fecha:</b>
	<b>Facilitadore/as</b>

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción	Materiales	Tiempo estimado
Bienvenida	Que las participantes identifiquen el nombre y objetivo del taller, y conozcan a la(s) facilitadora(s).	Se dará la bienvenida a las participantes del taller. La(s) facilitadora(s) se presentará(n) ante el grupo y mencionará(n) el nombre del taller y el objetivo general.	Ninguno	5min
Cuestionario taller de autoconocimiento	Que las participantes respondan el cuestionario.	La facilitadora les entregará a las participantes el "Cuestionario taller de autoconocimiento" ( <b>Anexo A-1</b> ), dará 10 min para responder.	Cuestionario	10min

Tempestad	Que las participantes se sientan en confianza e inicien el proceso de autoconocimiento.	<p>Las participantes tomarán asiento y formarán un círculo, la facilitadora estará de pie y dirá lo siguiente: "Un barco en medio del mar, viaja a un rumbo desconocido. Cuando yo diga: Ola a la derecha, todas deben cambiar un puesto hacia la derecha, girando en círculo, siempre hacia la derecha y cuando diga ¡Tempestad! todas deben cambiar de puestos, mezclándose en diferentes direcciones."</p> <p>A la segunda o tercera indicación, la facilitadora ocupa un puesto o retira una silla, por lo que una participante se quedará de pie y tomará un papelito de la bolsa de "Preguntas de introspección" (<b>Anexo B-1</b>), la leerá en voz alta para que todas puedan reflexionar la pregunta y procederá a responder, una vez que termine, continuará dirigiendo el juego repitiendo la instrucción inicial.</p> <p>Para finalizar la facilitadora llevará la reflexión hacia el proceso de autoconocimiento, se podrá apoyar de las siguientes preguntas:  ¿Qué es el autoconocimiento?  ¿Por qué es importante conocerse a sí mismas?  ¿En qué contribuye el autoconocimiento para cuidar su salud mental? ¿Qué pueden hacer para conocerse a sí mismas?</p>	Bolsa con papelitos de preguntas	15 min
Encuadre	Que las participantes identifiquen sus expectativas del taller y planteen acuerdos de convivencia.	<p>Se pedirá a cada participante que escriba en su "Camiseta" (<b>Anexo B-2</b>) lo que espera del taller. Cada participante leerá lo que escribió en voz alta y colgará en el tendedero la camiseta.</p> <p>Posteriormente, se guiará una lluvia de ideas para que las participantes puedan establecer acuerdos de convivencia, mientras la facilitadora los escribe en la hoja de rotafolio.</p>	Rotafolio Plumón Formatos camiseta	10min

<p>Presentación "Ella es ... "</p>	<p>Que las participantes se presenten e identifiquen qué es el autocuidado</p>	<p>La facilitadora pedirá a las participantes que formen parejas y platicuen durante cinco minutos sobre lo que les gusta hacer en sus ratos libres, qué idea tienen sobre el autocuidado, y que hacen para cuidar su salud mental, además de mencionar su nombre.</p> <p>Finalizado el tiempo se pedirá que formen un círculo tomadas de la mano, al lado de la pareja con la que conversaron para iniciar la presentación. Se comienza con la frase "Ella es..." seguido del nombre de la persona y lo que le contó.</p> <p>Para concluir, la facilitadora dará retroalimentación sobre las respuestas que dieron del autocuidado, y proporciona la definición del mismo (que podrá retomar del apartado de la metodología).</p>	<p>Ninguno</p>	<p>15 min</p>
<p>Autocuidado y salud mental.</p>	<p>Que las participantes identifiquen el concepto de salud mental y su relación con el autocuidado.</p>	<p>Las participantes escribirán en una hoja de rotafolio aquellas palabras o frases que les haga alusión al concepto de salud mental.</p> <p>Posteriormente, la facilitadora pedirá a las participantes que formen 4 equipos, e indicará que contarán con 10 minutos para realizar una definición sobre el concepto y deberán organizarse para exponerlo.</p> <p>La facilitadora dará retroalimentación del concepto y proporcionará la definición del mismo (que podrá retomar del apartado de panorama en salud mental), resaltando la relación que hay entre el autocuidado que vio en la actividad anterior y la salud mental. Se podrá guiar de las siguientes preguntas para la reflexión: ¿Cómo fue el proceso para hacer su definición? ¿Por qué es importante</p>	<p>Hoja de rotafolio, plumones.</p>	<p>30min</p>

		conocer lo que es la salud mental? ¿Cómo puede ayudar el autocuidado en la salud mental?		
La salud mental en México	Que las participantes conozcan el panorama de salud mental en México.	Una vez que se ha abordado la salud mental, la facilitadora guiará la actividad “Panorama en salud mental” <a href="https://wordwall.net/es/resource/34704811/panorama-en-salud-mental">https://wordwall.net/es/resource/34704811/panorama-en-salud-mental</a> , mencionará que jugarán un quiz y tendrán que responder en consenso la respuesta que les parezca acertada. Una vez terminado el quiz, la facilitadora guiará la reflexión de la actividad tomando en cuenta el abordaje de las deficiencias en salud mental del modelo biomédico, las posibles causas biológicas y sociales de las problemáticas en salud mental de mujeres y hombres. Se apoyará de las siguientes preguntas: ¿Qué problemas de la vida cotidiana pueden provocar los problemas de salud mental que se veían? ¿Por qué creen que las mujeres presentan diferentes problemas en salud mental que los hombres? ¿Por qué creen que hay una diferencia en la salud mental entre las mujeres? ¿Por qué sería importante recibir atención de un/a profesional de la salud mental? ¿Qué se puede hacer en la sociedad para mejorar la salud mental? ¿Por qué es importante conocer estos datos para el autocuidado de su salud mental? ¿Cuáles son sus conclusiones acerca de estos datos en salud mental?	Computadora y proyector.	25min
Cierre: Ejercicio de relajación	Que las participantes identifiquen prácticas de autocuidado que	La facilitadora pedirá que respondan a la pregunta “¿Qué puedes empezar a hacer desde hoy para cuidar tu salud mental?” La facilitadora mencionará a las participantes que, en relación a su respuesta, empezarán a regalarse prácticas de autocuidado, tomando en cuenta que este regalo tiene tres condiciones:	Calendario de prácticas para el autocuidado	10 min

	<p>contribuyan a su salud mental.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que lo que se regalen dependa exclusivamente de sí y que sea solo para sí.</li> <li>2. Que les repercuta positivamente y no les haga daño.</li> <li>3. No es necesario que el regalo tenga un costo económico.</li> </ol> <p>Posteriormente la facilitadora repartirá a las participantes el “Calendario de prácticas para el autocuidado de la salud mental” <b>(Anexo B-3)</b> en donde semana a semana deberán registrar las prácticas de autocuidado, apoyándose de las que se proporcionen en cada sesión.</p> <p>Por último, la facilitadora mencionará a las participantes que las prácticas de autocuidado de la salud mental que van a realizar a lo largo del taller pueden ser placenteras, pero también pueden ser complicadas, sin embargo, van a generar beneficios en su salud mental ya sea a corto o largo plazo.</p>	<p>de la salud mental</p>	
--	---------------------------------------	--	---------------------------	--

## Sesión 2

<b>Tema:</b> Mi historia de salud mental	<b>Duración:</b> 2:30 h
<b>Objetivo:</b> Que las participantes identifiquen lo que conocen sobre su salud mental y cómo la han abordado, tanto ellas como los servicios sanitarios.	<b>Fecha:</b>
	<b>Facilitadore/as</b>

Actividad	Objetivo	Descripción	Materiales	Tiempo estimado
Bienvenida	Que las participantes sientan en un ambiente de confianza y compartan prácticas de autocuidado que realizaron a lo largo de la semana.	<p>La facilitadora dará la bienvenida a las participantes, mencionando la importancia y compromiso que han puesto en sí mismas al asistir al taller.</p> <p>Posteriormente pedirá a las participantes que se coloquen en círculo, tomadas de la mano, y se colocará en el centro y cantará la canción “Amo a mi hermana, a mi prima, a mi vecina, amo a mi hermana Jacinta” y pedirá a las participantes que canten mientras giran “Amo a mi hermana, amo a mi prima, amo a mi vecina, amo a mi hermana Jacinta”, de pronto la facilitadora dirá: “Alto ahí” y el grupo responde “¿Qué pasó?” y la facilitadora dirá “La Pachamama ordena que....”, el grupo deberá responder “¿qué cosa?” y la facilitadora dará la orden mencionando los parentescos que puedan tener en común, seguido de que compartan el regalo que se dieron, por ejemplo “que las que tengan hermanas, compartan el regalo que se dieron” Una vez realizada la orden, las participantes volverán a cantar la canción girando en círculo y se dará una nueva orden.</p>	Ninguno	10 min

		<p>Esta dinámica se repetirá hasta que se cumplan los 10 minutos y todas hayan compartido sus regalos, posteriormente se pedirá que tomen asiento.</p> <p>La facilitadora se podrá apoyar de las siguientes preguntas para la reflexión</p> <p>¿Cuál fue el regalo que se dieron y cómo se sintieron al dárselo? ¿Qué dificultades encontraron al realizar esa práctica de autocuidado? ¿Por qué es importante realizar prácticas que nos den bienestar? ¿Cómo el darse estos regalos, se relaciona con su salud mental?</p>		
Juego de la botella	Que las participantes reconozcan cómo se encuentra su estado de salud mental en relación a su salud integral.	<p>Una vez que las participantes estén sentadas, la facilitadora proyectará una presentación con el juego de la botella giratoria. <u>BOTELLA GIRATORIA SM.pptx</u></p> <p>Cuando todas puedan ver la presentación, la facilitadora hará girar la botella y pedirá que digan “alto” cuando quieran que esta pare. Una vez que la botella se detenga, se descubrirá una pregunta respecto a su salud mental, la cual deberán responder.</p> <p>La facilitadora guiará la reflexión al reconocimiento del estado de salud mental de las participantes y la relación con su salud integral. Se podrá apoyar de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué identificaron de salud mental a través de las preguntas realizadas?</p> <p>¿Por qué creen que se preguntaba sobre su estado de salud general, si estamos hablando de salud mental? ¿Cómo se encuentra unida su mente y su cuerpo? ¿De qué forma tener actividades placenteras contribuye en su salud mental? ¿Cómo los pensamientos negativos pueden influir en tu salud mental? ¿Cómo los pensamientos positivos</p>	Presentación Computadora Proyector	25 min

		<p>pueden influir en tu salud mental? ¿Cómo sus emociones dan señales sobre tu estado de salud mental y física? ¿Por qué nos cuesta ver a nuestro cuerpo en unión a nuestra mente?, Cuando tienen un problema de salud ¿Lo/as profesionales toman en cuenta sus características físicas y mentales?</p>		
Actúa la experiencia	<p>Que las participantes identifiquen cómo ha sido atendida su salud mental desde el modelo biomédico.</p>	<p>La facilitadora pedirá a las participantes que formen 4 equipos. Una vez en equipos, explicará que deberán actuar el capítulo de una telenovela/serie o una experiencia personal, en la que la actriz acude a una cita para atender su salud y cada participante representará un papel en la actuación.</p> <p>A cada equipo se le entregará una “Tarjeta de situaciones” (<b>Anexo B-4</b>), con diferentes situaciones por las cuales acuden a su cita.</p> <p>Se darán 10 minutos para crear su actuación y posteriormente la presentarán frente al grupo.</p> <p>Al finalizar las representaciones la facilitadora dirigirá la reflexión a los focos de atención respecto a la forma en que se ha abordado su salud mental. Se podrá guiar de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cómo se sintieron al actuar como pacientes? ¿Cómo se sintieron al actuar como doctora/psicóloga? ¿Quiénes pueden atender los problemas de salud mental? ¿Cómo son tratadas cuando acuden a atención de su salud mental? ¿Qué tratamientos daban en las actuaciones y cuáles son los que han recibido con base en sus experiencias? ¿Por qué es importante pedir explicaciones del tratamiento y el diagnóstico?, ¿Qué alternativas tienen y usan para cuidar su salud mental? ¿Cuándo es necesario buscar ayuda/atención con algún/a especialista? ¿Cómo el/la profesional de</p>	Tarjetas con situaciones	30min

		la salud, explora las causas de sus problemas en salud mental? ¿En que contribuye asistir a atención con un/a especialista por estos problemas? ¿Qué pueden hacer los/as medicas/os y profesionales de la salud mental para mejorar?		
Salud mental	Que las participantes reconozcan su salud mental a través de los procesos del cuerpo	<p>La facilitadora mencionará que para conocer más acerca de su salud mental, es preciso saber que esta se expresa en el estado de bienestar, en las emociones, las sensaciones, los malestares y en la propia historia, a través del cuerpo. En el cuerpo se siente la felicidad, ansiedad, alegría, dolor o satisfacción. Las sensaciones y los sentimientos se viven en el cuerpo. Por eso, aunque a veces llamamos los enojos o los disgustos, el cuerpo los expresa en forma de dolor o de enfermedad, lo mismo que refleja el bienestar y la salud.</p> <p>La facilitadora pedirá a las participantes que formen 4 equipos y mencionará: Realicen una silueta de mujer que las represente, y marquen de diferentes colores cada emoción (tristeza-azul, felicidad-amarillo, enojo-rojo y temor-morado) en aquellas partes del cuerpo en las que las sienten. Pedirá que traten de expresar dentro de la silueta todas las ideas que les surjan, sin reprimir nada, agregando palabras clave, frases o ideas que están presentes cuando están felices, tristes, enojadas y asustadas.</p> <p>La facilitadora guiará la reflexión a la identificación de cómo las emociones, las sensaciones, pensamientos y comportamientos se viven a través del cuerpo, como parte de los procesos del mismo y que</p>	Hojas, plumas y colores	25min

		<p>estos se relacionan con la salud mental. Se podrá guiar de las siguientes preguntas:</p> <p>¿En qué forma los pensamientos influyen en el estado de bienestar o malestar? ¿Cómo sienten el enojo en el cuerpo? ¿Cómo sienten la tristeza en su cuerpo? ¿Qué pensamientos suelen tener cuando están tristes? ¿Qué pensamientos tienen cuando están enojadas? ¿Qué sienten en su cuerpo al tener miedo? ¿Por qué creen que es importante identificar los cambios que se tienen en el cuerpo al tener diferentes emociones? ¿Cómo sus pensamientos influyen en sus emociones? ¿Por qué es importante conocer sobre las sensaciones, acciones y emociones para cuidar de su salud mental?</p>		
Línea del tiempo de mi salud mental	Que las participantes identifiquen cómo ha sido su historia de salud mental.	<p>La facilitadora dará una cartulina a cada participante y pedirá que en el centro dibujen una línea del tiempo, representando cada una de las etapas que han pasado, desde su niñez, adolescencia y hasta su adultez. En cada etapa se pedirá que representen a través de dibujos o frases como ha sido su salud mental, tomando en cuenta los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las emociones y sentimientos que prevalecían.</li> <li>• Si presentaron algún padecimiento o malestar en salud mental.</li> <li>• Las personas (amistades, familia, relaciones amorosas) que fueron importantes e influyeron en su salud mental.</li> <li>• Y las situaciones o experiencias que relacionan con su estado de salud mental, por ejemplo, si en la adolescencia tuvieron la pérdida de alguna persona importante y eso les generó tristeza o si en la adultez lograron alguna meta y eso les causó felicidad.</li> </ul>	Cartulina Colores Plumas	30min

		<p>Una vez que hayan pasado 10 minutos, la facilitadora pedirá que compartan su línea del tiempo y guiará la reflexión hacia el análisis de la historia en salud mental de las participantes, podrá apoyarse de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cómo ha sido su salud mental en cada etapa?</p> <p>¿Qué implica mirar la forma en que su salud mental se ha transformado a lo largo de su vida? ¿Qué experiencias identifican que han influido en su salud mental? ¿Qué relaciones han transformado actualmente su salud mental? ¿De qué forma reconocer estas etapas de su vida puede contribuir al cuidado de su salud mental?</p>		
¿Cómo cuidar mi salud mental?	Que las participantes reconozcan prácticas de autocuidado que favorezcan su salud mental	<p>La facilitadora iniciará realizando una exploración del cómo las participantes han cuidado su salud mental, se podrá apoyar de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué realizan para cuidar su salud mental? ¿Por qué es importante cuidar de su salud mental? ¿De qué forma la alimentación influye en su salud mental? ¿Cómo la calidad del sueño influye en su salud mental? ¿Por qué es importante mantener en equilibrio los diferentes ámbitos de nuestra vida?</p> <p>Después de la indagación, la facilitadora mencionará que, para poder tener bienestar, es necesario practicar algunas cosas básicas. Explicará aspectos esenciales para cuidar la salud mental, desde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La alimentación saludable</li> <li>-Higiene del sueño</li> <li>-Ejercicio físico</li> </ul>	Ninguno	25 min

		<p>La facilitadora guiará la reflexión hacia la importancia de realizar las prácticas de autocuidado mencionadas. Se podrá apoyar de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cuáles de las prácticas pueden empezar a implementar? ¿Qué dificultades podrían encontrar al tratar de realizar estas prácticas y cómo las pueden afrontar?</p>		
Regalo <sup>1</sup>	<p>Que las participantes identifiquen las prácticas de autocuidado que contribuyan a su salud mental.</p>	<p>La facilitadora pedirá a las participantes que, en el plazo de la semana, en algún momento, se escuchen y piensen: ¿Qué me apetece o que necesito en estos momentos? y a partir de su respuesta, piensen en el regalo que satisfaga esa necesidad y logren realizarlo, tomando en cuenta las especificaciones mencionadas en la primera sesión. Mencionará que pueden tomar en cuenta las prácticas de autocuidado abordadas en la sesión: alimentación saludable, higiene del sueño y ejercicio físico. Además, les recordará que deberán registrar el regalo que se den en su calendario.</p>	Calendario	5 min

<sup>1</sup> Ejercicio “Regalo” retomado Sanz, F. (2016). El buentrato como proyecto de vida. Barcelona: Editorial Kairos, S.A

### Sesión 3

<b>Tema:</b> Conociéndome a través de mi cuerpo	<b>Duración:</b> 2:30 h
<b>Objetivo:</b> Que las participantes reconozcan los procesos de su cuerpo a través de la exploración corporal.	<b>Fecha:</b>
	<b>Facilitadore/as</b>

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Que las participantes se reconozcan como parte del grupo y que compartan las prácticas de autocuidado que realizaron a lo largo de la semana.	<p>La facilitadora dará la bienvenida al taller, saludando a las participantes. Pedirá que se pongan de pie y se muevan por el salón, moviendo y soltando sus brazos y relajando sus cabezas y cuellos. Después mencionara una palabra y las participantes la deberán representar formando una estatua. Por ejemplo, la facilitadora dirá “paz” y todas las participantes instantáneamente y sin hablar adoptarán una posición que refleje esa palabra, (otros ejemplos son: enojo, relajación, tristeza).</p> <p>Posteriormente, la facilitadora pedirá que tomen asiento y explorará cuales fueron los regalos que se dieron o si hubo dificultades para darse el regalo. Se podrá guiar de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cuál fue el regalo que se dieron y cómo se sintieron al dárselo?            ¿Qué dificultades encontraron al realizar la actividad del regalo?            ¿Tomaron en cuenta prácticas de autocuidado que escucharon de sus compañeras? ¿Cuáles?, ¿Integraron las prácticas de autocuidado</p>		15min

		vistas en la sesión anterior? ¿Qué beneficios sintieron al darse su regalo?		
Describiendo mi cuerpo. <sup>2</sup>	Que las participantes reconozcan los procesos corporales, a través de la exploración del mismo, en unión a la historia de vida y los estereotipos de género.	<p>La facilitadora pedirá que continúen en parejas y describan su cuerpo. Una de las participantes asumirá el rol de “activa” y otra de “pasiva”. La activa se extenderá en el suelo boca arriba y con los ojos cerrados. La facilitadora dará la indicación de hacer tres respiraciones, con 5 segundos para inhalar y 7 para exhalar. Se pedirá que vayan tomando consciencia de su cuerpo, lo visualicen y que lo describan a su compañera por partes, mencionando aspectos de cómo se valoran los pensamientos y las emociones, de lo que sienten respecto a esa parte de su cuerpo. Por ejemplo “Mi cabello es castaño, me gusta que lo toquen” “Mi cabello es negro, es rizado y rebelde, no sé cómo dominarlo” “Este es mi estómago, es redondo, cuando me enojo mucho, siento como si tuviera un nudo dentro y me duele” “Este es mi corazón y late cuando estoy feliz”</p> <p>Durante todo este tiempo, la persona “pasiva” permanecerá al lado de quién se va describiendo, sin decir nada, sólo colocará una mano sobre la otra persona en aquella parte del cuerpo nombrada, sin tocarla, sólo colocando la mano por encima, dejando un espacio. <i>Se tiene como condición imprescindible y obligatoria, estar humanamente presente, pero manteniendo distancia sexual, no seduciendo eróticamente con las manos.</i> Una vez que la persona activa termine de describir su cuerpo, se cambian los roles y la persona activa pasa a ser pasiva.</p> <p>Cuando ambas ya han descrito su cuerpo, la facilitadora pedirá que compartan con el grupo cómo se sintieron al hacer su descripción y</p>	Colchonetes	40 min

		<p>guiará la reflexión indagando los procesos corporales. Se podrá guiar de las siguientes preguntas:</p> <p>Cuándo describieron su cuerpo, ¿Cómo fue la descripción valorativa que hicieron de su cuerpo? ¿De dónde creen que venga la valoración positiva o conflictiva de su cuerpo? ¿Qué emociones tuvieron al describir su cuerpo? ¿Qué experiencias se relacionan con las emoción y descripción que hicieron de su cuerpo?, ¿Hubo alguna parte del cuerpo que vivieron de forma conflictiva? ¿Cuál fue?, ¿Qué pensamientos o creencias intervienen en las mujeres al hablar de su cuerpo? ¿Cuál de esos pensamientos mencionados tuvieron al momento de describir su cuerpo?, ¿Qué pueden hacer para mejorar la relación que tienen con su cuerpo tomando en cuenta sus emociones y pensamientos? ¿Cómo reconocer la valoración, emociones y sensaciones de su cuerpo contribuye al cuidado de su salud mental? Además, mencionará que la valoración que cada una tiene de sí es resultado de sus experiencias e influencias que han tenido a lo largo de su vida, pero que independiente de esas características, cada una tiene una capacidad sensitiva de bienestar que puede desarrollar mientras vive.</p>		
La respiración en mi cuerpo <sup>2</sup>	Que las participantes tomen conciencia de la relación que tienen la	La facilitadora describirá la “Respiración parcial y la respiración completa” ( <b>Anexo B-5</b> ). Una vez descrita cada respiración se realizará el “Ejercicio de respiración parcial y completa” ( <b>Anexo B-6</b> ) para que las participantes las vivencien.	Ninguno	30 min

<sup>2</sup> Adaptación de ejercicio Respiración y cuerpo y Describiendo mi cuerpo: Sanz, F. (1990). Psicoerotismo femenino y masculino. Para unas relaciones más placenteras, autónomas y justas. Barcelona: Editorial Kairos, S.A

	respiración y las emociones.	<p>La facilitadora guiará la reflexión del ejercicio, sobre la relación de la respiración y las emociones que se viven a través del cuerpo, se podrá apoyar de las siguientes preguntas:</p> <p>¿En qué situaciones suelen tener la respiración parcial? ¿De qué manera sus emociones cambian su respiración? ¿Cuál es la respiración que suelen hacer más? ¿Con qué respiración se sintieron más cómodas? ¿Cómo es su respiración al estar relajadas? ¿Por qué es importante reconocer su respiración en el proceso del cuidado de su salud mental?</p> <p>Para finalizar, la facilitadora mencionará a las participantes que los ejercicios de respiración son prácticas de autocuidado de su salud mental.</p>		
Escáner corporal <sup>3</sup>	Que las participantes gestionen sus emociones a través del mindfulness.	<p>La facilitadora dará las instrucciones para realizar el “escáner corporal” <b>(Anexo B-7)</b>.</p> <p>Al finalizar el ejercicio, la facilitadora guiará la reflexión hacia la gestión emocional, podrá guiarse de las siguientes preguntas:</p> <p>¿De qué cosas se han dado cuenta al realizar este ejercicio? ¿Cómo te ayuda el poner atención a tu cuerpo en conectar con tus emociones? ¿Qué emociones identificaron como más frecuentes? ¿Qué suelen hacer cuando tienen estas emociones? ¿En qué partes del cuerpo identificaron que se albergan sus emociones? ¿Con qué situaciones se relacionan sus emociones? ¿Qué pensamientos le han venido a la</p>		30min

<sup>3</sup> Activital psicólogos (2020). Mindfulness. Meditación guiada de escáner corporal [video] <https://www.youtube.com/watch?v=cSr8MCPjFVY>

		<p>mente mientras realizaban el ejercicio? ¿Cómo creen que los pensamientos pueden interferir al momento de conectar con su cuerpo y emociones? ¿Qué zonas de su cuerpo son donde pueden identificar malestar o dolores y cómo se relacionan con sus emociones? ¿Cómo esta actividad de escáner corporal les puede servir para el autocuidado de su salud mental?</p> <p>Para finalizar la facilitadora mencionará que los ejercicios de Mindfulness tienen grandes beneficios en la salud mental, y que también son una práctica para el autocuidado de la salud mental.</p>		
Diario de emociones	Que las participantes identifiquen la expresión emocional como práctica de autocuidado de su salud mental.	<p>La facilitadora pedirá a las participantes que tomen una hoja y escriban lo que sintieron en el ejercicio anterior (cuáles fueron las emociones, pensamientos o si recordaron alguna experiencia, tomando en cuenta tanto lo que haya sido desagradable como lo más agradable). Al pasar 5 minutos pedirá que compartan su escrito.</p> <p>Guiará la reflexión hacia la importancia de expresar las emociones. Se podrá guiar de las siguientes preguntas: ¿Qué les puede aportar escribir sobre sus emociones? ¿Por qué es importante expresar lo que sienten? ¿Qué otras prácticas pueden hacer para expresar sus emociones?</p> <p>Si las participantes no mencionan otras prácticas de autocuidado, la facilitadora se podrá apoyar de los siguientes ejemplos: escribir en un diario sus emociones, sensaciones, pensamientos y experiencias, bailar una canción, escuchar música, dibujar o pintar, etc.</p> <p>La facilitadora mencionará a las participantes que escribir de manera regular, sobre sus emociones, sobre aquello que agradecen, o alguna</p>	Hojas blancas Plumas	20 min

		actividad que hayan realizado, etc., también es considerada una práctica de autocuidado de la salud mental.		
Regalo	Que las participantes identifiquen las prácticas de autocuidado que contribuyen a su salud mental.	<p>La facilitadora pedirá a las participantes que piensen en lo que tomaron conciencia de su cuerpo, que piensen en todo lo que les constituye, lo que su cuerpo les ha permitido y que agradezcan en su mente 4 cosas de su cuerpo, por ejemplo “Gracias por mis piernas que me permiten caminar y andar por las calles que más me gustan”.</p> <p>Después de 5 min la facilitadora mencionará que el agradecimiento es una práctica de autocuidado de la salud mental y que pueden realizarla diariamente.</p> <p>Para finalizar, pedirá a las participantes que piensen en los regalos que puedan darse durante la semana (con las especificaciones mencionadas en la sesión uno), tomando en cuenta las prácticas de autocuidado de la salud mental que se abordaron en esta sesión: ejercicios de respiración, mindfulness y expresión emocional, para poder relacionarse con sus cuerpos y sus emociones. Además de recordarles que lo añadan a su calendario de autocuidado.</p>		15min

### Sesión 4

<b>Tema:</b> Necesidades y recursos	<b>Duración:</b> 2:30 h
<b>Objetivos:</b> Que las participantes tomen conciencia de sus necesidades y sus recursos personales como ejes fundamentales para su autocuidado.	<b>Fecha:</b>
	<b>Facilitadore/as</b>

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción	Materiales	Tiempo estimado
Lo que quiero hoy	Que las participantes se sientan en un ambiente de confianza y compartan las prácticas de autocuidado que realizaron a lo largo de la semana.	<p>La facilitadora pedirá a las participantes que tomen asiento, los cuales estarán distribuidos en círculo. Posteriormente dirá una característica de las mujeres del grupo, por ejemplo “todas las que tengan pantalón de mezclilla”, y todas aquellas que tengan esa característica deben moverse de lugar. Se removerá una silla para que una persona se quede sin lugar, estando de pie tendrá que decir ...” Mis regalos de la semana fueron” ... seguido de su respuesta. La actividad se repetirá hasta que la mayoría haya participado o, si el tiempo establecido para esta actividad está por terminar y aún no han pasado todas, se preguntará quién falta por mencionar sus regalos para que pueda compartirlo.</p> <p>Para indagar más sobre la práctica de autocuidado que realizaron, la facilitadora se podrá guiar de las siguientes preguntas: ¿Qué dificultades encontraron al darse el/los regalos? ¿Qué beneficios sintieron al darse su regalo?</p>	Ninguno	10 min

<p>Conectando con las necesidades<sup>4</sup></p>	<p>Que las participantes tomen conciencia de sus necesidades personales.</p>	<p>La facilitadora pedirá a las participantes que empiecen a caminar despacio por el salón y, después de un rato, piensen en sus trabajos y actividades diarias. Podrá mencionar lo siguiente: “Mientras caminas piensa en todo lo que tienes que hacer, repasas todos los pendientes que tienes... administrar los gastos del hogar, supervisar las tareas de tu hijo o hija, cuidar la salud de la familia, etc.... piensa en todo lo que tienes que realizar en casa...cuáles son todas las actividades”, “ve al ritmo de todas las actividades que realizas, piensa en ese día en el que tenías toda la prisa, en ese día en el que no tuviste un descanso, a qué ritmo ibas, y cuántas cosas hacías a la vez”</p> <p>La facilitadora deberá provocar que las participantes aumenten el ritmo de su paso hasta hacerlo muy rápido, cuando esto se logré, indicará que paren y cierren los ojos, que sientan su corazón acelerado, que tomen conciencia de cómo se siente su cuerpo agitado. La facilitadora dirá las siguientes preguntas, indicando que las responderán para sí, y hasta el final de la actividad lo podrán comentar: ¿Qué pierdes cuando corres en la vida y dejas de ver lo que necesitas? ¿Cuántas veces has dejado de lado tus necesidades por estar por y para las demás personas? Se dejarán dos minutos de silencio para la reflexión individual.</p> <p>Para continuar, la facilitadora pedirá a las participantes que busquen una pareja y se miren a los ojos y dirá lo siguiente: “Mira a tu compañera, mira sus ojos, ella igual que tú se satura y se presiona por estar a cargo del trabajo del hogar, de los cuidados, ella al igual que tú a veces se deja de lado a sí misma y en muchas ocasiones deja de priorizar sus necesidades; ella igual que tú puede mirarte ahora y contactar contigo... Agradece a tu compañera, que ella, igual que tú,</p>	<p>Ninguno</p>	<p>25 min</p>
---	--	---	----------------	---------------

<sup>4</sup> Actividad adaptada originalmente de Iniciativa Mesoamericana de Mujeres Defensoras de Derechos Humanos. (2014). Travesía para pensar y actuar. Experiencia de Autocuidado de Defensoras de Derechos Humanos en Mesoamérica.

		<p>se está deteniendo a mirarte, a darse un espacio para conectar con ella y contigo”. La facilitadora podrá ampliar las frases si es necesario.</p> <p>Para terminar la facilitadora invita a las participantes a compartir sus reflexiones acerca de lo que sintieron en la actividad, y sobre la importancia de tomar consciencia de las necesidades personales. Se podrá apoyar de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cómo se sintieron con el ejercicio? ¿De qué se han dado cuenta en los ejercicios? ¿Lograron conectar consigo mismas y sus compañeras? ¿Que impide que las mujeres se conecten con sus necesidades personales? ¿Por qué es importante empezar a conectar con sus necesidades? ¿Cómo puedes empezar a conectar con tus necesidades y dejar de priorizar las de otras personas? ¿Qué aporta el conectar con sus necesidades en el autocuidado de la salud mental?</p> <p>Para finalizar, la facilitadora dará una breve explicación de lo que son las necesidades y recursos (que podrá retomar del apartado de elementos del autoconocimiento), y que estos formarán parte del proceso de autocuidado. Se pedirá que a lo largo de la sesión se mantengan muy atentas para identificar tanto las necesidades como los recursos con los que cuentan o pueden desarrollar. Indicará que en el resto del taller también podrán tomar consciencia de estos.</p>		
Al cuerpo lo que pida <sup>5</sup>	Que las participantes identifiquen sus necesidades a través del cuerpo.	<p>La facilitadora pedirá a las participantes que se recuesten en el suelo, y cierren los ojos. Posteriormente leerá en voz alta el texto “Al cuerpo lo que pida” (<b>Anexo B-8</b>).</p> <p>Al terminar la lectura, la facilitadora guiará la reflexión grupal en dirección de las necesidades que identificaron a través del cuerpo y</p>	Tapetes o colchonetas	30 min

<sup>5</sup> Actividad adaptada, originalmente de Instituto de la Mujer. Guía para el desarrollo personal. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid

		<p>cómo se ha sentido cada quien. Se podrá apoyar de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Encontraron alguna dificultad para conectar con su cuerpo? ¿Qué necesidades identificaron a través de su cuerpo? ¿Qué pueden empezar a hacer para satisfacer esa necesidad? ¿Cómo les ayuda el darse un momento para mirar hacia ustedes mismas? ¿Cómo se relaciona el conectar con su cuerpo con el autocuidado de la salud mental?</p>		
Necesidades y mi entorno	<p>Que las participantes identifiquen y diferencien las necesidades personales, relacionales y sociales.</p>	<p>La facilitadora repartirá una hoja blanca a cada participante, pedirá que la dividan por la mitad, y por un lado escriban “¿qué necesito?” y por el otro “¿qué hago o qué puedo empezar a hacer para cubrir esa necesidad?”. La facilitadora mencionará que, para identificar sus necesidades, deberán situarse desde tres esferas: en lo personal, relacional y social. Como apoyo para las participantes, la facilitadora dará una breve explicación de las tres esferas desde la perspectiva de la terapia de reencuentro<sup>6</sup>, y para ejemplificar las necesidades puede utilizar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Personal: Ser menos crítica conmigo mismo, tener actividades que me den placer.</li> <li>● Relacional: Tener las habilidades para mejorar una relación con un familiar.</li> <li>● Social: Ayudar a la gente que lo necesita/desmitificar el ser buena madre.</li> </ul> <p>Cuando las participantes hayan concluido, la facilitadora pedirá que compartan algunas de sus respuestas y guiará la reflexión con base a estas. Se podrá apoyar de las siguientes preguntas: ¿Qué</p>	<p>hojas blancas Pluma o lápiz</p>	<p>30 min</p>

<sup>6</sup> Revisar apartado de Resiliencia en Sanz, F. (2016). El buentrato como proyecto de vida. Barcelona: Editorial Kairos, S.A

		necesidades identifican a nivel personal? ¿Cuáles necesidades identifican a nivel relacional? ¿Quiénes identificaron necesidades a nivel social? ¿Por qué es importante posicionarse desde distintas esferas para identificar las necesidades? ¿En qué contribuye conocer sus necesidades desde distintos niveles para su autocuidado de la salud mental? ¿Qué pueden hacer para empezar a cubrirlas?		
Balance de necesidades	Que las participantes identifiquen sus necesidades prioritarias y las relacionen a metas	<p>La facilitadora pedirá a las participantes, que, a partir del listado de necesidades realizado en la actividad anterior, enumeren de la más importante a la menos importante, y pedirá que tomen la más urgente y con ella respondan el “Balance de necesidades” (<b>Anexo B-9</b>) el cual se les repartirá a cada una.</p> <p>La facilitadora guiará la reflexión hacia la importancia de atender a sus necesidades, podrá apoyarse de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué beneficios pueden tener al cubrir esa necesidad? ¿Qué pasa si sigo postergando esa necesidad? ¿Qué obstáculos se pueden presentar al cubrir esa necesidad? ¿Qué me puede ayudar a enfrentar esos obstáculos?</p> <p>¿Cómo cubrir esa necesidad se relaciona con el autocuidado de mi salud mental?</p> <p>Para finalizar, la facilitadora mencionará a las participantes que al tenerse en cuenta y al conocer lo que necesitan pueden plantearse como meta el accionar sobre esa necesidad, reconociendo que merecen estar bien y que esto conforma parte de su autocuidado.</p>		25 min
Mis recursos	Que las participantes identifiquen los recursos personales, relacionales y	<p>La facilitadora relacionara la actividad anterior con la importancia de comenzar a identificar sus recursos como apoyo para cubrir sus necesidades, además de mencionar que los recursos también se pueden tener a nivel personal, relacional y social. Algunos ejemplos de recursos en los tres niveles que podrá aportar la facilitadora son:</p> <p>-Personales: Características propias: ser puntual, responsable.</p>	Pluma o lápiz	25 min

	<p>sociales con los que cuentan.</p>	<p>-Relacional: Tener una amistad en quien confiar. -Sociales: Servicios sanitarios</p> <p>Posteriormente, la facilitadora repartirá una hoja a cada participante “En este viaje yo me llevo” (<b>Anexo B-10</b>), en donde escribirán alrededor de la mochila todos los recursos con los que cuentan en lo personal, relacional y social, para poder cubrir sus necesidades, se podrán apoyar del listado de recursos presentes en la hoja. Se explicará que el viaje hace alusión al proceso que conlleva su autocuidado de la salud mental.</p> <p>Para finalizar cada participante dirá “En este viaje yo me llevo” seguido de tres recursos con los que cuenta, de preferencia uno a nivel personal, relacional y social.</p> <p>La facilitadora dará retroalimentación a sus respuestas y guiando la reflexión hacia la importancia de identificar los recursos en relación a sus necesidades y el autocuidado de la salud mental, para ello se podrá apoyar de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cuál es la importancia de identificar sus recursos? ¿Consideran que los recursos que tienen les pueden ayudar a satisfacer sus necesidades? ¿Pueden crearse nuevos recursos? ¿Qué recurso pueden empezar a crear? ¿Consideran que el autocuidado puede ser un recurso? ¿Por qué?</p>		
Regalo	<p>Que las participantes identifiquen las prácticas de autocuidado que contribuyen a su salud mental.</p>	<p>Para finalizar, la facilitadora mencionará a las participantes que recuerden darse un regalo en el lapso de la semana (con las especificaciones mencionadas en la primera sesión) tomando en cuenta las prácticas de autocuidado propuestas en las sesiones anteriores, en conexión con sus necesidades y recursos identificados en esta sesión. Les recordará colocarlas en su calendario de autocuidado de la salud mental.</p>		5 min

### Sesión 5

<b>Tema:</b> Reconocimiento y valoración de sí	<b>Duración:</b> 2:30 h
<b>Objetivos:</b> Que las participantes se apropien de sí mismas, a través del reconocimiento y valoración de aquello que las constituye.	<b>Fecha:</b>
	<b>Facilitadore/as</b>

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción	Materiales	Tiempo estimado
“Yo me regalé”	Que las participantes se sientan en un ambiente de confianza para que compartan las prácticas de autocuidado que realizaron a lo largo de la semana.	<p>La facilitadora dará la bienvenida y pedirá a las participantes que formen un círculo, puede ser de pie o en su asiento. Posteriormente mencionará que lanzarán una pelota y a quien le toque deberá responder a la pregunta “¿qué me regalé?” con un “yo me regalé” seguido de su respuesta, la persona que haya respondido lanzará la pelota a otra persona, y esta deberá de repetir lo que su compañera respondió anteriormente, seguido de su respuesta. Esta dinámica se repetirá hasta que todas hayan pasado y la última participante en responder acumule todas las respuestas y concluya con la propia. Si no se logra retener la información hasta el final, se pedirá directamente que compartan lo que se regalaron.</p> <p>Para indagar más sobre la práctica de autocuidado que realizaron la facilitadora se podrá guiar de las siguientes preguntas: ¿Qué dificultades encontraron al darse el/los regalos? ¿Qué beneficios sintieron al darse su regalo? ¿Por qué eligieron ese regalo? ¿De qué forma integraron los recursos y necesidades vistas en la sesión anterior para darse el regalo?</p>	Pelota	10 min

<p>Mis raíces</p>	<p>Que las participantes conozcan el valor de algunas de sus características personales y sus logros alcanzados.</p>	<p>La facilitadora repartirá una hoja titulada “mis raíces” (<b>Anexo B-11</b>) e indicará a las participantes que completen el árbol (dibujando frutos, flores, hojas, etc.), y posteriormente, escriban en la hoja 3 aspectos personales: cualidades, aquellos que consideran defectos y sus logros; señalará que los 3 aspectos deberán ser distribuidos en relación a lo que conforma un árbol “Si ustedes fueran el árbol en donde estarían las cualidades, ¿en el tronco? ¿las raíces? ¿los frutos?”.</p> <p>Cuando las participantes hayan concluido, se les pedirá que caminen alrededor del espacio con la hoja de frente y observen los árboles de sus compañeras, se les indicará que pueden preguntar a su compañera sobre aquello que les llama la atención o se identifiquen. Al terminar, la facilitadora les dirá a las participantes que tomen asiento y les cederá la palabra para que puedan compartir al grupo lo escrito en la actividad.</p> <p>La facilitadora guiará la reflexión hacia la importancia de reconocer sus cualidades, defectos y sus logros, y su relación con el autocuidado, se podrá apoyar de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Porque acomodaste de esa manera los 3 aspectos?, ¿Se habían detenido a analizar algunas de estas cualidades?, ¿Qué dificultades tuvieron al encontrar aspectos positivos que poseen? ¿y de los negativos?, ¿Por qué es importante reconocer o identificar tanto sus cualidades, aquello que no les gusta de ustedes y sus logros? ¿De qué creen que les pueda servir este conocimiento acerca de ustedes para el autocuidado de la salud mental?</p> <p>Por último, la facilitadora mencionará a las participantes que para integrar nuevos logros a su árbol es importante plantearse nuevas metas. Las invitará a comenzar a plantearse metas respecto a su autocuidado de la salud mental, mencionando que estas se revisarán en la última sesión.</p>	<p>Copias de anexo. Colores, plumones, crayolas, pluma o lápiz.</p>	<p>40 min</p>
-------------------	--	---	---	---------------

<p>¿Por qué a las mujeres nos cuesta priorizar el autocuidado?</p>	<p>Que las participantes tomen conciencia de las dificultades que impiden el placer y el autocuidado en las mujeres.</p>	<p>La facilitadora organizará a las participantes en 3 equipos, posteriormente repartirá a cada uno, una situación tomada de las “Dificultades que impiden el autocuidado” (<b>Anexo B-12</b>). Se pedirá que entre el equipo lo lean, discutan y escriban la respuesta a las preguntas que contiene la hoja que se repartió.</p> <p>Cuando las participantes hayan terminado, la facilitadora pedirá que el equipo comparta la situación que les tocó y sus respuestas. La facilitadora deberá ampliar las reflexiones de cada equipo y las guiará hacia cómo los mandatos de género, visibles en la situación, afectan el autocuidado de la salud mental, teniendo en cuenta que las situaciones que se presentan corresponden a lo siguiente:</p> <p>Situación 1. Falta de espacio personal y tiempo para sí, debido a las múltiples actividades y roles que realizan las amas de casa. Algunas preguntas de apoyo son: ¿Qué les dificulta a ustedes tener espacio y tiempo personal? ¿Cómo pueden establecer tiempo para ustedes?</p> <p>Situación 2. Sentimientos de culpa que las mujeres experimentan al darse tiempo para sí mismas. Algunas preguntas de apoyo son: ¿A qué se deben esos sentimientos de culpa por no estar para las demás personas? ¿Cómo pueden dejar de experimentar ese sentimiento cuando hacen algo para ustedes mismas?</p> <p>Situación 3. Las dificultades a las que se pueden enfrentar al momento de querer formar hábitos. Algunas preguntas de apoyo son: ¿Por qué muchas veces se terminan abandonando las acciones que ayudarán a formar hábitos? ¿De qué manera se puede formar hábitos sin verlo como un castigo?</p> <p>Para finalizar, la facilitadora preguntará qué otras situaciones pueden dificultar el autocuidado de las mujeres y dará retroalimentación conforme sus respuestas.</p>	<p>Pluma o lápiz</p>	<p>40 min</p>
--	--	---	----------------------	---------------

Espacio personal	Que las participantes reconozcan el derecho al placer y a la individualidad.	<p>La facilitadora repartirá a las participantes una hoja blanca, un lápiz o pluma, y cuatro crayolas o colores diferentes, posteriormente pedirá que dibujen un corazón o un círculo. Se indicará que ese corazón deberán dividirlo en cuatro aspectos: yo, pareja, trabajo, ser madre; esta división la deberán de hacer en proporción al tiempo que les dedican a esos roles.</p> <p>Una vez terminado este ejercicio, la facilitadora guiará la reflexión sobre lo que han respondido las participantes, se podrá apoyar de las siguientes preguntas:  ¿A qué aspecto le dan más valor o tiempo? ¿Por qué razón?, ¿A cuál le dan menos prioridad? ¿Por qué razón?, ¿Cómo les gustaría que esos 4 aspectos se distribuyeran?</p> <p>Posteriormente se pedirá que por un momento piensen sólo en ellas mismas, y que del otro lado de la hoja dibujen un corazón o círculo y escriban todo aquello que les da placer, todo lo que hacen y les gustaría hacer para sí mismas. Cuando las participantes hayan terminado se pedirá su participación y la facilitadora guiará la reflexión hacia la importancia del derecho al placer y la individualidad, se podrá apoyar de las siguientes preguntas:  ¿A qué aspecto le dan más valor o tiempo? ¿Por qué razón?, ¿A cuál le dan menos prioridad? ¿Por qué razón?, ¿Cómo les gustaría que esos 4 aspectos se distribuyeran?</p> <p>Posteriormente se pedirá que por un momento piensen sólo en ellas mismas, y que del otro lado de la hoja dibujen un corazón o círculo y escriban todo aquello que les da placer, todo lo que hacen y les gustaría hacer para sí mismas. Cuando las participantes hayan terminado se pedirá su participación y la facilitadora guiará la reflexión hacia la importancia del derecho al placer y la individualidad, se podrá apoyar de las siguientes preguntas:</p>	Hojas blancas, material para dibujar (crayola, colores, etc.) Lápiz o pluma	35 min
------------------	--	---	--	--------

		<p>¿Les costó trabajo ver solo para ustedes? ¿Por qué es importante identificar lo que les da placer y/o lo que les gusta hacer para sí mismas? ¿Por qué es importante priorizar un tiempo libre y empezar a crear espacios para sí mismas?</p> <p>Se deberá enfatizar sobre la importancia de priorizar tiempo libre y actividades de ocio como prácticas de autocuidado para la salud mental. Y mencionará que el o los regalos que elijan, los integren a su calendario de autocuidado.</p>		
“La caja mágica”	Que las participantes comiencen el proceso de autonomía a través de la valoración de sí y darse prioridad.	<p>Las participantes formarán un círculo y la facilitadora hará la siguiente pregunta: ¿Quién ha sido o es la persona más importante de tu vida? Posteriormente las participantes escribirán la respuesta en una tarjeta, sin que sea vista por las demás.</p> <p>La facilitadora señalará a las participantes la caja “mágica” que tiene el poder de adivinar sus respuestas. Cada participante irá pasando por turno para ver la respuesta en la “caja mágica” y ver su reflejo en el espejo. A medida que las participantes vuelven a su lugar donde esperan a las demás compañeras, se les indica que no revelen nada de lo sucedido, hasta que todas hayan pasado. Posteriormente, se reflexionará en el grupo lo que ha significado para cada una esta dinámica, y qué conclusiones se pueden sacar. La facilitadora se podrá apoyar de las siguientes preguntas: ¿Qué sintieron al verse a sí mismas? ¿Por qué es importante comenzar a verse como su mayor prioridad?</p>	Caja de cartón Espejo	25 min

## Sesión 6

<b>Tema:</b> Buentrato y maltrato en las relaciones	<b>Duración:</b> 2:30 h
<b>Objetivos:</b> Que las participantes identifiquen lo que les genera malestar o bienestar en sus relaciones y adquieran herramientas para relacionarse desde el buentrato.	<b>Fecha:</b>
	<b>Facilitadore/as</b>

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción	Materiales	Tiempo estimado
Preguntas	Que las participantes estén en un ambiente de confianza para que puedan compartir las prácticas de autocuidado que realizaron a lo largo de la semana	La facilitadora indicará a las participantes que se coloquen en un círculo y que cada una comparta lo que se regaló, mientras las demás hacen preguntas respecto a ese regalo, por ejemplo, “¿Cómo te sentiste al darte tu regalo?” “¿Hubo alguna complicación?”. Se pueden apoyar de una pelota para dar el turno. Esta dinámica se repetirá hasta que todas hayan pasado.	Ninguno	10 min
¿Qué es el maltrato y buentrato?	Que las participantes identifiquen los conceptos de maltrato y buentrato.	La facilitadora dará una hoja blanca a las participantes y les dirá que respondan de manera individual las siguientes preguntas: a) ¿Qué es para mí el maltrato? a) ¿Qué es para mí el buen trato? Cuando las participantes terminen la facilitadora pedirá que compartan su respuesta al grupo, y dará retroalimentación de lo que es el maltrato	Hojas blancas Pluma o lápiz	25min

		y buentrato desde la perspectiva de la terapia de reencuentro <sup>7</sup>		
Experiencias de buentrato y maltrato	Que las participantes identifiquen sus relaciones de maltrato y buentrato, propiciando las últimas.	<p>La facilitadora dará al grupo 3 pliegos de papel bond e indicará que se organicen para elaborar en el centro del papel un dibujo simbólico que evoque a la mujer, en el primer papel bond en lo personal, en el segundo lo relacional y en el tercero lo social. Cuando las participantes hayan terminado, la facilitadora les dirá que creen una línea imaginaria por la mitad del dibujo y cada una escribirá en la primera mitad, una situación de maltrato que haya vivido, y por la otra parte, una situación de buentrato significativa (se especifica que los ejemplos pueden ser de una persona hacia ella o de ella hacia otra persona). Deberán escribirlo alrededor o dentro de los tres dibujos. La facilitadora las guiará con las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cuándo yo maltrato?</li> <li>¿Cuándo recibo maltrato?</li> <li>¿Cuándo trato bien a la gente?</li> <li>¿Cuándo me siento bien tratada?</li> </ol> <p>Cuando hayan terminado se pide a las participantes que lean lo escrito e identifiquen las situaciones en las que coincidan o les llame la atención.</p> <p>La facilitadora llevará la reflexión hacia la importancia de tener relaciones de buen trato, se podrá apoyar de las siguientes preguntas: ¿Cuál fue una situación recurrente? ¿Se identifican con alguna de las situaciones que leyeron de sus compañeras? ¿Cuál suele ser su</p>	Tres pliegos de papel bond, lápices y/o plumas y Colores	40 min

<sup>7</sup> Revisar modelo de maltrato y buentrato Sanz, F. (2016). El buentrato como proyecto de vida. Barcelona: Editorial Kairos, S.A.

		<p>reacción cuando reciben un maltrato? ¿Qué se puede empezar hacer para tener relaciones de buen trato? ¿Qué recursos tienen para poder iniciar o mantener relaciones de buentrato?</p> <p>Para finalizar, la facilitadora mencionara que establecer relaciones de buentrato es una práctica de autocuidado de la salud mental.</p>		
Reaccionando a situaciones <sup>8</sup>	Que las participantes identifiquen formas de comunicarse asertivamente y desde el buentrato.	<p>La facilitadora recalcará la importancia del asertividad en las relaciones y explicará algunas “Técnicas de la comunicación asertiva” (<b>Anexo B-13</b>) para que las participantes puedan utilizarlas en el ejercicio. Es importante que también se relacione la información proporcionada con la teoría del buentrato en las relaciones <sup>8</sup></p> <p>Posteriormente, la facilitadora formará parejas y les dará una situación de “Reaccionando a situaciones” (<b>Anexo B-14</b>), les dirá que piensen cómo sería su reacción desde el maltrato y el buentrato, para este último se deberán apoyar de lo expuesto anteriormente por la facilitadora, y se les pedirá que lo interpreten a través de una actuación en un juego de roles.</p> <p>Cuando cada pareja termine su presentación, la facilitadora dará retroalimentación y pedirá la participación del grupo sobre la manera de reaccionar ante la situación. Al terminar la actividad, la facilitadora invita a las participantes a que compartan otros ejemplos que les cueste trabajo comunicar para que entre todas puedan resolverlos de manera asertiva, se pueden apoyar de los ejemplos de la actividad anterior.</p>	Material de anexo	40min

<sup>8</sup> Revisar algunos aspectos del buentrato relacional Sanz, F. (2016). El buentrato como proyecto de vida. Barcelona: Editorial Kairos, S.A

		<p>Para finalizar, la facilitadora guiará la reflexión hacia la importancia de usar la comunicación asertiva como práctica de autocuidado, se podrá apoyar de las siguientes preguntas: ¿En su vida diaria les cuesta trabajo establecer límites? ¿Por qué es importante empezar a establecerlos? ¿Cuál es la importancia de comunicarnos desde la asertividad y el buentrato?, En retrospectiva ¿Qué aprendizajes han tenido cuando se comunicaron desde el maltrato y el buentrato?, ¿Por qué podemos considerar la comunicación asertiva como una práctica de autocuidado de la salud mental?</p>		
Lo que quiero en las relaciones	Que las participantes sean conscientes de lo que les gusta y permiten en las relaciones, y lo que pueden realizar para conservar relaciones de buentrato.	<p>La facilitadora pedirá a las participantes que tomen asiento y cierren los ojos, posteriormente leerá de forma pausada “Lo que quiero en las relaciones” (<b>Anexo B-15</b>).</p> <p>La facilitadora esperará un par de minutos en silencio, posteriormente la facilitadora pide que abran los ojos y escriban sus respuestas a las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué es lo que estoy dispuesta a permitir en mis relaciones?</li> <li>2. ¿Qué es lo que no estoy dispuesta a permitir en mis relaciones?</li> <li>3. ¿Que estoy dispuesta a hacer para tener relaciones de buentrato?</li> <li>4. ¿Cuáles son las metas a cumplir en mis relaciones?</li> </ol> <p>Al terminar las participantes compartirán sus respuestas al grupo. Por último, la facilitadora guiará la reflexión al reconocimiento de cómo sus relaciones influyen en su salud mental. Se podrá apoyar de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cómo contribuye saber lo que quieren o no en las relaciones para establecer relaciones de buentrato? ¿Cómo las relaciones de maltrato</p>	Hojas y plumas	30min

		afectan la salud mental? ¿En que contribuye establecer relaciones de buentrato en la salud mental? ¿Por qué las relaciones de buentrato forman parte del autocuidado de la salud mental?		
Regalo	Que las participantes identifiquen prácticas de autocuidado que contribuyen a su salud mental	<p>Para finalizar, la facilitadora mencionará a las participantes que no olviden darse los regalos, tomando en cuenta la comunicación asertiva y establecer relaciones de buentrato como prácticas de autocuidado de la salud mental. Además de recordarles que aquello que se regalen lo integren a su calendario de autocuidado. Y pedirá que para la siguiente sesión lleven su calendario de autocuidado y material que les represente la salud mental, pueden ser revistas, fotografías, así como una cartulina colores, tijeras y pegamento.</p> <p>NOTA: Se propondrá y se someterá a votación finalizar el taller con una comida comunal, de aceptar las participantes, se pedirá que lleven alimentos que les gustaría compartir con sus compañeras.</p>	Ninguno	5min

## Sesión 7

<b>Tema:</b> Autocuidado de la salud mental como proyecto de amor	<b>Duración:</b> 2:30 h
<b>Objetivos:</b> Que las participantes planteen un proyecto para el autocuidado de su salud mental, a partir de lo identificado en el proceso de autoconocimiento.	<b>Fecha:</b>
	<b>Facilitadore/as</b>

Actividad	Objetivo	Descripción	Materiales	Tiempo estimado
Bienvenida	Que las participantes reconozcan el valor de sus compañeras y el grupo	<p>La facilitadora dará la bienvenida a las participantes y mencionará que es la última sesión del taller, resaltando el reto que han afrontado al continuar hasta esta última sesión y que es importante reconocérselo a sí mismas y a sus compañeras.</p> <p>Posteriormente, la facilitadora proporcionará una hoja por participante que deberán pegar con cinta en sus espaldas. Una vez que todas tengan la hoja pegada, mencionará que con los plumones escriban en la hoja de cada una de sus compañeras algo que aprecien o hayan aprendido de ella durante el taller. Al finalizar, se pedirá que lean lo escrito en sus hojas en voz baja.</p> <p>La facilitadora guiará la reflexión de los aprecio que se dieron, se podrá apoyar de las siguientes preguntas: ¿Qué sintieron al leer sus aprecio? ¿Qué fue lo que más les gustó de los aprecio que recibieron? ¿Por qué es importante permitirse recibir</p>	Hojas, cinta adhesiva, plumones	15 min

		aprecios? ¿Por qué es importante mencionar lo que apreciamos de otra/os?		
Regalos	Que las participantes reconozcan las prácticas de autocuidado de la salud mental que han implementado a lo largo del taller	<p>La facilitadora mencionará que a través del taller han ido descubriendo la importancia de establecer una relación consigo mismas de manera más amable, responsable, afectiva, saludable y desde el buentrato, en donde la relación íntima con su cuerpo se convierte en un elemento fundamental para el autocuidado de su salud mental.</p> <p>Al tomar en cuenta el cuerpo de manera integral, se permite reconocer las necesidades y requerimientos específicos de cada una, teniendo presente que el propio cuerpo tiene memoria y puede generar bienestar, por ello es necesario dar un voto de confianza a su propio saber y sentir, tomando decisiones que correspondan con sus propias necesidades y deseos.</p> <p>La facilitadora pedirá que observen su calendario y tomen conciencia de las prácticas de autocuidado que han ido implementando a través de los regalos y los beneficios que han identificado, así como las dificultades que lograron afrontar. Posteriormente se pedirá a las participantes que compartan las prácticas de autocuidado que les resultaron más significativas para su salud mental y aquellas que las confrontaron más, pero que están dispuestas a seguir trabajando.</p> <p>La facilitadora guiará la reflexión hacia la identificación de las prácticas de autocuidado de la salud mental que integraron a lo largo del taller. Se podrá guiar de las siguientes preguntas:</p>		30min

		<p>¿Qué regalos coincidieron más en el grupo? ¿Cuántos regalos llegaron a darse a la semana?, De las prácticas de autocuidado de la salud mental que realizaron ¿qué beneficios pueden identificar? ¿Por qué seguirán realizando prácticas de autocuidado de su salud mental? ¿Cómo su proceso de autoconocimiento contribuyó en sus prácticas de autocuidado? ¿Qué debe tomarse en cuenta para darse un regalo? ¿Cómo ha sido el proceso de autocuidado de su salud mental?</p>		
Mapa de sueños <sup>9</sup>	Que las participantes identifiquen lo que quieren lograr en su salud mental.	<p>La facilitadora pedirá a las participantes que cierren los ojos y se enfoquen en su respiración y en lo que desean crear. Pedirá que escojan los sueños que quieran cumplir en relación a su salud mental, teniendo presente que la salud no es algo estático, pues cada acción que realizan a diario va influyendo en su estado de bienestar.</p> <p>Con los ojos cerrados se les pedirá que se conecten con lo más profundo de sí mismas, pensando en su salud mental y en lo que pueden hacer para conseguirla, sin miedo a soñar, con todo lo que le llegue a la mente y sintiendo que pueden plasmarlo en el mapa de sueños. Este acto permitirá abrir una puerta para accionar y alcanzar el bienestar que se merecen, porque depende de cada una.</p> <p>La facilitadora pedirá a las participantes que elaboren su mapa de sueños en una cartulina o cartón grande, donde se deberán poner como centro, apoyándose de alguna figura, una fotografía</p>	Cartón, cartulina, revistas, fotografías	25min

<sup>9</sup> Mapa de sueños: Mujeres al borde (2016). Autocuidado y sanación feminista para ingobernables. Mamachash, Astrea lesbian foundation y Global For Women.

		<p>o elemento simbólico. Posteriormente pedirá que representen lo que quieren lograr en su salud mental, se podrán apoyar de recortes de revistas, figuras y dibujos.</p> <p>Después pedirá que compartan sus mapas de sueños y guiará la reflexión a la identificación del papel que tienen en su salud.</p> <p>¿Cuáles fueron sus metas en salud mental? ¿Cómo puede llegar a ser el proceso para lograr sus metas en salud mental? ¿Qué pueden hacer para contribuir al estado de salud mental al que quieren llegar? ¿De quién depende su salud mental y su bienestar? y ¿Por qué?</p>		
El autocuidado de la salud mental; Como Proyecto de amor <sup>10</sup>	Que las participantes realicen un proyecto de autocuidado de su salud mental desde sus necesidades y el compromiso.	<p>Se pedirá a las participantes que cierren los ojos y que por un momento hagan una recapitulación de lo que ha sido este último año en su vida.</p> <p>Se darán las siguientes instrucciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Piensa en las cosas que te han sido importantes... Las emociones, los pensamientos más frecuentes... las circunstancias que han ido aconteciendo...</li> <li>-Ahora piensa, que repites este año en tu vida, con lo que NO te va bien, con lo que ha afectado en tus emociones, sentimientos y malestares...</li> <li>-Abran los ojos y escriban en la hoja de papel, lo que han pensado, en forma de frase corta, sin explicar ni justificar nada.</li> </ul>		40 min

<sup>10</sup> Adaptación de Proyecto de amor: Sanz, F. (2016). El buentrato como proyecto de vida. Barcelona: Editorial Kairos, S.A

		<p>Una vez que las participantes hayan terminado de escribir, la facilitadora les proporcionará la hoja “Mi proyecto de autocuidado” y mencionara:</p> <p>-A partir de lo que escribieron y de su mapa de sueños piensen en las prácticas de autocuidado de la salud mental que se comprometen a realizar para cumplir lo que plasmaron y escriban las en la hoja “Mi proyecto de autocuidado”</p> <p>Una vez que han escrito las prácticas para el autocuidado de su salud mental, la facilitadora mencionará que lo que escribieron es un contrato de autocuidado, en el cual es necesario fijar un plazo, por ejemplo, puede ser para realizarlo en 6 meses. Se pedirá que en contacto a sus necesidades planteen una fecha aproximada para poder llevarlo a cabo.</p> <p>Posteriormente, la facilitadora les pedirá que compartan su contrato de autocuidado, para poder revisar que esté bien planteado, es decir, que sólo dependa de ellas mismas. Una vez que se hayan revisado las características mencionadas, la facilitadora mencionará:</p> <p>-Este contrato se convertirá en un proyecto de amor, porque han tomado conciencia de su propia vida, de que les pertenece y que quieren vivirla bien, distinguiendo lo que les hace bien y lo que no.</p>		
--	--	---	--	--

		<p>- Han establecido un compromiso personal, para hacer aquello que está dentro de sus posibilidades y que depende de cada una y les ayudará a estar mejor.</p> <p>La facilitadora guiará la reflexión acerca del proyecto de autocuidado que se han planteado. Se podrá guiar de las siguientes preguntas para la reflexión:  ¿Cómo han hecho que su proyecto dependa solo de ustedes?  ¿Qué están dispuestas a hacer para cumplir su proyecto? ¿Qué recursos tienes para lograr tu proyecto?, Al realizar tu proyecto de autocuidado ¿Qué cambios identificaste en lo que pensabas respecto al autocuidado de tu salud mental? ¿Qué beneficios tendrás al cumplir tu proyecto de amor? ¿Cuál es tu principal motivación para cumplir tu proyecto de autocuidado? ¿Por qué es importante que continúes realizando prácticas de autocuidado de tu salud mental?</p>		
Cuestionario de taller	Que las participantes respondan el cuestionario de evaluación.	Para finalizar, la facilitadora les entregará a las participantes el “Cuestionario Taller de autoconocimiento” <b>Anexo (A-2)</b>	Cuestionarios Plumas	10min
El círculo mágico <sup>11</sup>	Que las participantes compartan lo que se llevan del	La facilitadora pedirá a las participantes que formen un círculo, todas tomadas de las manos. Se podrá apoyar de la canción reloj de campanas de abuela Malinalli, para armonizar la actividad, <a href="https://www.youtube.com/watch?v=BDc4D9m-4xc">https://www.youtube.com/watch?v=BDc4D9m-4xc</a> .	Bocina: velas aromáticas	30min

<sup>11</sup> Adaptación de círculo mágico: OPS. (Sin fecha). Dinámicas grupales. Buenas prácticas.  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10910:2015-tecnicas-de-cierre-y-evaluacion&Itemid=42210&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10910:2015-tecnicas-de-cierre-y-evaluacion&Itemid=42210&lang=es)

	taller para dar cierre al mismo.	<p>La facilitadora iniciará describiendo algunos simbolismos de estar en círculo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El círculo forma parte de los rituales de nuestras ancestras, de las mujeres que valoraban a la madre tierra, que tenían una relación estrecha con la naturaleza; fueron mujeres sabías, empoderadas y libres. Se creía que eran brujas; porque usaban plantas, sanaban y trabajaban desde la energía. En los círculos creados por estas mujeres, se creía que los malos espíritus eran lejanos y los buenos podían permanecer ahí.</li> </ul> <p>El círculo ha sido una de las formaciones que ha estado constantemente en este taller, porque en círculo podemos vernos todas, y desde esta figura estamos en el mismo plano, podemos mirar a aquellas que están cerca y a las más lejanas. No hay primera ni última. Cuando entramos en el círculo, estamos confiando en que la energía está en equilibrio entre dar y recibir. En el círculo somos todas iguales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestra mano derecha simboliza el ser ama de casa, el valor y la importancia de su trabajo, como uno de los pilares básicos para el mantenimiento y sostenimiento de cualquier sociedad. Pero también la iniciativa para crear nuevos espacios de bienestar personal.</li> </ul>		
--	----------------------------------	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestra mano izquierda, estará recibiendo la mano derecha de nuestra compañera, simbolizando los vínculos que se han establecido desde el intercambio, en este espacio. Como hemos ido descubriendo, podemos ser fuertes desde la individualidad, pero también al estar y compartir con otras mujeres. Estos vínculos también forman parte de su autocuidado.</li> </ul> <p>Finalmente, la facilitadora solicitará que cada participante se despida expresando lo que aprendieron en el taller, de sus compañeras y de sí mismas, además de mencionar algo que agradecen.</p>		
Comida comunal	Que las participantes puedan convivir en grupo.	Se finalizará con una comida comunal, con alimentos que la(s) facilitadora(s) y las participantes lleven para compartir con sus compañeras.		El establecido por el grupo.

## Conclusiones

Las amas de casa presentan una serie de padecimientos en salud mental, siendo los más comunes la depresión, ansiedad, estrés y síntomas somáticos, desde la teoría feminista, estos se han vinculado a una serie de factores psicosociales y de género que se dan principalmente dentro del espacio doméstico, asociados al trabajo no remunerado que realizan, como son las labores de cuidado y de trabajo doméstico. Por lo que a partir de esta perspectiva se ha cuestionado la naturalización de los roles tradicionales de género que implica este trabajo, y su relación con los resultados en salud mental de esta población.

Al realizar la revisión teórica de la crítica feminista en salud, identificamos que la atención primaria en salud mental por parte del modelo biomédico presenta varios déficits, entre estos, la falta de diagnósticos y tratamientos adecuados a los padecimientos que presentan las mujeres se tiende a patologizar y sobremedicalizar los síntomas sin buscar las posibles causas de estos. Esto toma relevancia ya que muchas veces es el primer lugar al que se acude para tratar la salud mental y, como se describió en el marco teórico, son las mujeres amas de casa que no cuentan con un trabajo extradoméstico las que recurren más a este nivel de atención.

Al indagar sobre el panorama en salud mental y los déficits del modelo biomédico en la atención primaria, distinguimos que la perspectiva feminista propone hablar en términos de malestar, para caracterizar a las manifestaciones clínicas no patológicas que surgen en contextos de desigualdad donde los determinantes de género juegan un papel importante. Otro de los aportes que identificamos fue a partir del trabajo colectivo que surgió de los movimientos de salud de las mujeres, donde se incorporó como una de sus prácticas políticas los talleres de autoconocimiento, los cuales dotaban a las mujeres de herramientas para su autocuidado, facilitaban información y conocimientos para una mejor toma de decisiones sobre su salud.

Es a partir de este aporte feminista que desarrollamos la presente propuesta de taller de autoconocimiento, con la finalidad de que las mujeres amas de casa integren prácticas de autocuidado de la salud mental, como una alternativa para hacer frente al panorama de salud mental que presentan. Si bien el autocuidado no es un remedio para los principales padecimientos en salud mental de las amas de casa, el implementar prácticas si puede disminuir el riesgo de desarrollar algún trastorno. En este sentido las prácticas de autocuidado que proponemos en cada sesión cuentan

con evidencia científica donde se han comprobado sus beneficios en la salud mental, estas van desde cuidar las necesidades básicas como la alimentación, sueño y la actividad física, hasta implementar tiempos de ocio, ejercicios de relajación, expresión de emociones, etc. Además, se toma en cuenta que desde la teoría feminista cada una define lo que es mejor para sí, y puede ir modificando sus prácticas con el tiempo.

Dadas las características de las amas de casa, las prácticas de autocuidado pueden presentar ciertas resistencias o dificultades, ya que como se veía, los mandatos de género van a contribuir en no tenerse en cuenta y muchas veces a desvalorizarse, a que lo importante es estar por y para la familia antes que para sí mismas, por lo que asocia el priorizarse a algo negativo o egoísta. En este sentido, el autoconocimiento abordado desde la Teoría Feminista y la Terapia de Reencuentro (TR) respondió a la importancia de tomar conciencia de los factores psicosociales de género que determinan la salud mental y el cuidado de la misma, a través de un proceso personal y colectivo, en donde el primero implica el reconocimiento de sí mismas, el derecho a estar bien, al bienestar, aprender a escucharse, escuchar al cuerpo, las sensaciones, las emociones y los pensamientos, distinguir las sensaciones de bienestar y de malestar, y hacer un compromiso personal por su salud mental; mientras que en el segundo, las mujeres pueden compartir sus experiencias y escuchar a otras, lo que contribuye a la reflexión y la toma de conciencia sobre las problemáticas en común de su rol de género en relación a su salud mental.

A través del análisis que realizamos del proceso de autoconocimiento desde la perspectiva Feminista y la Terapia del Reencuentro, identificamos 5 elementos centrales que aportan una visión integral de la persona, desde lo personal, relacional y en un contexto sociocultural y de género. Estos elementos se distribuyeron a lo largo de las sesiones del Taller, en conjunto a algunas de las prácticas de autocuidado de la salud mental, de esta manera se relacionaron de acuerdo a sus características, por ejemplo, en el elemento “Identificación de relaciones de maltrato y buentrato” que conlleva tomar conciencia de lo que les genera malestar de sus formas de relacionarse, reconocer la manera en que afrontan los conflictos y de lo que quieren transformar, se dirigió a las prácticas autocuidado de comunicación asertiva y establecer relaciones de buentrato.

A partir del proceso de autoconocimiento, las mujeres amas de casa podrán tomar acción e integrar tanto prácticas de autocuidado que se propongan dentro del

grupo, así como las que se trabajan en cada sesión del taller. Para corroborar que se lleve a cabo el objetivo, se integra la actividad “el regalo” en donde las participantes podrán compartir las prácticas de autocuidado que integren entre sesión y sesión, y además elaboramos un cuestionario de evaluación para aplicarse al inicio y término de taller.

Tomando en cuenta lo antes descrito, al aplicarse la propuesta de Taller de autoconocimiento se espera que las mujeres amas de casa puedan tomar decisiones respecto a su salud mental, al hacer consciente aquello que necesitan y los recursos personales y los disponibles en su cotidianidad, y que además de incluir las prácticas de autocuidado de la salud mental, de ser necesario, acudan a alguno de los servicios psicológicos gratuitos que se proponen en la sesión 5 y de esta manera contribuir a la autonomía y empoderamiento de su salud mental.

Como limitaciones de la presente tesis, identificamos la constante invisibilización de las mujeres amas de casa, tanto en la falta de información de datos estadísticos que las represente, como la falta de protagonismo en las intervenciones que se han realizado. Por lo que se recomienda contribuir a la investigación desde una perspectiva crítica de género feminista para la aportación de nuevos conocimientos respecto a esta población, y de esta manera visibilizar el trabajo de las amas de casa y su impacto en su salud mental, así como la implementación de intervenciones desde esta perspectiva, que cuenten con los análisis pertinentes donde se evalúe su eficacia, y a su vez esto contribuya a hacer una llamado para la elaboración de políticas públicas que puedan beneficiar a las amas de casa.

Por último, es importante mencionar que abordar la situación de las mujeres amas de casa desde una mirada feminista nos permitió distinguir los sesgos de género que se siguen implementando en la psicología, nos invitó a ser críticas con las teorías androcéntricas que se han formulado ante las problemáticas en salud mental, a analizar la complejidad social y cultural en la que nos encontramos, el origen histórico de las características que nos han sido impuestas y que figuran en la subjetividad de cada una. Además, integrar la perspectiva feminista crítica de género implicó una alternativa metodológica para construir desde otro lugar, tomando en cuenta la organización social, que como mujeres compartimos y que influye en los padecimientos de salud mental, pero también considerando que de manera simultánea cada mujer es diferente y por ello es necesario pensar en las semejanzas

y las diferencias que influyen en la posibilidad de accionar para sí y para su bienestar. En consecuencia, realizar esta Tesis nos invitó a continuar con nuestra formación profesional desde los cuestionamientos que implican el vivir en una sociedad patriarcal, a contribuir a una psicología que permita ver a las mujeres como sujetas de estudio, a nombrarnos, y eliminar las barreras que han existido al hacer investigación e intervención científica por y para las mujeres.

## Referencias

- Aguilera, I. (2016). *El ama de casa en el contexto contemporáneo cultural y sus efectos en la violencia de género* [tesina de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM.  
<https://repositorio.unam.mx/contenidos/410404>
- Álvarez, N. (2016). La moral, los roles, los estereotipos femeninos y la violencia simbólica. *Revista humanidades*, 6(1), 1-32. <http://dx.doi.org/10.15517/h.v6i1.24964>
- Amay, A. A. (2020). "Estrés y depresión en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa en tres barrios de Loja" [tesis de licenciatura, Universidad nacional de Loja]. Repositorio Institucional Universidad Nacional de Loja.  
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/23316>
- Arango, Y. (2007). Autocuidado, género y desarrollo humano: hacia una dimensión ética de la salud de las mujeres. *La Manzana de la Discordia*, 2(2), 107.  
<https://doi.org/10.25100/lmd.v2i2.1405>
- Arias, F. G., Loli, E. P y Carpio, J. G. (2017). El trabajo de amas de casa, empleadas y profesionistas: salud física y mental en Lima, Perú. En J. Pablos (Ed.), *Calidad de vida en las organizaciones, la familia y la sociedad* (pp.223-243).Editoriales Independientes.Mexicanas(AEMI).<http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/343/Calidad%20de%20vida%20%28completo%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Artazcoz, L., Cortès, I., Moncada, S., Rohlfs, I. y Borrell, C. (1999). Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud. *Gaceta Sanitaria*, 13 (3), 201–207. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71351-8](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71351-8)

- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34 (1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Báez, K. (1995). Estresores más frecuentes en mujeres: amas de casa, doble jornada, mujeres ejecutivas, reinserción laboral y víctimas de violación. En V. Gasteiz (Ed.), *"Incidencia del estrés en la salud de las mujeres"*(pp.115-129). EMAKUNDE Instituto Vasco de la Mujer. [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_jornadas/es\\_emakunde/adjuntos/jornada.05.incidencia.estres.salud.mujeres.cas.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_jornadas/es_emakunde/adjuntos/jornada.05.incidencia.estres.salud.mujeres.cas.pdf)
- Bak, W. (2014). Self-Standards and Self-Discrepancies. A Structural Model of Self-Knowledge. *Curr Psychol*, 33(2), 155–173. <https://doi.org/10.1007/s12144-013-9203-4>
- Baos, V. (2005). Prescripción de psicofármacos en atención primaria [Prescripción médica de psicofármacos en atención primaria]. *Atención primaria*, 36 (5), 246–247. <https://doi.org/10.1157/13079145>
- Barberá, E. y Martínez, I. (2004). *Psicología y género*. Pearson Prentice Hall.
- Barillas, P. (2018). *"Presencia de síndrome de burnout en mujeres amas de casa, que asisten a la escuela gian carlo noris, san pedro yepocapa chimaltenango durante 2018"* [tesis de licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala]. Repositorio Institucional USAC. <http://www.repositorio.usac.edu.gt/11007/1/13%20T%20%283259%29.pdf>
- Barnett, R. C., Marshall, N. L. y Pleck, J. H. (1992). Men's multiple roles and their relationship to men's psychological distress. *Journal of Marriage and the Family*, 54(2), 358-367. <https://doi.org/10.2307/353067>

- Barroso, M. D. (2017). *Personalidad, virtud y autoconocimiento: el orden y desorden afectivo y sus influencias sobre el autoconocimiento* [tesis doctoral, Universitat Abat Oliba CEU]. Repositorio Institucional Universitat Abat Oliba CEU.<https://www.tdx.cat/handle/10803/432782?show=full&locale-attribute=es>
- Baruch, G. K. y Barnett, R. (1986). Role quality, multiple role involvement, and psychological Well-Being in midlife women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 578-585.<https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.3.578>
- Batthyany, K. (2004). *Cuidado infantil y trabajo ¿Un desafío exclusivamente femenino? Una mirada desde el género y la ciudadanía social*. CINTERFOR..[http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Pag\\_cat\\_libre\\_art482.php?pagina=85&orden=titulo&criterio=&tipo= TODOS](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Pag_cat_libre_art482.php?pagina=85&orden=titulo&criterio=&tipo= TODOS)
- Beá, M., Cano, M. del C., Barceló, I., Martínez, L., García, M. y López, M.(2008). Acercamiento al malestar psicosocial de mujeres y hombres desde la atención primaria de salud. *Medicina Familiar*, 10 (4), 137-143.  
<https://www.redalyc.org/pdf/507/50719094004.pdf>
- Bellón, J. A., Conejo-Cerón, S., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Mendive, J. M. y Moreno-Peral, P. (2020). Enfermedades mentales comunes en atención primaria: Dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 20–26.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>
- Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: El feminismo como grieta. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134).<https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17063>.
- Berra, M. J. y Dueñas, R. (2011). Educación para la salud: conductas de riesgo en los adolescentes y jóvenes. *Revista científica electrónica de Psicología*, (5), 116-125.

- Bibiano, M. B., Silva, M. S., Almeida, G., Avelino, G. L. y Ferreira, M. M. (2018). El ocio como práctica promotora de salud mental en la comunidad: relato de experiencia. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 182-194. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.17>
- Bosch, E., Ferrer, V.A y Alzamora, A. (2005). Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género. *Feminismo/s*, 6, 121-136. <https://doi.org/10.14198/fem.2005.6.09>
- Buendía, D. S. (2016). *Trabajo femenino no remunerado y desigualdades intragénero e interclase en Colombia 2012-2013\** [tesis de maestría, FLACSO México]. Repositorio Institucional de FLACSO. <http://flacso.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1026/93>
- Butti, F. (2003). Capítulo 9: Los roles domésticos en épocas de cambio. El discurso de las amas de casa. En M.G. Saavedra (Ed.), *Rupturas y permanencias en los roles de género : cuando las mujeres trabajan* (pp 89-98). EUDENE, Editorial Universitaria de la Universidad Nacional del Nordeste. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Argentina/ces-unne/20121212040832/cap9.pdf>
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L. y Benavides, F. G. (2012). Desigualdades de género en salud laboral en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 343–351. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.025>
- Cardaci, D. (2006). Ordenando relatos. Investigaciones sobre salud y género en programas mexicanos de estudios de la mujer. *Salud Colectiva*, 2(1), 21–34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120103>
- Carreño, M. y Rabazas, T. (2010). Sobre el trabajo de ama de casa. Reflexiones a partir del análisis de manuales de Economía doméstica. *Revista Complutense de Educación*, 21 (1), 55-72. <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED1010120055A>

- Castellanos, R. (1992). La abnegación: una virtud loca. *Debate Feminista*, 6.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.1992.6.1623>
- Castillo, L. y Catalina, B. (2016). Del yo al nosotras y de lo personal a lo político: La construcción de la conciencia de género en talleres para mujeres. *Cultura-hombre-sociedad*, 26(2), 147–173.  
<https://doi.org/10.7770/CUHSO-V26N1-ART1106>
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. (2018). *Caracterización del segmento de jóvenes que ni estudian ni trabajan en México- Segundo Trimestre 2017 y 2018*. CEFP.  
<https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/presentaciones/2018/precefp0182018.pdf>
- Chernicoff, L. y Rodríguez, M. (2018). Autoconocimiento: Una mirada hacia nuestro universo interno. *Revista DIDAC*, (72), 29–37.  
<https://biblat.unam.mx/es/revista/didac/articulo/autoconocimiento-una-mirada-hacia-nuestro-universo-interno>
- Colanzi, I. (2016). “No trabajo: Soy ama de casa” *El derecho al cuidado: tiempo para sí y tiempo para otro* [trabajo de especialización, Universidad Nacional de La Plata]. Repositorio institucional de la UNLP. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/59188>
- Comisión de Obreras de Madrid. (2012). *Condiciones de Trabajo en las mujeres y su impacto en la salud*. Unigraficas GPS.
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2020). *¿Qué es la Salud Mental?*. CONADIC. Recuperado el 16 de septiembre de 2022, de <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/que-es-la-salud-mental>
- Consejo de Salud Ocupacional. (s.f). *Cultivando el bienestar laboral. Gestión de emociones cuidá tu salud mental dentro y fuera de lo laboral*. CSO.  
<https://www.cso.go.cr/divulgacion/campanas/Cultivando%20el%20bienestar%20laboral.aspx>

- Correa, F. E, García y Barragan, L. F. y Saldivar, A. (2013). Estereotipo de paternidad e identidad de género en adolescentes de la ciudad de México. *Revista panamericana de psicología: ciencia y tecnología*, 6(1), 41-50.  
<https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.6105/223>
- Cortés, A.C. y Carranza, E.Y. (2012). Ser mujer negra en Sardi. Construcción de identidad femenina. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (17), 201-228.<https://www.redalyc.org/pdf/5742/574261387009.pdf>
- Cortés, S. A. (2016). *Escuchando-nos: Estrategias de cuidado y autocuidado para mujeres feministas* [proyecto de Intervención de especialidad, Universidad Nacional de Colombia].  
[https://www.academia.edu/37391796/Escuchando nos estrategias de cuidado y autocuidado para mujeres feministas](https://www.academia.edu/37391796/Escuchando_nos_estrategias_de_cuidado_y_autocuidado_para_mujeres_feministas)
- Cuerpas en Libertad. (2022, 25 de noviembre). *Formación feminista para Psicólogas*. Asociación de Mujeres de Psicología Feminista.  
<https://psicologiafeminista.com/formacion-en-psicologia-feminista/>
- De dios, C. A. (2019). “Aspectos de la educación socioemocional que contribuyen al fortalecimiento de la conducta prosocial” [tesis de maestría, Universidad de Juarez Autónoma de Tabasco]. Repositorio Institucional UJAT.  
<http://ri.ujat.mx/bitstream/20.500.12107/3573/1/2.pdf>
- Díaz, N. y Lobo, P. (marzo, 2020). *Autoconcepto, autoconocimiento y autoconfianza en el desarrollo de un aprendizaje autónomo de inglés con fines académicos* [En línea]. APORTES CIENTÍFICOS DESDE HUMANIDADES 11 TOMO II II Jornadas Latinoamericanas de Humanidades y Ciencias Sociales XI Jornadas de Ciencia y Tecnología de la Facultad de

Humanidades.<https://fddocuments.mx/document/autoconcepto-autoconocimiento-y-autoconfianza-en-on-linecuadernos-de-catedraaportes.html>

Dirección General del Servicio Exterior y de Recursos Humanos. (2014). *Guía para la incorporación de la perspectiva de género*. México. Dirección General del Servicio Exterior y de Recursos

Humanos.<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/82106/sredgserig07.pdf>

Diz, T. (2020). Furiosas, Zombies y Asesinas. Amas de casa de la segunda mitad del siglo XX. *Revista de Estudios y Políticas de Género*, 3, 65-78.

<http://revistas.untref.edu.ar/index.php/ellugar/article/view/452/444>

Domínguez, I. N. (2012). *Taller preventivo sobre depresión reforzando la autoestima en amas de casa de 30 a 45 años en una población rural* [tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.

<https://repositorio.unam.mx/contenidos/371051>

Dutt, A. y Grabe, S. (2019). Comprender los procesos de cambio transformador: una cualitativa Investigación sobre las fuentes de empoderamiento y los resultados identificados por las mujeres en las zonas rurales de Nicaragua. *Sex Roles*, 81, 487-504.<https://doi.org/10.1007/s11199-019-1005-1>

Escalera, M. E. y Sebastián, J. (2000). Trabajo y salud en la mujer. *Clínica y Salud*, 11(2).

195-

229.<https://journals.copmadrid.org/clysa/art/115f89503138416a242f40fb7d7f338e>

Escartín, P. y Lasheras, M. (2020). Ser mujer en una sociedad que nos enferma.

*Actualización en medicina de Familia*, 16 (5), 265-271.

Espíndola, J. G., Morales-Carmona, F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C.,

Carreño, J. e Ibarra, A. C. (2006). Malestar psicológico: Algunas de sus

manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada.

*Perinatología y reproducción humana*, 20(4), 112–122.

Esteban, M. L. (2003). El Género como categoría analítica: Revisiones y aplicaciones a la salud. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 3(1), 22–39. <https://aen.es/wp-content/uploads/docs/Cuadernos3.1.pdf>

Ferrer, V. A., Bosch, E. y Gili, M. (1998). Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. *Psicothema*, 10(1), 53-63. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=142>

Flores, G. E., Campo, Z. G., y Poblete, D. G. (Noviembre, 2015). *El rol tradicional de la mujer en la pareja en la edad media de la vida. Un estudio de su revisión crítica desde un enfoque psicoanalítico y la perspectiva de género*. VII [Acta académica]. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-015/752>

Flores, M. y Ontiveros, M. (2008). Hormonas gonadales y de presión en la perimenopausia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 236-46. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37n2/v37n2a08.pdf>

Fortes, M. y Da Silva, M. (2007). Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicología Clínica*, 19 (2), 101-116. <https://www.scielo.br/j/pc/a/FWFVhnJ7KyNLrdYG5s9GvXj/?format=pdf&lang=pt>

Fröhlich, C., Jacobi, F. y Wittchen, H.-U. (2006). DSM-IV pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 187–196. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0625-3>

- Gallegos, R., Flores, M. y Velázquez, B. (2020). Grupos de autoconocimiento con estudiantes de Psicología. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 8(5), 1-12. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2499>
- Galván, N. G. (2015). Desarrollo de competencias emocionales en jóvenes bachilleres bajo un enfoque psicoeducativo. *Caleidoscopio- Revista Semestral De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 18(33), 157-180. [://revistas.psico-ags.net/index.php/caleidoscopio/article/view/185/107E](http://revistas.psico-ags.net/index.php/caleidoscopio/article/view/185/107E)
- Garay, J. (2005). *Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres amas de casa* [tesis de doctorado en psicología, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México]. Repositorio Institucional. <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014584/014584s1.pdf>
- Garay, J., y Farfán, M. del C. (2007). Niveles de Depresión, Autoestima y Estrés en Mujeres que tienen un Trabajo Remunerado y Mujeres que tienen un Trabajo no Remunerado (amas de casa). *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 22–29. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915933004>
- García, Y. (1990). La dualidad del rol de la mujer trabajadora. *Revista de psicología del trabajo y las organizaciones*, 6 (15), 13-20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7355271>
- Garduño, M. A. y Marquez, M. S. (1995). The Role of Stress in Exhaustion among Female Workers. *Cadernos de saude publica*, 11 (1), 65-71.
- Gaviria, S. L. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316–324. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502009000200008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000200008)

- Gómez, V. (2004). Estrés y salud en mujeres que desempeñan múltiples roles. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 117-128. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1463/1336>
- Gómez, P., Salazar, M., y Rodríguez, E. (2014). Los talleres vivenciales con enfoque centrado en la persona, un espacio para el aprendizaje de competencias sociales. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 175-190. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80230114010>
- Gorbeña, E. (2000). *Ocio y salud mental*. ONCE. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio14.pdf>
- Guerrero, J. (2003). Los roles no laborales y estrés en el trabajo. *Revista colombiana de psicología*, (12), 73-84. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401207.pdf>
- Hardy, E. y Jiménez, A. L. (2001). Masculinidad y Género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(2), 77–88. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v27n2/spu01201.pdf>
- Heinze, G., Chapa, G. del C. y Carmona-Huerta, J. (2016). Los especialistas en psiquiatría en México: Año 2016. *Salud mental*, 39(2), 69–76. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.003>
- Hernández, A. y González, J. (2019). Predictores de la ansiedad en mujeres con trabajo remunerado. *Informes Psicológicos*, 19(2), 11–23. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v19n2a01>
- Herránz, S., Cardenas, J., Benzunegui, C., y Diaz, J. (1990). Valoración psicopatológica del trabajo del ama de casa: un estudio con grupo control y experimental. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 6(15), 3–12. <https://journals.copmadrid.org/jwop/art/26dd0dbc6e3f4c8043749885523d6a25>
- Iáñez, A., Álvarez, R., García-Cubillana de la Cruz, P., Luque, V., Morales, E. y Palacios, M. (2019). La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos

socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz. *Gac Sanit*, 33 (4), 398-400. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.014>

Iniciativa Mesoamericana de Mujeres Defensoras de Derechos Humanos. (2014).

*Travesías para pensar y actuar. Experiencia de Autocuidado de Defensoras de Derechos Humanos en Mesoamérica*. IM-Defensoras

Instituto Aguascalentense de las Mujeres. (2007). *Manual del taller: caminando hacia la igualdad*. IAM. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/insp/taller\\_igualdad.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/insp/taller_igualdad.pdf)

Instituto Jalisciense de las Mujeres. (2008). *Mujeres y Hombres: ¿Qué tan diferentes somos? Manual de Sensibilización en Perspectiva de Género*. Instituto Jalisciense de las Mujeres. <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Jalisco/jal04.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f). *Salud mental. Acercando el IMSS al ciudadano*. <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/salud-mental>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de las Mujeres (2019).

*Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019*. Recuperado el 10 de octubre de 2022, de <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020) *Cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México*

2019. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/StmaCntaNa/CSTNRH2019.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México 2019*.

INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/StmaCntaNa/CSTNRH2019.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México 2012*. Preliminar. <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825004152>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (28 de junio 2022). *Indicadores de ocupación y empleo mayo de 2022* [comunicado de prensa]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/enoen/enoen2022\\_06.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/enoen/enoen2022_06.pdf)

Instituto Nacional de las Mujeres (2007b). *Glosario de género*. INMUJERES

Instituto Nacional de las Mujeres. (2004). *El ABC de género en la administración pública*, Instituto Nacional de las Mujeres/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), México.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2008a). *II Jornadas de Salud Mental y Género: Madrid, 9 y 10 de octubre de 2000*. (2ª ed.,) Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad).

Instituto Nacional de las Mujeres. (2008b). *Guía metodológica para la sensibilización en género: Una herramienta didáctica para la capacitación en la administración pública*. (1ª ed., Vol. 2).

INMUJERES. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100973.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100973.pdf)

Instituto Nacional de las Mujeres. (2021). *Cálculos con base en INEGI, ENOE. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Nueva edición* [primer trimestre]. [http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/panorama\\_general.php?IDTem a=6&pag](http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/panorama_general.php?IDTem a=6&pag)

Instituto Nacional de las Mujeres. (2007a). *Boletín estadístico: El impacto de los estereotipos y los roles de género en México*, 2, 1-15. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Salida\\_php.php?registroID=9085](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Salida_php.php?registroID=9085)

Instituto Nacional de Salud. (2021). *El cuidado de su salud mental*. Recuperado el 10 de octubre de 2021. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/espanol/el-cuidado-de-su-salud-mental/el-cuidado-de-su-salud-mental#:~:text=alguna%20enfermedad%20mental.-,Acerca%20del%20autocuidado,aumentar%20su%20nivel%20de%20energ%C3%A>  
[Da.](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/espanol/el-cuidado-de-su-salud-mental/el-cuidado-de-su-salud-mental#:~:text=alguna%20enfermedad%20mental.-,Acerca%20del%20autocuidado,aumentar%20su%20nivel%20de%20energ%C3%A)

Jacomé, T. (2012). *Los trabajos de cuidados en los hogares mexicanos: Resultados de la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012*. Instituto Nacional de las Mujeres. [http://xiireuniondemografica.iberomex.mx/pdf/resumen\\_extenso/26.1.1.pdf](http://xiireuniondemografica.iberomex.mx/pdf/resumen_extenso/26.1.1.pdf)

Jayne, M. (1999). La identidad de género. *Revista de psicoterapia*, 10 (40), 5-22. <https://doi.org/10.33898/rdp.v10i40.791>

Jiménez, A. A (2015). *Perspectiva de Género en Terapia Familiar* [trabajo de tercer curso, Escuela Vasco Navarra de Terapia]. EVNTF Familiar. <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Jim%C3%A9nez-Amaia-Trab.-3%C2%BA-online-14.pdf>

Julián, I. P., Donat, A. A. y Díaz, I. B. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: Factores determinantes en Salud Mental. *Norte de Salud Mental*, 11(46), 20–28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4694952>

Lagarde, M. (1997). *Identidad femenina*. Departamento de Posgrado UNAM. [http://poseidon.posgrado.unam.mx/publicaciones/ant\\_omnia/20/04.pdf](http://poseidon.posgrado.unam.mx/publicaciones/ant_omnia/20/04.pdf)

Lagarde, M. (8 de octubre de 1996). *Claves Feministas para la autoestima* [Ponencia]. Servicio Desarrollo y Paz A.C. Distrito Federal, México.

Lagardera, F. y Masciano, A. (12 al 15 de octubre 2011). *Aprendiendo a desanudarse: una práctica psicomotriz introyectiva de autoconocimiento y autorregulación emocional* [En línea]. XIV Seminario Internacional y II Latinoamericano de

Praxiología Motriz: Educación física y contextos críticos. Argentina, La

Plata.[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.1419/ev.1419.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1419/ev.1419.pdf)

Lara, A., Acevedo, M., López, E. y Fernández, A. (1993). La salud emocional y las tensiones asociadas con los papeles de género en las madres que trabajan y en las madres que no trabajan. *Salud Mental*, 16 (2), 13-

23.<http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/5590>

Lara, M. A., Acevedo, M. y Berenzon, S. (2004). La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (3), 818–

828.<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300019>

Lazarevich, I., Delgadillo-Gutiérrez, H. J., Mora-Carrasco, F. y Martínez-González, Á. B.

(2013). Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. *Alternativas en Psicología*, 17(29), 44–

57.[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-)

[339X2013000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000200004)

Linardelli, M. F. (2015). Salud mental y género: Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. *Millcayac- Revista Digital de Ciencias Sociales*, 2(3), 199–224.

Lobera, J. y García, C. (2014). Identidad, significado y medición de las amas de casa.

*Quaderns de Psicologia*, 16(1), 213–

226.<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1193>

Loli, A., Arias, F., Del Carpio, J., Arce, J., Reyes, M. y Anyaco, P. (2014). El esfuerzo laboral, la autoestima y la salud mental en mujeres. *Revista de Investigación en*

*Psicología*, 17(1), 139-155.<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8176619>

Macías, A., García, J.G., Rossignoli, I., Valero, V. y Belando, P. N (2019). Técnicas de autoconocimiento y autocontrol aplicadas en educación física para un mayor

bienestar físico y mental en edades tempranas. *Actividad física y deporte: ciencia y profesión*, 17 (1), 55-70. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7239969>

Malgesini, G. (2020). *Género y pobreza: determinantes sociales de la salud y el acceso a servicios sociosanitarios de las mujeres*. EAPN España.

Markus, H. (1983). Self-knowledge: An expanded view. *Journal of personality*, 51(3), 543–565. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1983.tb00344.x>

Martín, E.(2004) .El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *Revista Española de Sociología*, (4), 93-118. <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64944>

Martínez, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, 34 (2), 253-266.

Martínez, I. (2004). Diferencia sexual y salud: Un análisis desde las políticas de igualdad de género. En J.Posadas.(Ed.). *Psicología y género* (295-322). Pearson.

Martínez, M. I. (2011). *Talleres comunitarios desde la Terapia de Reencuentro: Una experiencia con un grupo de educadoras comunitarias* [tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/216597>

Martínez, A. (2019). Grupos de autoconocimiento en el movimiento para la salud de las mujeres durante la transición política española: El self-help y el autoconocimiento desde una perspectiva pedagógica. *Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 32-63. <http://dx.doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.5402>

Martínez-Herrera, M. (2007). La construcción de la feminidad: La mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo. *Actualidades en psicología*, 21(108), 79–95. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0258-64442007000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-64442007000100004)

- Matud, M., Bethencourt, M., Ibáñez, I., Grande, J., López, M., Rodríguez, C., Del Pino, M.J. y Velasco, T. (2012). Diferencias de género en sintomatología depresiva y de ansiedad en la población general española. En P. García-Medina, J.M. Bethencourt-Pérez, A.R. Martín-Caballero y E. Armas-Vargas (Eds), *Ansiedad depresión: investigación e intervención* (pp. 51-68). Comares.
- Matud, M.P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37 (7), 1401-1500. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>
- Matud, M.P. (2008). Género y salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 75-94. <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604003.pdf>
- Matud, M.P. y Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud mental*, 32(1), 53-55. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n1/v32n1a7.pdf>
- Matud, P. y Bethencourt, M. (2000). Ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos en una muestra de amas de casa. *Revista latinoamericana de psicología*, 32 (1), 91-106. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80532105.pdf>
- McLean, C. P. y Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496–505. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
- Mendoza B, C. y Saldivia, S. (2015). Actualización sobre la depresión posparto. *Revista médica de Chile*, 143 (7), 887-894. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>
- Millan, A., Perez, O. y Maroto, G. (2020). La salud mental de las mujeres, mitos y realidades. *Cuadernos para la salud de las mujeres*, (7), 9-52. <https://www.easp.es/wp-content/uploads/2020/11/cuaderno07salud-mental.pdf>

- Millán, S. (2005). Intervención social grupal. Integrando la perspectiva de género (promoción de relaciones saludables y de buen trato). *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 333-350. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0505110333A>
- Montesó, P. (2015). *La depresión en las mujeres: Una aproximación multidisciplinar desde la perspectiva de género*. Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3167.1207>
- Montesó-Curtó, P. (2014). La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres. *Comunitaria. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 8, 105-126. <http://revistas.uned.es/index.php/comunitania/article/view/13013/12006>
- Montesó-Curto, P., Ferré-Grau, C., Lleixà-Fortuño, M., Albacar, N., y Espuny-Vidal, C. (2011). Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Anuario de hojas de Warmi*, 16, 1–22. <https://raco.cat/index.php/HojasWarmi/article/view/252953/339789>
- Montiel, C., Ortiz, V., Ortega, H., Reyes, L., Sotomayor, P. y Durón, R. (2015). Análisis de propiedades psicométricas del inventario de sintomatología del estrés, inventario de burnout de maslach, escala de carga percibida de zarit y escala general de salud aplicados en una muestra de mujeres amas de casa mexicanas. *Journal of Behavior, Health & Social*, 7(1), 25-39.
- Moreno, K. (2006). *Habilidades para la vida. Guía para educar con valores*. Centros de Integración Juvenil, A.C. <http://www.sev.gob.mx/prevencion-adicciones/files/2013/02/Libro-Habilidades-para-la-vida.pdf>

Moreno, E., Resett, A. y Schmidt, A. (2015). *El sí mismo: Una noción clave de la psicología de la persona humana*.

EDUCA.<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/12097>

Muñoz, A., Martínez, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sáenz, M. (2004). El papel de la situación laboral de la mujer en su bienestar emocional. *Psiquis*, 25(4), 176-184.

Murillo, S. (1996). *El mito de la vida privada: de la entrega al tiempo propio*. Siglo XXI.

Muruaga, S. (agosto, 2012). *La depresión de género, sus causas y su tratamiento en el espacio de salud entre nosotras* [Ponencia]. Congreso "XXV años de estudios de género" mujeres sabias: entre la teoría y la práctica. Castellón, España.

[https://www.elpuertodesantamaria.es/pub/igualdad/ago12/depresion\\_de\\_genero.pdf](https://www.elpuertodesantamaria.es/pub/igualdad/ago12/depresion_de_genero.pdf)

Navarro, R. (2010). Socialización de género. En L. Amador y MC. Montreal (Eds.),

*Intervención Social y Género* (pp. 43-72). Narcea.

[https://www.researchgate.net/publication/280157550\\_Socializacion\\_de\\_genero](https://www.researchgate.net/publication/280157550_Socializacion_de_genero)

Neckenig, E. (2018). *Conformidad con el rol de género femenino, orientación sexual y salud mental* [tesis doctoral, Universidad Complutense Madrid]. Repositorio

Institucional de la UCM. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46688/1/T39640.pdf>

Nogueiras, B. (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013)* [tesis doctoral, Universidad Complutense

de Madrid]. Repositorio Institucional de la

UCM. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49892/1/T40529.pdf>

Obando, M.I. (2011). *Determinantes de la salud / enfermedad de las mujeres que realizan*

*trabajo doméstico no remunerado en el Ecuador, 2004: Alcances y perspectivas*.

[tesis de Maestría, FLACSO Andes]. Repositorio digital FLACSO

Ecuador. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/5437>

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Informe Mundial sobre las Drogas 2018 Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas*. CODAJIC. <http://www.codajic.org/node/3963>
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A. y Pertegal, M. Á. (2010). Más allá del déficit: Construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 33(2), 223-234. <http://hdl.handle.net/11441/32595>
- Ordorika, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista mexicana de sociología*, 71(4), 647-674-  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032009000400002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032009000400002&lng=es&tlng=es).
- Ordorika, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista mexicana de sociología*, 71(4), 647-674.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032009000400002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032009000400002&lng=es&tlng=es).
- Organización Internacional del Trabajo OIT. (2016). *Las mujeres en el trabajo: Tendencias 2016*. Ginebra, OIT  
[https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS\\_483214/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_483214/lang--es/index.htm)
- Organización Internacional del Trabajo. (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente [Resumen]*. (2018, junio 28). [Publicación].  
[http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS\\_633168/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633168/lang--es/index.htm)
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental (220)*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoviendo la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*.

Recuperado el 10 de mayo de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Género y Salud: Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud*. OPS.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/5701>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Salud Mental Perfil del País -México*.

OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-perfil-pais-mexico>

Palomera, R., Briones, E. y Gómez-Linares, A. (2019). Formación en valores y competencias socioemocionales para docentes tras una década de innovación.

*Praxis & Saber*, 10 (24), 93-

117.<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7128562.pdf>

Pedraza, Z. (2011). La “educación de las mujeres”: El avance de las formas modernas de feminidad en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*, 41, 72–

83.<https://doi.org/10.7440/res41.2011.06>

Pedrero, M. (2005). *Trabajo doméstico no remunerado en México: Una estimación de su valor económico a través de la Escuela Nacional sobre Uso del Tiempo 2002*.

Instituto Nacional de las Mujeres.

Pennebaker, W. (1997). Escribir sobre experiencias emocionales como proceso

terapéutico. *Psychological Science*, 8(3), 162–166.<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x>

Peredo, B. E. (2003). *Mujeres, trabajo doméstico y relaciones de género: Reflexiones a propósito de la lucha de las trabajadoras bolivianas*. En M, León. (Ed.), *Mujeres y trabajo: cambios impostergables* (pp.53-67). Veraz Comunicação.

- Perez, J. y Serra, E. (1997). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de psicología*, 13(2), 155-161. [https://www.um.es/analesps/v13/v13\\_2/07-13-2.pdf](https://www.um.es/analesps/v13/v13_2/07-13-2.pdf)
- Piccinelli, M. y Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177, 486–492. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.486>
- Pourjali, F. y Zarnaghash, M. (2010). Relationships between assertiveness and the power of saying no with mental health among undergraduate student. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 9, 137–141. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.126>
- Pujal i Llombart, M., Calatayud, M., y Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional De Sociología*, 78(2), 1-16. <https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113>
- Ramírez, L. A. (2004). *Depresión y autoestima en amas de casa* [tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. <http://132.248.9.195/ppt2004/0328419/Index.html>
- Rentería, M. E. (2018). *La salud mental en México. Notas INCyTU*. (007). Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. [https://foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU\\_18-007.pdf](https://foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf)
- Repetto, E. y Pena, M. (2010). Las competencias socioemocionales como factor de calidad en la Educación. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 8 (5), 82-95. <https://www.redalyc.org/pdf/551/55119084006.pdf>
- Riquelme, A. M., Rivera, S. y Díaz, R. (2014). La Instrumentalidad y Expresividad en la Percepción hacia la Mujer con Éxito. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(1), 1430–1445. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70385-0](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70385-0)

- Rocha, T.E. (2009). Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-sociocultural: un recorrido conceptual. *Interamerican Journal of Psychology*, 43 (2), 259-69. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28412891006.pdf>
- Rodríguez, I. (2006). Educación de las mujeres en el siglo XIX o la construcción de la identidad doméstica. *Revista Encuentro*, 73, 97-108. <http://repositorio.uca.edu.ni/428/1/encuentro73articulo7.pdf>
- Rosario, Z. M. (1998). *Asignación y percepción de roles: efectos sobre la salud mental en amas de casa con trabajo asalariado y no asalariado* [tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. [http://132.248.9.41:8880/jspui/handle/DGB\\_UNAM/TES01000260161](http://132.248.9.41:8880/jspui/handle/DGB_UNAM/TES01000260161)
- Ruiz, P., Pullas, P., Parra, C.A. y Zamora, R. (2018). La doble presencia en las trabajadoras femeninas: equilibrio entre el trabajo y la vida familiar. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 44, 33–51. <https://doi.org/10.15198/seeci.2017.44.33-51>
- Ruiz-Cantero, M. T. y Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 118–125.
- Saldaña, C., Carrión, M., Gutiérrez, A. M., Echerri, D., y Hernández, A. (2019). Desgaste psíquico y autoestima de mujeres en condición de vulnerabilidad social de Ciudad Guzmán, Jalisco. *Duazary*, 16(1), 41–52. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2529>
- Saldívar, A., Díaz, R., Reyes, N.E., Armenta, C., López, F., Moreno, M., Romero, A., Hernández, J.E. y Domínguez, M. (2015). Roles de Género y Diversidad: Validación de una Escala en Varios Contextos Culturales. *Acta de Investigación Psicológica*, 5 (3). 2124-2147. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30005-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30005-9).
- Salovey, P. y Mayer, J. (1990). Inteligencia emocional. *Imaginación, Cognición y Personalidad*, 9(3), 185-211. <http://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG.S>

- Sánchez, P. (1992). El autoconocimiento como condición para construir una personalidad moral y autónoma. *CL & E: Comunicación, lenguaje y educación*, (15), 69–77.
- Sánchez-Herrero, S., Sánchez, M.P. y Aparicio, M. E. (2011). Salud, Ansiedad y Autoestima en mujeres de mediana edad cuidadoras y no cuidadoras. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 27-37.
- Sandoval De Ecurdía, J.M. y Richard Muñoz, M.P. (s.f). *La salud mental en México*. Servicio de Investigación y Análisis, División de Política Social.<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Santoya, Y., Garcés, M. y Tezón, B. (2018). Las emociones en la vida universitaria: análisis de la relación entre autoconocimiento emocional y autorregulación emocional en adolescentes y jóvenes universitarios. *Psicogente*, 21(40), 422-439.<https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3081>
- Sanz, F. (2010). El trasfondo del malestar: Donde los fármacos no llegan. *Mujeres y Salud*, (29),3-4. [https://matriz.net/mys29/29\\_portada.htm](https://matriz.net/mys29/29_portada.htm)
- Sanz, F. (2016). *El buentrato como proyecto de vida*. Kairós, S.A
- Sanz, F. (2021). *Psicoerotismo femenino y masculino; Para unas relaciones placenteras, autónomas y justas*. Kairós.<https://www.kobo.com/MX/es/ebook/psicoerotismo-femenino-y-masculino>
- Sastre, G. y Moreno, M. (2004). Una perspectiva de género sobre conflictos y violencia. En J. Posadas. (Ed.), *Psicología y género* (pp. 121-141). Pearson
- Schiffrin, H., Rizzo, K. y Liss, M. (2012). Insight into the Parenthood Paradox: Mental Health Outcomes of Intensive Mothering . *Psychological Science*, 3. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9615-z>

- Seeman, M. (1997). Psicopatología en mujeres y hombres: enfoque en las hormonas femeninas. *Revista Estadounidense de Psiquiatría*, 154 (12), 1641-164. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1641>
- Segura, R.M. y Pérez, I. (2016). Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. *Alternativas Psicología*, (36), 105-120.
- Siguenza, V., Carballido, R., Pérez, A. y Fonseca, E. (2019). Implementación y evaluación de un programa de inteligencia emocional en adolescentes. *Universitas Psychologica*, 18 (3), 1–13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-3.iepi>
- Soler, J., Aparicio, L., Díaz, O., Escolano, E. y Rodríguez, A. (2014). *Inteligencia emocional y bienestar II. Reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones*. Ediciones Universidad de San Jorge.
- Soria, R. y Lara, N. (2017). Estrés y apoyo social en mujeres amas de casa y empleadas domésticas. *Revista Alternativas en Psicología*, (38), 99-114.
- Soria, R. y Mayen, A. A. (2017). Depresión y hábitos de salud en mujeres empleadas domésticas y amas de casa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20 (1), 95-114.
- Tena, O. (2010). Estudiar la masculinidad ¿para qué? En N. Blázquez, M. Ríos y F. Flores (Eds.), *La investigación Feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp.721-293). CEIICH UNAM
- Tobio, M. C. (2012). Cuidado e identidad de género: De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Revista Internacional de Sociología*, 77(2), 399-422. <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/18943#preview>
- Torres, C. (2001). Estrés o Burnout. *Agenda salud*, (24), 1-8. [http://www.educacionpersonal.com/moodle/pluginfile.php/16071/mod\\_resource/content/2/1504ISlage.pdf](http://www.educacionpersonal.com/moodle/pluginfile.php/16071/mod_resource/content/2/1504ISlage.pdf)

- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Ediciones Cátedra.
- Valls-Llobet, C. (2010). La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 26, 38–45.
- Van, E., Burger, B. y Orlandatou, K. (2017). La comunicación de las emociones en la danza. En M. Lesaffre., P. Maes. y M. Leman. (Eds.) *El compañero de Routledge para la interacción musical incorporada* (pp. 122-131). Routledge Handbooks Online. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315621364-14/communication-emotions-dance-edith-van-dyck-birgitta-burger-konstantina-orlandatou>
- Vázquez-Barquero, J. L., Díez, J. F., Muñoz, J., Menendez Arango, J. M., Gaité, L., Herrera, S. y Der, G. J. (1992). Sex differences in mental illness: A community study of the influence of physical health and sociodemographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(2), 62–68. <https://doi.org/10.1007/BF00788507>
- Vega, A. (2007). Por la visibilidad de las amas de casa: Rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico. *Política y cultura*, 28, 173–193. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26702808>
- Velasco S. (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Observatorio de Salud de la Mujer.
- Velasco, S. (2006). *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres*. Instituto de la Mujer.
- Veliz, B. A., Dörner, P. A., Soto, S.A., Reyes, L. J. y Ganga, C. F. (2018). Inteligencia emocional y bienestar psicológico en profesionales de enfermería del sur de Chile. *MediSur*, 16(2), 259266. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2018000200009&lng=es&tlng=e](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000200009&lng=es&tlng=e)

# **ANEXOS**

Anexo A

# **Cuestionarios**

## **Pre-test y Post-test**

## **Anexo A-1 Pretest “Cuestionario taller de autoconocimiento”**

### **TALLER DE AUTOCONOCIMIENTO**

**Este taller tiene como objetivo acompañarte en tu proceso de autocuidado de la salud mental, trabajarás tu autoconocimiento a través de dinámicas que requieren que estés abierta a la reflexión, ten presente que tendrás apoyo de las talleristas y las mujeres que junto a ti construirán el grupo.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono/ Celular: \_\_\_\_\_

Escolaridad: a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato d) Licenciatura

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Pertenece a algún grupo étnico? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos o hijas? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuántos hijos? \_\_\_ ¿Cuántas hijas? \_\_\_

Estado Civil: a) Casada b) Soltera c) Viuda d) Otro

¿Con quién vive? \_\_\_\_\_

### **Cuestionario**

1. ¿Qué es para ti el Autocuidado de la salud mental?
2. ¿Qué actividades sabes que pueden beneficiar tu salud mental?
3. ¿Cuáles de las actividades que mencionaste realizas?
4. ¿Qué dificultades tienes para cuidar de tu salud mental?

5. ¿Tienes tiempo libre? Si \_\_\_ No\_\_\_

6. ¿Qué haces en tu tiempo libre?

7. ¿Qué actividades placenteras realizas?

8. Actualmente ¿Qué te gustaría trabajar de tu salud mental?

9. ¿Cuál es tu motivo principal para cuidar tu salud mental?

Escribe lo que esperas del taller

## Anexo A-2 Postest “Cuestionario taller de autoconocimiento”

### TALLER DE AUTOCONOCIMIENTO

Nombre: \_\_\_\_\_

#### Cuestionario

1. ¿Qué es para ti el Autocuidado de la salud mental?
2. ¿Cómo tu autoconocimiento contribuyó al autocuidado de tu salud mental?
3. ¿Qué prácticas de autocuidado pueden beneficiar tu salud mental?
4. ¿Cuáles de las prácticas que mencionaste has comenzado a realizar?
5. ¿Cuánto tiempo inviertes para el autocuidado de tu salud mental?
6. Actualmente ¿Qué consideras necesario trabajar en tu salud mental?
7. ¿Cuáles son los recursos con los que cuentas para cuidar de tu salud mental?

8. ¿Cuál es tu motivo principal para cuidar tu salud mental?

9. De manera resumida ¿Cuál sería tu plan para el autocuidado de tu salud mental?

Escribe tus comentarios y recomendaciones sobre el taller.

# **Materiales del Taller**

## Anexo B-1 “Preguntas de introspección”

¿Que me hace reir?

¿Cuál es el mayor logro en mi vida?

¿Qué me gustaría conocer?

¿Cuál es un aprendizaje que he tenido en la vida?

¿Que me hace sentir cómoda?

¿Qué me hace feliz?

¿A qué dedico mi vida?

• ¿En que creo?

¿Qué es lo que más me gusta de mi personalidad?

¿Cuáles son mis motivaciones?

¿Qué es lo que menos me gusta de mi?

¿Que me hace sentir libre?

Diseño propio. (2022). *Preguntas de introspección*. [Ilustración]. Fuente de diseño: [www.canva.com](http://www.canva.com)

## Anexo B-2 “Camiseta”



Fuente de diseño: [www.canva.com](http://www.canva.com)

## Anexo B-3 “Calendario de prácticas para el autocuidado de la salud mental”

• Me quiero; me cuido 



					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Calendario de prácticas para el autocuidado de mi salud mental.

Diseño propio. (2022). *Calendario*. [Ilustración]. Fuente de diseño: [www.canva.com](http://www.canva.com)

## Anexo B-4 “Tarjeta de situaciones”

### Sintomas somáticos

Ana va al médico porque últimamente ha tenido mucho dolor en diferentes partes del cuerpo, no ha sufrido accidentes o golpes que puedan explicar sus dolores, ha tomado diferentes medicamentos y remedios, pero el dolor no para, por lo que decide ir al médico para recibir un diagnóstico y tratamiento.



### Depresión

Guadalupe acude al servicio de salud, ya que últimamente no ha tenido apetito, duerme mucho y no tiene ganas de hacer sus actividades diarias, además le cuesta mucho trabajo levantarse de la cama.



### Ansiedad

Sara ha tenido mucho temor a estar en público, teme que pueda ocurrir lo peor, siente que le tiemblan las manos y piernas y que su corazón va muy rápido, no le gusta sentirse así y decidió buscar atención.



### Estrés

Rosario decide buscar atención, ya que últimamente ha sentido el cuerpo muy tenso, se enoja con facilidad, tiene dolor estomacal y de cabeza, también nota que se cansa muy rápido.



Diseño propio. (2022). *Tarjeta de situaciones*. [Ilustración]. Fuente de diseño: [www.canva.com](http://www.canva.com)

## **Anexo B-5 “Respiración parcial y respiración completa”**

El mecanismo de la respiración está íntimamente relacionado con las emociones. Respiramos de una u otra forma en relación a estas, por eso hay que ser cuidadosas en el descubrimiento de lo que sentimos, si las defensas que cada una tiene se rompen bruscamente, es peligroso, ya que, pueden sentirse inundadas por emociones o movimientos corporales que sean complicados de manejar.

**La respiración parcial o incompleta:** Es la respiración que habitualmente hacemos, nos ayuda a descubrir lo que hacemos mal, a partir de ahí es que podemos aprender a hacer una respiración completa. En esta respiración se oxigena sólo un área del pulmón y no la totalidad, con esta queda contraída una parte del cuerpo y las emociones tienden a retenerse al no ser expresadas, incluso la posibilidad de experimentar el placer de respirar.

**La respiración completa:** Es la que podemos ver en los animales o en los bebés, pero a medida que crecemos, vamos bloqueando nuestras emociones, nuestras sensaciones corporales, contenemos y parcializamos también la respiración. Puede ser que al principio sea difícil hacer la respiración completa ya que durante muchos años hemos respirado incorrectamente, por ello es necesario que la practiquen durante unos 5 minutos al día, para que gradualmente la vayan incorporando a su respiración habitual.

## **Anexo B-6 “Ejercicio de respiración parcial y completa”**

Para que puedan observar su respiración, se pedirá que se acuesten en el suelo, con las siguientes instrucciones:

Para observar la respiración parcial, céntrate en ti misma, como si te observaras por dentro. Fíjate en cómo respiras, qué parte de tu cuerpo mueves al hacerlo. Ayúdate colocando una mano sobre tu tórax y otra sobre el vientre ¿Se mueven los dos por igual? ¿Hay alguna de las dos zonas en las que casi no notas tu respiración? ¿Es tu respiración imperceptible?

Para realizar la respiración completa se van a sentar de la forma que les sea más cómoda, colocando una mano en el abdomen y otra en el tórax, para poder

observarse. Inspirando lentamente por la nariz... visualiza que el aire llega hasta el abdomen... al bajo vientre... hasta tus genitales... como se van hinchando lentamente... Ampliando suavemente tu respiración... también hacia el tórax, que va abriéndose y también hinchándose, dejando que el aire llegue también a la parte alta de las clavículas. RESPIRA ARMÓNICAMENTE... NO LO HAGAS EN SECUENCIAS, O CON MOVIMIENTO DISCONTINUO, HAZLO SUAVEMENTE, COMO UN FLUIDO CONTINUO. Expulsa el aire también lentamente como si estuvieras apagando un cerillo... deshincha el abdomen lentamente, el tórax, hasta las clavículas.

Con el estrés de la vida cotidiana, aumenta la ansiedad y tensamos el cuerpo, bloqueando de nuevo la respiración, cuando te des cuenta de que ello tiene lugar, vuelve a ser consciente de que respiras mal y procura realizar una respiración completa.

### **Anexo B-7 “Escáner corporal”**

Cierra tus ojos sin apretar tus párpados, lleva tu conciencia a todo tu cuerpo... a cada parte de él... siente el contacto con el lugar en el que te has sentado... nota esas sensaciones... vamos ahora a realizar un escáner corporal... imagina una luz blanca que va recorriendo todo tu cuerpo en busca de tensiones o molestias... ¿En qué lugar están? ... centra tu atención en tus pies, en cada uno de tus dedos... observa que sensaciones físicas te provocan... y ahora relájalos... continúa por tus tobillos... pantorrillas... rodillas... muslos... Pon atención en tus piernas... ¿Qué sientes? lleva tu atención ahora a tu pelvis y cadera... relaja tus glúteos... continua por tu abdomen... observa cómo se eleva lentamente con cada respiración... como se eleva también tu pecho al respirar... nota tu columna vertebral... desde la base hasta tu cuello... vertebra por vertebra... toda tu espalda... desciende por tus hombros... relájalos... alejados de las orejas... siente tus antebrazos... codos y muñecas... presta atención a tus manos, a cada dedo... la mano en su totalidad... todo tu brazo... observa qué sensaciones percibes... centra ahora tu atención en tu cabeza... en su peso, observa tu frente relajada, los párpados cerrados... tus orejas... mejillas... nariz... boca... lengua... los labios no se tocan... siente la mandíbula completamente relajada... no hay ninguna expresión en tu rostro... imprime como si fuera una pantalla los lugares donde sientes molestia o dolor .. ahora te centras en esos lugares y diriges

tu respiración hacía ahí... hacía ese sitio... tomas aire por la nariz y de forma consciente llevas tu respiración hacía ahí con la intención de disolverla... realiza tres respiraciones profundas ahí...céntrate en las sensaciones físicas que tienes en cada respiración... en cada instante... ¿Qué emoción o qué emociones se localizan en ese punto de tensión? Da nombre a esas emociones y siéntelas...ahora debes ponerles un color... imprime nuevamente con una respiración profunda los colores de esas emociones... y observarlas...por último, vamos a realizar un escaneo de los pensamientos que se encuentran detrás de esas emociones... obsérvalos... y los imprimes detrás de la pantalla...

Ahora vuelve a escanear tu cuerpo completo... ¿lo sientes igual que antes? ¿Algo ha cambiado?... obsérvate...

Eres consciente ahora... en este momento de todo tu cuerpo... de su forma y de su peso... y lo aceptas tal cual es... te aceptas tal cual eres... sin juzgarte... no debemos controlar nada... solo debemos sentir cada sensación... Sé plenamente consciente de cómo el aire entra por tu nariz... recorre tu garganta... llena tus pulmones... continúa hasta el abdomen... que se eleva lentamente... solo observa... no controles... no es necesario... ahora siente tu pecho... como se eleva... Pon atención a tu nariz ¿Cómo es el aire que entra? Fresco... muy fresco... siente como al recorrer hasta tu abdomen puedes sentir que es más caliente... siente la respiración en todo tu cuerpo... reparte oxígeno a cada parte de tu cuerpo... siente el oxígeno en cada respiración... tu respiración siempre te trae... al aquí y al ahora... siempre puedes volver a ella... observa todo tu cuerpo respirando... respira profundo... consciente... y conecta con tu cuerpo... realizando pequeños movimientos... abre los ojos lentamente... pero continúa en esa postura... disfrutando de este momento... y de las sensaciones que hoy te has regalado...

### **Anexo B-8 “Al cuerpo lo que pida”**

Cierra los ojos y respira tres veces profundamente, inhala lentamente, suelta el aire, piensa que al exhalar se expulsa todo el cansancio de hoy... Siente tu peso sobre la silla, atiende a las sensaciones de tu cuerpo... ¿Cómo se siente en general hoy tu cuerpo? Ahora presta atención a alguna parte de tu cuerpo que te reclama, o que te llame la atención. Quédate en la primera parte de tu cuerpo que te venga a la mente. Si es posible, pon tus manos sobre ella e imagina que respiras hacia esa parte,

lentamente y con suavidad. Mientras sigues enviando esa cálida energía a este punto de tu cuerpo, a través de las manos, puedes prestarle atención y dedicarle un poco de tiempo... ¿Qué sientes en ese punto? ¿Qué emoción o emociones se asocian a esta parte de tu cuerpo? Vuelve a inhalar...exhala...continúa con la atención en ese punto de tu cuerpo ¿Emerge algún recuerdo asociado a este lugar de tu cuerpo? ¿Te viene a la mente alguna imagen o símbolo que tenga que ver con ella? Ahora, tómate el tiempo suficiente para conocer mejor cuáles son las necesidades que el cuerpo te pide para estar bien...reconociendo que mereces bienestar y que eres importante (2 minutos) Y ahora quizá puedas contestar las siguientes preguntas: ¿Qué es lo que más necesita tu cuerpo? ¿Qué desea de ti? ¿Qué mensaje te ha enviado? Ahora puedes respirar profundamente e ir moviendo los dedos de los pies y de las manos, estírate. Prestar de nuevo atención a esta habitación, a las compañeras y abrimos lentamente los ojos. Estás de nuevo aquí, reconfortada y despierta.

#### **Anexo B-9 “Balance de necesidades**



Diseño propio. (2022). *Balance de necesidades*. [Ilustración]. Fuente de diseño: [www.canva.com](http://www.canva.com)

## Anexo B-10 “En este viaje yo me llevo”

Elige marca con una “x” los recursos que te llevarías a tu viaje y/o puedes agregar otros recursos con los que cuentes.

### Personales

- El cuerpo que habito, que me brinda las posibilidades de vivir ( )
- Mi autocuidado ( )
- Las experiencias de vida ( )
- El ejercicio de mi sexualidad ( )
- Mi manera de afrontar los conflictos ( )
- La espiritualidad ( )
- Yo misma. ( )
- Mi personalidad ( )
- Mi empatía ( )
- Mi capacidad para administrar el dinero ( )
- Mi inteligencia ( )
- Mi creatividad ( )
- Mi capacidad de organización ( )
- El trabajo que realizan ( )
- Mis creencias/ dios ( )
- Mi salud ( )

### Relacional

- Mis amigas y amigos ( )
- Mi familia ( )
- Los animales que tengo en casa ( )
- Las relaciones que tengo con otras personas ( )
- Mis hijas e hijos ( )
- Mi pareja ( )



### Social

- El aire que respiro ( )
- El agua, base de la vida ( )
- La tierra que me sostiene y alimenta ( )
- Las flores y las plantas que dan belleza y salud ( )
- La comunidad donde vivo ( )
- El techo que me protege ( )
- Instituciones de apoyo ( )
- El parque cercano a mi casa ( )
- El lugar que habito ( )
- Servicios sanitarios\* ( )

Revisar el reverso para identificar algunos recursos de atención psicológica\*

## Recursos de atención psicológica

### **Servicio Público de Localización Telefónica (LOCATEL)**

Atención psicológica inmediata y orientación emocional y legal

Tel: 56 58 11 11.

### **SAPTEL**

**Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono**

Tel: (55) 5259-8121

### **Servicio de Orientación Sicológica (S.O.S)**

Tel: 800 710 24 96 y 800 221 31 09.

Tel: 722 212 05 32 y 722 280 23 24.

### **Atención a Distancia de la UNAM**

Orientación y apoyo psicológico en línea

Tel: 5550250855

### **Centros de Integración Juvenil**

#### **CIJ contigo**

Atención psicológica en línea

Especialistas en adicciones

Tel +55 1 55 5212 1212

### **Espacio mujeres para una vida digna libre de violencia A.C.**

Tel: 55 3089 1291

### **Secretaría de la Mujer**

Atención psicológica

Tel: 55 55122836 ext. 502.

### **Universidad Autónoma Metropolitana**

#### **Apoyo psicológico por teléfono**

Tel. 54 83 40 99

### **Mujeres Aportando a Mujeres, A.C..MAM**

Tel. 55 25 24 77

Listado de Recursos adaptada de Guía de recursos prácticos para impulsar el autocuidado, el empoderamiento, el bienestar y la autonomía de las mujeres, Ferreras, E. (2016)

*Dibujo mochila.* (s. f.). [Ilustración]. Pinterest. <https://pin.it/75NU7n>

### **Anexo B-11 “Mis raíces”**



/

*Figura de mujer.* (2018, 18 agosto). [Ilustración]. Pixabay.

## **Anexo B-12 “Dificultades que impiden el autocuidado”**

### SITUACIÓN 1

1. Paola es ama casa, todos los días se dedica a trabajar en las labores del hogar: hace la limpieza de la casa, cocina, y cuida de sus tres hijos y su esposo, etc., cuando tiene un rato libre disfruta de ver la televisión, pero muchas veces aprovecha este tiempo para también planchar, doblar la ropa o hacer otra actividad de la casa. Paola lleva días sintiendo un agotamiento, y casi todos los días se siente mal. Un día decidió salir con unas amigas que tenía años que no veía, de pronto se dio cuenta que algunos de sus malestares habían disminuido, pero al regresar a casa todo volvía a ser igual.

*¿Qué elementos identifican qué está impidiendo el autocuidado en esta persona? ¿Cómo crees que esta situación pueda afectar a su salud mental? ¿Qué le dirías a esta persona? ¿Han estado en alguna situación similar? ¿Cuál ha sido?, ¿Esto le pasa de igual forma a hombres y mujeres? ¿por qué?, Además de esta situación ¿qué otras pudieran intervenir en el autocuidado de las mujeres?*

### SITUACIÓN 2

2. Fernanda tiene 42 años de edad además del trabajo que realiza en su casa, se dedica a vender bolsas y zapatos por catálogo, tiene una hija de 18 años y un hijo de 20 años los cuales estudian, y su esposo se dedica a trabajar en una fábrica de vidrio. Fernanda está interesada en aprender carpintería, ya que desde siempre le ha interesado, sin embargo, piensa que eso le haría fallar en las actividades que realiza en casa y se siente culpable de solo pensarlo, por lo que aún está en duda. Ese sentimiento de culpa no solo se presenta a la hora querer hacer una actividad nueva, sino que también cuando sale con alguna amiga por las tardes, o cuando se va un fin de semana a visitar a su mamá.

*¿Qué elementos identifican qué está impidiendo el autocuidado en esta persona? ¿Cómo crees que esta situación pueda afectar a su salud mental? ¿Qué le dirías a esta persona? ¿Han estado en alguna situación similar? ¿Cuál ha sido?, ¿Esto le pasa de igual forma a hombres y mujeres? ¿por qué?, Además de esta situación ¿qué otras pudieran intervenir en el autocuidado de las mujeres?*

### SITUACIÓN 3

3. Angela ha tomado la decisión de cuidar su salud debido a que recientemente fue al doctor y una de la recomendación que le dio para mejorar su salud física y estado de ánimo, es empezar a tener hábitos saludables. Empezó a hacer una hora de ejercicio por las mañanas, a realizar comidas más saludables, a hacer ejercicios de relajación y a no dormirse tan tarde. La primera semana logró su objetivo. En las siguientes semanas dejó de hacer ejercicio todos los días, y los días que los hacía era menos tiempo del que había planteado, esto la hizo sentir que había fracasado, hasta que dejó su meta a un lado.

*¿Qué elementos identifican qué está impidiendo el autocuidado en esta persona? ¿Cómo crees que esta situación pueda afectar a su salud mental? ¿Qué le dirías a esta persona? ¿Han estado en alguna situación similar? ¿Cuál ha sido?, ¿Esto le pasa de igual forma a hombres y mujeres? ¿por qué? Además de esta situación ¿qué otras pudieran intervenir en el autocuidado de las mujeres?*

Idea Original. (2022). Sanjuan, S. y Trejo, P. *Dificultades que impiden el autocuidado.*

## **Anexo B-13 “Técnicas de la comunicación asertiva”**

### **1. Disco rayado**

Repetir el propio punto de vista, una y otra vez, con tranquilidad, sin entrar en las provocaciones que pueda hacer el otro.

### **2. Banco de niebla**

Mostrarnos de acuerdo en lo posible. Dar la razón al otro/a en lo que pueda haber de cierto en sus críticas, sin entrar en discusiones.

Aparentamos ceder el terreno, sin cederlo realmente. Una vez que haya bajado la tensión, podremos exponer en forma empática nuestro punto de vista.

### **3. Aplazamiento asertivo**

Aplazar la respuesta que vayamos a dar a la otra persona hasta que nos sintamos más tranquilos/las y capaces de responder correctamente.

### **4. Procesar el Cambio**

No dejarse llevar por provocaciones y desplazar el foco de atención hacia el análisis de lo que está ocurriendo entre las dos personas.

### **5. Ignorar**

Cuando nuestro interlocutor está fuera de sí, le expresamos, con un tono de voz amable y comprensivo, que ahora no lo atendemos.

### **6. Acuerdo asertivo**

Reconocemos el error y aceptamos la crítica a nuestro comportamiento o manera de actuar, pero dejando claro, tanto a ti mismo, como al otro, que lo criticable es lo que hemos hecho, no nosotros.

### **7. Pregunta asertiva**

Consiste en solicitar a la otra persona más información acerca de sus argumentos, para así tener claro a qué se refiere y en qué quiere que cambiemos.

Roca, E. (2005). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. (3ª. Ed.) Acde Ediciones. España.

## **Anexo B-14 “Reaccionando a situaciones”**

1. Te sientes en apuros con las labores del hogar, ya que tienes que acudir a tus clases de carpintería, además de que te has propuesto establecer tiempo libre para ti. Por lo que decidiste que la distribución en las tareas debe ser equitativas en la familia ¿Cómo lo comunicas?
2. Tu hijo llega de la escuela, dice que está muy cansado, y has comenzado a preparar los alimentos, de pronto se molesta y te reclama porque no está hecha la comida ¿Cómo reaccionas y qué dices?
3. En los festejos siempre procuras hacer el día especial a tu familia, planeas salidas a comer, haces sus comidas favoritas o te gusta dar un detalle. Sin embargo, cuando toca tu cumpleaños o un día festivo para ti, sientes que no le prestan la atención que te gustaría. ¿Cómo lo comunicas?
4. Tu amiga expone un punto de vista con el que tú no estás de acuerdo, y también comienzas a sentirte incómoda con lo que está diciendo ¿Cómo reaccionas y qué le dices?
5. Tu hija saldrá de reunión con sus amigas y te pide de favor que le cuides a su hija. La situación es que tu querías aprovechar ese tiempo para pasar un rato contigo misma, y ya habías hecho un plan para pasarla bomba, por lo que en realidad no quieres cuidar a tu nieta. ¿Cómo lo comunicas?

Idea Original. (2022). Sanjuan, S. y Trejo, P. *Reaccionando a situaciones*.

## **Anexo B-15 “Lo que quiero en las relaciones”**

“Hoy has traído a tu mente situaciones que muchas veces quedan para ti misma, decidiste compartir con tus compañeras algunas experiencias, te permitiste escuchar, aprender de otras experiencias, pero también de ti. Tomaste conciencia de las relaciones o momentos de maltrato que has tenido, al traer a tu mente esos recuerdos y al compartirlos experimentaste sensaciones en tu cuerpo, recuerda que este te puede decir cuando algo te agrada o no, y cuando hay que empezar a hacer cambios. Por otra parte, también identificaste aquellas situaciones de buentrato con los demás, ¿qué es lo que siente tu cuerpo al pensar en esos momentos? identifica esa tranquilidad o esa energía que te da al pensar en esos momentos. Ahora, piensa en cómo te gusta que te traten y qué es lo que no te gusta, qué permites y que no permites en tus relaciones, y que depende de ti para que tener relaciones de buentrato, y que estas dispuesta a hacer para lograrlo. El autocuidado de tu salud mental también implica tener este conocimiento acerca de ti, implica empezar a establecer límites, aprender a decir “no” cuando sea necesario, pero también “sí” a lo que tú quieres, implica a que te sientas libre de expresar lo que piensas y sientes, y por último a sentirte libre de elegir relaciones de buentrato.

Idea Original. (2022). Sanjuan, S. y Trejo, P. *Lo que quiero en las relaciones*.