

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGÍA

**“PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA EL DISEÑO DE UN CURSO-TALLER
SOBRE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES DE 18 A 29 AÑOS”**

TESINA
Que para obtener el título de
Licenciado en Pedagogía
Presenta:

Ariadmy Magdalena Monroy López

Asesor de Tesina

Lic. Emma Margarita Fregoso Iglesias



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.

A mis padres

*A quienes agradezco todo su amor,
esfuerzo y apoyo; y sobre todo por el
excelente ejemplo que siempre han sido
para mí. Los quiero mucho.*

A mis hermanos: Juan Armando, Esai Luis y Amira Yolatl

*Por ser mis cómplices en esta aventura de
la vida. Gracias por estar siempre conmigo
son importantísimos para mí.*

A Joel Ricardo Ortiz Escorza

Gracias por ser un hombre excepcional, esa

persona tan especial y que tanto admiro,

que con su ejemplo, amor, comprensión y

confianza, ha dado un sentido de

felicidad a mi vida.

A Francela Salgado González

Por ser mi mejor amiga y compartir conmigo

todos esos años escolares, ya que a pesar de la

distancia el lazo de amistad que nos une nunca se

disolverá.

A José de Jesús Camacho Villán

Por ser un amigo incondicional y

por todo el apoyo que siempre me ha

brindado.

A la Lic. Margarita Fregoso Iglesias

Por que sin sus valiosos conocimientos y el tiempo dedicado no hubiera sido posible la cristalización de este trabajo, de todo corazón muchas gracias por todo el apoyo recibido y por que más que una Maestra sabe ser una amiga.

Al jurado

Lic. Ana María del Pilar Martínez Hernández

Lic. Thelma Lomeli Sánchez

Lic. Ena Eréndira Niño Calixto

Lic. María Eugenia Elizalde Velázquez

Gracias, por que con sus valiosas aportaciones incrementaron mi aprendizaje y enriquecieron esta propuesta.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	I
1. SALUD MENTAL EN MÉXICO	1
1.1. Concepto y características de Salud Mental.	1
1.2. Antecedentes históricos de la salud mental en México	4
1.2.1. Antecedentes desde el ámbito psiquiátrico	4
1.2.2. Antecedentes desde el ámbito psicológico	10
1.2.3. Antecedentes desde el ámbito pedagógico	11
1.3. Situación actual de la salud mental en México	15
1.3.1. Escenario de la depresión	19
1.3.2. Influencias sociales en la salud mental	20
2. SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN	24
2.1. Concepto de Prevención	24
2.2. Trastornos mentales susceptibles de prevención	25
2.2.1. Depresión	27
2.2.2. Depresión en la mujer	31
2.3 Relación entre la salud mental y el proceso pedagógico	36
2.4 Necesidades de la joven adulta	39
2.4.1. Necesidades psicológicas	40
2.4.2. Necesidades sociales	43
2.4.3. Necesidades pedagógicas	44
2.4.3.1. Elevar la autoestima	44
3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ÚTILES PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES	53
3.1 Programación Neurolingüística	55
3.2 Inteligencia Emocional	61
3.3 Gimnasia Cerebral	66
4. PROPUESTA PEDAGÓGICA	71
4.1. Justificación	71
4.2. Objetivo general	73
4.3. Objetivos específicos	73
4.4. Temática básica	74
4.5. Metodología	75
4.6. Requerimientos	100
4.7. Evaluación	100
CONCLUSIONES	101
ANEXO 1. GIMNASIA CEREBRAL	105
REFERENCIAS	108

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge como resultado de una preocupación generada al revisar diferentes documentos que, por la naturaleza de mi trabajo en la Secretaría de Salud, en el Departamento de Recursos Humanos, tengo que realizar. Así, al adentrarme en el estudio de la problemática de la salud mental en el país, consulté los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, que forma parte de la Iniciativa 2000 de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental; en la que se describe la prevalencia de trastornos psiquiátricos y la asociación que presentan éstos como causa de suicidio y discapacidad.

Asimismo, al consultar la Encuesta de ***“Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México”*** (Belló, Mariana, Puentes Esteban, Medina-Mora María Elena, Lozano Rafael, 2005) me di cuenta del problema de salud pública que representa en México, el trastorno de la depresión, debido a que cerca del 40% de los habitantes de este país la han padecido alguna vez en la vida. En dicha encuesta se expone que este padecimiento se integra al conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia en el planeta, estimándose que para 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

De las encuestas antes mencionadas y de la revisión de diversos materiales al respecto, se pudo detectar que las mujeres padecen depresión en una proporción al doble en comparación con el hombre, que se encuentran en un riesgo muy considerable, de entre 20 a 26%, de padecerla y que la edad de más alto riesgo es entre los 25 y los 44 años (Instituto Nacional de las Mujeres, 2008).

Por lo anterior considero que, aunque es un problema de salud pública, la educación para la salud puede coadyuvar a disminuir dichas cifras. En este sentido, el objetivo de esta tesina es diseñar, desde la educación no formal, una propuesta pedagógica que permita prevenir la depresión en mujeres de 18 a 29

años, mismas que se encuentran en una etapa importante de toma de decisiones como la selección de pareja y la reproducción, las cuales disminuyen, temporalmente, su productividad en el empleo, lo que les ocasiona ansiedad y depresión.

Considerando que existen factores de protección, como el planteamiento de metas a largo y mediano plazo y la elevación de la autoestima, que posibilitan la prevención de la depresión, éstos se pueden desarrollar por medio de procesos educativos. En este sentido, la propuesta se realizará a través de un curso-taller que permita la construcción de una autoestima como factor de protección, desde el autoconocimiento, el autoconcepto, la autoevaluación, la autoaceptación y el autorrespeto.

El presente trabajo consta de cinco capítulos desarrollados de la siguiente manera:

En el primer capítulo se aborda el concepto y características de salud mental, sus antecedentes históricos y la situación actual de la misma.

En el segundo capítulo se explican los conceptos de prevención y depresión, las causas y características de dicho trastorno. Asimismo, se establece la relación que existe entre la salud mental y el proceso pedagógico, para posteriormente puntualizar las necesidades de las jóvenes adultas.

En el tercer capítulo se ofrecen tres estrategias de intervención, mediante: Programación Neurolingüística, Inteligencia Emocional y Gimnasia Cerebral, mismas que pueden coadyuvar con el propósito de esta propuesta, consistente en la prevención de la depresión.

En el capítulo cuatro se expone el desarrollo propiamente de la propuesta pedagógica, con su justificación, objetivos, temática, metodología, requerimientos y evaluación.

Finalmente, se presenta un capítulo de conclusiones en las cuales se describen los alcances y limitaciones que tiene la presente propuesta pedagógica.

Por ser mujer, trabajar en la Secretaría de Salud y tener la profesión de pedagoga, trataré de coadyuvar, mediante este trabajo, en la prevención de la depresión, mediante una intervención educativa para las mujeres del grupo de edad antes señalado.

CAPÍTULO 1

SALUD MENTAL EN MÉXICO

1.1. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DE SALUD MENTAL

Como primer punto es fundamental conocer el concepto de salud mental, debido a que ésta será la meta a lograr mediante la propuesta de este trabajo. Para ello, se muestran diversas concepciones que nos presentan diferentes autores:

La definición de salud mental que al respecto señala el Dr. Ramón de la Fuente y en la que se consideran tanto aspectos internos como externos del sujeto, es la siguiente:

...el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y, en último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997, pp. 9-10).

Robert Peck (1970, p.6), aunque no proporciona una definición de salud mental, sí caracteriza a las personas con buena salud mental, de la siguiente manera:

1. Tienen juicio objetivo, es decir, poseen la capacidad para observar los hechos de forma equilibrada y exacta, sin omitir ninguno, ni tampoco exagerarlos. Esta característica la denomina también “sentido común”.
2. Tienen autonomía, la cual se puede identificar cuando una persona es capaz de manejar los sucesos con independencia y autodeterminación.

3. Presentan madurez emotiva, definida como la capacidad para reaccionar de manera sensible pero adecuada ante los hechos, en el grado correspondiente y de acuerdo a su naturaleza.
4. Aunado a lo anterior, muestran una fuerza de autorrealización, que la denomina como el hábito de trabajar tenazmente y con toda la dedicación necesaria para lograr objetivos y metas.
5. Se autovaloran, lo cual manifiestan con una alta autoestima.
6. Respetan a los demás, lo cual se observa cuando tienen una actitud de aceptación hacia otras personas que les permite una convivencia armoniosa con el entorno.

Abraham Maslow (Frick, 1973, p. 174) considera que, la personalidad sana o con salud mental tiene dos dimensiones: el devenir y el ser, lo que se encuentra en proceso y lo que se concreta; el logro de una personalidad sana es un proceso que dura toda la vida, ya que en éste se trascienden las necesidades y se incrementa el crecimiento, el cambio y la madurez.

Sydney Jourard señala que Maslow, atribuye ciertas características a la personalidad saludable, entre las cuales precisa las siguientes (Jourard, 1994, pp.16-18):

- Mejor percepción de la realidad
- Concentración en los problemas
- Alto grado de autonomía
- Creatividad
- Apreciación siempre fresca
- Alto grado de aceptación de sí mismo
- Necesidad de estar sólo

- Sentimiento de pertenecer a la humanidad
- Frecuentes “experiencias pico”, entendiendo éstas como “la experiencia suprema de identidad, puesto que en ella llegamos al cumplimiento más auténtico del concepto de ‘ser humano’” (Frick, 1973, p.180).

De igual manera, la autora Lía Lerner considera que la salud mental es una relación armónica entre el debo, quiero y puedo; explicando que si se sabe lo que se quiere, esto permitirá una armonía con lo que se debe y de esa manera se podrán buscar los recursos para satisfacerlo (Lerner, 2003, p.52).

Lía Lerner también menciona que un ser humano saludable mentalmente posee muchas características tales como: autonomía, autoestima, responsabilidad y criterio de realidad; lucidez para saber lo que quiere; valentía para luchar por los propios objetivos; sentido de realidad para no desear lo inalcanzable; equilibrio entre el dar y el esperar; respeto por la vida de los demás; armonía entre lo que es para uno y lo que es para otro; capacidad de espera para no apurar el tiempo que cada búsqueda tiene; amplitud de criterio lejos de todo fanatismo y discriminación; sentido común para resolver situaciones problemáticas.

Asimismo, posee la capacidad para: admitir la posibilidad de admirar a otro sin falsedad ni envidia y sin perder el sentido crítico; autocalificarse, ser generoso; participar desde un lugar, en el mundo en que vive; sentirse cómodamente parte del todo; decir no sin temor a perder el amor del otro; saber defender su individualidad, aún a costa de sentirse sólo; ser perseverante y optimista; atreverse a desaprender y a corregir lo que alguna vez sirvió; no limitar la oportunidad de aprender a la edad o a las circunstancias, sino crear las condiciones para hacerlo.

De manera contraria a la salud mental es necesario definir lo que son los trastornos mentales, los cuales, según el ***Manual Diagnóstico y Estadístico de***

los Trastornos Mentales (Pichot, 2000, p. XXI), se definen como los síndromes o patrones del comportamiento psicológico significativo que aparecen asociados a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo, significativamente aumentado, de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad.

También, el trastorno mental se considera como el resultado de un desequilibrio en la relación entre tensión proporcionada por el ambiente y personalidad modificada por experiencias pasadas (Lemkau, 1979, p. 19).

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006, ¶ 1) define al trastorno mental o del comportamiento como una perturbación de la actividad intelectual, del estado de ánimo o del comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales.

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO.

Siendo diversas las áreas que a través del tiempo han estado interesadas en la atención de la salud mental y de sus afecciones, es interesante conocer la evolución que ha presentado cada una de ellas en nuestro país, a lo largo de la historia, esto se realizará mediante un breve recorrido desde sus orígenes hasta la actualidad; haciendo referencia que los campos principales que han abordado la salud mental, son: la psiquiatría, la psicología y la pedagogía.

1.2.1. ANTECEDENTES DESDE EL ÁMBITO PSIQUIÁTRICO

A grandes rasgos, los antecedentes del cuidado de la salud mental de los enfermos en nuestro país, desde el ámbito psiquiátrico, se pueden dividir en cinco épocas: prehispánica, colonial, del porfiriato, revolucionaria y contemporánea.

El recorrido histórico de la atención de los padecimientos mentales, se inicia con la existencia de la medicina prehispánica, que ha sido traída hasta nuestros tiempos mediante manuscritos del siglo XVI, tales como el Códice Badiano y la Historia de las Cosas de la Nueva España, escrito por Fray Bernardino de Sahagún, en el que se encuentran datos y relatos proporcionados por informantes en años posteriores a la Conquista, mismos que sirvieron como enlace entre la medicina europea y la indígena al momento de la fundación del Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco.

En particular, en el caso preciso de los mexicas, para cuando llegaron los conquistadores, se daba un adiestramiento especial desde la niñez a las personas que habrían de dedicarse al arte de curar; entre las enseñanzas básicas estaba el reconocimiento de las propiedades medicinales atribuidas a las plantas, a hacer presagios y a determinar cuándo se había ofendido a una deidad, además de cómo devolver el alma o *tonalli* a quien la había perdido.

Nuestros antepasados indígenas, en algún momento, reconocieron y nombraron los desórdenes mentales más severos e incluso realizaron trepanaciones de cráneos con fines mágico-terapéuticos. Además, poseían el conocimiento de que algunas plantas como el *peyotl*, el hongo *teonanacatl* y el *ololiuhqui* provocaban modificaciones sobre la conciencia, induciendo a lo que denominaban “experiencias reveladoras”. Estas plantas eran utilizadas por chamanes, sacerdotes y autoridades civiles, con el objetivo de establecer contacto con los dioses, percibir eventos a distancia, anticipar el futuro, responder a preguntas trascendentales o conocer el origen de un padecimiento y aconsejar acerca de su curación.

Durante la época colonial, como lo menciona José Félix del Olmo, “la asistencia psiquiátrica fue proporcionada y administrada por corporaciones eclesiásticas y se basó en preceptos cristianos de piedad, caridad y amor al

prójimo y en el tratamiento de los ‘padecimientos del alma’” (Gutiérrez, 2004, p. 63).

En la Ciudad de México, en el año de 1566, se fundó el primer hospital dedicado al cuidado de enfermos mentales, el de San Hipólito, gracias a Fray Bernardino Álvarez. Con ello, nuestro país se adelantó a otros de América en lo que respecta al cuidado de personas trastornadas, quienes se encontraban en pésimo estado, mal alimentados, deambulando por las calles, semidesnudos o reclusos en las cárceles.

La medicina renacentista de Europa se trasladó a América y esas prácticas tradicionales, que en algún grado se conservan hasta nuestros días en las regiones apartadas, fueron combatidas por la Santa Inquisición, que se había establecido en la Nueva España en 1571.

Posteriormente, en el año de 1698, se fundó el Real Hospital del Divino Salvador y en 1821, el hospital de San Hipólito pasó a manos del Ayuntamiento; aún así la orden de los hipólitos, después de ser enclaustrados continuaron realizando su labor altruista hasta el año de 1843. Después de este año, ésta quedó completamente bajo el control del Gobierno.

En la época del porfiriato se fundaron diversas instituciones para la atención de las afecciones de la mente, tales como el Hospital de Belén en Guadalajara, en 1794; dos asilos, uno para hombres y otro para mujeres en esa misma ciudad, en 1860; en ese mismo año, el Hospital Civil en Monterrey; en 1898, el Manicomio Estatal en Orizaba, y en 1906, el Hospital Psiquiátrico Leandro León Ayala, en el Estado de Yucatán.

Además de éstas, se hicieron presentes otras instituciones tanto públicas como privadas: el sanatorio del doctor Rafael Lavista en Tlalpan, fundado en el

año de 1898 y los hospitales de los Hermanos de San Juan de Dios, en 1907 en Jalisco y Puebla.

Más tarde, en la época revolucionaria, el presidente Porfirio Díaz inauguró el Manicomio General en 1910; dicho hospital fue la cuna de la psiquiatría pública y, además de ello, la atención que prestó a sus pacientes fue muy similar a la que se otorgaba en otros países, pero la concepción que se tenía carecía de conocimientos y recursos terapéuticos efectivos, ya que se asumía que el deterioro mental de los enfermos era algo natural e irremediable, cuando hoy en día se sabe que dicho deterioro puede ser producto, en gran medida, del aislamiento y del abandono.

Posteriormente, ya en la época contemporánea, hubo instituciones privadas que suplieron la labor del Estado, además de contribuir al desarrollo de la psiquiatría como una especialidad de la medicina en este país. A partir de 1930 surgen otros sanatorios privados como el del Dr. Samuel Ramírez Moreno y el Sanatorio Floresta.

Mientras que de 1933 a 1935, se introdujeron a Europa nuevos métodos de tratamiento para los desórdenes mentales que prevalecieron hasta 1952, cuando se inició el uso de nuevos fármacos que modificaban las funciones mentales y la conducta. (De la Fuente, et. al. 1997, pp. 13-15).

En México, entre 1933 y 1952, una reducida generación de médicos de nuestro país se dedicó al tratamiento de desórdenes mentales y neurobiológicos y con ello se inicia la asistencia propiamente médica a los enfermos mentales en los centros de asistencia.

De 1940 a 1950 se crearon hospitales del sector público relacionados con las medicinas institucional y de seguridad social, con ello pudo haber un mayor estudio e investigación de los problemas de salud mental; y entre 1950 y 1970, los

avances que se dieron en el campo de la farmacología se vieron reflejados en beneficios para la atención de los enfermos mentales.

Como consecuencia de ello se pudo observar que cambiaba la actitud que se tenía hacia los pacientes con padecimientos mentales, logrando así que los médicos y el público tuvieran una mejor disposición hacia ellos, muchos de los enfermos fueron vistos con posibilidades de mejoría y con capacidad de readaptación a la sociedad. Los nuevos tratamientos estimularon el interés en la atención de los enfermos considerados como un problema de salud pública.

En el año de 1942 en la Ciudad de México, se crea el servicio de psiquiatría del Hospital Español. Asimismo, se instauran otros 35 servicios de salud mental ubicados en centros de salud principalmente del Valle de México.

La reforma de la asistencia psiquiátrica en México se inició en 1963 con la clausura del viejo manicomio de La Castañeda, siendo sustituido por hospitales - granja que se construyeron para alojar a los desplazados. Estas nuevas instalaciones establecidas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, fueron un avance. Desafortunadamente, no se contó con los recursos técnicos ni económicos para poder continuar con sus programas. Hoy en día, sólo siguen prestando sus servicios en la Ciudad de México, dos hospitales: el que lleva el nombre de Fray Bernardino Álvarez y el Juan N. Navarro, éste último destinado a niños y adolescentes; ambos han tenido un papel importante en la enseñanza de la psiquiatría, ya que en ellos la asistencia de los enfermos ha alcanzado mejores niveles de atención.

En la Asamblea Mundial de la Salud, que se celebró en 1974, se expresó una nueva filosofía que había recorrido el mundo occidental, en la que la mayoría de los países reconocieron la necesidad de prestar mayor atención a los aspectos psicológicos y sociales de la salud, estando conscientes de que su descuido ocasionaba un elevado costo social.

El Dr. De la Fuente, menciona que como en otras áreas de la salud, en el campo de la psiquiatría y la salud mental, se ha oscilado del interés en el individuo aislado a la comunidad, y del énfasis en la curación a la prevención y detección temprana. (De la Fuente, et al, 1997, pp. 15-19).

En 1976, se decreta que todos los hospitales generales que dependían de la Secretaría de Salud deberían destinar cinco de sus camas para la atención de pacientes psiquiátricos, disposición que no fue acatada. Para 1978 se establecieron servicios de psiquiatría en cinco hospitales generales de dicha Secretaría y, para 1979, año en que se inaugura el Centro Médico Nacional del Seguro Social, se dedicó un piso entero para pacientes psiquiátricos, mismo que se sacrificó debido a necesidades del servicio de cirugía. En el año de 1982 se trasladó a los pacientes a un hospital privado de Tlalpan, el Sanatorio Rafael Lavista.

En 1986, con la descentralización de los servicios médicos, 16 hospitales psiquiátricos dejaron de estar a cargo directo de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salud, misma que se redujo a Dirección de Área.

Percibiendo la importancia y la gravedad que revestía para el país la emergencia de los problemas de la salud mental, el alcoholismo y la farmacodependencia, se crea por decreto presidencial, emitido el 26 de diciembre de 1979, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, (Secretaría de Salud, 2003, p. 109), mismo que hasta el día de hoy continúa prestando sus servicios e interesándose por la investigación en esta materia.

Actualmente, en el Distrito Federal, existe el Órgano Desconcentrado Servicios de Atención Psiquiátrica, del cual dependen tres hospitales psiquiátricos ("Fray Bernardino Álvarez", "Juan N. Navarro" y "Samuel Ramírez Moreno") y cuatro centros comunitarios de salud mental ("Iztapalapa", "Zacatenco" y

“Cuauhtémoc”, así como el Centro Integral de Salud Mental), los cuales dependen de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, de la Secretaría de Salud.

1.2.2. ANTECEDENTES DESDE EL ÁMBITO PSICOLÓGICO

Como otro campo de ayuda al tratamiento de los padecimientos mentales, está la psicología, misma que también ha jugado un papel muy importante en lo que a salud mental se refiere; aparece en México en el siglo XIX como un cuerpo organizado de conocimientos, mismo que se vio sometido a diversos avances y retrocesos, además de difundirse diferentes doctrinas relacionadas.

Se considera como el primer psicólogo mexicano a Porfirio Parra (1854-1912), quien a través de sus obras escritas de 1878 a 1901, logró crear un sistema conceptual de conocimientos psicológicos sobre salud mental y difundir sus posibles aplicaciones.

Al iniciar el siglo XX surgen obras muy importantes de destacados escritores en psicología como Enrique O. Aragón y Ezequiel A. Chávez, entre otros.

Ezequiel A. Chávez (1861-1946), destaca por ser considerado el iniciador de la psicología científica, por sus obras y por presentar un programa comprensivo de psicología experimental a la Secretaría de Educación en 1895. También porque fue fundador y primer profesor del primer curso específico de psicología en la Escuela Nacional Preparatoria.

El primer responsable de la psicología académica fue el doctor Enrique O. Aragón (1880-1942), quien escribió el primer libro dedicado a la psicología en México en 1902, además de fundar el primer laboratorio de psicología experimental en la UNAM. En 1936 inicia las actividades del Instituto de Psicología

y Psiquiatría de la Universidad Nacional de México, el cual, desafortunadamente, suspende sus actividades dos años después.

La psicología como disciplina nace vinculada a la cátedra universitaria. En la UNAM, se crea la Escuela Nacional de Altos Estudios, que pasa a constituirse después en la Facultad de Filosofía y Letras, en la que se impartió la enseñanza de la psicología a nivel superior. En 1932 se crea una sección de psicología dentro del plan de estudios de filosofía y, en 1937, inicia la profesionalización de la psicología al autorizarse una maestría en ciencias psicológicas. La psicología en México se ve influenciada por corrientes estructuralistas y psicoanalíticas.

En el año de 1958 se formaliza la carrera profesional de psicología y posteriormente en 1966, además de abrir un nuevo plan de cinco años, el Colegio de Psicología se organiza en forma de departamentos: psicología social, clínica, general, experimental y metodología, educativa y fisiológica. (De la Fuente, et al, 1997, pp. 25-30). Posteriormente, en 1973, se crea la Facultad de Psicología, separándose de la Facultad de Filosofía y Letras. Asimismo, deja de impartirse únicamente en la UNAM, difundiéndose a nivel nacional.

1.2.3. ANTECEDENTES DESDE EL ÁMBITO PEDAGÓGICO

La educación especial en México inicia para atender a tres grupos específicos de la población: inadaptados sociales, sordomudos y ciegos. Desde principios del siglo XIX, se fundan en la capital instituciones para su atención, tales como, el Departamento de Corrección de Costumbres (1806); la Casa de Corrección (1841); el Asilo para Jóvenes Delincuentes (1850); la Escuela de Sordomudos (1861) y la Escuela de Ciegos (1870).

La preocupación por atender a un sector de la población que debido a sus características no asistía a las escuelas se puso de manifiesto durante el

Congreso Nacional de Instrucción Pública, realizado entre el 1° de diciembre de 1890 y el 3 de marzo de 1891. En éste se concluyó que era conveniente y necesario aumentar el número de escuelas especiales que tenían por objeto la educación de los ciegos, sordomudos y delincuentes jóvenes. Lo anterior cobró mayor relevancia en la Ley de Educación Primaria, promulgada el 15 de agosto de 1908. Sin embargo, la cuestión sobre la formación de los profesores que trabajaban en esas escuelas especiales quedó pendiente.

Al abrir más escuelas especiales, también existió la necesidad de una formación docente acorde con el desarrollo y los aportes de las disciplinas médicas, psicológicas y pedagógicas, por lo que en enero de 1925 se estableció, en la Secretaría de Educación Pública, el Departamento de Psico-Pedagogía e Higiene Escolar, del que dependieron las escuelas especiales.

Con el tiempo, dicho Departamento se transformó en el Instituto Nacional de Pedagogía, el cual atendió tres escuelas de educación especial, un centro de higiene mental y una clínica de la conducta.

Para 1940 se consideró que las escuelas de “anormales físicos o mentales” debían proporcionar, en ciclos cortos, conocimientos generales y contar con planes de estudio, programas, métodos de enseñanza y organización particular. Sin embargo, a pesar de los avances científicos en los tratamientos, quedó pendiente la formación de profesores en educación especial hasta 1942, año en que se aprobó la Ley Orgánica de la Educación Pública, que incluyó la Educación Normal de Especialización y las escuelas tipo, de educación especial.

En septiembre de 1942, el Departamento de Estudios Pedagógicos de la Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación Científica de la SEP aprobó el plan de estudios para la carrera de Maestro Especialista para Anormales Mentales y Menores Infractores y, el 7 de junio de 1943, la Escuela Normal de

Especialización (ENE) inició sus labores, siendo su director fundador el doctor Roberto Solís Quiroga.

Por ello, el primer Plan de Estudios de la Escuela Normal de Especialización se diseñó a partir del rescate de la práctica cotidiana que se realizaba en el Instituto Médico Pedagógico (1935), que pasó a ser un anexo de dicha escuela en 1943; este instituto atendía exclusivamente a los “anormales mentales”, mismos que se seleccionaron con base en un diagnóstico médico, psicológico y social.

En este periodo surgieron y se desarrollaron, principalmente, escuelas destinadas a la atención de niños con deficiencia mental. Finalmente, en 1972, se creó la carrera de Maestro Especialista en Problemas de Aprendizaje dentro de la Normal de Especialización.

La Reforma Educativa de 1971 incluyó a la educación especial; en este marco, en el Decreto Presidencial con fecha 18 de diciembre de 1970 se ordenó la creación de la Dirección General de Educación Especial (DGEE), dependiente de la Subsecretaría de Educación Básica y, en 1976, se estableció su organización y funcionamiento en el *Diario oficial*.

A partir de esa fecha la Escuela Normal de Especialización se adscribió a la DGEE y en 1978 se transfirió la formación de maestros especialistas a la Dirección General de Educación Normal.

De 1970 a 1976 se expandieron y diversificaron los servicios de educación especial, entonces surgieron: Grupos Integrados (GI), Centros Psicopedagógicos (CPP), Centros de Atención Psicopedagógica para la Educación Preescolar (CAPEP), Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE).

Cabe destacar que en 1973, se firmó un convenio entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), la SEP y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) para crear Centros de Rehabilitación y Educación Especial en las entidades (ILCE, 2004, ¶ 2-30).

Si bien la educación especial se interesó por individuos con padecimientos, el interés deja de abarcar únicamente al paciente e incluye al individuo actuando en su comunidad, se incorporan no sólo factores médicos sino aflicciones y angustias humanas de tipo personal y social a las cuales no se les daba la mayor importancia y con ello aparece la higiene mental, que si bien pertenece a la medicina, su manera más efectiva de aproximación es la educación, cuyo propósito es prevenir las enfermedades psíquicas mediante su contribución a la salud mental y a la mejora de las condiciones de la existencia del individuo.

Asimismo, se encuentra que la rama en la que se percibe una incidencia de la educación en la mejora de la calidad de vida de los individuos es en la Orientación, que nace en los inicios del siglo XX en Estados Unidos como orientación vocacional, la cual al principio se reducía al apoyo en el paso de la escuela al trabajo. Posteriormente, se amplió su ámbito de acción hasta abarcar la totalidad de los esfuerzos del sistema educativo para ayudar al individuo a alcanzar el éxito personal mediante un mejor conocimiento de sí mismo y de las posibilidades del entorno en cuanto a sus estudios profesionales.

En México, fue hasta 1952 en que el Sistema Educativo Nacional estableció el servicio de orientación educativa vocacional en las secundarias, siendo su objetivo ayudar a los estudiantes en problemas de estudios, personales y profesionales. En 1972, la SEP retomó el interés por la orientación educativa, al aprobar el proyecto denominado: "Secundaria Experimental Mexicana", en donde a este servicio se le consideró como un elemento de gran importancia junto con las áreas curricular y administrativa. Es a partir de este proyecto, que nuestro país

ha venido incrementando su número de orientadores y mejorando paulatinamente las habilidades y capacidades de los mismos.

El 3 de Octubre de 1984 se publica, en el Diario Oficial de la Federación, el decreto de la creación del Sistema Nacional de Orientación Educativa (SNOE). Los fundamentos para la creación de este sistema se encuentran en el Programa de Orientación Vocacional de la Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica de la Secretaría de Educación Pública.

En este mismo documento se plantea como objetivo general: “promover un proceso de orientación, para que los estudiantes del Nivel Medio Superior de todo el país, elijan adecuadamente su carrera futura, coadyuvando además, a utilizar mejor los recursos destinados a su formación” (López, ¶1-4).

Por lo anterior, se puede apreciar que desde hace tiempo el ámbito pedagógico ha estado interesado por los problemas relacionados con la salud mental y la orientación para la consecución de una personalidad sana.

1.3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

Antes de describir la situación de la salud mental en México, es necesario presentar dos de las principales clasificaciones sobre los trastornos mentales para señalar, en cada una de éstas, dónde se ubica la depresión:

La primera es la que contiene el ***Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*** (Pichot, 2000) éstos se clasifican en:

- 3.1 Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
- 3.2 Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- 3.3 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica

- 3.4 Trastornos relacionados con sustancias
- 3.5 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- 3.6 Trastornos del estado de ánimo (EN ESTE RUBRO SE INCLUYE LA DEPRESIÓN)
- 3.7 Trastornos de ansiedad
- 3.8 Trastornos somatomorfos
- 3.9 Trastornos facticios
- 3.10 Trastornos disociativos
- 3.11 Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- 3.12 Trastornos de la conducta alimentaria
- 3.13 Trastornos del sueño
- 3.14 Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
- 3.15 Trastornos adaptativos
- 3.16 Trastornos de la personalidad
- 3.17 Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

La segunda clasificación está contenida en los Criterios que presenta la Organización Mundial de la Salud, conforme a la ***Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud CIE 10:***

- F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.
- F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
- F30-F39 Trastornos del humor (afectivos) (EN ESTE RUBRO SE INCLUYE LA DEPRESIÓN)
- F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
- F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

- F70-F79 Retraso mental.
- F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.
- F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
- F99 Trastorno mental sin especificación.

La última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México¹, ***Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*** (Medina-Mora, et. al. 2003), señala que la situación a la que se enfrentaba México era la siguiente:

- 28.6% de la población mexicana presentó algunos de los trastornos que se indican en la CIE 10, alguna vez en su vida (seis de cada 20)
- el 13.9% los reportaron en los últimos 12 meses (tres de cada 20)
- el 5.8% los reportaron durante los últimos 30 días (uno de cada 20).

Por lo que concierne al tipo de trastornos que los mexicanos presentaron, alguna vez en su vida se encuentran, con mayor frecuencia, los siguientes:

- ❖ Trastornos de ansiedad (14.3%),
- ❖ Trastornos por uso de sustancias (9.2%)
- ❖ Trastornos afectivos (9.1%).

Referente a los trastornos más comunes, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días se encontraban en el orden que se indica:

- 1° Los de ansiedad
- 2° Afectivos
- 3° Por uso de sustancias

¹ Aunque se publicó en 2003 es la más actualizada.

Referente a los resultados por sexo, se pudo observar que:

- ❖ Los hombres presentan prevalencias² globales más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres para cualquier trastorno alguna vez en la vida (30.4% y 27.1%, respectivamente).
- ❖ Las mujeres debido a condicionantes tales como: mayor responsabilidad, subordinación, abusos, explotación, violencia, entre muchas otras, presentan prevalencias globales más elevadas que los hombres para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% mujeres y 12.9% hombres) y en los últimos 30 días (6.5% mujeres y 5.1% hombres).

En cuanto a los trastornos afectivos y de ansiedad, éstos eran más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias eran más frecuentes para los hombres.

Por lo que se refiere al uso de servicios, la proporción de pacientes que accedió a éstos fue la siguiente:

- ❖ Sólo uno de cada diez sujetos con un trastorno mental, recibieron atención
- ❖ Uno de cada cinco con dos trastornos y,
- ❖ Uno de cada diez con tres trastornos o más.

Respecto a los trastornos afectivos solamente una de cada cinco personas usaron servicios y sólo una de cada 10, con algún trastorno de ansiedad, lo hizo.

Si bien el acceso a servicios de atención médica general, en donde podían haber sido detectados los trastornos era sumamente escaso, lo fue aún más en los servicios especializados, ya que en éstos se apreció que sólo dos de cada 30

² Este término se utiliza en epidemiología para denominar la proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

sujetos, con tres o más trastornos, recibieron atención especializada en el siguiente orden de demanda:

- ❖ 1° El trastorno de pánico fue el que generó más uso de servicios especializados (17.1%),
- ❖ 2° El de manía (12.7%) y
- ❖ 3° El de la depresión mayor (11.9%) (Medina-Mora et. al. 2003, p.2).

Considerando dichos resultados como antecedentes, se puede comprender el por qué del panorama tan alarmante que se vive en el México de hoy, ya que como se puede concluir son altos los índices de prevalencia de trastornos mentales, poco el uso de los servicios especializados e insuficientes las instituciones que los proporcionan.

1.3.1 ESCENARIO DE LA DEPRESIÓN

En el caso específico de la depresión, en el país entre el 15 y el 20% de los habitantes está en riesgo de padecerla. Su origen es multifactorial y sus causas pueden ser biológicas, genéticas o ambientales y entre éstas últimas, destaca sobremanera el estrés.

La depresión afecta a uno de cada 10 mexicanos adultos en un momento de su vida. Se trata de una enfermedad frecuente e incapacitante que puede ser el resultado de una reacción ante determinadas circunstancias, como una enfermedad severa, la pérdida de un ser querido, la falta de éxito en el trabajo, en las relaciones sociales y/o la soledad.

De acuerdo con la encuesta de ***Prevalencia y Diagnóstico de Depresión en Población Adulta en México*** (Belló, et. al. 2005), la prevalencia de la depresión fue de 4.5% en la población general: 5.8% en las mujeres y 2.5% en hombres. Asimismo, se pudo observar que ésta se incrementa con la edad y

disminuye al aumentar la escolaridad. Esta disminución muy probablemente se debe a que las mujeres que alcanzan un nivel académico mayor, tienen una mayor expectativa de conseguir un trabajo mejor remunerado, esto permitirá que “se sientan más seguras, se valoren más que quienes se quedan en casa, pues nunca reciben reconocimiento ni recompensa económica” (Miranda, ¶ 10).

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados (Belló, et al, 2005, p. S4-S5).

1.3.2. INFLUENCIAS SOCIALES EN LA SALUD MENTAL.

De acuerdo con Lemkau (1979, p.18) en la aparición de los trastornos mentales intervienen dos factores primordiales: la tensión del ambiente y la fuerza congénita de la personalidad, las cuales están directamente relacionadas. A mayor tensión, mayor será la fuerza congénita de la personalidad que se deberá tener para protegerse de ésta. Si las tensiones de la vida no son excesivamente grandes o concentradas, o de duración prolongada; o si las atenúa la técnica experta de una persona preparada, la personalidad podrá desarrollarse con éxito.

Entre los factores de mayor influencia para la aparición de los trastornos mentales en general, se encuentran: la explosión demográfica, la migración, la desnutrición, la contaminación ambiental, los cambios en la estructura familiar, el transporte, la situación socioeconómica, el descuido de la salud, entre otros. La vida en ciudad como fenómeno específico presenta una serie de problemas y carencias que contribuyen a una deficiente calidad de vida (Sánchez, 1991, p. 18).

Aunado a ello, existen tensiones sociales que provocan cambios a nivel individual, familiar o grupal, situaciones que deben ser tomadas en cuenta para tener la posibilidad de empezar a prever, tales como: la socialización, la movilidad espacial y la etapa de la adolescencia (Tusquets, 1988, p. 115).

De acuerdo con el Informe de la OMS (2005-A, p. 23), los principales determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud mental están relacionados con grandes problemas tales como la pobreza, la guerra y la desigualdad. Se señala que por ejemplo, las personas pobres a menudo viven sin las libertades básicas de seguridad, acción y elección que las personas que no están en esta situación, dan por hecho, ya que con frecuencia carecen de alimento, refugio, educación y salud adecuada; privaciones que no les permiten llevar el tipo de vida que todos valoramos.

Asimismo, en el mismo documento se resalta que según Patel & Jané-Llopis (2005), las poblaciones que viven en circunstancias socioeconómicas de pobreza están en mayor riesgo de presentar problemas de salud mental, sufrir de depresión y gozar de un bienestar subjetivo inferior.

El siguiente listado muestra una serie de determinantes de salud mental de naturaleza:

Tabla 1.- Determinantes de la salud mental

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIO-ECONÓMICA
Acceso a drogas y alcohol	Aislamiento y enajenamiento	Desplazamiento
		Falta de educación, transporte, vivienda
Nutrición deficiente	Rechazo de compañeros	Desintegración familiar
		Circunstancias sociales deficientes

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIO-ECONÓMICA
	Violencia y delincuencia	Pobreza
		Injusticia racial y discriminación
Maternidad	Estrés laboral	Desventaja social
		Migración a áreas urbanas
		Guerra
Embarazo no deseado	Abuso sexual	Desempleo, salarios injustos, jornada laboral extenuante.
		Hostigamiento laboral, moral o sexual

Considerando esto, y aunado a la situación epidemiológica presentada en el apartado anterior (1.3.1), en donde se observó que la prevalencia es del doble en las mujeres, se deben tomar en cuenta las influencias sociales negativas de abuso y hostigamiento laboral, moral y sexual, que actualmente se ejercen sobre ellas, teniendo en cuenta que la aún prevaleciente pirámide de poder en la cual los hombres se encuentran en la cúspide, genera la desmotivación personal y falta de autoestima que desaniman a las mujeres para practicar saberes alternativos al tenerse que enfrenar a las jerarquías (todas masculinas), mismas que sancionan el éxito y la promoción, desautorizándolas (Arriaga y Ramírez, 2004).

De los factores mencionados, el que se supone que más pudo haber influido en nuestro país, es el de la desintegración familiar y la inserción cada vez más creciente de la mujer en el ámbito laboral, siendo “la tasa más alta de participación de ellas, entre los 15 y los 24 años” (De la Fuente, et al, 1997, p.63).

Derivado de esto, se debe reconocer que el ámbito laboral que se ofrece en nuestro país no es el más satisfactorio, y que en muchos de los casos “el ingreso de las mujeres al mercado laboral se ha dado con experiencia escasa, lo cual genera que acepten trabajos en condiciones desfavorables y con bajos salarios” (Miranda, ¶ 20).

El ritmo de vida al que se someten las mujeres específicamente, es altamente estresante ya que no sólo deben cumplir con su rol de madres y amas de casa, con los conocimientos que requiere tales como: “nutrición, administración de recursos, mantenimiento, organización del trabajo, arte culinario, decoración, psicología, pedagogía, etcétera” (Miranda, ¶ 16-18), sino también como integrantes de la población económicamente activa que les permita la obtención de recursos monetarios.

Se sabe que los seres humanos pasan por lo menos un tercio de su vida en el trabajo, mismo que se desempeña como una obligación social y con el objetivo de obtener los recursos necesarios tanto para el sustento personal como el familiar.

También se han realizado estudios sobre los efectos adversos relacionados con la inadecuada organización del trabajo con cargas de trabajo injustas y desiguales; y se han obtenido conclusiones tales como el hecho de que cuando las labores no tienen las características apropiadas, humanas, justas y sanas, afectan la satisfacción, la motivación y el compromiso, y que éstas son causa de bajo rendimiento individual y grupal, además de influir de manera muy desfavorable en la salud mental de los trabajadores.

Finalmente, esta desorganización deriva en la generación de estrés en los individuos, mismo que inicia por manifestarse en síntomas, tales como dolores de cabeza, espalda y cuello, calambres, tensión en los músculos de la mandíbula, dificultad para conciliar el sueño y cansancio al despertar, trastornos digestivos y lo más grave y que para efectos de este trabajo recibe mayor énfasis, genera reacciones de ansiedad y depresión, así como cambios en la conducta que se reflejan en el aumento en el consumo de alcohol, drogas y tranquilizantes (De la Fuente, et al, 1997, p. 217).

CAPÍTULO 2

SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN

2.1. CONCEPTO DE PREVENCIÓN

Es importante tener en cuenta que los trastornos mentales, sí son susceptibles de prevención considerando que la educación es prevención, el trabajo es prevención y que es posible encontrar mecanismos para evitar las causas socio-económicas de éstos, como pobreza, falta de escolaridad y abusos. A continuación se presentan diversos conceptos que nos presentan algunos autores al respecto:

De acuerdo al Diccionario de la Lengua Española, es la preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.

Paul Lemkau (1979, p. 27) menciona que, la prevención significa tratamiento precoz a fin de disminuir los estados de enfermedad y retardar la muerte.

Asimismo, Ramón de la Fuente explica, que la prevención es la evitación de la ocurrencia de una enfermedad (De la Fuente, et. al. 1997, p. 386).

Finalmente, de conformidad con lo que menciona Miguel Ángel Materazzi:

Las diversas cualidades del ser humano como las físicas y todo lo que contribuya a la salud y al vigor del organismo, permiten adecuar su conducta a la naturaleza de las cosas. La educación, al desarrollar estas cualidades, se adelanta al propio desarrollo de la naturaleza... La prevención, como una forma de educación, tiende a suscitar y desarrollar en el cuerpo social determinados estados físicos, intelectuales y normativos que le reclaman, por un lado, la sociedad política en su conjunto, y por otro, el medio especial al que están particularmente destinados (Materazzi, 1991, p. 19).

2.2. TRASTORNOS MENTALES SUSCEPTIBLES DE PREVENCIÓN

En el campo de la salud mental, la Organización Mundial de la Salud se ha propuesto metas, de las cuales cabe resaltar la importancia que pone en el objetivo de prevenir las enfermedades y los desórdenes mentales, fomentando la salud mental por medio de la educación y el saneamiento del medio psicosocial, entre otras (OMS, 2005-B, ¶ 2-4). Por ello, se propone la realización de intervenciones preventivas que funcionan enfocándose a la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental.

La prevención de los trastornos mentales tiene por objeto "reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental para prevenir o retardar las recurrencias y disminuir también, el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad " (OMS, 2005-A, p.17).

Las intervenciones preventivas pueden ser de tres tipos: las universales, las selectivas y las indicadas, mismas que a continuación se definen:

1. **Prevención universal** se dirige al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo.
2. **Prevención selectiva** se enfoca a individuos o subgrupos de la población, cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio.
3. **Prevención indicada** se dirige a las personas en alto riesgo que manifiestan signos o síntomas mínimos, pero detectables, los cuales

pronostican el inicio de un trastorno mental. También, a aquellos individuos cuyos marcadores biológicos indican la predisposición para desarrollar estos padecimientos, aunque en ese momento no muestren el trastorno mental.

La intervención para la prevención, en los tres tipos, se debería llevar a cabo en primera estancia, propiciando estilos de vida equitativos y posteriormente, como hasta ahora se desarrolla, mediante la información impresa y, a través de cursos dirigidos a niños, adolescentes y padres. Dentro de los contenidos que se abordan en los cursos destacan los factores de riesgo que ejercen una influencia causal, predisponiendo la aparición de los trastornos mentales. Asimismo, se resaltan los factores de protección que pueden modificar, aminorar o alterar la respuesta de una persona hacia los factores de riesgo.

Los factores de riesgo están asociados a una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud.

Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y a los trastornos. Algunos ejemplos de factores de protección son: autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control, así como mantenerse en actividad y trabajo permanentes. Por tal motivo, las intervenciones dirigidas a fortalecer los factores de protección presentan importantes beneficios en la prevención de la aparición de los padecimientos mentales (OMS, 2005-A, pp. 17-18).

Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de carácter individual, aunque se relacionan con problemas en la familia, sociales, económicos y ambientales. Generalmente, lo que predispone a los individuos a cambiar de una

condición mentalmente saludable a una de mayor vulnerabilidad, para pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo y la falta de factores de protección.

Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental pretenden contrarrestar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de la persona, con el fin de interrumpir esos procesos que contribuyen a la disfunción mental humana. Considerando, por supuesto, los factores específicos de la enfermedad, para que la prevención sea realmente efectiva.

Dentro de la OMS, existen diversos programas de prevención, basados en evidencias, para reducir el riesgo de los siguientes trastornos mentales:

- Depresión (Jané-Llopis, Muñoz & Patel, 2005).
- Trastornos de ansiedad (Hosman, Dadds & Raphael, 2005).
- Trastornos alimenticios (Hosman, 2005).
- Trastornos relacionados con el uso de sustancias (Anderson, Biglan & Holder, 2005).
- Trastornos psicóticos (Killackey y otros, 2005).

Para el propósito de este trabajo se tomará solamente el trastorno de la depresión, por ser éste el que tiene la mayor incidencia en el grupo de mujeres de entre 18 y 29 años, en nuestro país y también, por ser éste el que se puede abordar mejor desde el aspecto pedagógico, que es nuestro campo, como se puede deducir de la información que adelante se presenta.

2.2.1. DEPRESIÓN

Para abordar el tema de la depresión se considerarán tres aspectos: 1) su definición, 2) sus características y sintomatología, y 3) sus posibilidades de prevención.

1) La depresión es un trastorno que no sólo afecta el estado de ánimo de la persona, sino su comportamiento, la manera en que se ve a sí mismo, la relación con quienes le rodean y su funcionamiento orgánico y físico (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006, ¶ 2).

2) De acuerdo con el **Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV)** (Pichot, 2000, pp. 326-329) la depresión presenta las siguientes características y sintomatología:

Tabla 2.- Características y síntomas de la depresión

Características	Síntomas
● Se presenta en un periodo de al menos dos semanas.	● Pérdida de interés o placer por casi todas las actividades.
● Debe experimentar más de cuatro síntomas característicos de la depresión.	● Cambios de apetito o peso.
● Los síntomas deben ser de nueva presentación o haber empeorado claramente, si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.	● Cambios del sueño, más comúnmente insomnio.
● Los síntomas habrán de mantenerse la mayor parte del día, casi a diario durante al menos dos semanas consecutivas.	● Falta de energía, cansancio y fatiga.
● Debe acompañarse de un malestar clínico considerable o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.	● Sentimientos de infravaloración o culpa.
● Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas más que en los sentimientos de tristeza.	● Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
● Aislamiento social o abandono de aficiones.	● Pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicida.
● Estos sujetos suelen mal interpretar los acontecimientos triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales.	● Estado de ánimo triste, desesperanzado o desanimado.
● Suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades.	● Alta irritabilidad.

Características	Síntomas
<ul style="list-style-type: none"> ● El sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cambios psicomotores que incluyen agitación o enlentecimiento.
<ul style="list-style-type: none"> ● El sujeto puede llegar a ser incapaz de cuidar de sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluaciones negativas, no realistas del propio valor.
<ul style="list-style-type: none"> ● Las mujeres presentan este padecimiento el doble de ocasiones que los hombres, en gran parte por ser un género expuesto, vulnerable y sometido. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Se distraen con facilidad y refieren falta de memoria.

En el artículo de Lorena Ríos (2003) se señala que, según declaraciones del Director del Instituto Nacional de Psiquiatría, no existe la certeza de lo que sucede a nivel neurológico, sin embargo hay estudios que indican que hay un desequilibrio en la transmisión de los principales neurotransmisores, como son la dopamina, serotonina y epinefrina, así como un bajo nivel de endorfinas, y parece ser que, desde el punto de vista neurofisiológico, hay una disminución de la regeneración de células neuronales a nivel de un centro llamado Hipocampo, donde se ha visto que con tratamiento con antidepresivos hay una neurogénesis normal como sucede con pacientes no deprimidos.

3) Al ser la depresión responsable de la tercera parte de toda la discapacidad a nivel mundial, causada por condiciones neuropsiquiátricas, es innegable la relevancia de su prevención. Es amplia la variedad de factores de riesgo que influyen en la aparición de este padecimiento, en diferentes etapas de la vida, pero también existen factores de protección que pueden ayudar a prevenirla y de los cuales se seleccionarán algunos, de los que más adelante se propondrán alternativas para su fortalecimiento.

Tabla 3.- Factores de la depresión

Riesgo	Protección
Depresión de los padres	Sentimiento de dominio
Factores genéricos de riesgo	Autoestima
La crianza inadecuada	Autoeficacia
Abuso y abandono de menores	Resistencia al estrés
Eventos traumáticos	Apoyo social
Intimidación	

De los programas de intervención realizados por la OMS, mencionados párrafos arriba, únicamente, el que respecta a la depresión ha mostrado evidencias de haber disminuido, en promedio, un 11% de la sintomatología depresiva mediante el fortalecimiento de los factores de protección. Estos factores se refuerzan, mediante intervenciones educativas, aplicadas tanto a poblaciones universales, selectivas e indicadas. Sin embargo, es importante mencionar que existen ejemplos específicos en los que se ha demostrado un descenso aún mayor de incidencia, mediante los programas realizados en el hogar, enfocados al desarrollo de habilidades cognitivas, solución de problemas y destrezas sociales de niños y adolescentes, así como programas de ejercicios para ancianos que demostraron un 50% de reducción en los niveles de síntomas depresivos después de un año de intervención.

También existe el caso de intervenciones que preparan para la crianza de los hijos, mejorando el bienestar psicosocial de los padres a través del suministro de información y capacitación de estrategias conductuales de crianza, que han mostrado una reducción aproximada del 30%; y finalmente, programas para aquellas personas que presentan elevados síntomas depresivos pero que aún no presentan el trastorno como tal, los cuales han demostrado efectos significativos de reducción. Dichos programas utilizan principalmente un formato de grupo para educar a las personas en cuanto a pensamiento positivo, vencer estilos de

pensamiento negativo y mejorar las habilidades de solución de problemas, que sólo en el caso de los adolescentes dan evidencia de descensos de entre un 40% y 70% después de un año de intervención (OMS, 2005-A, pp. 41-43).

2.2.2. DEPRESIÓN EN LA MUJER

Como ya se había mencionado, la mujer es doblemente propensa a padecer depresión en comparación con el hombre. La depresión en la mujer, según Emilice Dio (1999), surge como resultado de un sentimiento de impotencia y desesperanza derivado de la concepción de feminidad y de las características que a ésta se le han atribuido tradicionalmente, las cuales son: sumisión, dulzura, renuncia a sí misma y dedicación al cuidado de los otros. Se espera que dichas características sean manifestadas en los diferentes roles: madre, esposa, hermana, hija, trabajadora, etc.

Muchas mujeres “modernas” al pretender renunciar a esa concepción de feminidad tradicional ponen a prueba su autoestima, saturándose de responsabilidades que no pueden controlar o planteándose metas desmesuradas, grandiosas, perfeccionistas que les provocan agresión volcada hacia ellas mismas:

... desempeñan actividades distintas a las tradicionales labores femeninas; trabajan en diversas áreas, viajan por el mundo, son poseedoras de otros saberes, piensan, opinan. [...] pueden asumir roles, uno tras otro: ama de casa, esposa, madre, ejecutiva, consultora experta. Son económicamente solventes [...] pero aquello que por lo general tienen menos claro es que inconscientemente están en conflicto con su rol, lo más importante, que luchan con instrumentos inadecuados que comprometen seriamente su subjetividad. (Dio, 1999, p. 100).

Lo anterior, también se puede convertir en depresión.

“Tanto las precisiones estadísticas, como el conocimiento más afirmado de la psicología femenina y de sus malestares, están contribuyendo a disolver muchos prejuicios y distorsiones imperantes en el ámbito mismo de las ciencias” (Dio, 1999, p.53), los cuales llevan a concluir que: “la mayor incidencia de depresión en las mujeres no debe buscarse en la biología, en su fisiología, en su cuerpo, sino en las condiciones de vida socio-económicas y afectivas y en las características de la subjetividad” (Dio, 1999, p. 54).

Dicha subjetividad entendida como el mundo de significados personales que se le atribuyen a las situaciones y a las sensaciones que se generan de ellas, esta subjetividad debe construirse con base en los factores internos de autoconocimiento de nuestras fortalezas y debilidades, cualidades y defectos, así como en el autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación y autorrespeto, ya que el sentirse inadecuada, con defectos o deficiencias personales, conduce a un trastorno de la autoestima que muy factiblemente derivará en depresión.

Tradicionalmente:

La subjetividad de las mujeres adquiere su mayor organización alrededor de poder crear y mantener filiaciones y relaciones. Y es a través de la atención del cuerpo, del cuidado de la cotidianidad, de lo que necesita para la supervivencia, que las mujeres encuentran el sentido a su existencia. (Dio, 1999, p. 77).

En el pasado, se intentó sustentar esta mayor predisposición realizando un paralelismo con la biología, argumentando que así como nuestro cuerpo funciona por medio de ciclos menstruales, era muy factible que nuestra mente se hallara gobernada por los mismos factores, tomando como momentos de mayor predisposición, el periodo menstrual, la menopausia y el climaterio; sin embargo, dicha teoría ha perdido vigencia al descubrir que no existen cambios significativos entre estos periodos y los demás de la vida.

No obstante, lo que sí se puede, es considerar que existen antecedentes biográficos significativos para el desencadenamiento de una depresión, entre los cuales se encuentran: muerte de la madre durante la infancia, condiciones de aislamiento social, más de dos o tres hijos pequeños a su cargo y carencia de una red de apoyo.

Primeramente, debemos reconocer que la diferencia entre hombres y mujeres tiene su origen, en que “llegado un momento de la vida piensan y sienten de forma diferente; más adelante se quejan de forma diferente: unas se deprimen y otros se alcoholizan” (Dio, 1999, p. 56), todo ello debido a las concepciones sobre lo que significa ser mujer y ser hombre que les son transmitidas a lo largo de su formación.

Retomando al género femenino, las quejas más frecuentes que éste expresa son: las relativas a los problemas de pareja, la falta de habilidades de comunicación, distancia afectiva del otro hacia la mujer, sufrimiento por haber perdido la atmósfera de noviazgo, la intimidad y la cercanía que alguna vez gozaron. El afán romántico de la mujer siempre la lleva a estar inmersa en sentir la pérdida de algo. “El temor ante la amenaza de la pérdida amorosa y la impotencia y desolación frente a la pérdida acaecida, son sentimientos habituales en la subjetividad de la mujer”. (Dio, 1999, p.56). Estas problemáticas significan para las mujeres desde su género, ineficacia que genera culpa por el sentimiento de pérdida, misma que afecta su autoestima deteriorándola.

En específico, si a las mujeres se les ha adjudicado social y culturalmente el ser las protectoras de la relación afectiva y familiar, y ellas lo han asumido así, en su vida se dedican a ello casi de forma exclusiva, por lo tanto, cuando sufren alguna dificultad en las relaciones interpersonales el dolor que sienten no sólo es por la relación que se pierde, sino que esta situación afecta a su afirmación como mujeres, su valoración como “ser humano especialista en el amor” (Dio, 1999,

p.57). En dicha situación la mujer sufre un desequilibrio que complica su identidad y lo fundamental del concepto de sí misma, su autoestima.

Aunado a ello, existe una predominancia de las mujeres a permanecer en vínculos amorosos en los cuales prevalece el sometimiento, el sufrimiento y la falta de reciprocidad, a lo que también se le pudiera denominar vínculos adictivos (Dio, 1999, p.57).

Los motivos externados por las mismas mujeres como explicación de su propio malestar no tienen que ver, ni con circunstancias extraordinarias, fortuitas o contingentes en sus vidas, ni tampoco con hechos traumáticos, por el contrario tiene que ver con razones más cotidianas y propias de su existencia común.

Los especialistas en salud mental, una vez conociendo dichas quejas realizaron estudios que las corroboraron como causas frecuentes de depresión, afirmando como las primordiales: la importancia de la intimidad (problemas de relación en la pareja, amenaza de pérdida de la pareja, ruptura amorosa, soledad, problemas en las relaciones familiares) y vulnerabilidad a la pérdida debido a que su autoestima depende del juicio del otro y que la restricción social que únicamente le permite desempeñar un rol con poca participación social y familiar, las hace sentir inseguras de dichos vínculos, mayormente temerosas de perderlos y, cuando esto sucede, se deprimen fácilmente (Dio, 1999, pp. 62-63).

Además, es muy común que las mujeres desde temprana edad desarrollemos todo tipo de trastornos de la autoestima, ese íntimo sentimiento de estar bien consigo misma y que depende de sentir que se satisfacen los patrones o valores que cada persona ha construido a lo largo de su vida. Respondiendo generalmente a los deseos y expectativas conscientes o inconscientes de los padres, cada uno irá imaginando un destino futuro y orientando su comportamiento hacia metas, que en el caso de las niñas, la relación de pareja continúa siendo la carrera más deseada y valorizada, sin que se den cuenta de

que sus inconvenientes radican en que si la autoestima se construye y se alimenta en sentirse capaces y orgullosas de la creación y mantenimiento de relaciones afectivas, la pérdida de las mismas las deja mucho más desprotegidas y vulnerables a la depresión.

Siempre se ha atribuido a la feminidad un rol de índole emocional, el cual tiene que poseer las características de sensibilidad, complacencia, dulzura pasividad, obediencia, necesidad afectiva, dependencia, fragilidad y que cuanto más estereotipada es la mujer de conformidad con las características antes descritas, mayor es su predisposición a la depresión; por ello se puede apreciar que ésta se determina en nuestra cultura por su rol, considerando éste como “el papel social, lo que el conjunto de los otros supone, espera, ve bien, considera adecuado y aprueba en los comportamientos que una persona debe tener al ocupar un lugar, al desempeñar ese rol” (Dio, 1999, p. 97).

Contrario a todo lo anterior, ampliar nuestros deseos y ser dueñas de los mismos es un arduo compromiso a conquistar y algo que no viene dado con la naturaleza femenina, pero se puede lograr mediante el planteamiento de un proyecto de vida que considere los objetivos más anhelados de cada quien, ya que” cuando alguien siente que sí podría realizar su deseo, entonces se activa, moviliza sus recursos, emprende acciones y se llena de entusiasmo” (Dio, 1999, p. 217).

Asimismo, las mujeres necesitamos amor, pero “en forma de autocuidado y autocomprensión que nos proporcionen tiempo, firmeza y decisión para tomar las riendas de nuestra mente” (Dio, 1999, p. 115).

También, existen otras situaciones frecuentes que predisponen a la depresión y que se han acuñado a lo largo de la historia como rasgos de feminidad, tales son: la culpa, la vergüenza, el masoquismo, el afán perfeccionista,

la rabia reprimida y la depresión narcisista, así como los mensajes de los padres que dejan una profunda huella en la personalidad de los sujetos.

Por ello, se necesita disciplinar la mente para escuchar los propios pensamientos, para saber claramente la manera en que pensamos. Asimismo, modificar las creencias para darnos cuenta que gran parte de las inseguridades, inhibiciones, deficiencias y faltas que poseemos, son causadas por ideas que operan desde el interior de nuestras mentes con el carácter de verdaderos dogmas que nos indican consciente o inconscientemente cómo debe ser una mujer (Dio, 1999, p. 17).

2.3 RELACIÓN ENTRE LA SALUD MENTAL Y EL PROCESO PEDAGÓGICO

Para establecer una relación entre la salud mental y el proceso pedagógico, es necesario resaltar el aspecto formativo de la educación.

Fernando Solana (1998, p. 41) sostiene que la educación es “un proceso deliberado mediante el cual se transmiten valores, actitudes y habilidades para pensar y aprender. Este proceso se puede dar en lugares específicos, escuelas, y ahora a distancia, puede ser abierto o cerrado, acreditable o no acreditable”.

María Novo (2002) considera que la educación debe ser concebida con una dimensión formativa y orientativa que sea sumamente flexible y que contribuya al desarrollo de capacidades humanas indispensables para nuestro tiempo y para la conformación de un proyecto cultural integral en la sociedad, en la cual se comprenda al mundo en términos de relaciones y no de objetos aislados.

Novo, también nos lleva a comprender “la educación como un conjunto de fenómenos interrelacionados, que sirven tanto para la formación de los individuos y el mantenimiento del sistema social, como para incidir en éste último a través de

la función crítica y creativa, promoviendo cambios y transformaciones que, de nuevo, entrarán a alimentar al propio sistema educativo” (Novo, 2002, p. 23). Este enfoque nos aporta un nuevo paradigma de la educación en el cual se percibe al mundo como una totalidad integrada, que se caracteriza por ser holística, ecológica o sistémica, en la que las partes adquieren pleno sentido, en la medida en que se integran en un conjunto articulado de distinto nivel (Novo, 2002, p. 27).

De acuerdo con Delors:

Una de las primeras funciones que incumben a la educación consiste en lograr que la humanidad pueda dirigir cabalmente su propio desarrollo, la cual deberá permitir que cada persona se responsabilice de su destino a fin de contribuir al progreso de la sociedad en la que vive, fundando el desarrollo en la participación responsable de las personas y las comunidades (Delors, 1997, p. 82).

Delors también expone que es atribución de la educación “facilitar a todos, lo antes posible, el “pasaporte para la vida” que le permitirá comprenderse mejor a sí mismo, entender a los demás y participar así en la obra colectiva y en la vida en sociedad” (Delors, 1997, p. 82).

En ese sentido, la educación, como proceso permanente de desarrollo de las potencialidades del ser humano, tiene como objetivo preparar a los individuos para que puedan afrontar, de manera inteligente, las tareas y los retos de la vida, es decir, para que puedan manejarla exitosamente, al aprender a conocer, a ser, a hacer y a convivir, lo cual puede promover una mejor salud física y mental.

Desafortunadamente, la educación formal no ha sido suficiente para que se obtengan resultados más satisfactorios, pero es a través de programas de educación no formal como se podrían promover y de hecho se promueven

conocimientos, habilidades y actitudes tendientes a mejorar la salud mental de las poblaciones.

El término educación no formal se comenzó a utilizar a partir de los años sesenta, para hacer referencia a las acciones educativas que tenían lugar fuera de la escuela. Tiempo después este tipo de educación se ha hecho cargo de subsanar las deficiencias que no alcanza a cubrir la educación formal (Fregoso, 2000-A).

Jaume Trilla menciona que tanto la educación formal como la no formal tienen cosas en común, esto es, que son “intencionales, cuentan con objetivos explícitos de aprendizaje o formación y se presentan siempre como procesos educativamente diferenciados y específicos” (Trilla, 1993, p. 27). El concepto que nos brinda este autor, es el siguiente: “el conjunto de procesos, medios e instituciones específica y diferenciadamente diseñados en función de explícitos objetivos de formación o de instrucción, que no están directamente dirigidos a la provisión de los grados propios del sistema educativo reglado” (Trilla, 1993, p. 30). Esta educación no formal se puede llevar a cabo en diversas áreas específicas, entre las cuales se encuentra la sanidad o salud pública (Trilla, 1993, p. 117).

Trilla también señala que la salud pública es uno de los elementos fundamentales de la calidad de vida; por ello, junto al desarrollo de infraestructuras asistenciales y de investigación, la actuación educativa, en el campo de la sanidad y la higiene, constituye un elemento primordial (Trilla, 1993, p. 117).

De acuerdo con este autor, la educación sanitaria “se refiere a las actuaciones que tienen por objeto el promover, en la población general, una serie de conocimientos, hábitos y actitudes que inciden positivamente en la promoción de la salud” (Trilla, 1993, p. 117). En ésta, se incluyen aspectos preventivos y también ciertos conocimientos y habilidades curativas. Dicha educación puede ser implementada a través de cursos, conferencias, seminarios, programas difundidos

por los medios de comunicación, folletos, material audiovisual y exposiciones, entre otros.

Durante la etapa de la adultez joven ocurren muchos acontecimientos en los cuales existe la posibilidad de intervenir a través de la educación no formal, promoviendo la higiene mental y así, la prevención de trastornos mentales. Específicamente podría enfocarse hacia la educación de la mujer y el ámbito laboral, sobre la elección de pareja, el embarazo, la crianza de los hijos y la responsabilidad individual y social.

2.4 NECESIDADES DE LA JOVEN ADULTA

Existen diferentes autores como Michael Huberman, Levinson y Erikson (Fregoso, 2000-B), que manejan etapas y periodos para caracterizar la edad adulta. Con el propósito de ubicar a las mujeres, que sufren de depresión, utilizaremos su rango de edad (18 a 29 años) para describirlas y establecer sus posibles necesidades y tareas, de acuerdo con dichos autores.

Michael Huberman considera que en el ciclo de los 18 a los 30 años se lleva a cabo la **concentración en la propia vida** y señala que “Tras la adolescencia, el joven adulto lucha por conseguir su identidad a través de un trabajo u ocupación, carrera u oficio; trata de conseguir un estatus en la sociedad; adquirir una ideología propia; elegir al compañero/a y presentar una buena imagen de sí mismo.” (Fregoso, 2000-B, p. 68).

Por otra parte, en Levinson podemos ubicar el rango de edad de las mujeres con depresión dentro la Era de la Adultez temprana, que abarca de los 17 a los 45 años, pero más específicamente dentro de los siguientes períodos:

1º Transición de la edad adulta temprana (entre los 17 y los 22 años) en donde se tiene como tareas: liquidar la estructura vital de la adolescencia,

modificar el esquema de las relaciones consigo mismo y con el mundo, explorar el mundo nuevo que se le ofrece.

2º Entrada en el mundo adulto (entre los 22 y los 28), en donde intenta construir una estructura vital nueva que encarne y represente sus sueños y ambiciones; explorar las posibilidades que le ofrece el mundo y poder aprovecharlas; tratar de definir su verdadera identidad, convicciones y valores (Fregoso, 2000-B, p. 70).

Erikson señala que la superación de la adolescencia requiere un sentido de identidad y aborda el periodo del adulto joven en la Fase VI. **Adquisición de un sentido de la intimidad y la solidaridad, y evitación de un sentido de aislamiento. Realización del AMOR.** En esta fase el individuo comienza su vida como un miembro integral de la sociedad, en este momento es capaz de gozar de la vida con libertad y responsabilidad adultas, “el logro de la adultez psicológica implica un crecimiento continuado y un tiempo sociopsicológico consagrado al estudio o al trabajo en una carrera dada, así como la intimidad social con el otro sexo a fin de elegir un compañero para la prolongada relación íntima del matrimonio, como persona, ser social y ciudadano”. Durante esta fase, el individuo muestra su capacidad de realizar una adultez sana mediante su capacidad para amar y trabajar. Logra una pauta de vida personalizada que le garantiza una identidad individual en la intimidad conjunta (Maier, 1979, p. 78).

Del conocimiento de esta etapa de la vida, se infieren ciertas necesidades de la mujer que para efectos de este trabajo se clasificarán en psicológicas, sociales y pedagógicas.

2.4.1. NECESIDADES PSICOLÓGICAS

Las necesidades psicológicas de la mujer se pueden revisar desde dos perspectivas: la identidad y la autorrealización. La primera se examinará tomando

como base los planteamientos de Juan Delval (2000) y la segunda con base en la “pirámide de Maslow” (Rodríguez, 1988).

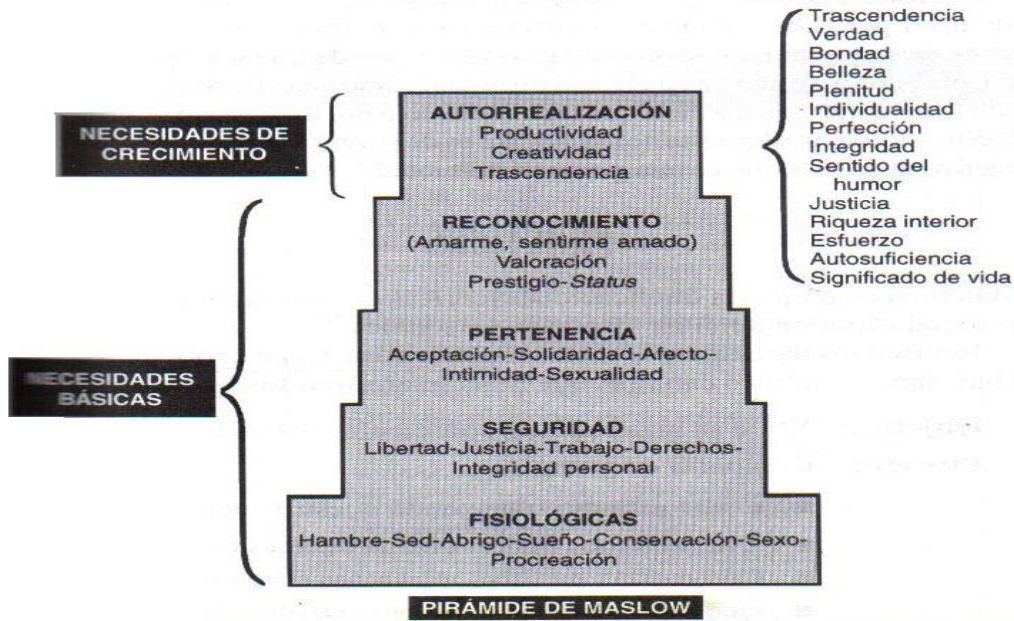
Entre las principales necesidades que requieren satisfacer las mujeres jóvenes se encuentra la afanosa búsqueda de la identidad (Marías, 1995, p. 177), ya que ésta ayuda a determinar el autoconcepto, el cual es entendido como “el conjunto de representaciones que el individuo elabora sobre sí mismo y que incluyen aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales”. A partir del autoconcepto “cada uno de nosotros va construyendo una noción de identidad personal que implica la unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual. Esa identidad es el resultado de la integración de los distintos aspectos del yo” (Delval, 2000, p. 577).

Según Juan Delval, la identidad también se refiere “a una posición existencial, a una organización interna de necesidades, capacidades y autopercepciones” (Delval, 2000, p. 579). Cuando se logra la identidad, durante la adolescencia y la primera juventud, la mujer ha pasado uno de los periodos de toma de decisiones más intenso y ha resuelto varias crisis por sus propios medios. Por ejemplo, persigue una ocupación elegida por ella misma, así como objetivos ideológicos propios.

Generalmente, no cambia fácilmente su posición porque considera que su elección es acertada. Tiene una confianza mayor en ella misma y más facilidades para relacionarse con los demás. Sin embargo, cabe mencionar, que en sentido estricto, la identidad no se termina de establecer nunca definitivamente y pueden presentarse crisis de identidad a lo largo de la vida.

Para examinar la autorrealización nos referiremos a la pirámide de Maslow, que según Mauro Rodríguez se divide en dos sectores y cinco niveles. Los sectores abarcan las necesidades básicas o deficitarias y las necesidades de crecimiento (Rodríguez, 1988, p. 15).

Gráfico 1.- Pirámide de Maslow



Las necesidades básicas comprenden tanto aspectos fisiológicos como de relación, los cuales al ir siendo satisfechos van llevando a la persona hacia la autorrealización. Éste es un proceso que se lleva a cabo a lo largo de la vida, que implica el ejercicio de los valores, el cual permite ir subiendo de nivel hasta llegar al sector de crecimiento.

Una vez lograda la identidad, el individuo pasa a la búsqueda de la autorrealización, que de acuerdo con Abraham Maslow, “significa vivenciar plena, vívida y desinteresadamente, con una concentración y absorción totales” (Maslow, 1990, p. 71).

Considerando que la vida es un proceso de elecciones sucesivas, la autorrealización se convierte en un proceso continuo, en el cual habrá que tomar todas y cada una de las decisiones que se presenten, siendo sinceros para orientarlas hacia el crecimiento que conlleva la responsabilidad y la autorrealización.

La autorrealización es un proceso en el cual se utiliza la propia inteligencia para actualizar las potencialidades. Al hacerlo se presentan las “experiencias cumbre”, que son momentos transitorios de autorrealización, pero se pueden establecer las condiciones para que dichas experiencias sean más probables, logrando antes el descubrimiento de quién se es en realidad, lo que gusta o lo que disgusta, qué es bueno y qué es malo para uno, hacia dónde se va y cuál es nuestra misión; significa descubrir la verdadera psicopatología y dar la oportunidad para renunciar a las defensas que se encuentran dentro de nosotros (Maslow, 1990, pp. 72-75).

2.4.2. NECESIDADES SOCIALES

El apoyo social es una necesidad fundamental para la mujer joven, ya que requiere sentirse incluida en una red afectiva. Este apoyo “ha sido útil como concepto eje para diferentes desarrollos sobre cómo las relaciones humanas positivas y las redes sociales sirven a los seres humanos para encontrarse en estados de relativo bienestar y para superar acontecimientos estresantes con los que se enfrentan durante su vida” (Galván, et al, 2006, p. 69).

Los grupos de mujeres (de autoayuda o ayuda mutua) son un auxiliar en el cambio de estereotipos sociales y culturales, ya que son sumamente beneficiosos porque permiten la ruptura del aislamiento de la vida doméstica, favoreciendo así la comunicación, la participación y la confrontación de los pesares y problemas que hasta ese momento habían vivido a solas con un gran sentimiento de culpabilidad (Dio, 1999, p. 132). Así, las mujeres pueden pasar de la simple queja a la reflexión de la misma.

En los grupos pueden ser tratados temas como: el manejo del dinero, la soledad, las dificultades laborales, la relación madre/hija, las inhibiciones sociales; por ello los grupos o redes sociales se han convertido en un instrumento no médico para el tratamiento de la depresión con efectos duraderos, ya que proporcionan, a las mujeres, la oportunidad de trabajar sobre sus roles, la manera

en que los desempeñan en una sociedad en transición y los problemas comunes que comparten, promoviendo nuevas interpretaciones y soluciones (Dio, 1999, p. 133).

2.4.3. NECESIDADES PEDAGÓGICAS

Mediante la educación, indiscutiblemente el adulto joven tendrá la posibilidad de mejorar su calidad de vida, a través de cambios que permitan comprender mejor la vida personal y social en todas sus dimensiones. Para ello, será necesario potenciar nuestro entendimiento; reestructurar y perfeccionar nuestros medios y participar de manera colectiva para conjuntar esfuerzos (Fregoso, 2000-A, p. 43).

Para el reforzamiento de los factores de protección que coadyuven en la prevención de trastornos depresivos, se deberán satisfacer diversas necesidades pedagógicas, entre éstas, la más importante elevar la autoestima, mediante el uso de estrategias que promuevan el desarrollo de habilidades para fortalecer la personalidad de la mujer, permitiéndole trazar con seguridad y firmeza el camino por el que desea transitar.

2.4.3.1. ELEVAR LA AUTOESTIMA

A efecto de determinar alternativas que nos permitan elevar la autoestima de la mujer, se considerarán los planteamientos de los autores Nathaniel Branden y Mauro Rodríguez Estrada, mismos que describen los siguientes aspectos:

Nathaniel Branden plantea que para lograr ese nivel máximo de plenitud al que se refiere la autorrealización como necesidad psicológica antes referida, debemos trabajar directamente con nuestra autoestima, la cual será la base fundamental de la que derivarán todas y cada una de nuestras decisiones y acciones para poder llegar a la cúspide. La autoestima es:

La experiencia de ser competente para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida, y de ser dignos de felicidad. Consiste en dos componentes: 1) considerarse eficaz, confiar en la capacidad de uno mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas y, por extensión, superar los retos y producir cambios; 2) el respeto por uno mismo, o la confianza en su derecho a ser feliz y, por extensión, confianza en que las personas son dignas de los logros, el éxito, la amistad, el respeto, el amor y la realización que aparezcan en sus vidas (Branden, 2001, pp.13-14).

La satisfacción de esta necesidad se puede llevar a cabo mediante lo que Branden (2001, pp. 19-27) denomina: los seis pilares de la autoestima, los cuales gravitan en:

1. La práctica de vivir conscientemente. Consiste en afrontar tanto los hechos agradables como los poco agradables con sentido de realidad, lo cual implica ser eficiente y respetarse a sí mismo por lo que se hace y se dice. Cada persona conoce sus defectos independientemente de si otras personas los perciben o no, pero también sabe que tiene virtudes que le ayudan a conseguir frutos.

Para el logro de esta práctica se requiere:

- Crear un entorno en el que el pensamiento y la exploración sean seguros.
- Usar un repertorio de intervenciones que eliminen los obstáculos para alcanzar la conciencia.
- Incitar a la persona a que haga conciencia de las consecuencias autodestructivas de la ceguera inducida por ella misma.
- Plantear ejercicios específicos enfocados a potenciar la conciencia.

2. La práctica de aceptarse a sí mismo. Consiste en comprometerse con el valor de la propia persona; implica rehusar a considerar cualquier parte de nuestro ser como ajeno y tener la voluntad de experimentar, en lugar de evadir todas nuestras circunstancias, en cada momento, enfrentarnos a nosotros mismos. En general, aceptarse a un mismo es la condición previa al cambio y al crecimiento.

El logro de esta práctica se consigue trabajando con una total aceptación, sin condescendencia alguna, evitando poner a la persona en ridículo, ni lucha contra los sentimientos, por el contrario, debe existir un respeto absoluto, constante y objetivo. Asimismo, es conveniente estimular la identificación de personalidades secundarias, ya que cuando una persona aprende a admitir e integrar una parte de sí que previamente desconocía, adquiere mayor fuerza y plenitud.

3. La práctica de la responsabilidad. Implica sentir que se tiene el control de la propia existencia y que se está dispuesto a aceptar la responsabilidad de las propias acciones y la consecución de metas, conlleva a aceptar la responsabilidad de la vida y del bienestar.

Para ello, se debe concientizar al individuo de que es responsable de hacer realidad sus propios deseos, de sus elecciones y actos, del grado de conciencia que introduce en su trabajo, de su conducta con otras personas, del modo en que distribuye su tiempo, de comunicarse correctamente con los demás, de su felicidad personal, de elegir sus valores y de elevar el grado de su autoestima.

4. La práctica de la autoafirmación. Se refiere a la virtud de expresarse adecuadamente, siempre respetando las necesidades, deseos, valores y convicciones que tenemos como personas, y buscando formas racionales para expresarlas de forma práctica.

Esta experiencia amplía la capacidad del sujeto para enfrentarse a los problemas, además de incrementar su eficacia y respeto por sí mismo.

Branden señala que este aspecto se puede desarrollar a través de repetir frases positivas, como las siguientes: “Tus deseos son importantes; tu vida es importante”. “Es importante si eres o no feliz”. Además de implementar ejercicios de frases incompletas que tengan como finalidad modificar la conciencia y la conducta como algo que nace de su interior, además de coadyuvar con la identificación de los deseos más importantes, para desarrollar posteriormente planes de acción para su ejecución. Un ejemplo de frase incompleta es “Si alguien me hubiera enseñado que mis deseos son importantes...”, posteriormente se solicitará identifiquen un deseo importante y se les motivará a preguntarse qué deberían hacer si tuvieran que convertir ese deseo en un propósito consciente para que finalmente de ello nazca el plan para actuar.

5. La práctica de vivir con un propósito. Debido a que los propósitos constituyen la esencia del proceso vital, por medio de ellos organizamos nuestra conducta, proporcionándole una dirección, creando con ello la sensación de tener una estructura que nos otorga el control sobre nuestra existencia. El beneficio radica en que nuestras metas hacen que avancemos, exigiéndonos el ejercicio de nuestras facultades, dotando de energía nuestra existencia.

Se puede estimular a través de preguntas como: “si tuviera que mejorar en un 5% su sensación de propósito en su trabajo, su matrimonio, su relación con sus hijos ¿Qué cree que haría distinto? ¿Cuáles serían las ventajas de hacerlo? ¿Cuáles podrían ser los obstáculos? ¿Estaría dispuesto a experimentar durante por ejemplo, un mes, el cómo añadir ese propósito a su vida, con mira a descubrir qué sucede y si le gusta o no?” (Branden, 2001, p.25)

6. La práctica de la integridad. Se aprecia cuando la conducta es congruente con los valores adoptados, ya que cuando el comportamiento es contrario a éstos, se queda mal ante uno mismo y si esa conducta se convierte en habitual se confía menos en uno mismo o se deja de hacerlo por completo, afectando severamente la autoestima, que únicamente se recupera practicando la integridad, ya que ésta es uno de los guardianes de la salud mental.

Por lo anterior, se puede deducir que existe una relación entre el grado de autoestima que tiene un ser humano y el grado de su salud mental. Su consecución implica incentivar a los individuos a la reflexión, a hacerse preguntas referentes a su honestidad, a la confianza que pueden tener los demás en ellos, al cumplimiento de promesas, a las cosas que admira y las que le son despreciables. Es conveniente hacerles notar que si se actúa contradiciendo el valor moral se está actuando en contra del juicio propio. También es conveniente resaltar que se necesita de principios razonables que guíen nuestras vidas y que de traicionar éstos nuestra autoestima sería la más afectada.

Desde el punto de vista de Mauro Rodríguez, la autoestima es una parte fundamental para que el individuo alcance la plenitud y autorrealización en la salud física y mental (Rodríguez, 1988, p.2). Plantea que para conocer y desarrollar la autoestima se deben seguir ciertos pasos a los que denomina “escalera de la autoestima” (Rodríguez, 1988, pp. 8-9), que consiste en seis escalones:

1. Autoconocimiento: significa conocer las partes que componen el yo, cuáles son sus manifestaciones, necesidades y habilidades, ya que al conocer todos los elementos que lo constituyen y entender que funcionan unificadamente, el individuo logrará tener una personalidad fuerte.

Para el desarrollo del autoconocimiento propone la aplicación de un cuestionario que incluye las siguientes frases incompletas (Rodríguez, 1988, pp. 10-11):

- Físicamente soy:
- Mentalmente soy:
- Emotivamente soy:
- Mis habilidades y destrezas:
- Mis debilidades y limitaciones:
- Mis aptitudes y capacidades:
- Mis roles o papeles sociales:
- Mi carácter:
- Mis sueños (despierto):
- Mis actividades más importantes:
- Mis gustos:
- Mis pasatiempos:

Este cuestionario se contesta individualmente y posteriormente, se pide a algunos integrantes del grupo que compartan sus respuestas, lo cual permitirá observar que coincide con algunos de sus compañeros. Asimismo, se recomienda un análisis de cómo funcionan y se interrelacionan cada uno de esos aspectos.

2. Autoconcepto: es una serie de creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta. Se pueden identificar a través de un ejercicio (Rodríguez, 1988, pp. 31-32), en el que se proporciona una amplia lista de autoconceptos, de los cuales los participantes irán colocando en una hoja, del lado izquierdo los que crea tener y del lado derecho los que no. Esto permitirá conocer las creencias que personalmente poseen cada uno de los participantes.

3. Autoevaluación: en ésta se refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas en la medida en la que aportan un beneficio al individuo y malas si derivan en un perjuicio. Consiste en aprender a confiar en sí mismo; es un proceso de toda la vida que implica darse cuenta de que se tienen todos los recursos internos para ser el propio maestro, guía y juez; sin embargo; este aspecto implica vivir siempre en el aquí y en el ahora.

Para desarrollar este aspecto, puede aplicarse alguna estrategia en la que reflexionen sobre las decisiones que han tomado recientemente y si éstas fueron basadas en sus propios sentimientos, valores y formas de pensar o fueron basadas en puntos de vista de otras personas (Rodríguez, 1988, p. 40).

4. Autoaceptación: significa aceptar con orgullo las propias habilidades y capacidades y reconocer las fallas o debilidades sin sentirse devaluado, siendo éste el paso más importante para la reconstrucción de la autoestima. Para lograrla, es necesario rodearse de una atmósfera donde se promueva la confianza, el afecto, el respeto y la aceptación, y no seguir en una donde estos valores son ignorados y rechazados. Se puede explorar a través de la aplicación de un cuestionario que incluya las siguientes preguntas (Rodríguez, 1988, pp. 49-50):

- ¿Qué capacidades o sensibilidades creo tener?
- ¿Tengo alguna fuerza especial?
- ¿Me trato con respeto o juego a devaluarme?
- ¿Qué hago por mí?
- ¿Me permito cierta indulgencia?
- ¿Pido que los demás respeten mis necesidades o juego a que yo no importo?
- ¿Respeto mis urgencias físicas y emocionales, y trato activamente de satisfacerlas?

- ¿Me permito disponer de tiempo para pasarlo con personas que me agradan?
- ¿Reservo tiempo para hacer cosas que me gustan?
- ¿Hay congruencia entre lo que soy y lo que hago?
- ¿Busco personas que me valoren por lo que hago?
- ¿Busco personas que me valoren por lo que soy?

5. Autorrespeto: Se trata de atender y satisfacer las propias necesidades y valores, expresarse y manejar en forma conveniente los sentimientos y emociones sin hacerse daño ni culparse; buscar y valorar todo aquello que lo lleve a sentirse una persona orgullosa de sí misma.

Puede hacerse algo tan sencillo, como mirarse frente al espejo sin que nadie lo observe y decirse, usando su nombre “Te respeto” (Rodríguez, 1988, p.63). Se dibujará un árbol al que se añadan capacidades y logros que se hayan ido descubriendo, si cada día se desarrollan los cinco aspectos antes descritos, se acrecentará el respeto y la autoestima.

6. Autoestima: Es en resumen, cuando un individuo ha desarrollado los cinco pasos anteriores. Una persona con alta autoestima, “vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión, y amor; siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y en que ella misma significa su mejor recurso” (Rodríguez, 1988, p.24).

Satisfacer la necesidad de elevar la autoestima es un proceso de aprendizaje que previene la depresión. Este aprendizaje va promoviendo cambios que fortalecen a las personas y estos cambios caben perfectamente en los currícula de la escuela secundaria o media superior y también en cursos y talleres de educación no formal que se pueden ofrecer en los centros de trabajo, recreativos o asistenciales.

Como ya se señalaba, en párrafos anteriores, elevar la autoestima es un factor de protección que se podría llevar a cabo mediante el abordaje de los aspectos que señalan los autores citados, pero utilizando herramientas novedosas como las que se presentan en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ÚTILES PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES

Al presente existe una corriente multidisciplinaria denominada Superaprendizaje o Aprendizaje Acelerado, surgida a partir de los conocimientos de Georgi Lozanov, que utiliza técnicas de aprendizaje variadas para potenciar las capacidades que posee el ser humano de aprender y recordar, las cuales afirma son casi ilimitadas si se aprovechan las reservas de la mente. Este autor afirma que la supermemoria es una facultad humana natural.

Georgi Lozanov, científico búlgaro, fue creador del método de “sugestopedia”, en los años setentas, en su Instituto de Sugestología en Sofía, Bulgaria. La sugestopedia es una rama de la sugestología que se basa en encontrar el estado de serenidad adecuado en la persona que aprende a través de la sincronía entre la mente y el cuerpo. Para Lozanov, la educación es lo más importante del mundo ya que la vida entera es aprendizaje (Kasuga, et.al. 2001, pp. 11-12).

La sugestología utiliza una serie de técnicas que tienen por objetivo poner en funcionamiento las facultades del cuerpo mediante la estimulación del hemisferio izquierdo y del hemisferio derecho, de manera conjunta, para que el individuo pueda hacer mucho mejor todo aquello que se proponga.

Mediante esta metodología se puede ayudar a eliminar el miedo, la autocensura, las valoraciones pobres sobre uno mismo y las sugerencias negativas respecto a la limitada capacidad que poseemos. También, a desatar los nudos con los que nos atamos y a liberar la personalidad. El aprendizaje da la posibilidad de utilizar lo que ya tenemos dentro de nuestro cuerpo y nuestra mente, nos enseña a crecer y al crecer, a vivir plenamente ya que el crecimiento es vida. El superaprendizaje toma como base el coeficiente potencial del individuo,

no su coeficiente intelectual (Kasuga, et. al, 2001, p.13).

La doctora Jane Bancroft, de la Universidad de Toronto, introdujo la sugestopedia en los Estados Unidos a finales de los años setentas, lo que dio lugar a la fundación de lo que actualmente se denomina “Alianza Internacional para el Aprendizaje, IAL”. Esta corriente tiene como diferencias, en comparación con la sugestopedia de Lozanov, la utilización de técnicas de relajación mental y de visualización; la práctica de algunos ejercicios respiratorios y la utilización de otras modernas técnicas de aprendizaje como la Programación Neurolingüística de Joseph O’Connor y John Seymuy, los mapas mentales de Tony Buzan y las inteligencias múltiples de Howard Gardner, la Inteligencia Emocional de Daniel Goleman, la Gimnasia Cerebral de Paul Dennison, etcétera. Estas técnicas de aprendizaje acelerado, amplían la conciencia y permiten abrir en la mente nuevos circuitos secundarios que incrementan un sinnúmero de capacidades humanas (Kasuga, et. al. 2001, p.15).

A partir del conocimiento de los estudios de Lozanov surgen dos corrientes en el mundo, la Sociedad para el Aprendizaje y la Enseñanza Acelerada, que en la actualidad se llama Alianza Internacional para el Aprendizaje y el Superaprendizaje (Kasuga, et. al. 2001, p.16)

De estas corrientes se puede diseñar estrategias novedosas para utilizarlas dentro del proceso de enseñanza – aprendizaje, lo cual sirve para prevenir algunos trastornos mentales, específicamente, el de la depresión. Las estrategias incluyen diferentes técnicas pedagógicas que han mostrado resultados favorables, en diversos cursos y talleres educativos y de capacitación, tanto a nivel nacional como internacional. Para el caso concreto de este trabajo se tomarán como base, principalmente, la Programación Neurolingüística, la Inteligencia Emocional y la Gimnasia Cerebral.

3.1 PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA

En 1973 Richard Bandler (graduado de ciencias de la informática) y John Grinder (lingüista) propusieron como resultado de su tesis doctoral, desarrollada en conjunto, una serie de principios que decían, básicamente, que la mente y el lenguaje se pueden programar de tal forma que actúen sobre el cuerpo y la conducta del individuo. A esto le dieron el nombre de Programación Neurolingüística PNL (O' Connor y Seymour, 2003), la cual es resultado de la unión de tres ideas:

- ❖ **Programación:** Habilidad para organizar y comunicar nuestras ideas y acciones, a fin de producir resultados.
- ❖ **Neuro:** Sistema nervioso, responsable de recibir, emitir y procesar las experiencias a través de los sentidos y sentimientos.
- ❖ **Lingüística:** Comunicación verbal, no verbal y para verbal, para establecer contacto con los demás.

Richard Bandler trabajaba en la universidad de California y se había especializado en terapia gestáltica y John Grinder era profesor de lingüística en la misma universidad, ellos decidieron unirse para estudiar cómo trabajaban los terapeutas que estaban obteniendo los resultados más sobresalientes del momento, con el fin de obtener un modelo definitivo para que cualquier terapeuta pudiera utilizarlo.

Así, Grinder y Bandler, mediante un proceso que denominaron "modelaje", estudiaron a Fritz Perls (Terapeuta de la Gestalt), Milton H. Erickson (Terapeuta hipnótico, padre de la terapia moderna de la comunicación) y Virginia Satir (Terapeuta familiar) y obtuvieron tan buenos resultados que esas técnicas sobrepasaron las competencias del contexto de la terapia y hoy en día la PNL se

utiliza en diversos ámbitos, incluido el de la educación, debido a su carácter procesal exclusivo (O' Connor y Seymour, 2003). Así, la PNL se emplea como:

- 1. Modelo para obtener éxito personal**
- 2. Modelo de comunicación efectiva que utiliza los diferentes lenguajes** (verbal, corporal y paraverbal)
- 3. Modelo de aprendizaje**

1. La PNL, como modelo para obtener el éxito personal, según O' Connor y Seymour es:

El arte y la ciencia de la excelencia personal. Es un arte, porque cada uno da su toque único personal y de estilo a lo que esté haciendo [...] Es una ciencia, porque hay un método y un proceso para descubrir los modelos empleados por individuos sobresalientes en un campo para obtener resultados sobresalientes (O' Connor y Seymour, 2003, p.28).

Dentro de la PNL se estudió cómo la infinidad de impresiones que los individuos perciben a través de los sentidos son filtradas de acuerdo con la experiencia, cultura, lenguaje, creencias, valores, intereses y suposiciones; por ello, cada uno vive una realidad única conforme a las propias impresiones sensibles y la experiencia previa, actuando de acuerdo a ello y creando un modelo propio del mundo.

Sin embargo, mediante la PNL se puede desarrollar una habilidad práctica que genera resultados que pueden llevar a marcar la diferencia entre lo excelente y lo normal, al permitir mejorar la forma en que realizamos las cosas, pensando de manera distinta acerca de nosotros y del mundo.

Así como el lenguaje y nuestras convicciones actúan como un filtro, la PNL nos ofrece también una forma de pensar distinta acerca de nosotros y del mundo, por ello también se le considera como un filtro. Al cambiar los filtros podemos

cambiar nuestra visión del mundo, mediante los siguientes marcos de conducta básicos:

- Orientarse hacia objetivos más que hacia problemas: Descubrir lo que queremos, los recursos con que contamos y hacer uso de ellos para la consecución de nuestras metas.
- Preguntarse ¿cómo? en lugar de ¿por qué?: De manera que el ¿cómo? ayudará a descubrir la verdadera estructura del problema.
- Interactuar frente al fracaso: Considerando al fracaso únicamente como el resultado que no se pretendía obtener.
- Considerar posibilidades más que necesidades: Poner mayor atención en las opciones posibles y no tanto en las limitaciones que se tendrían para realizarlas.
- Una actitud de curiosidad más que de hacer suposiciones: La curiosidad permitirá incrementar la velocidad del aprendizaje (O' Connor, 2003, pp. 32-33).

En la PNL se afirma que para obtener éxito en la vida se deben tener en cuenta tres aspectos: primero tener un objetivo y saber lo que se quiere, segundo estar alerta y mantener los sentidos abiertos para darse cuenta de lo que se está obteniendo y tercero, flexibilidad para cambiar de forma de actuar hasta obtener lo que se quiere (O' Connor y Seymour, 2003, p. 37-38). Igualmente, es imprescindible para lograrlo, el planteamiento de objetivos precisos; cuanto más se programe al cerebro para buscar e identificar las posibilidades, más seguridad se tendrá de obtener lo que se quiere. Los objetivos deberán plantearse en sentido positivo, con una parte propia, específicos, delimitando la evidencia que se habrá de obtener al conseguirlos, estableciendo los recursos que se requieren.

Asimismo, cada uno de los objetivos deberán tener el tamaño adecuado para alcanzarlos (O' Connor y Seymour, 2003, p. 43).

2. Como modelo de comunicación. La PNL ayuda a mejorarla, creando una sintonía al momento del intercambio de mensajes. “La comunicación comienza con nuestros pensamientos, luego usamos las palabras, el tono y el lenguaje corporal para transmitirlos a la otra persona” (O' Connor y Seymour, 2003, p.58).

Dentro de los estudios realizados se pudo comprobar que en las comunicaciones que llevamos a cabo cara a cara, sólo utilizamos el 7% de palabras; sin embargo, el lenguaje corporal abarca el 55% y el tono de voz el 38%.

Por otra parte, también se pudo observar que tanto las palabras que usamos para describir nuestros pensamientos como los movimientos que se realizan con los ojos reflejan patrones de pensamiento e indican el sistema representativo que empleamos y por ende, el canal de percepción predominante de cada individuo, el cual se puede clasificar como visual, auditivo o kinestésico, aunque se pueden presentar casos en donde exista un equilibrio de 45% visual, 45% kinestésico y 10% auditivo.

3. Como modelo de aprendizaje. La PNL puede servir para acelerarlo y llegar más rápido al conocimiento o al dominio de la habilidad deseada; pero también para modificar hábitos en donde se tiene que desaprender lo aprendido, elaborar un nuevo modelo y reaprender. Asimismo, para construir actitudes positivas y alcanzar mayor satisfacción en lo que se hace.

El valor de esta herramienta como modelo de aprendizaje, en la prevención de la depresión, consiste en que se puede lograr la libertad emocional, mediante el cambio del estado de la mente, el cual se define como:

...los pensamientos, emociones y fisiología que expresamos en un momento determinado; las imágenes mentales, sonidos, sentimientos y todos los gestos, posturas y ritmo respiratorio (O' Connor y Seymour, 2003, p. 87).

Dado que el cuerpo y la mente están intercomunicados, los pensamientos influyen en la fisiología y viceversa; así, la PNL permite realizar cambios de estado o ruptura del estado, a través de evocar un momento que generó en nosotros, en el pasado, una experiencia positiva, cuando se tenga una sensación negativa o de malestar.

Dentro de los diversos estudios realizados con personas que sufren depresión, se ha podido observar que no pueden controlarla, ni salir muchas veces de ésta, dado que no cuentan con los recursos intelectuales ni emocionales conscientes, que les permitan cambiarlos a voluntad, creando una libertad emocional que transforme su calidad de vida. Por ello, muchas veces se mantienen en un estado falto de recursos, por largos periodos de tiempo. Sin embargo, también se han encontrado personas con depresión que, aunque experimentan desventuras de la vida, aprenden, continúan y no se detienen innecesariamente en el dolor emocional (O' Connor y Seymour, 2003, p.89). Cabe hacer notar que existen casos en los que se requiere una primera ayuda médica, tanto para el diagnóstico adecuado como para estabilizar los niveles fisiológicos del individuo.

Mediante la PNL se pueda ayudar a una persona a que desarrolle la libertad emocional, dominando los siguientes aspectos:

- **Inducir:** Es el proceso de guiar a alguien a un estado en particular, la forma más sencilla de hacerlo es pedirle a la persona que recuerde un momento del pasado en que estaba experimentando alguna emoción en particular.
- **Calibrar:** Consiste en reconocer cuándo la persona está en un estado emocional específico, a través de sus expresiones.

- **Anclar:** Se refiere a la utilización de un medio o recurso para hacer accesible, en cualquier momento, el estado emocional deseado y estabilizarlos en el aquí y ahora. Por ello, un ancla es un estímulo que está asociado a algo y evoca un estado psicológico de bienestar. Es cualquier acción (como cerrar los ojos, apretar alguna parte del cuerpo, recordar algún sonido, etc.) que da acceso a un estado emocional positivo. Esta ancla se crea por repetición y se convierte en un recurso.

El procedimiento para cambiar el estado emocional es el siguiente (O'Connor y Seymour, 2003, pp.99-100):

- Identificar la situación en que se quiere estar con más recursos (ej. hablar en público)
- Identificar el recurso específico que se requiere (ej. Seguridad).
- Estar seguro de que el recurso es realmente apropiado (ej. ¿es seguridad lo que se requiere o tranquilidad?).
- Buscar una situación de la vida en que se tuvo ese recurso.
- Elegir las anclas a emplear en cada uno de los tres sistemas representativos (visual, auditivo y kinestésico).
- Cambiar de lugar y, en la imaginación trasladarse totalmente a aquella experiencia del estado de plenitud de recursos, cuando cambie de estado, abandónela.
- Reexperimentar el estado de recurso y, en cuanto se llegue al clímax, conectar las tres anclas. Mantenerse en ese estado durante el tiempo que sea necesario y después cambiar de estado.
- Probar la asociación soltando las tres anclas y confirmando que de verdad se va a ese estado.
- Identificar la señal que le hace ver que está en una situación problemática en la que requiere usar sus recursos.

3.2. INTELIGENCIA EMOCIONAL

En 1983, Howard Gardner, psicólogo de la Facultad de Ciencias de la Educación de Harvard, proponía la Teoría de las inteligencias múltiples descartando que el hombre sólo tenía un tipo de inteligencia. En su libro *Frames of Mind* estableció ocho tipos de inteligencias, entre las cuales se consideraba a la inteligencia emocional.

La expresión "inteligencia emocional" la introdujeron por primera vez en el campo de la psicología en 1990 los investigadores Peter Salovey y John D. Mayer definiéndola como "la capacidad de percibir los sentimientos propios y los de los demás, distinguir entre ellos y servirse de esa información para guiar el pensamiento y la conducta de uno mismo" (De Fernández, 2007).

Dicho concepto fue desarrollado por el Dr. Daniel Goleman, psicólogo, escritor y profesor de la Universidad de Harvard, quien expresa que lo que se conoce tradicionalmente como inteligencia no garantiza el éxito ni la felicidad en la vida; tampoco determina la inteligencia emocional. Esta última se relaciona con ciertas habilidades y actitudes que determinan cómo reaccionará la persona ante sus propios sentimientos y ante los sentimientos de los demás; esto se reflejará en la forma en que maneje las relaciones con otros (Goleman, 1998).

Daniel Goleman señala que las emociones son las encargadas de guiarnos cuando nos enfrentamos a momentos difíciles o tareas sumamente importantes que no pueden quedar únicamente en manos del intelecto, tales son: situaciones de peligro, pérdidas dolorosas, persistencia hacia una meta a pesar de atravesar diversos fracasos, entre otros. Cada una de las emociones predispone un estándar de actuación que ha funcionado a lo largo del tiempo para determinada circunstancia.

En el caso específico de la tristeza, su función es ayudar a adaptarse a una pérdida considerable, como lo es la muerte de una persona cercana o una decepción, ésta produce una disminución de la energía y una pérdida de entusiasmo por las actividades de la vida, sobre todo en la medida en que se pierde la capacidad de sentir placer por las actividades que antes lo generaban. Conforme esta emoción se profundiza se acerca a la depresión, la cual hace más lento el metabolismo del organismo.

Las emociones, además de ser tendencias biológicas de actuación, están moldeadas por nuestra experiencia en la vida y la cultura. Es importante señalar que, el ser humano cuenta con dos mentes, una que piensa y otra que siente y éstas son las que interactúan para integrar nuestra vida mental, mientras más intenso se torna el sentimiento, la mente emocional es más dominante y la mente racional pierde eficacia (Goleman, 1995, pp. 22-27).

Es importante señalar, que como afirma Goleman, las aptitudes fundamentales pueden ser aprendidas y mejoradas, logrando con ello que lo que inicia en un sentimiento de tristeza no se agudice hasta derivar en depresión.

También resalta que la vida emocional es un campo que puede manejarse con cierta destreza pero que requiere un muy particular conjunto de habilidades, por lo tanto, conocer el grado en que una persona se convierte en experta en el manejo de sus emociones, es básico para comprender su éxito en la vida, la aptitud emocional es una meta-habilidad y determina lo bien que podemos utilizar cualquier otro talento, incluido el intelecto puro.

Se tiene conocimiento que las personas expertas en el manejo de sus emociones, que interpretan y enfrentan adecuadamente los sentimientos de los demás, tienen ventajas en cualquier aspecto de la vida, estas personas poseen también mayores probabilidades de sentirse satisfechas y eficaces en su vida, además de dominar hábitos mentales que favorecen su productividad. Existen

ocho aspectos que definen básicamente a la inteligencia emocional. Los cuatro primeros se refieren al manejo o dominio personal y los cuatro restantes se refieren a nuestra interacción con otras personas y son los siguientes:

- 1. Conocer las propias emociones:** En el momento en el que se presenta un sentimiento es importante tener la capacidad de reconocerlo, ya que de no hacerlo quedamos indefensos ante éste. Me debo preguntar ¿Qué siento? Una vez reconocida la emoción es importante ponerle el nombre preciso que corresponde a lo que sentimos, puede ser tristeza, congoja, pesar, melancolía, abatimiento, desesperación, soledad, apatía, etc. Estas sensaciones, aunque se desprenden de una emoción primaria, manifiestan diferentes grados de intensidad y de respuesta posible.
- 2. Conocer la propia motivación:** Una vez que sé qué siento debo preguntarme ¿De dónde y desde cuándo viene ese sentimiento? ¿Es actual o se viene repitiendo cada vez que tengo situaciones parecidas? ¿Quién me hacía sentir así?
- 3. Ordenar la emoción al servicio de un objetivo constructivo:** Una vez que he identificado lo anterior, debo preguntarme ¿Qué quiero y puedo hacer con ese sentimiento? ¿Cómo puedo utilizar esa fuerza para lograr el objetivo que me he propuesto?
- 4. Manejar la emoción:** Con base en el objetivo planteado, si éste fuera por ejemplo descansar o alejarme cierto tiempo del problema, tal vez puedo decidir encerrarme y llorar todo un día sin parar o llorar sólo en la noche y hacer mis actividades cotidianas durante el día. También puedo decidir suspender una actividad que me está causando tensión y comunicarlo abiertamente.

5. **Reconocer las emociones en los demás:** Es importante aprender a identificar las señales verbales, corporales y paraverbales (tono, intensidad, fluidez de la voz) propias y de los demás, ya que estos aspectos posibilitan o dificultan nuestras relaciones.
6. **Indagar las motivaciones del otro:** Es importante tener siempre presente que las manifestaciones del otro en una relación siempre tienen un por qué consciente o inconsciente. Aprender a conocer las motivaciones de los demás nos da la posibilidad de entender lo que otros necesitan.
7. **Confrontar objetivos e intereses.** La habilidad de lograr empatía se basa en la autoconciencia emocional y en el conocimiento de los sentimientos y motivaciones. Una vez lograda ésta es más fácil confrontar los intereses y objetivos de los demás con los propios para prever si apuntan hacia el mismo rumbo.
8. **Manejar las relaciones:** Si los objetivos e intereses concuerdan, al menos por un tiempo, será posible lograr acuerdos, si no es así, cuando menos será posible prever las consecuencias y decidir si se está dispuesto a asumirlas.

El cerebro es sumamente flexible y por ello aprende constantemente, es de esa manera como los errores cometidos en el campo de las habilidades emocionales pueden ser remediados y con el esfuerzo adecuado pueden mejorarse.

En el caso específico de las mujeres, cuando llegan a ser emocionalmente inteligentes se vuelven positivas y sociables, pueden expresar sus sentimientos abiertamente, la vida cuenta con un significado, se expresan adecuadamente, en lo que a emociones se refiere, y pueden adaptarse bien a los momentos de

tensión. Por ello, mantener bajo control las emociones perturbadoras es fundamental para el bienestar emocional.

Es importante resaltar, que un proceso de aprendizaje destinado a cambiar esas pautas de pensamiento puede evitar la medicación para atender la depresión leve. Asimismo, realizar actividades físicas que activen al sujeto, mejoran la propia imagen y permiten la reestructuración cognitiva consistente en ver las cosas de una manera diferente, ayudar a otras personas, comparar la propia situación con individuos que se encuentran en una situación más desafortunada que la nuestra. (Goleman, 1995, pp. 95-99).

La prevención de la depresión puede efectuarse a través de la corrección de habilidades emocionales básicas, tales como aprender un mejor manejo de las relaciones interpersonales, a desarrollar la confianza en los demás, a establecer límites y a expresar abiertamente los sentimientos, ya que este padecimiento tiene sus orígenes en hábitos pesimistas de pensamiento reversibles que predisponen a las personas a reaccionar ante el más mínimo fracaso que sufren en la vida (Goleman, 1995, p.277).

Las formas pesimistas de pensamiento acerca de los fracasos de la vida suelen incrementar la sensación de desamparo y desesperanza, esto puede ser contrarrestado enseñando maneras más productivas de evaluar las dificultades, con esto se disminuirá el riesgo de caer en la depresión (Goleman, 1995, p. 282).

3.3 GIMNASIA CEREBRAL

La gimnasia cerebral fue desarrollada por el Dr. Paul Dennison, profesor de California, en los años setenta, ésta consiste en la realización de movimientos y ejercicios que estimulan el funcionamiento de ambos hemisferios cerebrales, partiendo del principio básico de que cuerpo y mente son un todo inseparable y de que no hay aprendizaje sin movimiento. Se basa en tres sencillas premisas (Dennison, 2000, p. 12):

- El aprendizaje es una actividad instintiva y divertida que se prolonga a lo largo de nuestras vidas.
- Los bloqueos del aprendizaje son incapacidades para salir de situaciones de estrés e inseguridad en nuestras tareas.
- Todos nosotros estamos aprendiendo a bloquearnos desde el momento que hemos aprendido a no movernos.

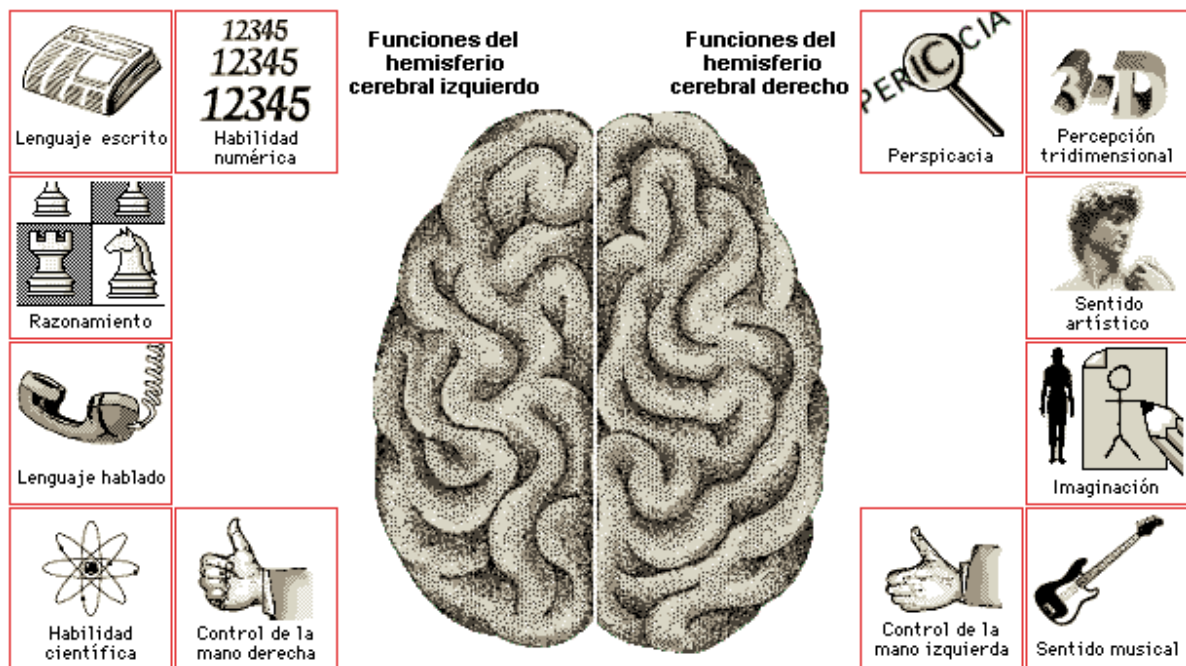
Entre sus beneficios, la gimnasia cerebral ayuda a liberar y a relajar a los alumnos en determinados tipos o situaciones de aprendizaje; a pensar con claridad, a reaccionar más deprisa y en todas direcciones; agudiza el intelecto y permite encontrar nuevas formas de pensamiento. Una de las claves para lograr que sea efectiva es convertirla en un hábito.

De acuerdo con Dennison, el cerebro humano, para efecto de entender los movimientos que se realizan en la gimnasia cerebral, se puede dividir en:

- **Hemisferio derecho e izquierdo**, para desarrollar la lateralidad. Los ejercicios para desarrollar la dimensión de lateralidad, entendida como la habilidad para cruzar la línea central, trabajar en el campo medio y desarrollar un código escrito, lineal y simbólico de izquierda a derecha o

derecha a izquierda, son fundamentales para el éxito académico, ya que permiten equilibrar las funciones de éstos. Los ejercicios de gimnasia cerebral, basados en movimientos corporales de ambos lados del cuerpo, permiten cruzar la línea de en medio del cerebro, lo cual crea las conexiones neuronales necesarias para que cualquier actividad intelectual se realice con facilidad y creatividad. En el siguiente gráfico podemos observar las funciones que controla cada hemisferio (Dennison, 2000, p.11).

Gráfico 2.- Hemisferio derecho e izquierdo.



FUENTE: http://psicopedagogas.iespana.es/hemisferios_cerebrales.html.

- **Lóbulo anterior y posterior**, para desarrollar la dimensión de enfoque. Los ejercicios que se realizan para ampliar esta dimensión ayudan a evitar que los reflejos primitivos conduzcan al individuo a la incapacidad de asumir los riesgos necesarios para expresarse y participar activamente en el proceso de aprendizaje; es decir, permiten cruzar la línea central de la participación que separa el lóbulo posterior y el anterior (Dennison, 2000, p.11).

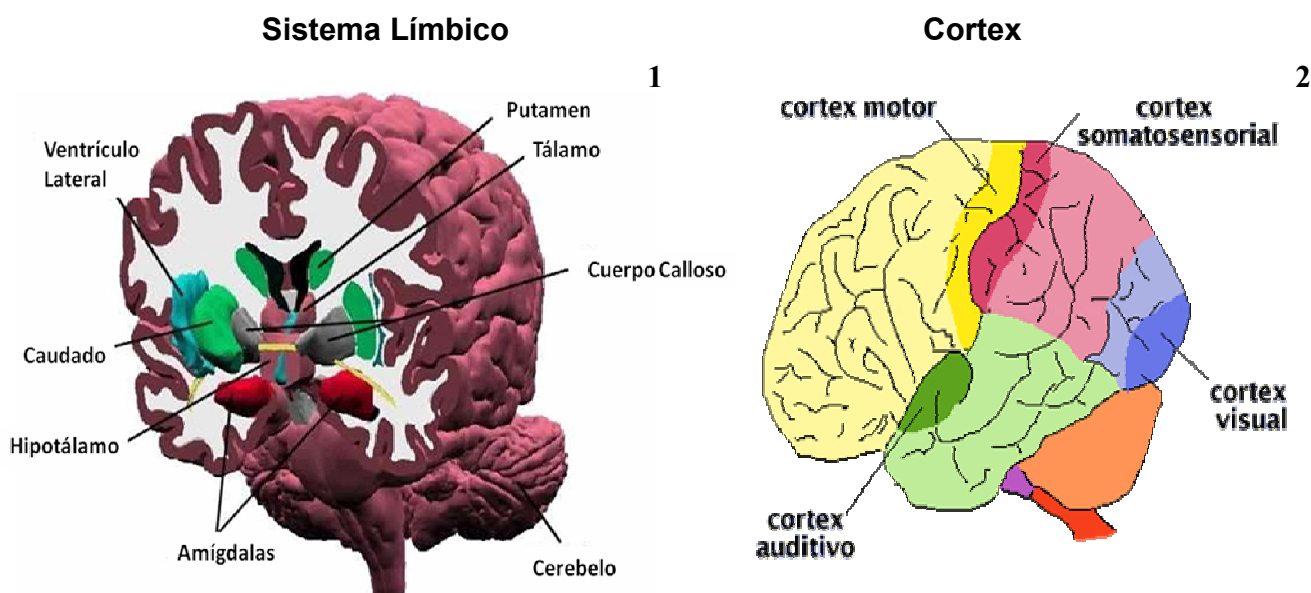
Gráfico 3.- Lóbulo anterior y posterior.



FUENTE: <http://www.mailxmail.com/curso/vida/estimularmemoria/capitulo5.htm>.

- **Sistema límbico y cortex**, para desarrollar la dimensión de concentración, comprendida como la habilidad para cruzar la línea divisoria entre el componente emocional y el pensamiento abstracto, debido a que nada puede aprenderse realmente sin sentimiento y sin sentido de la comprensión (Dennison, 2000, p.11).

Gráfico 4.- Sistema límbico y cortex.



FUENTE: 1. <http://www.cop.es/colegiados/S-01862/20041204.htm>
2. http://www.psicologia-online.com/ebooks/general/corteza_cerebral.htm

Los movimientos y las actividades de gimnasia cerebral son recomendables para mejorar el potencial de aprendizaje en las dimensiones antes descritas. Paul Dennison también menciona que:

Todo en esta vida nos afecta positiva o negativamente. Muchos de nosotros hemos llegado a asumir algunas limitaciones en nuestras vidas como inevitables y creemos que el estrés también lo es. Los movimientos de Brain Gym son una alternativa positiva y sana que podemos usar y enseñar a otros cómo hacerlo para enfrentarnos al negativismo y a las limitaciones (Dennison, 2000, p.13).

En conjunto, dichas limitaciones y el aumento considerable del estrés, se constituyen en un factor de riesgo muy significativo para la aparición de la depresión, por ello, a través de la realización de los ejercicios de gimnasia cerebral podemos coadyuvar a modificar las conexiones que nos permiten un mayor equilibrio entre lo emocional y lo racional, entre lo concreto y lo abstracto y

entre la pasividad y la participación. Para ello, Dennison recomienda los siguientes ejercicios:

- **De estiramiento**, que ayudan a asumir posturas para hacer que se consiga lo que se quiere, permiten eliminar los bloqueos para expresar los conocimientos que se poseen, relajan tensiones, desarrollan la creatividad, y fomentan el desarrollo de las dimensiones de concentración y enfoque (Dennison, 2000, p.61).
- **De energía**, que mejoran la concentración aliviando la fatiga mental, aumentan el nivel de energía, alivian la tensión, mantienen el cuerpo relajado y la mente despierta; mejoran la coordinación mental y física mitigando dificultades relacionadas con los cambios neurológicos, facilitan la comunicación y los hábitos sociales (Dennison, 2000, p.87).
- **De profundización de actitudes**, que mejoran la autoestima, el equilibrio y la coordinación; aumentan la confortabilidad respecto al entorno y la capacidad de organización (Dennison, 2000, p.119).

CAPÍTULO 4

PROPUESTA PEDAGÓGICA

CURSO-TALLER “PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES DE 18 A 29 AÑOS”

4.1.- JUSTIFICACIÓN

La propuesta que a continuación se desarrolla puede coadyuvar a aminorar la aparición de la depresión, que desafortunadamente aumenta cada día, no sólo en nuestro país sino en todo el mundo.

Actualmente, el panorama que se presenta en el país, respecto a la depresión, es muy alarmante, pues se ha incrementado sobre todo en el grupo de población referido en el título del capítulo, por surgir en este rango de edad una etapa crítica de selección de pareja y de reproducción. Estos dos factores, se conjuntan a las crisis económicas y a los acelerados cambios que se presentan en la vida cotidiana. Lo anterior, según lo reflejado en los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, et. al. 2003).

Cabe señalar como datos importantes, que al momento de la aplicación de dicha encuesta (Medina-Mora, et.al. 2003) alrededor de seis de cada 20 mexicanos habían presentado trastornos psiquiátricos una vez en la vida; 3 de cada 20 en los últimos 12 meses; 1 de cada 20 en los últimos 30 días; y solamente uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental habían recibido atención. Asimismo, la depresión ocupaba el primer lugar en los tipos de trastornos mentales que afectaban a la población mexicana, ya que en el país entre el 15 y el 20% de los habitantes estaba en riesgo de padecerla; por ello, se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial. Aunado a lo anterior, la mujer por sus características psicológicas y las influencias

sociales de inequidad, subordinación y vulnerabilidad, es doblemente propensa a padecer depresión en comparación con el hombre.

La Organización Mundial de la Salud resalta la importancia de prevenir las enfermedades y los desórdenes mentales, a través del fomento de la salud mental por medio de la educación y el saneamiento del medio psicosocial. Por ello, propone la realización de intervenciones preventivas que funcionen enfocándose a la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental.

Considerando lo anterior, se ha decidido intervenir mediante un curso-taller para fortalecer la autoestima como factor de protección contra la depresión del cual se obtendrá, como producto final, un proyecto de vida en el que se consideren objetivos realistas pero anhelados por cada mujer, ya que cuando sienten que sí podrán realizar sus deseos, entonces se activan, movilizan sus recursos, emprenden acciones y se llenan de entusiasmo. Asimismo, en dicho proyecto se deberán aplicar los aspectos de la autoestima desarrollados durante el curso-taller.

La propuesta está dirigida a mujeres de 18 a 29 años, mismas que en la etapa de vida señalada tienen necesidades que deberán ser satisfechas para que conserven una adecuada salud mental. Dichas necesidades, para efectos de este curso-taller, se clasifican en psicológicas, sociales y pedagógicas.

Para satisfacer las necesidades psicológicas y sociales es necesario promover en los individuos la elevación de la autoestima, como necesidad pedagógica, ya que es la base de una salud mental y física. La forma más efectiva y rápida para lograrlo es a través de la generación de programas educativos, en los que los individuos aprendan a desarrollarla, aumentando la confianza y la participación para mejorar la salud mental, evitando así la depresión.

Este aprendizaje irá promoviendo cambios que fortalecerán a las personas y que caben perfectamente en los currícula de la escuela secundaria, media superior y superior, pero también en cursos y talleres de educación no formal que se pueden ofrecer en los centros de trabajo, recreativos y asistenciales. En el caso de los centros de trabajo el tiempo de desarrollo del curso-taller permite que sea dentro del horario laboral.




Es importante señalar, que esta propuesta aporta como ventajas, que las mujeres participantes sean capaces de elevar su autoestima y, por ende, conserven una personalidad sana que les permitirá desenvolverse mucho mejor en los diferentes roles que desempeñan en la sociedad, tanto en su vida personal como en la vida laboral, ya que estando listas y seguras de sí serán más productivas en los diversos ámbitos de sus vidas.

4.2 OBJETIVO GENERAL

Mediante el curso-taller se pretende:

Que las participantes diseñen un proyecto de vida con elementos que les permitan elevar su autoestima “como un factor de protección” para prevenir la depresión.

4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-  Que reconozcan la importancia de una buena salud mental.
-  Que identifiquen su grado de predisposición hacia la depresión.
-  Que reconozcan su nivel de autoestima.

- Que desarrollen los cinco aspectos de la autoestima.
- Que presenten un proyecto de vida en el que se apliquen los aspectos de la autoestima desarrollados durante el curso-taller.

4.4 TEMÁTICA BÁSICA

Unidad 1. Salud Mental

- 1.1 Concepto y características de salud mental
- 1.2 Concepto de prevención
- 1.3 Situación de la Salud Mental en México

Unidad 2. Depresión

- 2.1 Concepto de depresión
- 2.2 Características y síntomas de la depresión
- 2.3 Causas de depresión en la mujer
- 2.4 Factores de riesgo y protección de la depresión

Unidad 3. Autoestima

- 3.1 Concepto de Autoestima
- 3.2 Los seis pilares de la Autoestima
- 3.3 Autoestima alta y baja

Unidad 4. Escalera de la Autoestima

- 4.1 Autoconocimiento
- 4.2 Autoconcepto
- 4.3 Autoevaluación
- 4.4 Autoaceptación
- 4.5 Autorrespeto

4.5 METODOLOGÍA

El programa de este curso-taller está planeado para un mínimo de 10 y un máximo de 25 participantes. El curso taller tendría una duración aproximada de 33 horas, distribuidas en once sesiones de tres horas cada una. Esta actividad puede flexibilizarse en cuanto a la frecuencia de las sesiones, dependiendo de las necesidades de los grupos. Sin embargo, se ha probado que el tiempo óptimo para este tipo de talleres es de tres horas.

El curso taller está dirigido a mujeres de 18 a 29 años, que cuenten con una escolaridad mínima de secundaria y que pretendan lograr un mayor nivel de autoestima.

Durante este curso-taller, se incrementará la autoestima como un factor de protección para la prevención de la depresión, mismo que se reforzará con estrategias novedosas del Aprendizaje Acelerado que utiliza: la Programación Neurolingüística, la Inteligencia Emocional y la Gimnasia Cerebral, que se pueden utilizar dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que han mostrado resultados favorables en la construcción de una personalidad sana.

Cada una de las sesiones se abordará a través de los cinco momentos que propone el enfoque del aprendizaje acelerado: Revisa, libera, presenta, practica, evalúa, así como de un momento final de análisis de resultados para llevar a cabo el seguimiento de las participantes o su canalización a servicios de apoyo especializado..

El primer momento: “Revisa”, permite al facilitador o coordinador, iniciar el curso o la sesión con alguna técnica de integración o pregunta de apertura que permita que las participantes se conozcan entre sí, manifiesten sus expectativas, recuerden algo sobre el tema visto la sesión anterior o comiencen con una actitud positiva.

El segundo momento: “Libera”, se aborda mediante entrenamientos de gimnasia cerebral que sirven para activar o equilibrar los hemisferios del cerebro. Estas prácticas se dividen en ejercicios de estiramiento, de energía y de profundización de actitudes; cada uno de ellos nos reporta diferentes beneficios respecto a la concentración, la participación, la reflexión, la toma de decisiones, la comunicación, etcétera.

En el tercer momento: “Presenta”, se expone el tema, ya sea por el coordinador o por un grupo de participantes, utilizando distintos medios como carteles, proyecciones de diapositivas, películas y mapas mentales, entre otros.

Para el presente curso, el coordinador expondrá el tema de la primera a la quinta sesión y posteriormente, de la sexta a la décima se propone que sean las participantes, que en parejas o grupos de tres, a través de sus proyecciones, mapas mentales, dramatizaciones o alguna otra técnica, sean quienes desarrollen el contenido ante el grupo. La distribución se llevará a cabo durante la primera sesión del curso, en la cual se les proporcionará el material de apoyo necesario para la presentación del tema, así como un manual del participante, que contendrá los ejercicios a realizar durante el curso y las técnicas de gimnasia cerebral.

En el cuarto momento: “Practica”, se aplican ejercicios o técnicas que permitan obtener o reafirmar el conocimiento, así como concretar las diversas partes de su proyecto de vida, mismo que se materializará a través de la elaboración de un rompecabezas en el que cada una de sus piezas represente un objetivo de vida, planteado en función de cada elemento desarrollado durante el curso-taller.

En el quinto momento: “Evalúa”, se aplican técnicas que permitan valorar, de manera formal o informal, si se captó la información y el sentido de la misma, o si se adquirió el conocimiento o la habilidad. Durante la primera sesión, se comunicará a las participantes que, conforme transcurra cada una de las sesiones,

tendrán que ir construyendo un proyecto de vida individual que se irá retroalimentando y quedará listo al final del curso-taller. El conjunto de proyectos se expondrá ante el grupo, lo cual permitirá observar el nivel de autoestima que han desarrollado.

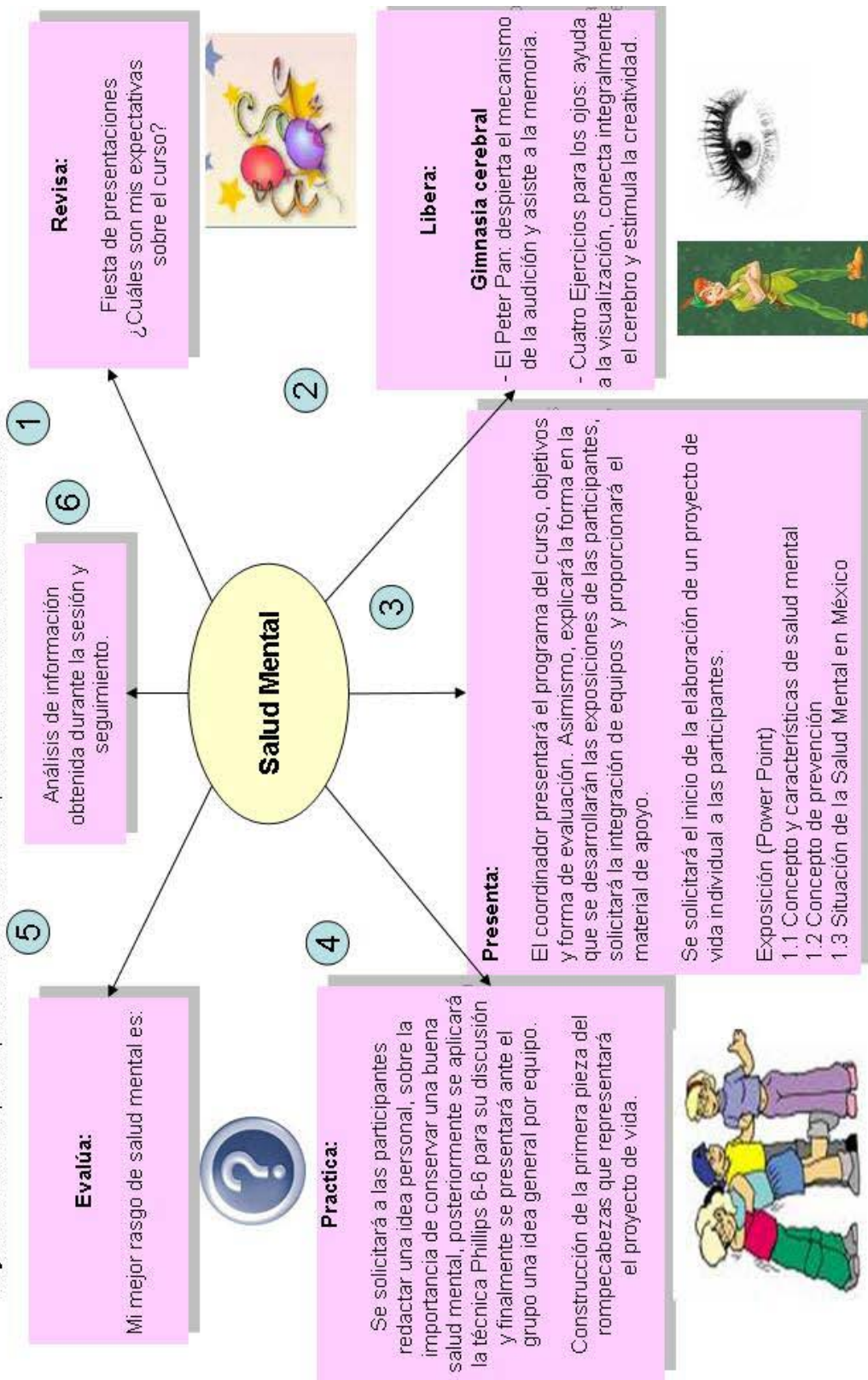
La propuesta pedagógica también incluye un seguimiento periódico, en reuniones para apoyar, grupalmente, el logro de las metas planteadas. De igual manera, al ser consciente de que el objetivo del curso-taller es únicamente el fortalecimiento de la autoestima, se construirán redes de apoyo profesional para la canalización hacia: atención médica, manejo de estrés, terapia psicológica, entre otras.

A continuación se muestra el desarrollo de las sesiones del curso-taller a través de mapas mentales, cada uno de los cuales, para su mayor comprensión, se acompaña de su correspondiente carta descriptiva.

Los mapas mentales son herramientas gráficas que permiten la libertad del uso potencial del cerebro. Para enriquecerlos se hace uso de la tradicional escritura lineal, los símbolos, los dibujos y los colores. Éstos funcionan de acuerdo con la naturaleza del cerebro, en términos de cómo éste procesa la información y nos permiten, de una forma muy sencilla y personal, el desarrollo de nuestra capacidad de pensamiento radial (Kasuga, et.al. 2001, pp.112-114).

Primera Sesión

Objetivo: Que las participantes reconozcan la importancia de una buena salud mental.



UNIDAD 1. Salud Mental

Sesión 1

Objetivo Particular: Que las participantes reconozcan la importancia de una buena salud mental.

TEMA NÚM.	TEMAS	ESTRATEGIAS	TIEMPO
1.1	Concepto y características de salud mental	❖ Realización de la técnica “Fiesta de presentaciones”, a través de la pregunta ¿Cuáles son mis expectativas sobre el curso?	3 horas
1.2	Concepto de prevención	❖ Práctica de 2 ejercicios de gimnasia cerebral: “Peter Pan” y “Cuatro Ejercicios para los ojos”.	
1.3	Situación de la Salud Mental en México	❖ Presentación por parte del Coordinador, del programa del curso, objetivos y forma de evaluación. ❖ Explicación por parte del Coordinador, de la manera en la que se desarrollarán las exposiciones de las participantes durante el curso. ❖ Solicitud del inicio de la elaboración de un proyecto de vida individual, que se trabajará durante todo el curso. ❖ Exposición de temas, mediante una presentación de power point, por parte del Coordinador. ❖ Aplicación de la técnica Phillips 6-6. ❖ Construcción de la primera pieza del rompecabezas que representará el proyecto de vida personal. ❖ Análisis de la información obtenida durante la sesión y seguimiento.	

Evaluación: Las participantes aportarán una conclusión de la sesión, a través de la respuesta a la frase incompleta: “Mi mejor rasgo de salud mental es:”

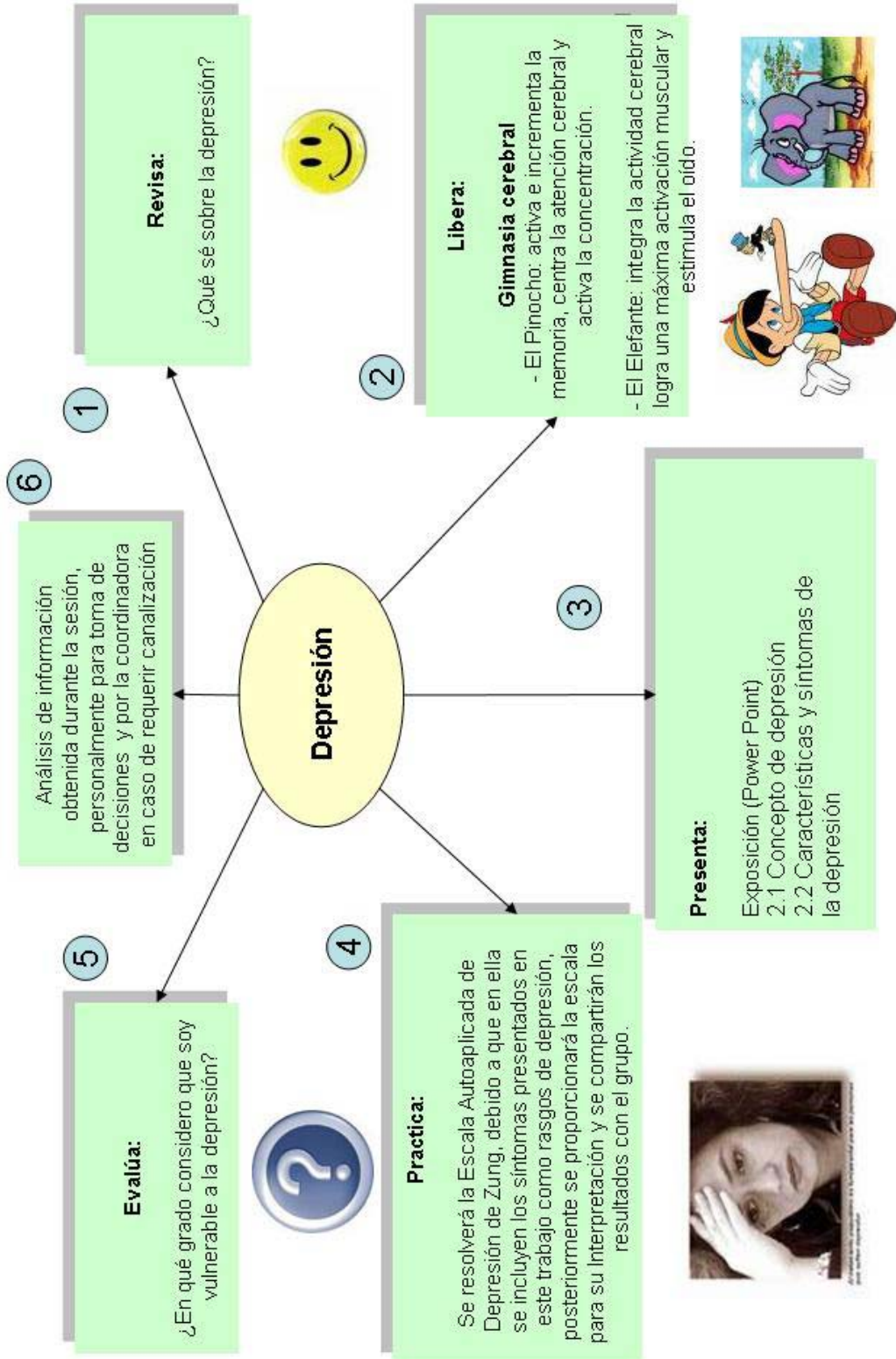
Bibliografía:

1. DE LA FUENTE, Ramón, et. al. (1997). *Salud Mental en México*, México, Fondo de Cultura Económica.
2. IBARRA, Luz María (2005) *Aprende Mejor con Gimnasia Cerebral*, México, Garnik Ediciones.
3. LERNER, Lía. (2003). *Del automaltrato a la autoestima; En busca de la salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
4. MASLOW, Abraham (1990). *La personalidad creadora*, Barcelona, Kairós.
5. MATERAZZI, Miguel Ángel (1991). *Salud Mental; una propuesta de prevención permanente*. Argentina, Paidós.
6. PECK, Robert F. (1970). *La salud mental*, Buenos Aires, Librería del Colegio.
7. PICHOT, Pierre (2000). *DSM-IV; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Madrid, Masson.
8. LEMKAU, Paul V. (1979). *Higiene mental*, México, Fondo de Cultura Económica.

Página Electrónica: MEDINA-MORA, Ma. Elena, et al (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. Salud Mental. México, en www.inprf.com [Consulta 8 de febrero de 2006].

Segunda Sesión

Objetivo: Que las participantes identifiquen su grado de predisposición hacia la depresión.



UNIDAD 2. Depresión

Sesión 2

Objetivo Particular: Que las participantes identifiquen su grado de predisposición hacia la depresión.

TEMA NÚM.	TEMAS	ESTRATEGIAS	TIEMPO
2.1	Concepto de depresión	❖ Realización de la técnica “Acto de presencia”, a través de la pregunta ¿Qué sé sobre la depresión?	3 horas
2.2	Características y síntomas de la depresión.	❖ Práctica de 2 ejercicios de gimnasia cerebral: “El Pinocho” y “El Elefante”. ❖ Exposición de temas, mediante una presentación de power point, por parte del Coordinador. ❖ Resolución de la Escala Autoaplicada de Zung.y revisión de resultados. ❖ Participación individual sobre los resultados obtenidos de la aplicación de la escala. ❖ Análisis de la información obtenida durante la sesión, personalmente para toma de decisiones y por el Coordinador, en caso de requerir canalización.	

Evaluación: Las participantes aportarán una conclusión de la sesión, a través de la respuesta a la pregunta ¿En qué grado considero que soy vulnerable a la depresión?

Bibliografía:

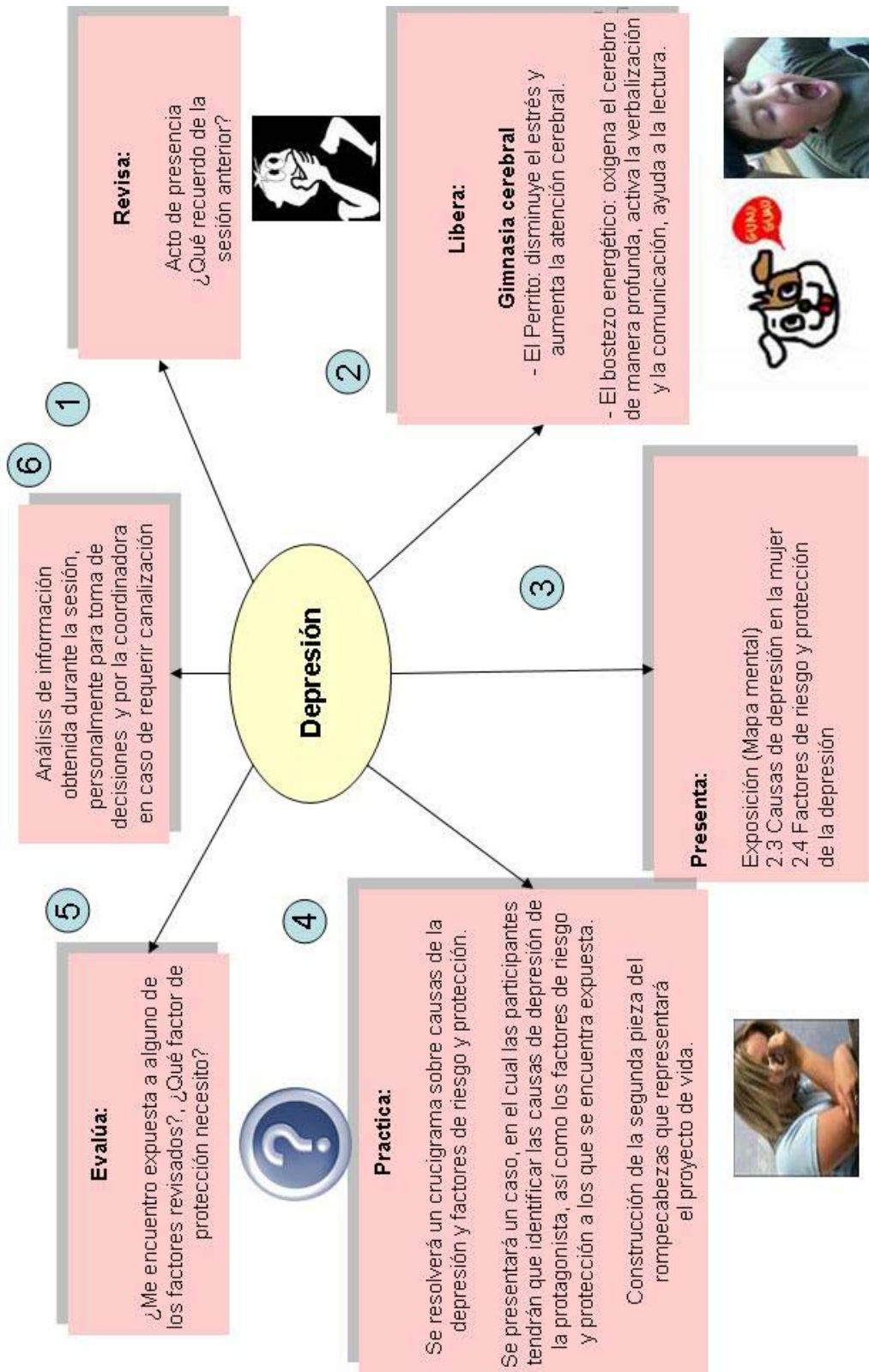
1. IBARRA, Luz María (2005) ***Aprende Mejor con Gimnasia Cerebral***, México, Garnik Ediciones.
2. PICHOT, Pierre (2000). DSM-IV; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Madrid, Masson.

Páginas Electrónicas:

3. Instituto Nacional de Salud Pública (2006). ***¿Qué es la depresión?***, en http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Que_es_la_depresion_ [Consultado el 23 de marzo de 2007].
4. Organización Mundial de la Salud (2005). ***Prevención de los Trastornos Mentales; Intervenciones efectivas y opciones de políticas*** .en http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf. [Consultado el 16 de enero de 2007].

Tercera Sesión

Objetivo: Que las participantes identifiquen su grado de predisposición hacia la depresión.



UNIDAD 2. Depresión

Sesión 3

Objetivo Particular: Que las participantes identifiquen su grado de predisposición hacia la depresión.

TEMA NÚM.	TEMAS	ESTRATEGIAS	TIEMPO
2.3	Causas de depresión en la mujer.	❖ Realización de la técnica “Acto de presencia”, a través de la pregunta ¿Qué recuerdo de la sesión anterior?	3 horas
2.4	Factores de riesgo y protección de la depresión.	❖ Práctica de 2 ejercicios de gimnasia cerebral: “El Perrito” y “El Bostezo Energético”. ❖ Exposición de temas, mediante un mapa mental, por parte del Coordinador. ❖ Resolución de un crucigrama sobre causas de la depresión, factores de riesgo y protección. ❖ Presentación de un caso, en el cual las participantes tendrán que identificar las causas de depresión de la protagonista, así como los factores de riesgo y protección a los que se encuentra expuesta. ❖ Construcción de la segunda pieza del rompecabezas que representará el proyecto de vida. ❖ Análisis de la información obtenida durante la sesión, personalmente para toma de decisiones y por el Coordinador, en caso de requerir canalización.	

Evaluación: Las participantes aportarán una conclusión de la sesión, a través de la respuesta a las preguntas ¿Me encuentro expuesta a alguno de los factores de riesgo revisados?, ¿Qué factor de protección necesito?

Bibliografía:

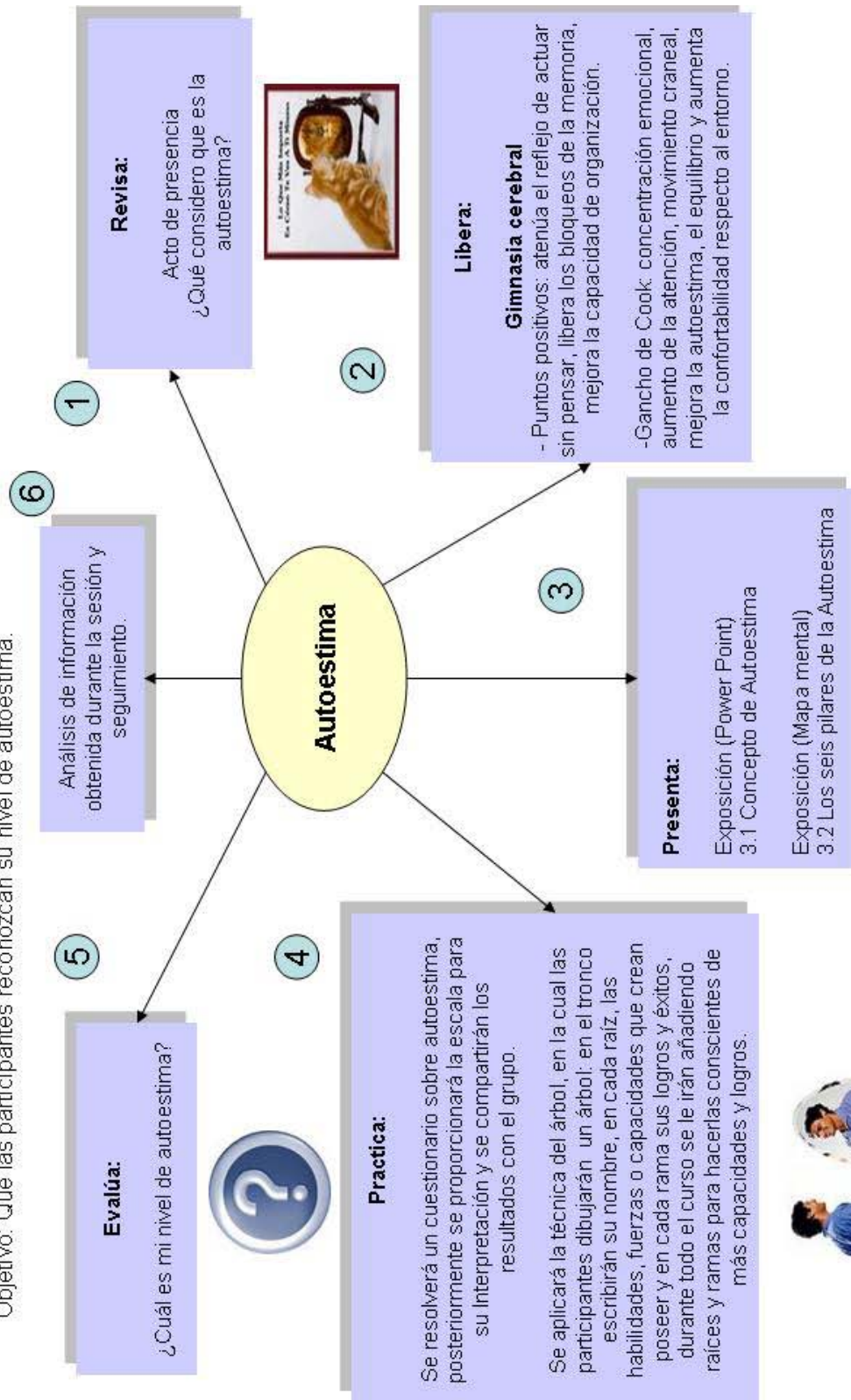
1. DIO Bleichmar, Emilce (1999). *La depresión en la mujer*, Madrid, Temas de hoy.
2. IBARRA, Luz María (2005) *Aprende Mejor con Gimnasia Cerebral*, México, Garnik Ediciones.

Páginas Electrónicas:

3. Organización Mundial de la Salud (2005). *Prevención de los Trastornos Mentales; Intervenciones efectivas y opciones de políticas* .en http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf. [Consultado el 16 de enero de 2007].

Cuarta Sesión

Objetivo: Que las participantes reconozcan su nivel de autoestima.



UNIDAD 3. Autoestima

Sesión 4

Objetivo Particular: Que las participantes reconozcan su nivel de autoestima.

TEMA NÚM.	TEMAS	ESTRATEGIAS	TIEMPO
3.1	Concepto de Autoestima.	❖ Realización de la técnica “Acto de presencia”, a través de la pregunta ¿Qué considero que es la Autoestima?	3 horas
3.2	Los seis pilares de la Autoestima.	❖ Práctica de 2 ejercicios de gimnasia cerebral: “Puntos positivos” y “Gancho de Cook”. ❖ Exposición de temas, mediante una presentación de power point y un mapa mental, por parte del Coordinador. ❖ Resolución de un cuestionario sobre autoestima, revisión de resultados. ❖ Participación individual sobre los resultados obtenidos en el cuestionario. ❖ Aplicación de la técnica “El Árbol”, en la cual las participantes dibujarán un árbol: en el tronco escribirán su nombre, en cada raíz las habilidades, fuerzas o capacidades que crean poseer y en cada rama sus logros y éxitos, durante todo el curso se irán añadiendo raíces y ramas para hacerlas conscientes de más capacidades y logros. ❖ Análisis de la información obtenida durante la sesión y seguimiento.	

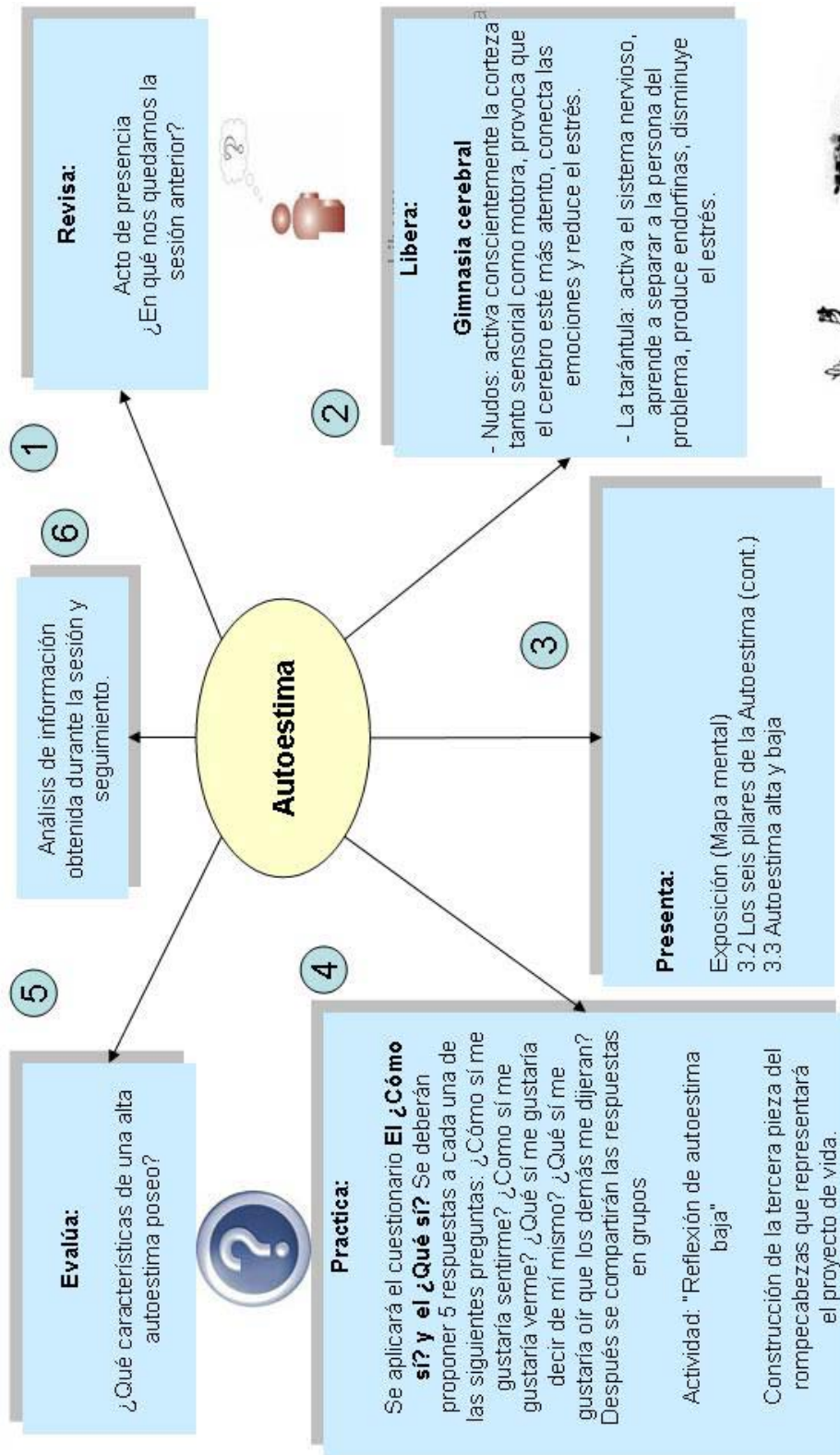
Evaluación: Las participantes aportarán una conclusión de la sesión, a través de la respuesta a la pregunta ¿Cuál es mi nivel de autoestima?

Bibliografía:

1. BRANDEN, Nathaniel (2001). *La psicología de la autoestima*, México, Paidós.
2. DENNISON, Paul E. (2000). *Brain Gym: Aprendizaje para todo el cerebro*, México, Lectorum.
3. RODRÍGUEZ, Estrada Mauro (1988). *Autoestima: clave del éxito personal*, México, Manual Moderno.

Quinta Sesión

Objetivo: Que las participantes reconozcan su nivel de autoestima.



UNIDAD 3. Autoestima

Sesión 5

Objetivo Particular: Que las participantes reconozcan su nivel de autoestima.

TEMA NÚM.	TEMAS	ESTRATEGIAS	TIEMPO
3.2	Los seis pilares de la Autoestima (Continuación)	❖ Realización de la técnica “Acto de presencia”, a través de la pregunta ¿En qué nos quedamos la sesión anterior?	3 horas
3.3	Autoestima alta y baja.	❖ Práctica de 2 ejercicios de gimnasia cerebral: “Nudos” y “La tarántula”. ❖ Exposición de temas, mediante un mapa mental, por parte del Coordinador. ❖ Resolución del cuestionario El ¿Cómo sí? y el ¿Qué sí? ❖ Reflexión referente a la baja autoestima. ❖ Construcción de la tercera pieza del rompecabezas que representará el proyecto de vida. ❖ Análisis de la información obtenida durante la sesión y seguimiento.	

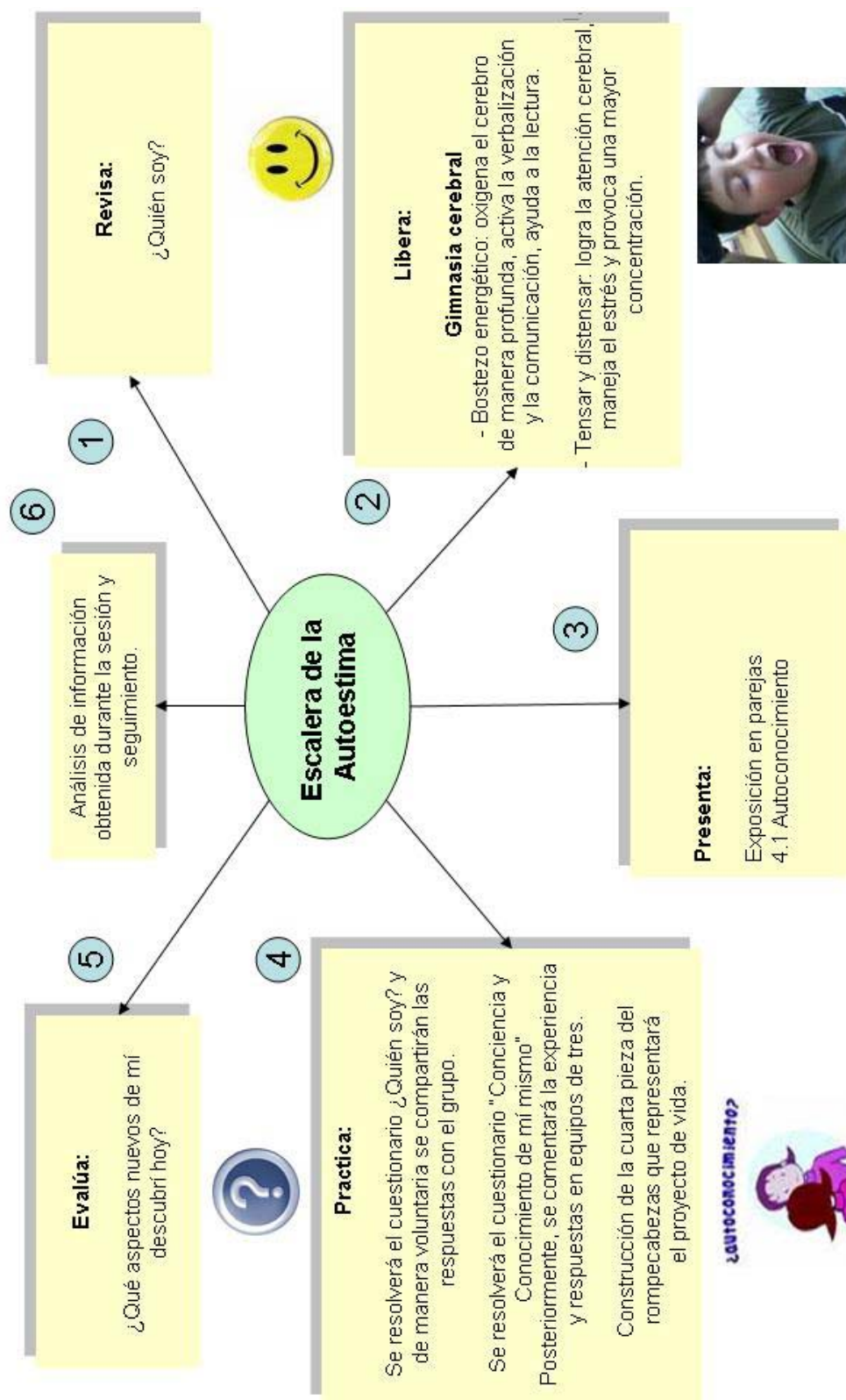
Evaluación: Las participantes aportarán una conclusión de la sesión, a través de la respuesta a la pregunta ¿Qué características de una alta autoestima poseo?

Bibliografía:

1. BRANDEN, Nathaniel (2001). *La psicología de la autoestima*, México, Paidós.
2. IBARRA, Luz María (2005) *Aprende Mejor con Gimnasia Cerebral*, México, Garnik Ediciones.
3. RODRÍGUEZ, Estrada Mauro (1988). *Autoestima: clave del éxito personal*, México, Manual Moderno.

Sexta Sesión

Objetivo: Que las participantes desarrollen el autoconocimiento como aspecto que posibilita un alto nivel de autoestima.



UNIDAD 4. Escalera de la Autoestima

Sesión 6

Objetivo Particular: Que las participantes desarrollen el autoconocimiento como aspecto que posibilita un alto nivel de autoestima.

TEMA NÚM.	TEMAS	ESTRATEGIAS	TIEMPO
4.1	Autoconocimiento	<ul style="list-style-type: none">❖ Realización de la técnica “Acto de presencia”, a través de la pregunta ¿Quién soy?❖ Práctica de 2 ejercicios de gimnasia cerebral: “Bostezo Energético” y “Tensor y distensar”❖ Exposición del tema, por una pareja de participantes.❖ Resolución del cuestionario ¿Quien soy? Y de manera voluntaria se compartirán las respuestas con el grupo.❖ Resolución del cuestionario “Conciencia y Conocimiento de sí mismo”, posteriormente se comentará la experiencia y respuestas en equipos de tres.❖ Construcción de la cuarta pieza del rompecabezas que representará el proyecto de vida.❖ Análisis de la información obtenida durante la sesión y seguimiento.	3 horas

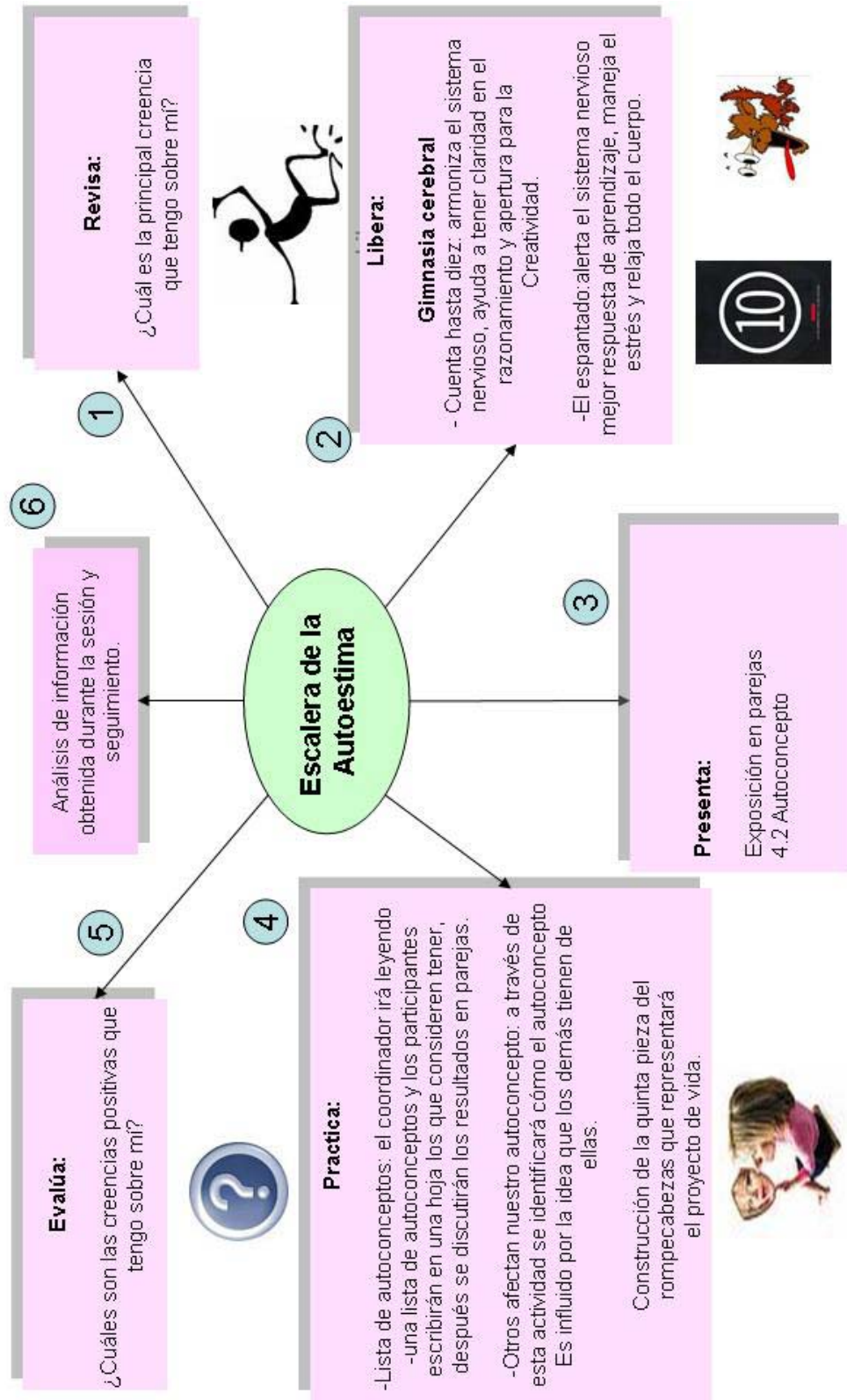
Evaluación: Las participantes aportarán una conclusión de la sesión, a través de la respuesta a la pregunta ¿Qué aspectos nuevos de mí descubrí hoy?

Bibliografía:

1. IBARRA, Luz María (2005) *Aprende Mejor con Gimnasia Cerebral*, México, Garnik Ediciones.
2. RODRÍGUEZ, Estrada Mauro (1988). *Autoestima: clave del éxito personal*, México, Manual Moderno.

Séptima Sesión

Objetivo: Que las participantes desarrollen el autoconcepto como aspecto que posibilita un alto nivel de autoestima.



UNIDAD 4. Escalera de la Autoestima

Sesión 7

Objetivo Particular: Que las participantes desarrollen el autoconcepto como aspecto que posibilita un alto nivel de autoestima.

TEMA NÚM.	TEMAS	ESTRATEGIAS	TIEMPO
4.2	Autoconcepto	<ul style="list-style-type: none">❖ Realización de la técnica “Acto de presencia”, a través de la pregunta ¿Cuál es la principal creencia que tengo sobre mí?❖ Práctica de 2 ejercicios de gimnasia cerebral: “Cuenta hasta diez” y “El espantado”❖ Exposición del tema, por una pareja de participantes.❖ Aplicación de la técnica “Lista de Autoconceptos” para después comentar sus resultados en parejas.❖ Aplicación de la técnica “Otros afectan nuestro autoconcepto”❖ Construcción de la quinta pieza del rompecabezas que representará el proyecto de vida.❖ Análisis de la información obtenida durante la sesión y seguimiento.	3 horas

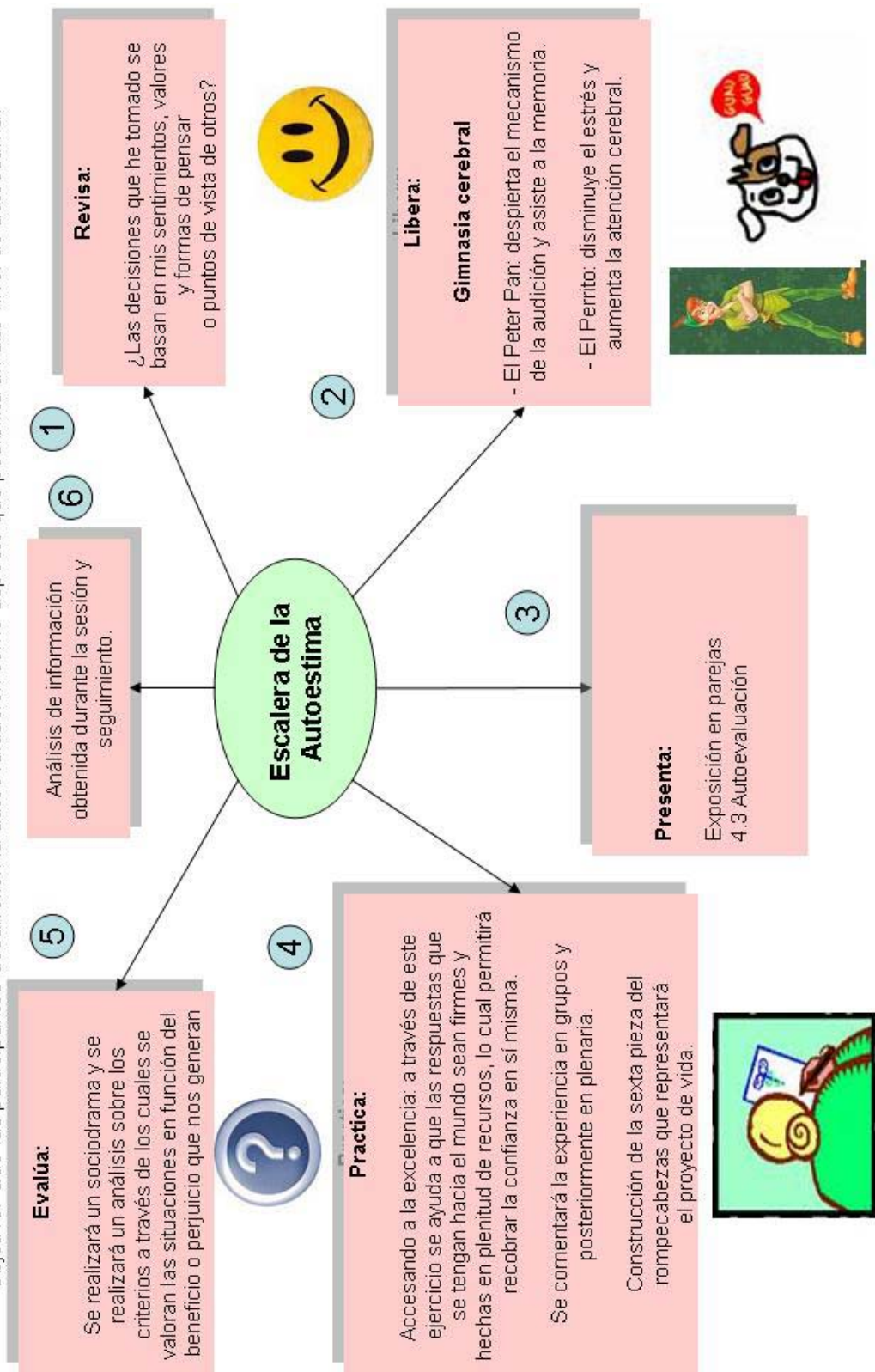
Evaluación: Las participantes aportarán una conclusión de la sesión, a través de la respuesta a la pregunta ¿Cuáles son las creencias positivas que tengo sobre mí?

Bibliografía:

1. IBARRA, Luz María (2005) *Aprende Mejor con Gimnasia Cerebral*, México, Garnik Ediciones.
2. RODRÍGUEZ, Estrada Mauro (1988). *Autoestima: clave del éxito personal*, México, Manual Moderno.

Octava Sesión

Objetivo: Que las participantes desarrollen la autoevaluación como aspecto que posibilita un alto nivel de autoestima.



UNIDAD 4. Escalera de la Autoestima

Sesión 8

Objetivo Particular: Que las participantes desarrollen la autoevaluación como aspecto que posibilita un alto nivel de autoestima.

TEMA NÚM.	TEMAS	ESTRATEGIAS	TIEMPO
4.3	Autoevaluación	<ul style="list-style-type: none">❖ Realización de la técnica “Acto de presencia”, a través de la pregunta ¿Las decisiones que he tomado se basan en mis sentimientos, valores y formas de pensar o en puntos de vista de otros?❖ Práctica de 2 ejercicios de gimnasia cerebral: “El Peter Pan” y “El Perrito”❖ Exposición del tema, por una pareja de participantes.❖ Aplicación de la técnica “Accesando a la excelencia” para después comentar la experiencia en grupos y posteriormente en plenaria.❖ Construcción de la sexta pieza del rompecabezas que representará el proyecto de vida.❖ Análisis de la información obtenida durante la sesión y seguimiento.	3 horas

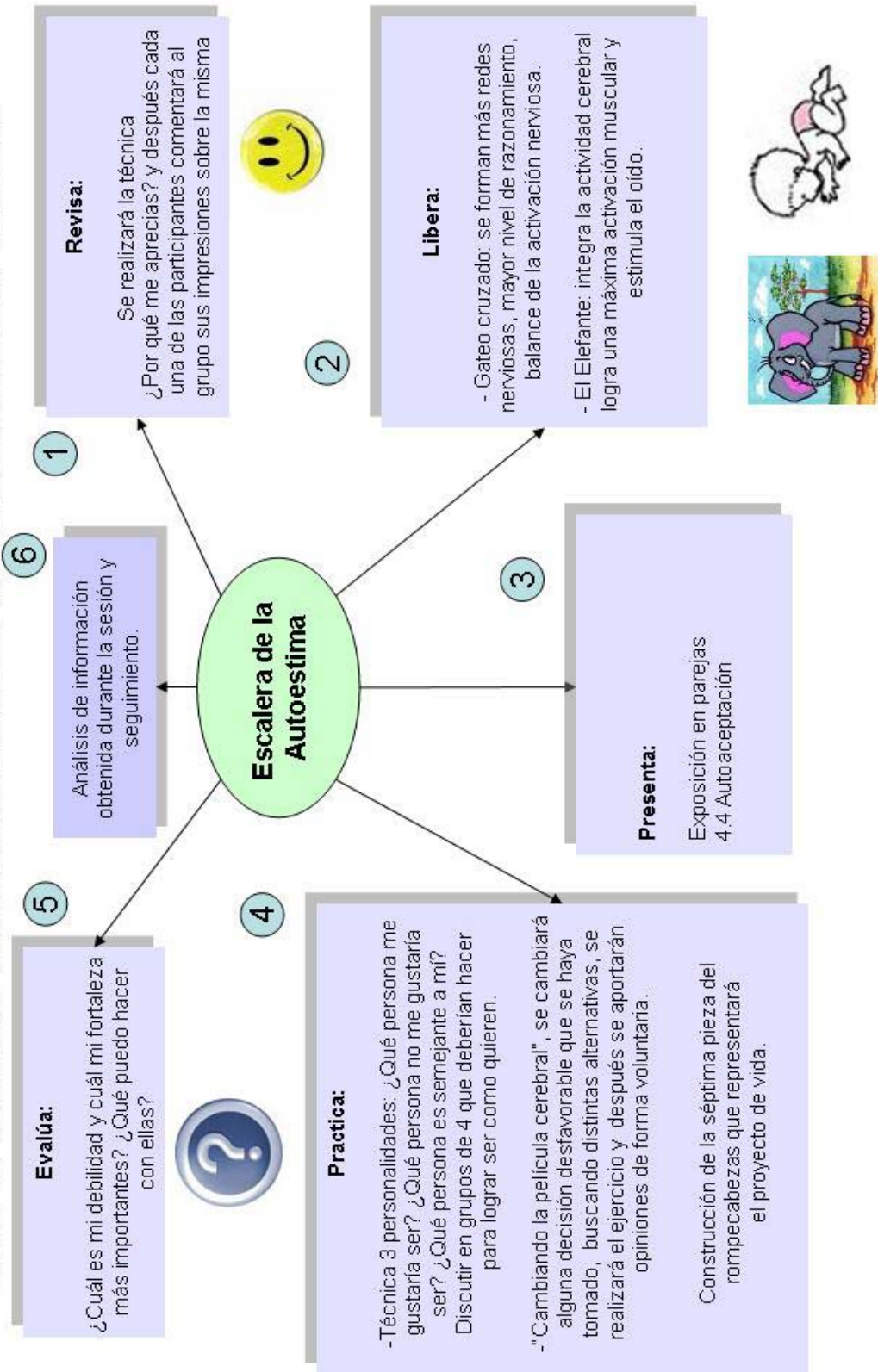
Evaluación: Se llevará a cabo a través de la realización de un sociodrama, sobre el cual se desarrollará un análisis acerca de los criterios a través de los cuales se valoran las situaciones en función de beneficio o perjuicio que nos generan.

Bibliografía:

1. IBARRA, Luz María (2005) *Aprende Mejor con Gimnasia Cerebral*, México, Garnik Ediciones.
2. RODRÍGUEZ, Estrada Mauro (1988). *Autoestima: clave del éxito personal*, México, Manual Moderno.

Novena Sesión

Objetivo: Que las participantes desarrollen la autoaceptación como aspecto que posibilite un alto nivel de autoestima.



UNIDAD 4. Escalera de la Autoestima

Sesión 9

Objetivo Particular: Que las participantes desarrollen la autoaceptación como aspecto que posibilita un alto nivel de autoestima.

TEMA NÚM.	TEMAS	ESTRATEGIAS	TIEMPO
4.4	Autoaceptación	<ul style="list-style-type: none">❖ Realización de la técnica ¿Por qué me aprecias? y después cada una de las participantes comentará al grupo sus impresiones sobre la misma.❖ Práctica de 2 ejercicios de gimnasia cerebral: “Gateo Cruzado” y “El Elefante”❖ Exposición del tema, por una pareja de participantes.❖ Aplicación de la técnica “3 personalidades”, posteriormente discutir en grupos de 4 que deberían hacer para lograr ser como quieren.❖ Aplicación de la técnica “Cambiando la película cerebral” para después aportar opiniones de forma voluntaria.❖ Construcción de la séptima pieza del rompecabezas que representará el proyecto de vida.❖ Análisis de la información obtenida durante la sesión y seguimiento.	3 horas

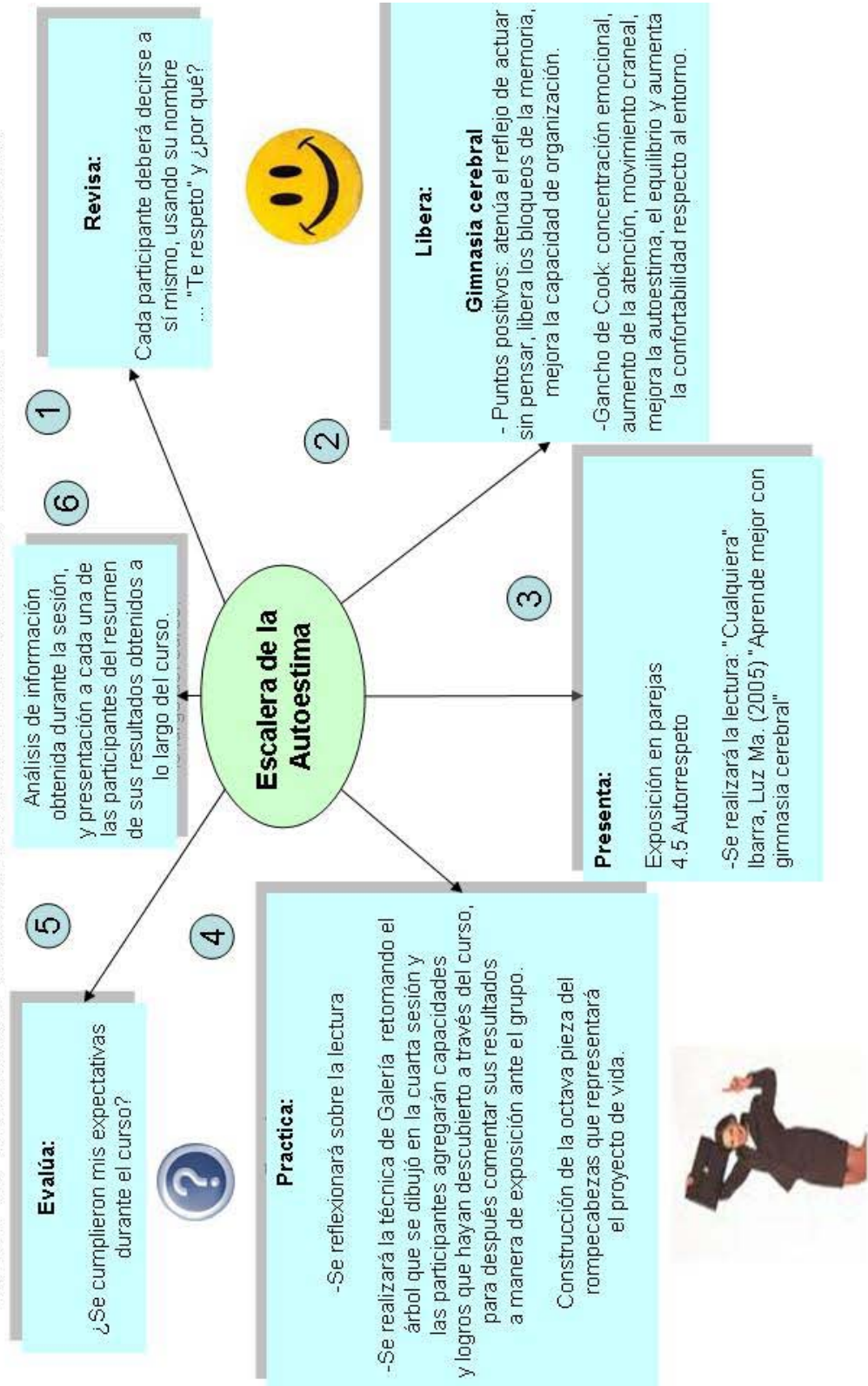
Evaluación: Las participantes aportarán una conclusión de la sesión, a través de la respuesta a las preguntas ¿Cuál es mi debilidad y cuál mi fortaleza más importantes? ¿Qué puedo hacer con ellas?

Bibliografía:

1. IBARRA, Luz María (2005) *Aprende Mejor con Gimnasia Cerebral*, México, Garnik Ediciones.
2. RODRÍGUEZ, Estrada Mauro (1988). *Autoestima: clave del éxito personal*, México, Manual Moderno.

Décima Sesión

Objetivo: Que las participantes desarrollen el autorrespeto como aspecto que posibilita un alto nivel de autoestima.



UNIDAD 4. Escalera de la Autoestima

Sesión 10

Objetivo Particular: Que las participantes desarrollen el autorrespeto como aspecto que posibilita un alto nivel de autoestima.

TEMA NÚM.	TEMAS	ESTRATEGIAS	TIEMPO
4.5	Autorrespeto	<ul style="list-style-type: none">❖ Realización de la técnica “Acto de presencia”, cada participante deberá decirse a sí mismo, usando su nombre ...”Te respeto” y ¿por qué?❖ Práctica de 2 ejercicios de gimnasia cerebral: “Puntos positivos” y “Gancho de Cook”❖ Exposición del tema, por una pareja de participantes.❖ Realización de la lectura “Cualquiera” para efectuar una reflexión sobre la misma.❖ Aplicación de la técnica de Galería retomando el árbol que e dibujó en la cuarta sesión y las participantes agregarán capacidades y logros que hayan descubierto a través del curso, para después comentar sus resultados a manera de exposición ante el grupo.❖ Construcción de la octava pieza del rompecabezas que representará el proyecto de vida.❖ Análisis de la información obtenida durante la sesión y presentación a cada una de las participantes del resumen de sus resultados obtenidos a lo largo de curso.	3 horas

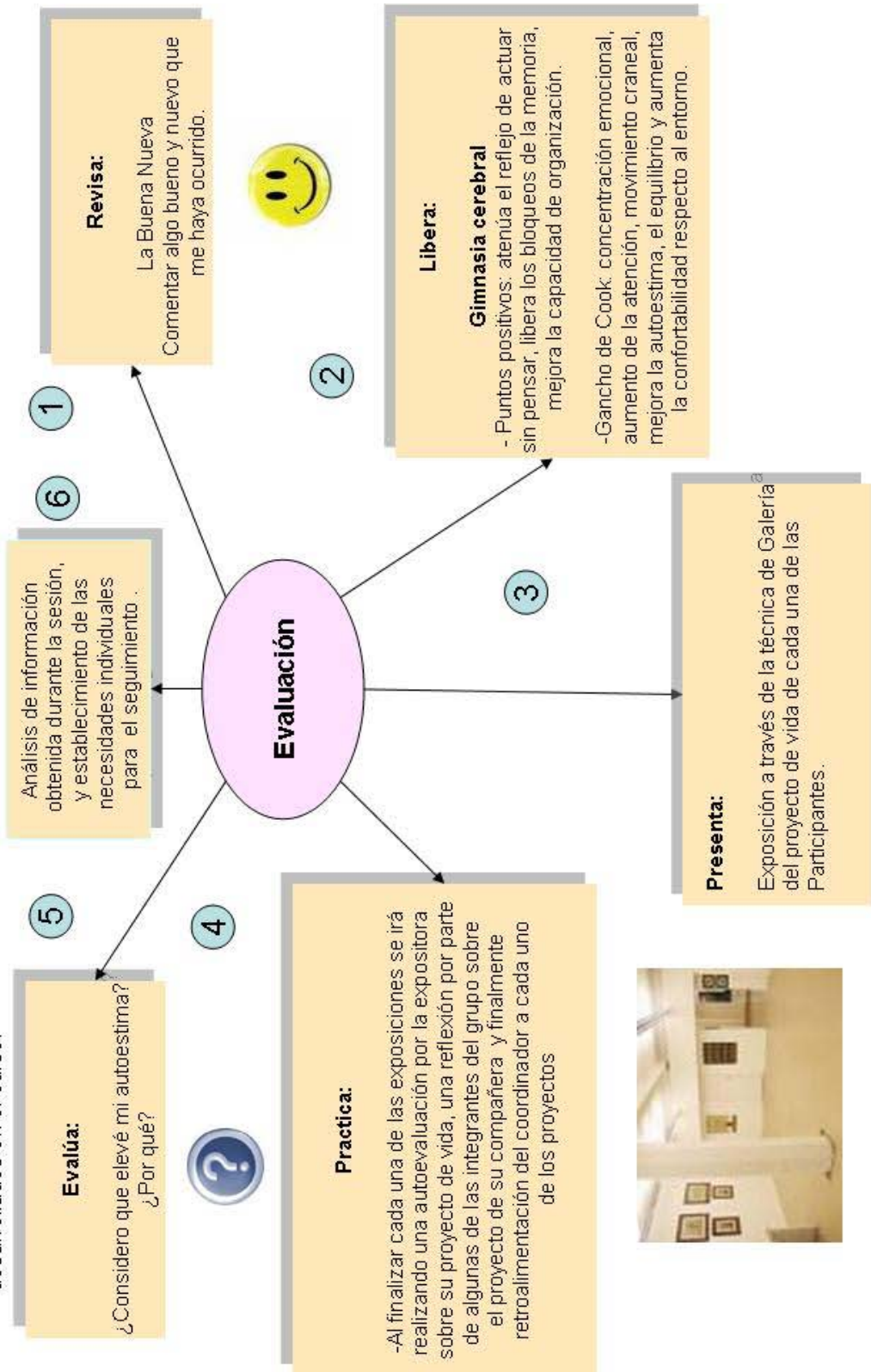
Evaluación: Las participantes aportarán una conclusión de la sesión, a través de la respuesta a la pregunta ¿Se cumplieron mis expectativas durante en curso?

Bibliografía:

1. DENNISON, Paul E. (2000). *Brain Gym: Aprendizaje para todo el cerebro*, México, Lectorum.
2. RODRÍGUEZ, Estrada Mauro (1988). *Autoestima: clave del éxito personal*, México, Manual Moderno.

Décimo primera Sesión

Objetivo: Que las participantes presenten su proyecto de vida en el que han ido aplicando los aspectos de la autoestima desarrollados en el curso.



Evaluación Final del Curso-Taller

Sesión 11

Objetivo Particular: Que las participantes presenten su proyecto de vida en el que han ido aplicando los aspectos de la autoestima desarrollados durante el curso.

TEMA NÚM.	TEMAS	ESTRATEGIAS	TIEMPO
		<ul style="list-style-type: none">❖ Realización de la técnica “La Buena Nueva”, cada participante comentará algo bueno y nuevo que le haya ocurrido.❖ Práctica de 2 ejercicios de gimnasia cerebral: “Puntos positivos” y “Gancho de Cook”❖ Exposición a través de la técnica de Galería, del proyecto de vida de cada una de las participantes.❖ Al finalizar cada una de las exposiciones se irá realizando una autoevaluación por la expositora, sobre su proyecto de vida, una reflexión por parte de algunas de las integrantes del grupo, sobre el proyecto de su compañera, y finalmente retroalimentación del Coordinador a cada uno de los proyectos.❖ Análisis de la información obtenida durante la sesión y establecimiento de las necesidades individuales para su seguimiento.	3 horas

Evaluación: Las participantes aportarán una conclusión de la sesión, a través de la respuesta a las preguntas ¿Considero que elevé mi autoestima? ¿Por qué?

Bibliografía:

1. DENNISON, Paul E. (2000). *Brain Gym: Aprendizaje para todo el cerebro*, México, Lectorum.

4.6 REQUERIMIENTOS

Los requerimientos necesarios para el óptimo desarrollo del curso-taller son: un aula, sillas, mesas, pizarrón, proyector de diapositivas, computadora, pantalla para proyección, radiograbadora, rotafolios, hojas, cartulina, lápices, colores, material impreso (material bibliográfico, cuestionarios y ejercicios), así como materiales diversos para la elaboración del rompecabezas, éstos últimos serán aportados por las participantes.

4.7 EVALUACIÓN

La evaluación del curso-taller se llevará a cabo a través de la participación de las asistentes en los ejercicios y reflexiones aplicados durante el desarrollo de éste. Asimismo, y como elemento primordial de dicha evaluación, durante la décimo primera sesión, cada una de las participantes presentará el proyecto de vida diseñado a lo largo del curso-taller, en el mismo se deberán observar o percibir intenciones de desarrollo autónomo y un incremento en el nivel de la autoestima, mismo que se determinará en un primer momento, a través de una autoevaluación que de igual manera se externará al grupo, en un segundo momento por la opinión emitida por las participantes y finalmente será retroalimentado con la reflexión del coordinador.

Una vez concluida la exposición de los proyectos se procederá al planteamiento de acuerdos, con respecto a la periodicidad de las sesiones de seguimiento, de acuerdo con las necesidades de cada una de las participantes.

Es muy importante señalar que el curso-taller puede ser modificado para abarcar a distintas poblaciones, e incluso impartirse para la formación de instructores; lo anterior, realizando adaptaciones a las estrategias de enseñanza-aprendizaje y al material didáctico a utilizar en el mismo.

CONCLUSIONES

Es una realidad que actualmente la prevalencia de trastornos mentales tanto en México como en el mundo ha ido en aumento, y que es poco el uso de servicios especializados por parte de los afectados, así como insuficientes las instituciones que los proporcionan.

Principalmente, en el caso específico de la depresión, por diversos factores biológicos, genéticos o ambientales, entre el 15 y el 20% de los habitantes se encuentran en riesgo de padecerla.

Es importante puntualizar, que la prevalencia de dicho trastorno es del doble en las mujeres que en los hombres, ya que la depresión de las mujeres se asocia con sentimientos de impotencia y desesperanza vinculados con la concepción de feminidad tradicional y las características que se le han atribuido a ésta, tales como: la sumisión, la dulzura, la renuncia a sí misma, la dedicación y el cuidado de los otros.

Asimismo, las mujeres se encuentran sometidas a influencias sociales que les generan mayor tensión, entre las cuales se encuentran la desintegración familiar y su inserción cada vez más creciente al ámbito laboral; ésta última origina un ritmo de vida altamente estresante debido a que aunado al cumplimiento de su rol dentro de la población económicamente activa, deben cumplir como esposas, madres, amas de casa e incluso como hijas al cuidado de sus padres mayores.

Ante este panorama, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto metas a efecto de prevenir las enfermedades y desórdenes mentales, dando un lugar importante a la educación como instrumento para la consecución de dicho objetivo. Cabe mencionar que el campo pedagógico se ha interesado por el bienestar tanto físico como mental de los individuos desde principios del Siglo XIX, a través de diversas estrategias.

Por lo anterior, es de suma importancia que a través de procesos de enseñanza-aprendizaje se pueda coadyuvar a subsanar múltiples factores que colocan a las mujeres en riesgo aumentado de padecer depresión, ya que la educación, siendo un proceso permanente de desarrollo de las potencialidades, tiene como principal objetivo preparar a los individuos para que puedan afrontar de manera inteligente, las tareas y los retos de la vida, es decir que puedan manejarla exitosamente.

Y es a través de programas de educación no formal como se podrían promover y de hecho se promueven conocimientos, habilidades y actitudes tendientes a mejorar la salud mental de las poblaciones.

La propuesta de programa que se elaboró en este trabajo se realizó considerando las necesidades de las mujeres de acuerdo con la etapa de la vida en la que se encuentran y que para efectos del mismo, se ha seleccionado el rango de 18 a 29 años, siendo altamente afectado por la depresión.

Una vez determinado el rango de edad de las mujeres a atender, se identificaron entre sus principales necesidades psicológicas, el logro de la identidad y la autorrealización; entre sus necesidades sociales, el apoyo social y el sentirse insertas en una red afectiva y, finalmente, dentro de sus necesidades pedagógicas se ubicó como la más importante elevar la autoestima. Cabe señalar que la satisfacción de dichas necesidades reforzará factores que protegerán a las mujeres contra la depresión.

Para la elaboración de la propuesta, motivo de este trabajo, se consideró que existe una relación importante entre el grado de autoestima que tiene un ser humano y el grado de su salud mental; siendo la autoestima una parte fundamental para que el individuo alcance la plenitud y la autorrealización física y mental, así como la satisfacción de sus necesidades psicológicas y sociales.

Al elevar la autoestima se promoverán cambios que fortalecerán a las personas, a través del conocimiento y desarrollo de habilidades, como las propuestas por los autores Nathaniel Branden y Mauro Rodríguez Estrada.

Sin embargo, dichos planteamientos se apoyarán con la aplicación de tres estrategias que incluyen diferentes técnicas pedagógicas que han mostrado resultados favorables, en diversos cursos y talleres educativos y de capacitación, tanto a nivel nacional como internacional.

La primera es la Programación Neurolingüística, que afirma que para obtener éxito en la vida se deben tener en cuenta tres aspectos: saber lo que se quiere y tener un objetivo; estar alerta y mantener los sentidos abiertos para darse cuenta de lo que se está obteniendo; flexibilidad para cambiar de forma de actuar hasta obtener lo que se quiere.

La segunda es la Inteligencia Emocional, que funciona mediante la corrección de habilidades emocionales básicas como: aprender un mejor manejo de las relaciones interpersonales, desarrollar la confianza en los demás, establecer límites y expresar abiertamente los sentimientos, ya que la depresión tiene sus orígenes en hábitos pesimistas de pensamiento reversibles.

La tercera es la Gimnasia Cerebral, que coadyuva a través de diversos ejercicios físicos, a eliminar bloqueos para expresar los conocimientos que se poseen, a relajar tensiones, a desarrollar la creatividad, la concentración y el enfoque, entre otras.

Con esta propuesta se pretende que a través del desarrollo y fortalecimiento de aspectos como el autoconocimiento, el autoconcepto, la autoevaluación, la autoaceptación y el autorrespeto, por medio de la aplicación de teorías para elevar la autoestima, apoyadas en las estrategias antes mencionadas, se coadyuve al reforzamiento de los factores de protección que contrarresten los

factores de riesgo, que pudieran colocar a las mujeres de entre 18 y 29 años de edad en una situación de enfermedad de depresión.

Si bien este proyecto es una mínima aportación para las inmensurables dimensiones que tiene el problema de la depresión en el país, es una excelente oportunidad para demostrar que la actividad pedagógica tiene aplicación en campos que tal vez pudieran considerarse ajenos y que sin embargo, la incursión en los mismos puede ser de enorme relevancia para la solución, incluso de problemas de salud pública.

Así, considerando que el desarrollo y la aplicación de esta propuesta generarán un beneficio a la población, el apoyo de las Autoridades de Educación y Salud será fundamental, para que en un futuro, se tenga la posibilidad de abarcar a un gran número de mujeres que se pudieran encontrar con un riesgo aumentado de padecer depresión.

ANEXO 1

GIMNASIA CEREBRAL

De acuerdo con Luz María Ibarra (2005), la Gimnasia Cerebral, es una estrategia fácil y novedosa que permite optimizar y activar la memoria, el aprendizaje, la creatividad, la autoestima, manejar el estrés, mejorar la lectura y escritura, así como, fomentar y estimular la integración cuerpo/mente y la atención, todo ello mediante la realización de movimientos sencillos.

Considerando que cada uno de los 25 ejercicios que presenta dicha autora, en su libro ***Aprende Mejor con Gimnasia Cerebral***, aportan un beneficio en particular, se realizó la selección de algunos de ellos, en función de las actividades que se realizarían en cada una de las sesiones del curso-taller “Prevención de la depresión en mujeres de 18 a 29 años” con la finalidad de favorecer el aprendizaje de las participantes.

En la obra antes mencionada, la autora recomienda algunas posibles combinaciones de acuerdo a la tarea que se realizará, puntualizando que es posible crear combinaciones propias.

POSIBLES COMBINACIONES

- PARA MEJORAR LA LECTURA
Tensar y dispensar, “A;B;C”, Nudos, Gateo cruzado, Ochitos acostaditos, Cuatro ejercicios para los ojos.

- PARA PODER LEER EN VOZ ALTA Y EN PÚBLICO
El elefante, el Peter Pan, el grito energético, el bostezo energético, Gateo cruzado, Accesando a la excelencia, Cuenta hasta diez.

- PARA LA COMPRESIÓN EN LA LECTURA
“A;B;C”, “p,d,p,b”, el elefante, el pinocho.
- PARA DELETREAR MEJOR
Ochitos acostaditos, Ochitos con el dedo, el elefante, el Peter Pan.
- PARA LEER MÁS RÁPIDO
Cuatro ejercicios para los ojos, Ochitos acostaditos, Ochitos con el dedo, el elefante, Nudos, Gateo cruzado.
- PARA LAS MATEMÁTICAS
El elefante, “A;B;C”, “p,d,p,b”, Nudos, el perrito.
- PARA PREPARARSE PARA EL DEPORTE Y EL JUEGO
Gateo cruzado, Nudos, el grito energético, el bostezo energético, la tarántula, el Pinocho.
- PARA LA COORDINACIÓN MANO/OJO (HABILIDADES DE ESCRITURA)
Gateo cruzado, Cuatro ejercicios para los ojos, Ochitos acostaditos, Ochitos con el dedo.
- PARA LA CREATIVIDAD AL ESCRIBIR
El grito energético, el bostezo energético, Cambio de significado, El ¿cómo sí? y el ¿qué sí?
- PARA PENSAR CREATIVAMENTE
Gateo cruzado, el elefante, El ¿cómo sí? y el ¿qué sí?, Cambiando la película cerebral, Accesando a la excelencia, Sonríe, canta, baila.
- PARA ESCUCHAR Y HABLAR MEJOR
El Peter Pan, Gateo cruzado, Cambiando la película cerebral, El ¿cómo sí? y el ¿qué sí?, Accesando a la excelencia.

- PARA INCREMENTAR LA AUTOESTIMA
Nudos, Accesando a la excelencia, Cambio de significado, la tarántula, Sonríe, canta, baila.
- PARA INCREMENTAR LA MEMORIA
El Peter Pan, el Pinocho, el Espantado, el Perrito, Cuatro ejercicios para los ojos, Nudos, Accesando a la excelencia.
- PARA PRESENTAR EXÁMENES
Cuenta hasta diez, Ochitos acostaditos, Nudos, Gateo cruzado, Cambiando la película cerebral, Accesando a la excelencia.
- PARA MANEJAR EL ESTRÉS Y ACELERAR EL APRENDIZAJE

Todos... Escoge los que más se te facilitan y realiza tus propias combinaciones; usa tu creatividad y tu imaginación. (Ibarra, 2005, pp. 116-118)

Para mayor información sobre los pasos para la realización de cada uno de los ejercicios, así como de sus beneficios, se recomienda consultar a los autores:

- ❖ DENNISON, Paul E. (2000). *Brain Gym: Aprendizaje para todo el cerebro*, México, Lectorum.
- ❖ IBARRA, Luz María (2005) *Aprende Mejor con Gimnasia Cerebral*, México, Garnik Ediciones.

REFERENCIAS

OBRAS CONSULTADAS

- 1) BRANDEN, Nathaniel (2001). *La psicología de la autoestima*, México, Paidós.
- 2) DELORS, Jacques (1997). *La educación encierra un tesoro*, México, UNESCO.
- 3) DELVAL, Juan (2000). *El desarrollo humano*, México, Siglo XXI.
- 4) DE LA FUENTE, Ramón, et. al. (1997). *Salud Mental en México*, México, Fondo de Cultura Económica.
- 5) DENNISON, Paul E. (2000). *Brain Gym: Aprendizaje para todo el cerebro*, México, Lectorum.
- 6) DIO Bleichmar, Emilce (1999). *La depresión en la mujer*, Madrid, Temas de hoy.
- 7) FREGOSO Iglesias, Emma Margarita (2000-A). *Educación no formal, Educación para el cambio*, México, UNAM-Praxis.
- 8) FREGOSO Iglesias, Emma Margarita (2000-B). *“Las metas y la edad adulta” en Docencia Económica*. Núm. 2 Vol. 1, México, UNAM, Facultad de Economía.
- 9) FRICK, Willard B. (1973). *Psicología humanista*, Buenos Aires, Guadalupe.

- 10) GALVÁN, Jorge, et al (2006). ***La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas***, México, Salud Mental, mayo-junio, vol. 29 número 003, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- 11) GOLEMAN, Daniel (1995). ***La inteligencia emocional***, México, Ediciones B.
- 12) GOLEMAN, Daniel (1998) ***La inteligencia emocional en la empresa***, Barcelona, Vergara.
- 13) GUTIÉRREZ, del Olmo José Félix (2004). ***Archivo Histórico de la Secretaría de Salud; Guía General***, México.
- 14) IBARRA, Luz María (2005) ***Aprende Mejor con Gimnasia Cerebral***, México, Garnik Ediciones.
- 15) JOURARD, Sidney (1994). ***La personalidad saludable***, México, Trillas.
- 16) KASUGA, Linda, et. al. (2001). ***Aprendizaje Acelerado***, México, Tomo.
- 17) LEMKAU, Paul V. (1979). ***Higiene mental***, México, Fondo de Cultura Económica.
- 18) LERNER, Lía. (2003). ***Del automaltrato a la autoestima; En busca de la salud***, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- 19) MAIER, Henry (1979). ***Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears***. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- 20) MARÍAS, Julián (1995). ***La mujer en el siglo XX***, España, Alianza.

- 21) MASLOW, Abraham (1990). **La personalidad creadora**, Barcelona, Kairós.
- 22) MATERAZZI, Miguel Ángel (1991). **Salud Mental; una propuesta de prevención permanente**. Argentina, Paidós.
- 23) NOVO, María. *et. al.* (2002). **El enfoque sistémico, su dimensión educativa**. Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- 24) O'CONNOR, Joseph y Seymour John (2003) **Introducción a la PNL**, Barcelona, Urano.
- 25) PECK, Robert F. (1970). **La salud mental**, Buenos Aires, Librería del Colegio.
- 26) PICHOT, Pierre (2000). **DSM-IV; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**, Madrid, Masson.
- 27) RODRÍGUEZ, Estrada Mauro (1988). **Autoestima: clave del éxito personal**, México, Manual Moderno.
- 28) SÁNCHEZ, Torrado Santiago (1991). **Educación de adultos y calidad de vida**, Barcelona, El Roure.
- 29) Secretaría de Salud (2003). **Los Institutos Nacionales de Salud; Reseña Historiográfica de 60 años de logros**. México, Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud.
- 30) SOLANA, Fernando (1998). **Educación, productividad y empleo**, México, Limusa.

31)TRILLA Bernet, Jaime (1993). **La educación fuera de la escuela**, México, Ariel.

32)TUSQUETS, Martí (1988). **Enfermedad mental y entorno urbano**, Barcelona, Anthropos.

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

33)ARRIAGA, Flórez Mercedes y Ramírez Almazán Dolores (2004). **Techos de Cristal en la Universidad Hispalense: Identidades y Saberes**. Universidad de Sevilla en <http://www.escriptorasyescrituras.com/cv/techos.pdf> [Consultado el 13 de abril de 2008]

34)BELLÓ, Mariana, Puentes Estebán, Medina-Mora María Elena, Lozano Rafael (2005) **Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México**, en http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2005/47_s1%20prevalencia.pdf [Consultado el 24 de marzo de 2007].

35)DE FERNÁNDEZ Durán, Elsa (2007). **Cómo mejorar el aprendizaje por medio de la metaevaluación**, en http://www.consejo.org.ar/coltec/ferduran_2004.htm [Consultado el 25 de Abril de 2007].

36)Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa (ILCE) (2004). **La formación de maestros de educación especial: evolución y situación actual / Antecedentes históricos de la educación especial en México**, http://normalista.ilce.edu.mx/normalista/r_n_plan_prog/especial/plan_04/ant_his.htm. [Consultado el 16 de enero de 2007].

- 37) Instituto Nacional de las Mujeres (2008). ***Situación de la salud integral en las mujeres***, en http://www.inmujer.df.gob.mx/tem_interes/salud/saludint.html [Consultado el 10 de abril de 2008].
- 38) Instituto Nacional de Salud Pública (2006). ***¿Qué es la depresión?***, en http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Que_es_la_depresion_ [Consultado el 23 de marzo de 2007].
- 39) LÓPEZ Ventura, José Guadalupe. ***Programa e historia de la orientación educativa del nivel medio superior***, en <http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio/L/Lopez%20Jose-OrieEdu.htm>. [Consultado el 14 de enero de 2007].
- 40) MEDINA-MORA, Ma. Elena, et al (2003). ***Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México***. Salud Mental. México, en www.inprf.com [Consultado el 8 de febrero de 2006].
- 41) MIRANDA Bernal, Guadalupe. ***Estudio Comparativo entre estrés y depresión en mujeres con un trabajo remunerado y mujeres que no tienen un trabajo remunerado (amas de casa)***. UAEM, México. En <http://www.uaemex.mx/faapauaem/docs/edesp/caminos%20hacia%20la%20equidad%202007/estudio.html>. [Consultado el 13 de abril de 2008].
- 42) Organización Mundial de la Salud (2005-A). ***Prevención de los Trastornos Mentales; Intervenciones efectivas y opciones de políticas*** .en http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf. [Consultado el 16 de enero de 2007].
- 43) Organización Mundial de la Salud (2005-B). ***Es posible prevenir los trastornos mentales y promover la salud mental, según los últimos datos***

publicados por la OMS, en <http://www.who.int/mediacentre/news/new/nw1/es/index.html> [Consultado el 16 de enero de 2007].

44) Organización Mundial de la Salud (2006). **¿Cuáles son los primeros signos de los trastornos mentales?**, en <http://www.who.int/features/qa/38/es/index.html> [Consultado el 16 de noviembre de 2007].

45) RÍOS, Lorena (2003). **Se disparan las enfermedades mentales**, en <http://www.revistavertigo.com/historico/29-11-2003/reportaje.html> [Consultado el 18 de febrero de 2007].