

“NIVELES DE DEPRESIÓN, AUTOESTIMA Y ESTRÉS EN MUJERES QUE
TIENEN UN TRABAJO REMUNERADO Y MUJERES QUE TIENEN UN
TRABAJO NO REMUNERADO (AMAS DE CASA)”

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA



**NIVELES DE DEPRESIÓN, AUTOESTIMA Y ESTRÉS EN MUJERES QUE
TIENEN UN TRABAJO REMUNERADO Y MUJERES QUE TIENEN UN
TRABAJO NO REMUNERADO (AMAS DE CASA)**

TESIS

Que para obtener el grado de
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

Presenta

JULIETA CONCEPCIÓN GARAY LÓPEZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. JOSÉ LUIS VALDEZ MEDINA

LECTORES DE TESIS

DRA. MARTHA PATRICIA BONILLA MUÑOZ

DRA. AMPARO VICTORIO ESTRADA

México, D. F.

2005

AGRADECIMIENTOS

**AL DR. JOSÉ LUIS VALDEZ MEDINA
GRACIAS POR ANIMARME A INICIAR LA MARCHA
Y COMBATIR LOS OBSTÁCULOS PARA AL FINAL
LOGRAR MIS SUEÑOS**

**MUY ESPECIALMENTE A LA DRA. AMPARO VICTORIO ESTRADA
UN PROFUNDO AGRADECIMIENTO POR SUS ACERTADAS
ASESORÍAS**

**A LA DRA. MARTHA PATRICIA BONILLA MUÑOZ
POR SU AMISTAD Y COMPRENSIÓN**

**A TODAS LAS MUJERES QUE HICIERON POSIBLE
LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO**

INDICE

PORTADA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	v
PRESENTACIÓN	viii
INTRODUCCIÓN	ix
MARCO TEÓRICO	1
CAPÍTULO I	2
1 DEPRESIÓN EN MUJERES	2
INTRODUCCIÓN	2
1. 1 ANTECEDENTES	5
1. 2 DEFINICIÓN	6
1. 3 TIPOS DE DEPRESIÓN	7
1. 4 FACTORES QUE FAVORECEN LA DEPRESIÓN EN MUJERES	13
1. 4.1. FACTORES BIOLÓGICOS	13
1. 4.2. FACTORES PSICOLÓGICOS	23
1. 4.3. FACTORES SOCIALES	26
CAPÍTULO II	34
2 AUTOESTIMA EN MUJERES	34
INTRODUCCIÓN	34
2. 1. ANTECEDENTES	35
2. 2 DEFINICIONES DE AUTOESTIMA	36
2. 3 FACTORES QUE DETERMINAN LA AUTOESTIMA	37
2. 4 NIVELES DE AUTOESTIMA	38
2. 5 AUTOESTIMA EN LA MUJER	41
CAPÍTULO III	58
3. ESTRÉS EN MUJERES	58
INTRODUCCIÓN	58
3. 1 DEFINICIONES	61

3.2 CAUSAS DE ESTRÉS	62
3.3 EL ESTRÉS Y LA MUJER	65
CAPÍTULO IV	78
4. MÉTODO	78
4.1 OBJETIVO	79
4.2 TIPO DE ESTUDIO	79
4.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	80
4.4 VARIABLES	81
4.5 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN	83
4.6 DEFINICIÓN DE LA MUESTRA	83
4.7 HIPÓTESIS	83
4.8 INSTRUMENTOS	84
4.9 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	89
CAPÍTULO V	90
5.1 RESULTADOS	90
5.2 DISCUSIÓN	117
5.3 CONCLUSIONES	128
5.4 SUGERENCIAS	130
REFERENCIAS	132
ANEXOS	145

RESUMEN

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

Por lo anterior el objetivo de la presente investigación fue estudiar dos grupos de mujeres: aquellas que tienen un trabajo remunerado y aquellas que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa); para conocer las diferencias y la relación que hay con respecto de los niveles de depresión, autoestima y estrés. Se trabajó con una muestra conformada por 444 mujeres, de la ciudad de Toluca; de las cuales 229 tenían trabajo remunerado y las otras 215 tenían trabajo no remunerado. Se utilizó la Escala para la Auto-medición de la Depresión de ZUNG, la cual se publicó por primera vez en 1965, para medir la autoestima se empleó el instrumento de Autoconcepto real e ideal de Valdez (1994), Para medir el estrés se usó la Escala de Acontecimientos de Estrés de Caballo (1994).

De los resultados más relevantes encontrados en esta investigación podemos mencionar los siguientes: existe una diferencia en cuanto a la depresión, entre las mujeres con trabajo remunerado y las mujeres con trabajo no remunerado presentando estas últimas mayor puntaje en depresión; en relación con el estrés el grupo más vulnerable fueron las mujeres con una escolaridad de licenciatura o más y las mujeres casadas de la muestra mostraron más tendencia a la depresión.

Palabras Clave: Depresión, estrés, autoestima y género femenino.

ABSTRACT

When the Woman began working, her roles duplicated. One of them would be the house hold chores as attending her husband and educating and raising her children. And the other the labor shores depending of her job responsibilities. So many tasks make the woman vulnerable to depression, stress and low self-esteem.

The above information has been the main reason for researching a group of women that do not have a job (house hold women) and another one in which women do have a job.

To know the relation and differences about depression, stress and self esteem levels.

We worked with a group formed by 444 women of Toluca city 229 had a remunerated job and 215 are dedicated only to house chores. To measure the depression the Zung scale was used (1965); for the self-esteem the instrument self-concept of Valdez (1994) was used, To obtain the stress scale the stress of Caballo was used (1994).

The most relevant results seen are the following: There is a difference about depression between women with remunerate job and women without remunerate job, the household women have a high bound. In relation to stress the women with college studies or more have high bound. The married women had more depression.

Keys words: depression, stress, self – esteem, women.

PRESENTACIÓN

En la actualidad, la vida es tan agitada, existen tantos cambios, y la situación económica se torna difícil, por lo que la mujer requiere desempeñar varias actividades; por un lado, aquella que se dedica a su casa realiza labores propias del hogar, como atender al esposo, se ocupa de la crianza y educación de los hijos y, por otro, aquella que trabaja fuera de la casa, debe asumir múltiples roles como cumplir con las responsabilidades características de su trabajo, así como atender el hogar.

Estos dos grupos de mujeres desempeñan roles distintos, por tanto, es posible que sus respuestas ante la depresión, la autoestima y el estrés sean diferentes. Es por esta razón que se requiere de estudios específicos para analizar el hecho de realizar roles diferentes puede favorecer o desfavorecer el estado emocional de las mujeres; por ello el propósito principal de esta investigación fue describir la relación entre niveles de depresión, autoestima y estrés en dos grupos de mujeres, aquellas que tienen un trabajo remunerado y aquellas que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa).

Este estudio permitirá tener una visión más amplia de la mujer, y sobre todo de la mujer mexicana, puesto que trabajar con dos grupos diferentes de mujeres de la ciudad de Toluca dejará conocer los niveles que presentan en las variables mencionadas.

El marco teórico que sustentó esta investigación está conformado por tres capítulos; el primero, llamado “Depresión en mujeres”; el segundo, “Autoestima en mujeres” y el tercero, “Estrés en las mujeres”. Con los resultados obtenidos se realizaron los análisis estadísticos necesarios para observar cómo interactúan entre sí.

INTRODUCCIÓN

El propósito principal de esta investigación fue conocer la relación entre los niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y aquellas que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa), con el fin de darnos cuenta si existe variedad en las respuestas de acuerdo con las actividades que desempeñan.

Se ha encontrado que la mujer tiende a deprimirse más que el hombre. Esto se debe a diversas causas biológicas, sociales y psicológicas; por lo que, es muy importante realizar investigaciones con diferentes grupos de mujeres para determinar cuáles son los factores que más afectan a éstas. Dentro de los factores biológicos que más provocan la depresión femenina son los cambios hormonales; en relación con el proceso cognitivo las mujeres tienden a ser más reiterativas ante eventos negativos, acostumbran pensar repetidas veces aquello que les lastima, por lo que suelen ponerse más tristes con mayor frecuencia y cuando una situación les duele mucho, reaccionan en forma pasiva, mientras que los hombres reaccionan más activa y hasta violentamente, por lo que, las mujeres son más vulnerables ante la depresión (Kramlinger, 2002; Mercado, 1996; Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999; Rao, Hammen y Daley, 1999; Sprock y Yoder, 1997).

La autoestima parece ser una variable mediadora entre las interacciones personales y el grado de depresión, en un estudio realizado por Smith, Gerard y Gibbons (1997), se pudo observar que una autoestima baja puede desfavorecer las interacciones madre-hijo y favorecer la depresión. Sin embargo, cuando se posee una autoestima alta y existen interacciones negativas entre madre e hijo, la autoestima actúa para mediar haciendo que la persona se sobreponga y no caiga en depresión.

Por tanto, es importante establecer las relaciones entre los niveles de depresión y autoestima entre mujeres que tienen y no tienen hijos para ver cómo es su comportamiento frente a estas variables.

En una investigación realizada por Martínez Sánchez y Casado Morales (1999) se menciona que la diferencia de respuestas ante el estrés dependerá de la frecuencia, intensidad, y duración del estímulo estresante; esto permite hipotetizar que es posible observar un mayor nivel de estrés en las mujeres que trabajan fuera de casa en comparación con aquellas que solamente se dedican al hogar, ya que las que salen a trabajar fuera están sometidas con mayor frecuencia a más acontecimientos estresantes.

En un estudio escrito por Brazelton, Greene y Gynther (1996) también se detectó que en mujeres con una feminidad acentuada, es decir, aquellas que se dedican más a las labores propias del hogar tienen un menor nivel de estrés, pero mayor depresión. Y por el contrario, aquellas mujeres que adoptan roles masculinos, como trabajar fuera de casa y ser proveedoras obtienen niveles más bajos de depresión pero mayor estrés.

Cuando la mujer percibe un sueldo tiende a tener niveles más bajos de depresión, por lo que Barnett, Marshall y Singer (1992) mencionan que esto tal vez se deba a que la mujer con mayores recursos económicos tiene mayor nivel de educación y un mejor locus de control interno.

Por lo anterior, en esta investigación se pretende comprobar si realmente las mujeres que trabajan fuera de casa y perciben un sueldo, tienen una autoestima alta y presentan mayores niveles de estrés y tienden a presentar niveles más bajos de depresión que las amas de casa.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1.- DEPRESIÓN EN LA MUJER

INTRODUCCIÓN

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

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

1. El promedio del índice de expectativa de vida está aumentando en todos los países, por lo que también se ha incrementado el número y porcentaje de personas con mayor riesgo de padecerla.
2. El rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente de tensión intenso y creciente como el que se da en situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.

3. El aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos como el reumatismo, los trastornos gastrointestinales, cerebrovasculares y los problemas neurológicos que, según se ha demostrado, se asocian con depresión en 20% de los casos.
4. El uso creciente de medicamentos, algunos de los cuales pueden causar depresión, como los antihipertensivos, las fenotiacinas y varios preparados hormonales, como los anticonceptivos orales que un gran número de mujeres consume.

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

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

En México en una encuesta realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), encontró que los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad aparecen

a edad más temprana, y en ocasiones, producidos por el uso de ciertas sustancias (Ríos, 2003).

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

Durante las últimas tres décadas, se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, y, sobre todo, entre la población de los países industrializados. Este aumento se ha atribuido al profundo cambio ecológico que ha sufrido el mundo últimamente. Además, en la actualidad se cuenta con mejores elementos de diagnóstico que permiten una fácil detección del problema (López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas, 1995).

En México, también se ha observado este incremento en las ciudades con más habitantes como el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey, donde se registran una prevalencia más alta de los trastornos afectivos como la depresión grave, la distimia (depresión menos grave) y el trastorno bipolar o maniaco depresivo en 10.4%. Le siguen los estados del norte del país como Chihuahua, Durango, Nuevo León y Tamaulipas con 9%, mientras que los del sureste: Chiapas, Quintana Roo y Yucatán presentan 5.7% (Huerta y Franco, 2000).

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

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

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

La mujer actual desempeña diferentes roles lo cual puede afectar su comportamiento provocando cambios en su estado de ánimo, que en ocasiones la llevan a la depresión (Yalom, 1999).

1. 01 ANTECEDENTES

La depresión ha existido siempre. Las descripciones de las enfermedades depresivas pueden encontrarse en los textos de muchas civilizaciones antiguas. En el Antiguo Testamento, el Rey Saúl presentaba signos de depresión, diciéndose en esa época que estaba afligido por un “*espíritu maligno*” y finalmente se suicida. Los textos antiguos ingleses se refieren a la melancolía, que durante siglos fue la palabra utilizada para describir los trastornos del estado de ánimo (Polaino-Lorente, 2000).

Las primeras descripciones médicas de la depresión se remontan al griego Hipócrates, el “Padre de la Medicina”, quien vivió en el siglo IV a. C. Éste creía que la enfermedad mental era resultado de causas naturales más que de fuerzas sobrenaturales. Sugirió la teoría de que la melancolía era producto del exceso de bilis negra en el bazo, de aquí los términos melan, “negro” y colía “bilis”. Él mismo recomendaba para superar la depresión un reequilibrio de los sistemas corporales utilizando relajación y estrategias de vida saludable,

componentes que todavía se usan como parte de un enfoque integral de tratamiento (Sabanés, 1993).

1.02 DEFINICIÓN

La depresión no se puede describir como un estado de desaliento temporal que puede originarse por un mal día o un mal sentimiento. En términos médicos depresión es una enfermedad severa que ocasiona cambios en la memoria y el pensamiento, en el estado de ánimo, en el funcionamiento físico y en el comportamiento (Cardona-Pescador, 1990).

El término depresión en su uso común es vago y tienen diferentes significados, por lo que se recomienda ser cuidadoso al definir y diagnosticar esta enfermedad, ya que sus síntomas pueden parecerse a los de otras enfermedades o atribuirse a otras condiciones como al estrés, problemas de sueño o al exceso de trabajo (Kramlinger, 2002).

Tampoco hay que confundir la depresión por ocasiones en las que las personas se sienten tristes, apesadumbradas o abatidas, pero por corto tiempo. La enfermedad de la depresión es más que un estado de desaliento transitorio o un periodo de estrés. La verdadera depresión, lo que los médicos llaman a menudo enfermedad depresiva o depresión clínica se caracteriza por lo siguiente:

Tiene una duración de dos semanas por lo menos, a menudo mucho más.

Presenta síntomas específicos, relacionados con el estado de ánimo, el comportamiento, el pensamiento y la visión del futuro.

Deteriora su capacidad para funcionar en la vida diaria.

Requiere tratamiento médico, psicológico o ambos.

La definición que más se ajusta a los objetivos de la presente investigación sobre depresión es la propuesta en el DSM-IV (APA,1995), la cual dice que la

depresión se considera como un trastorno del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor. Afirma que la depresión se manifiesta como un trastorno cuyo rasgo esencial es un estado de ánimo deprimido (tristeza, melancolía, abatimiento, desánimo) o una pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades; con síntomas asociados como alteración del apetito, cambio de peso, alteraciones del sueño, agitación o lentitud psicomotora, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas e intentos suicidas (American Psychiatric Association, 1995).

También se toma la definición de Rojas (1979), ya que este autor considera como un elemento importante de la depresión la baja autoestima, por lo que esta variable es relevante en esta investigación, ya que conceptúa a la depresión como un trastorno del estado afectivo que se caracteriza por una baja apreciación del yo, que se manifiesta con baja autoestima, la cual abarca en ocasiones sentimientos de soledad, decepción y preocupación, sentimiento de culpa con deseo de morir, presentándose pérdida de expresión del humor, del interés, de la energía, del gusto, aptitud y viveza.

1. 03 TIPOS DE DEPRESIÓN

Para hablar de los tipos de depresión se decidió aceptar la clasificación de Kramlinger (2002), por estar más de acuerdo con los objetivos de este estudio. Este autor para hacer la categorización toma la duración y severidad de los síntomas y las circunstancias asociadas a cada uno de estos y la divide en la siguiente forma:

Depresión mayor

Distimia

Trastornos de adaptación

Trastornos bipolares

DEPRESIÓN MAYOR

La depresión mayor es la forma más frecuente de depresión. Se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo que dura más de dos semanas, e incluye uno o ambos de los signos primarios de la depresión:

Sentimientos abrumadores de tristeza o pesar.

Pérdida del interés o placer en las actividades que habitualmente disfruta.

La gente que tiene depresión mayor también muestra por lo menos cuatro de los siguientes signos y síntomas regularmente, o todos los días.

Pérdida o aumento significativo de peso

Alteraciones del sueño

Movimientos lentos o inquietud

Fatiga o falta de energía

Baja autoestima o sentimientos de culpa inapropiados.

Sentimientos de inutilidad o culpa

Sentimientos de impotencia o desesperanza

Dificultad para pensar o concentrarse

Perdida de deseo sexual

Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

La depresión mayor puede presentarse sólo una vez o pueden tenerse recaídas. Después del primer episodio de depresión mayor, hay una probabilidad mayor del 50% de presentarla de nuevo.

El primer episodio puede empezar a cualquier edad, pero tiene mayor probabilidad de ocurrir entre los 25 y 44 años de edad. La depresión mayor es más frecuente en mujeres que en hombres. Los eventos estresantes de la vida y las pérdidas significativas son los dos factores precipitantes más comunes de este tipo de depresión.

DISTIMIA

Ésta es una forma prolongada de depresión leve caracterizada por una perspectiva persistentemente sombría, dura de manera común por lo menos dos años, y algunas veces más de cinco.

La distimia puede interferir con el trabajo y la vida social; de hecho, muchas personas con este trastorno se aíslan socialmente y son menos productivas. Se tiene un riesgo mayor de desarrollar depresión mayor si se padece distimia.

Los signos y síntomas de la distimia son como los de la depresión mayor pero no tan intensos, y la persona puede no presentar muchos de ellos. Éstos pueden incluir:

Dificultad para concentrarse o tomar decisiones

Aislamiento social

Irritabilidad

Inquietud o lentitud

Problemas del sueño

Pérdida o aumento de peso

Algunas personas con distimia recuerdan haber tenido sentimientos de depresión en la infancia o adolescencia. Algunas desarrollan distimia después de los 50 años de edad, muchas veces después de una enfermedad. Por lo menos 75% de los individuos con distimia tienen otros problemas de salud.

TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Los trastornos de adaptación preceden a menudo a la depresión mayor. Por lo regular después de una pérdida, o evento muy estresante es perfectamente comprensible sentirse tenso, triste, abrumado o enojado. De modo eventual, la

mayoría de la gente se adapta a las consecuencias de estos factores estresantes de la vida, pero algunas no. Esto es lo que se conoce como trastorno de adaptación, cuando la respuesta a un evento o situación estresante causa signos y síntomas de depresión, pero éstos no son lo suficientemente intensos como para cumplir los criterios de depresión mayor.

Los médicos utilizan los siguientes criterios para diagnosticar un trastorno de adaptación:

Síntomas emocionales o de comportamiento en respuesta a un evento identificable que ha ocurrido en los últimos tres meses.

La respuesta al evento excede de la reacción que normalmente se esperaría.

Los síntomas no se deben únicamente a aflicción o desamparo.

TRASTORNOS BIPOLARES

Algunas personas con depresión tienen ciclos recurrentes de depresión y euforia (manía). Esta enfermedad incluye emociones en ambos extremos (polos), se le conoce también como depresión maníaca o trastorno maniaco depresivo.

En contraste con la depresión, en una fase maníaca la persona se siente con gran energía.

Los signos y síntomas de la manía incluyen:

Euforia anormal o excesiva

Energía marcadamente aumentada

Disminución de la necesidad de dormir

Irritabilidad inusual

Creencias irreales en las propias capacidades y poderes

Conversación incrementada

Pensamientos atropellados

Juicio deficiente

Deseo sexual aumentado

Comportamiento social provocativo, impertinente o agresivo

Abuso del alcohol o las drogas

El trastorno bipolar no es tan frecuente como la depresión mayor o la distimia.

OTRAS DIMENSIONES DE LA DEPRESIÓN

Además de identificar el tipo de depresión, se debe considerar la seriedad de la enfermedad y el patrón de síntomas, ya que esto ayuda a detectar la forma más eficaz de tratamiento. Existen varios subtipos de depresión, algunos de ellos ocurren con frecuencia, otros son raros.

Depresión leve a seria

La depresión mayor puede oscilar entre leve y seria. La depresión leve implica síntomas que no son tan intensos y que interfieren mínimamente en la vida diaria y en las relaciones. La depresión moderada incluye síntomas más intensos y más alteraciones en el trabajo, escuela, familia y relaciones. La depresión seria implica un gran número de síntomas depresivos y una interferencia significativa en las actividades diarias. En casos extremos, la gente con depresión seria puede no ser capaz de trabajar o de cuidarse a sí misma (Gasto, Vallejo y Menchón, 1993).

Otra clasificación de este trastorno del estado de ánimo es la expuesta por Cardona-Pescador (1990), que menciona los siguientes tipos:

Depresión suicida

Ésta se refiere a síntomas tan graves que un individuo piensa con frecuencia en suicidarse o hace un intento de suicidio.

Depresión aguda o crónica

Si los síntomas duran un periodo corto, claramente definido, la depresión es llamada aguda. Si los síntomas han estado presentes más de seis meses, se le considera crónica.

Episodio único o depresión recurrente.

Un episodio único de depresión significa que no tiene historia previa de depresión. Como su nombre implica, la depresión recurrente se refiere a más de un episodio de la misma.

Depresión posparto.

Muchas mujeres presentan sentimientos temporales de tristeza después del parto. La llamada tristeza del bebé tiende a disminuir de manera gradual y por lo general no requiere tratamiento.

Por otro lado Blazer, Kessier, Mc. Gonagle y Swartz (1994), mencionan que la depresión puede estar relacionada con el cambio de estación. Y que esto se debe a la disminución de la luz del sol, ya que esto ocasiona aumento de los niveles de melatonina del cerebro, hormona que controla el estado de ánimo que se produce normalmente durante la oscuridad. Observándose que en países donde el invierno dura más este trastorno se presenta con mayor frecuencia, apareciendo los cambios en el estado de ánimo a finales de otoño mejorando con la primavera.

Estos mismos autores señalan que la depresión relacionada con el cambio de estación es cuatro veces más frecuente en mujeres que en hombres. La edad promedio de comienzo de la enfermedad es 23 años, y el riesgo disminuye al avanzar la edad.

Pasando a otro aspecto, tradicionalmente se ha considerado a la depresión como un estado al cual son más propensas las mujeres, ya que se ha insistido en asociar varios factores con esta afirmación, pero también investigaciones recientes han determinado que la mujer experimenta más altos niveles de depresión que el hombre debido a factores biológicos, psicológicos y sociales (Sprock y Yoder, 1997). Sea cual fuere la perspectiva, no hay espacio para dudar de lo importante que es conocer cuáles de estos factores tienen mayor efecto sobre la depresión en las mujeres, lo que permitirá elegir métodos de tratamiento adecuados.

Conocer los factores que favorecen la depresión aumenta la posibilidad de detectar al grupo más vulnerable y elegir el tratamiento eficaz, evitando que el trastorno del estado de ánimo sea recurrente y crónico en mujeres que han padecido un primer episodio depresivo.

1.04 FACTORES QUE FAVORECEN LA DEPRESIÓN EN MUJERES

1.04. 1 FACTORES BIOLÓGICOS

Cuando se habla de factores biológicos que favorecen la depresión se pueden observar aspectos como que las personas que se deprimen seriamente experimentan cambios químicos en el cerebro que pueden facilitar su aparición (Nolen- Hoeksema, Larson y Grayson, 1999).

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

También es posible hablar de cierta tendencia genética, ya que se ha encontrado en pacientes con depresión que sus padres, abuelos o tíos

padecieron también este trastorno y de ahí quizá heredaron la tendencia a deprimirse. Personas sensibles que en ocasiones toman algunos medicamentos para enfermedades como hipertensión, ansiedad (ansiolíticos), pueden tener depresión (Lara, 1995).

Investigadores como Slater (1993) y Tienari (1994), han encontrado evidencias de factores genéticos y no genéticos en la depresión. Los estudios muestran que:

Los niños adoptados cuyos padres biológicos tuvieron depresión tienen mayor probabilidad de presentarla que aquellos adoptados que no tienen historia familiar de depresión. Esto sugiere una relación genética.

Los gemelos idénticos, que comparten los mismos genes, tienen tasas más elevadas de depresión en ambos gemelos que los fraternos, quienes comparten sólo algunos de los mismos genes. Esto también sugiere una relación genética.

Entre los gemelos idénticos, cuando uno de ellos presenta depresión, sólo en 40% de los casos el otro gemelo la presenta. Esto indica que otros factores, como el estrés o alguna otra enfermedad, desempeñan también un papel, por lo que se considera que si la genética fuera la única responsable de la depresión, la ocurrencia sería de 100%.

Por otro lado Andreasen, Zametkin, Guo, Baldwin y Cohen (1994), han observado en estudios con personas deprimidas, que algunas tienen cantidades anormales de ciertas hormonas en la sangre (tiroideas, adrenales). Por lo que esto hace pensar que el aumento o disminución de la producción de estas puede interferir con la química natural del cerebro y llevar a la depresión. Cuando la glándula tiroidea no funciona adecuadamente, puede haber dos tipos de problemas:

Hipertiroidismo, si libera demasiada hormona tiroidea.

Hipotiroidismo, si libera muy poca hormona tiroidea.

Cualquiera de estos trastornos puede llevar a la depresión, siendo más común, la depresión en pacientes con hipotiroidismo.

De acuerdo a Schmider, Deuschle, Schweiger, Korner, Gotthardt y Heuser, (1995), las glándulas suprarrenales producen varias hormonas que desempeñan un papel clave en las actividades del cuerpo, como el metabolismo, la función inmune y la respuesta al estrés. Por lo que algunas personas con depresión tienen demasiada hormona adrenal o cortisol en la sangre. El exceso de cortisol puede alterar directamente la función cerebral o el equilibrio natural de los neurotransmisores en el cerebro.

También la actividad del hipotálamo se relaciona con la depresión debido a que éste regula la secreción de hormonas. Produce y libera proteínas pequeñas (péptidos) que actúan sobre la glándula hipófisis en la base del cerebro. Estos péptidos estimulan o inhiben la liberación de varias hormonas a la corriente sanguínea, cuando se percibe una amenaza potencial, alerta a lo que se conoce como el eje HPA hipotálamo, glándula hipófisis y glándulas suprarrenales. Éstos forman el sistema hormonal que regula la respuesta del cuerpo al estrés. Y se ha observado que la gente con depresión tiene actividad aumentada del eje HPA (Calderón-Narváez, 1999).

Se ha visto que las influencias biológicas generan diferencias entre géneros, sobre todo a partir de la adolescencia. Los cambios hormonales producen estresores que precipitan la depresión, sobretodo en mujeres. Se ha observado que ocurren cambios psicológicos debido a estos cambios, que pueden ocasionar un nivel de depresión mayor en mujeres (McGrath, Keita, Strickland y Russo, 1990).

Las mujeres durante su vida atraviesan por una serie de eventos, la mayoría de ellos relacionados con la situación hormonal, como son: la menstruación, el

parto, el posparto, la menopausia y el síndrome denominado “nido vacío” (Priest, 1992).

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

Se ha observado que durante la menstruación, el parto o la menopausia, existen variaciones del estado de ánimo, que van desde sentimientos leves de tristeza, hasta en ocasiones depresión profunda (Burin, Moncarz y Velásquez, 1990).

En un estudio realizado por Culbertson (1997) halló que muchas mujeres experimentan cambios en el estado de ánimo por lo general antes de la menstruación como: ansiedad, irritabilidad y tristeza; de 20 a 40% de las mujeres presentan estas emociones. Mientras que otras muestran síntomas físicos inmediatamente antes de la menstruación, como distensión abdominal, dolor en las mamas, fatiga, dolores musculares o cefalea. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de mujeres de 3 a 5% los síntomas premenstruales son tan severos que desorganizan su vida y sus relaciones interpersonales. Este trastorno es llamado premenstrual disfórico (TPMD). Sus síntomas pueden ser:

Estado de ánimo marcadamente deprimido

Sentimientos de desesperanza

Ansiedad, tensión, sentimientos de nerviosismo o excitación

Llanto

Mayor sensibilidad al rechazo personal

Enojo o irritabilidad no característicos y aumento de conflictos con los demás.
Disminución de interés por las actividades habituales
Dificultad para concentrarse
Letargía, falta de energía
Cambio en los patrones del apetito y del sueño
Sentimientos de estar abrumada o fuera de control

También se ha observado que durante los últimos días del ciclo menstrual el cuerpo amarillo se encuentra en regresión y empieza a disminuir la progesterona. En esta etapa, algunas mujeres sufren molestias que en ocasiones son muy severas y las predisponen a deprimirse (Huerta y Franco, 2000).

Según Burin, Moncarz y Velásquez (1990) diez por ciento de las mujeres presentan depresión durante el embarazo, siendo mayor el riesgo en aquellas que tienen historia de depresión, así como trastorno premenstrual disfórico (TPMD), apoyo social limitado, ser jóvenes, vivir solas, conflictos matrimoniales y ambivalencia respecto al embarazo.

Durante el posparto se producen cambios en el estado de ánimo y esto puede relacionarse con los niveles de estrógenos. Al respecto Hamilton, (1989) consideró que el funcionamiento hormonal de la tiroides y de la hipófisis juegan un rol importante en los trastornos del estado de ánimo.

Tener un bebé es un evento excitante, atemorizante y a su vez gozoso. Es común que las mujeres presenten una amplia gama de emociones después del nacimiento de su bebé, incluyendo los síntomas conocidos como tristeza del bebé. En los primeros días posteriores al parto, más de la mitad de las nuevas madres se sienten tristes, enojadas, irritables, o ansiosas. Pueden llorar sin razón aparente e incluso tener pensamientos negativos hacia su bebé. Éstos

son normales y por lo general desaparecen en una semana aproximadamente (Mc Grath, Keita, Strickland y Russo, 1990).

Un trastorno más severo después del parto, llamado depresión posparto, afecta hasta a 25% de las nuevas madres. Este tipo de depresión se origina probablemente por una deficiencia o un cambio en las hormonas sexuales que afecta la actividad cerebral en regiones involucradas con la regulación del estado de ánimo. Los síntomas de depresión posparto son similares a los de la depresión mayor y por lo general se desarrollan en las primeras semanas después del parto (Rao, Hammen y Daley, 1999). Además la mujer puede sentir falta de preocupación por ella misma o por el bebé, o por lo contrario, una preocupación excesiva por éste.

O' Hara, Schlechte, Lewis y Varner (1991) mencionan que la mujer puede tener expectativas irracionalmente elevadas de sentirse atrapada, de cuestionar su capacidad de ser madre y se encuentra en riesgo aumentado de presentar depresión posparto sí:

Tiene historia de depresión

Presenta depresión durante el embarazo

Tiene problemas matrimoniales

Vive eventos difíciles durante el embarazo

No tiene un sistema de apoyo social

En un estudio donde se buscó describir el nivel de depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital General Doctor Nicolás San Juan de la ciudad de Toluca, mediante la escala de automedición de la depresión de Zung, se pudo observar que solamente 11% de la población total presentó niveles de depresión normales, sin embargo, en 49% de la muestra se observaron niveles de depresión donde se requería hospitalización; también se encontró que las mujeres jóvenes entre 16 y 25 años presentaron mayor índice de depresión. A pesar de que la población estudiada tenía nivel escolar bajo, se vio que la

depresión disminuía a medida que aumentaba la escolaridad (Mondragón, 1994).

Condon y Watson (1997) encontraron que la depresión posparto se presentaba con mayor frecuencia cuando existían problemas de infertilidad y también en respuesta a complicaciones médicas, lo que provocaba, en consecuencia, mayor estrés.

En investigaciones realizadas por Winokur (1991) en familias observó que existen diferencias de género, predominando la depresión en las mujeres y en hombres el alcoholismo. Este mismo autor encontró relación entre los cromosomas (x) y el desorden bipolar, haciendo evidente que hay bases genéticas que diferencian la predisposición a la depresión.

Por otro lado, existe poca evidencia de que mujeres que se han sometido a la histerectomía sufran depresión durante la menopausia, pero se considera que aquellas que la desarrollan durante esta etapa han tenido historia de depresión anterior o han estado expuestas a múltiples problemas o tienen que desempeñar roles diversos (McKinlay, McKinlay y Brambilla, 1987).

Los signos y síntomas de la menopausia empiezan por lo general antes del final de la última menstruación y pueden persistir hasta un año después (Rao, Hammen y Daley, 1999).

Este periodo transicional, cuando los niveles de hormonas a menudo fluctúan, se llama perimenopausia. Durante este tiempo muchas mujeres presentan diversos cambios en las emociones y funciones corporales, incluyendo bochornos, dificultades para dormir y fluctuaciones en el estado de ánimo (Folkman y Lazarus 1996).

La menopausia o la perimenopausia por sí solas no causan depresión. Sin embargo, las mujeres que expuestas a otras situaciones estresantes que pueden considerarse factores de riesgo como: hacer un balance de sus vidas y no estar satisfechas con lo que hayan hecho hasta ese momento, por lo que tienden a presentar depresión en el momento en que los niveles hormonales fluctúan (Funabiky, Bologna, Pepping y Fitzgerald, (1980).

En la perimenopausia la mujer tiene mayores problemas de depresión que aquella pre y posmenopáusica, aunque todavía existe una controversia del papel que desempeñan los estrógenos en el control y tratamiento los síntomas psicológicos que padecen estos pacientes. Otros factores, como el estilo de vida de la mujer se relacionan con los problemas en su estado de ánimo. Se ha demostrado que las mujeres posmenopáusicas económicamente activas tienen menos índices de depresión que las que no trabajan. Además los hábitos de alimentación, el ejercicio físico y la obesidad pueden influir en los problemas emocionales de la mujer perimenopáusica, ya que se ha demostrado que las mujeres obesas tienen variaciones en el patrón pulsátil de la hormona folículo estimulante (FSH). Esta hormona aumenta con la edad de la mujer y tiene relación positiva con los síntomas de depresión (Gotlib, 1992).

Al comparar los síntomas de las mujeres menopáusicas diabéticas, con aquellas no diabéticas, se demostró que las primeras padecen más de depresión, del síndrome de nido vacío y de menor autoestima (Lennon, 1997).

En una investigación realizada por Sprock y Yoder (1997) en un grupo de mujeres deprimidas de diferentes edades, con el fin de detectar cuál era la mayor frecuencia del tipo de síntomas en este padecimiento encontraron que estas experimentan mayor frecuencia en síntomas somáticos como desordenes en la alimentación y el sueño.

Hace más de 30 años se creía que la depresión era propia de las mujeres menopáusicas y que raramente ocurría en niños y adolescentes. De manera reciente se ha revisado la frecuencia con la que se presenta la depresión en las personas de diversas culturas y se ha comprobado que es un problema muy común y empieza a una edad más temprana de la que se creía. En un estudio longitudinal a tres años, donde se pretendía investigar las características de la depresión en 579 adolescentes entre 11 y 14 años de edad y padres de familia y profesores provenientes de Catalán Reus (área urbana de España de nivel socioeconómico medio), se demostró que los porcentajes de depresión en niñas y niños fueron de 9.8%, 11.2% y 11.1% contra 9.8%, 8.0% y 9.5% en el primero, segundo y tercer año de secundaria respectivamente. Y en los adultos, mujeres y varones, los porcentajes fueron 2.2%, 2.7% y 4.1% contra 0.9%, 0.3% y 0.6% respectivamente. Observándose mayor porcentaje en adolescentes mujeres (Huerta y Franco, 2000).

En un estudio realizado por González-Forteza, Villatoro, Pick y Collado (1997), en la ciudad de León, Guanajuato, con 860 adolescentes, se comprobó que existe una relación positiva entre el desarrollo sexual y los problemas de afectividad. Los síntomas de tristeza, desinterés en actividades cotidianas (en los juegos, en la escuela y en la alimentación), dificultades para conciliar el sueño, las interrupciones del mismo y no dormir suficiente tiempo, así como los pensamientos o ideas suicidas, se calificaron con la Escala de Hamilton (1960). El estrés se evaluó con la Escala de Percepción Global de Estrés de Cohen (1989) y la autoestima se midió con la Escala de Coopersmith (1976) los resultados obtenidos demostraron que las jóvenes completamente desarrolladas sexualmente obtuvieron calificaciones más altas en los síntomas de depresión y percepción del estrés y menores en el cuestionario de autoestima, que aquellas que aún no se habían desarrollado sexualmente por completo.

Huerta y Franco (2000), reportaron resultados similares en Victoria, Australia, donde se entrevistaron a 2525 adolescentes de 12 a 17 años, concluyendo que,

en las niñas, la menarquia es un predictor de depresión, demostrando que hay una relación positiva entre la aparición de la primera menstruación y la depresión.

A pesar de las claras diferencias culturales y de calidad de vida de las jóvenes australianas, en comparación con las de las jóvenes de mexicanas, los resultados demuestran que, tal vez, la madurez del eje hipotálamo-hipófisis-gónada, con el consecuente aumento de la producción de hormonas sexuales durante el brote puberal tiene efectos importantes en el sistema nervioso central de las adolescentes. Esto se debe a que se comprobó que las niñas que tuvieron la menarquia antes de los 10 años tuvieron menor calificación en la escala de autoestima y mayor calificación en la de depresión, que aquellas en las que se presentó después de los 10 años (Huerta y Franco, 2000).

En dos estudios de adolescentes y adultos jóvenes en los que se les interrogó sobre aspectos relacionados con el estado de ánimo, se demostró que algunos síntomas de depresión y ansiedad se pueden relacionar, además de con el ciclo menstrual, con aspectos del estilo de vida de la mujer; por ejemplo, las mujeres con mayor peso corporal tenían más síntomas físicos, como retención de líquidos, cefalea y dolor pélvico (Ryan-Wenger, 1990).

Cómo se mencionó anteriormente, los niveles anormales de los neurotransmisores en particular de noradrenalina y serotonina producen cambios en el estado de ánimo, y se encontró que el metabolismo de glucosa es diferente entre hombres y mujeres, relacionándose la cantidad de glucosa utilizada con la aparición de depresión clínica en mujeres (Andreasen, Zametkin, Guo, Baldwin y Cohen, 1994).

En estudios electroencefalográficos durante el sueño se han demostrado diferencias de género en la depresión (Reynolds, Kupfer, Thase, Frank, Jarret, Coble, Hoch, Buysse, Kupfer y Houck, 1990).

Con estudios de imagenología del cerebro utilizando técnicas como la tomografía con emisión de positrones (PET) se ha podido comparar la actividad del cerebro durante los periodos de depresión y sin ella. La comparación se hace de diversas formas, incluyendo la determinación de oxígeno y azúcar (glucosa) en la sangre. Mientras más activa es un área del cerebro, más oxígeno y glucosa requieren sus tejidos Reynolds et al. , (1990).

En este mismo sentido en un estudio realizado por Gasto, Vallejo y Menchón (1993) al comparar grupos de personas con depresión y sin ella muestran que aquellas con depresión tienen menos actividad en ciertas regiones del cerebro que las que no están deprimidas.

Es evidente que los factores biológicos tienen efecto sobre la depresión de la mujer, pero también el aspecto psicológico es relevante ante este trastorno.

1. 04. 2 FACTORES PSICOLÓGICOS

Con respecto a qué causas psicológicas se asocian con la depresión, Beck y Snell (1989) dicen que los diferentes estilos de respuestas y la acumulación de estresores en la vida pueden ser los principales factores que favorecen la depresión. La memoria puede facilitar o no a la depresión según el aprendizaje previo (Bower, 1991). Esto se puede observar en individuos que se deprimen más, tienen mayor dificultad para organizar material y también presentan problemas para memorizar, sobre todo cuando requieren resolver problemas donde se exige de mayor esfuerzo (Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1994, Otto, Breider, Fava, Delis, Quitkin y Rosenbaum, 1994).

En hombres y mujeres existen diferencias interesantes en la lateralización cerebral y en la función cognoscitiva. Las mujeres en general son mejores en las tareas en las que intervienen la destreza verbal, la velocidad perceptual y la

destreza manual fina, mientras que los hombres desempeñan mejor las tareas visual-espaciales y matemáticas. En la mayoría de los seres humanos el hemisferio izquierdo se especializa en los procesos verbales y el derecho en los procesos espaciales. Estos procesos de lateralización son más fuertes en el hombre que en la mujer. Y se ha dicho que estas diferencias de lateralización entre hombres y mujeres se deben principalmente a la exposición de los primeros a la testosterona. Debido a ello, el hombre en diversas circunstancias, tiene más probabilidades de reaccionar más agresivamente que la mujer. Mientras que éstas tienen más alteraciones del estado de ánimo (Butler y Nolen-Hoeksema, 1994).

En una investigación hecha con estudiantes de licenciatura se pudo observar que quienes eran menos persuasivos exhibían más estados depresivos; y quienes obtenían más altos puntajes en masculinidad y bajos en feminidad tenían peor control en sus relaciones interpersonales (Beck y Snell, 1989). Esto sugiere que una alta feminidad está asociada con más sentimientos depresivos y problemas de interacción personal. De la misma manera, Sanfilippo (1994) señala que niveles altos de masculinidad están asociados con menos experiencias depresivas y, por lo contrario, alta feminidad se relaciona con más depresión en hombres y en mujeres.

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

La mujer puede diferir del hombre en su intensidad de afecto. Fujita, Diener y Sandvik (1991) encontraron en estudiantes de licenciatura emociones positivas y negativas más intensas en mujeres, al compararse con hombres. Inclusive éstas

pueden percibir las mismas situaciones diferentes que los hombres; también se ha observado que la mujer tiende a reconocer con mayor facilidad los problemas y emplear más estrategias positivas y negativas para manejar la depresión que el hombre (Yoder, Shute y Tryban, 1990). Las mujeres que reciben un mayor apoyo económico y social por parte de otros, pueden expresar más en forma verbal y escrita sus problemas personales, reduciendo los niveles de estrés y depresión (Funabiky, Bologna, Pepping y Fitzgerald, 1980).

Mujeres y hombres pueden aprender a manejar las emociones y a enfrentar el estrés de formas distintas. Kramlinger (2002) sugiere que las mujeres se inclinan menos que los hombres a actuar en sus problemas, pero tienden más a pensar demasiado en ellos.

Thayer, Newman y McClain (1994) mencionan que hombres y mujeres responden de diferente forma para regular su estado de ánimo, consideran que la mujer emplea técnicas más pasivas ante situaciones difíciles, mientras el hombre utiliza técnicas más activas que le proporcionan placer y distracción; es decir, cuando la mujer se deprime por lo regular se encierra, no quiere hablar con nadie y llora, en cambio el hombre se sale y practica un deporte que le guste.

Butler y Nolen-Hoeksema (1994) sugieren que las mujeres, a diferencia de los hombres, adoptan estilos cognitivos reiterativos sobre situaciones que les molestan y eso desarrolla y mantiene por mayor tiempo los estados depresivos. El comportamiento denominado rumiación puede prolongar la depresión, debido a que ésta provoca en las mujeres la recurrencia de pensamientos negativos y ver la vida con pesimismo, lo que interfiere con la atención y obstaculiza la solución de problemas.

Con respecto a la edad, muchas mujeres de mediana edad con depresiones, con serios problemas en torno a la insatisfacción que les genera el balance de sus

vidas o con dificultades al verse ya mayores y sin los atractivos de la juventud, pueden tomar como blanco de su estado de irritación y mal humor el comportamiento de sus hijos adolescentes, generando serios problemas familiares (Burin, Moncarz y Velásquez 1990).

En el Estado de México se encontró que la frecuencia de depresión se incrementa en mujeres cuya edad oscila entre 50 y 62 años, etapa donde las mujeres por lo común están atravesando por la menopausia (Cano, Díaz-Martínez, Juárez, Ortega, Martínez, Cano, Zamora, Rodríguez, Hernández y Pérez, 2002).

También se ha visto que algunas mujeres que enmascaran depresión ya que es común que algunas acudan al médico quejándose de padecimientos físicos como cefaleas, mala digestión, flatulencias, insomnio, diarrea, dolor de espalda, etc., mismos que desaparecen en el momento que un profesional las escucha, por lo que todos estos síntomas físicos se consideran manifestaciones de depresión (Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1994).

1. 04. 3 FACTORES SOCIALES

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

Así mismo a las mujeres les resulta más difícil dar salida a sus agresiones, por lo que las interiorizan volcándolas hacia sí mismas, culturalmente se da una reacción negativa hacia una mujer agresiva, por lo que ellas desean verse casi todo el tiempo como personas amables, en espera de aprobación

social, ya que temen perder a las personas al demostrar su enojo (Joiner y Blalock, 1995).

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

Riley (1996), informó que mantener un amplio apoyo social ayuda a la mujer a manejar mejor sus necesidades de educación y servicios y le posibilita responder a otras actividades con menores niveles de depresión y estrés.

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

Veiel (1993) encontró que el soporte familiar tiene un efecto negativo para recuperarse de episodios de depresión en mujeres que se dedican al hogar, pero no así en hombres y mujeres que trabajan fuera del mismo. Quizás porque las mujeres que no trabajan fuera se sobrecargan de problemas y demandas emocionales y esperan que otros se los resuelvan, reforzándoles a la vez sus síntomas depresivos.

Por otro lado, la mujer percibe las interacciones familiares como más estresantes que el hombre. Bernstein (1991-92) y Sowa y Lustman (1984), han visto que la mujer es más vulnerable a los efectos de las relaciones familiares problemáticas. Turner en 1994 encontró que la mujer comunica más experiencias positivas y negativas con respecto a sus relaciones y son más impactantes para ella los conflictos maritales, por lo que una mujer infeliz en su matrimonio tiende tres veces más a deprimirse en comparación con el hombre.

Tener niños pequeños es también un factor de riesgo asociado con la depresión en mujeres, esto se puede deber a que éstos tienden a enfermarse con más frecuencia y no hay que olvidar que la salud de los hijos es muy importante para las mujeres y que a la mayoría les ocasiona mucha preocupación que los niños se enfermen (Mc Grath, Keita, Strickland y Russo, 1990).

Es posible observar el impacto que tiene el incremento de roles en la mujer que trabaja con respecto a su estado de ánimo. Algunos estudios no han encontrado diferencia entre mujeres que trabajan y amas de casa (Ensel, 1982; Warren y Mc Eachren, 1985; citados por Sprock y Yoder, 1997). Sin embargo, otros investigadores han visto el conflicto entre la duplicación de roles; el trabajar y las labores familiares provocan en las mujeres doble esfuerzo, lo que ocasiona que no puedan rendir al 100% en ambos sitios y precipita en ellas la depresión (Greenglass, 1995).

Por lo contrario, en otras investigaciones se observó que los múltiples roles pueden aislar a la mujer de la depresión. Adelman (1994) y Aneshensel (1996), encontraron que las mujeres casadas que trabajan y tienen altos niveles de estrés en la casa y en el trabajo, obtienen menores niveles de depresión al compararlas con aquellas que no trabajan fuera de su casa. Por

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

Cuando la mujer desempeña múltiples y difíciles roles, en ocasiones esto no afecta negativamente su estado de ánimo, sino por el contrario, le puede servir para sentirse activa y la distrae de pensamientos negativos (Barnett, Marshall y Singer, 1992).

Thornton y Leo (1992) observaron que las mujeres con mayor grado de estereotipos femeninos tienden a deprimirse más que aquellas con estereotipos masculinos.

Lo que resulta más sorprendente es que muchas mujeres se deprimen por las consecuencias que les acarrea ser “muy femeninas”, entendiendo por esto el estereotipo, que actualmente tiende a denominarse una “mujer tradicional”. Muchas otras, en cambio, se deprimen por lo opuesto, es decir, por tener que desempeñar dos roles: trabajar fuera del hogar y ser ama de casa, y otras, porque no terminan de encontrar un rol que les guste o les satisfaga (Gasto, Vallejo, y Menchón, 1993), lo que nos permite concluir que es posible ver variaciones en el estado de ánimo dependiendo de los roles desempeñados por las mujeres.

En otro orden de ideas, se encontró que las personas que tienen mayor conocimiento sobre esta enfermedad es decir que dominan el concepto, conocen los síntomas, tienen experiencia en el manejo de pacientes, saben cuáles son los tratamientos e intervenciones sobre la depresión, se vuelven más vulnerables, a la sintomatología al compararlas con otras que no están familiarizadas con la depresión (Barnett, Marshall y Singer, 1992).

Existe tendencia a la depresión debido a factores socioculturales; las diferencias entre hombres y mujeres pueden ser por el tipo de educación, oportunidades laborales, prácticas negativas de crianza y exposición a traumas específicos. Todos estos factores contribuyen a diferentes tipos de cognición y personalidad, por ejemplo, vivir sin apoyo, recordar reiteradamente sucesos negativos, poseer un autoconcepto pobre y considerarse con tendencias al fracaso, predisponen a las mujeres a la depresión (Widiger y Spitzer, 1991).

Con respecto a los estilos de crianza, Symonds (1996) encontró que el favoritismo en la familia dependiendo del sexo origina un comportamiento diferente entre hombres y mujeres, por ejemplo, el favorecer a los hijos sobre las hijas da como resultado una personalidad caracterizada por falta de reconocimiento, pertenencia y sentimientos crónicos de depresión en la mujer.

Kaplan (1986; citado por Sprock y Yoder, 1997) descubrió que la personalidad femenina se caracteriza por pasividad, puesto que ponen mayor atención a los demás, y tienden al sacrificio, lo que da como resultado baja autoestima y dependencia, convirtiendo a la mujer en agente de riesgo para la depresión.

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

Mujeres quienes de jóvenes fueron pobres y cabeza de familia son más susceptibles a la depresión. Se ha encontrado que quienes sufrieron raptos, violencia física y sexual en la niñez tienen alto riesgo de deprimirse en la adultez (Hobfall, Ritter, Lavin; Hulsizer, M.R. y Cameron, 1995).

Se han hallado diferencias de género en cuanto a la depresión en poblaciones especiales tales como: mujeres de raza negra, lesbianas y maduras (Greene, 1994).

Barbee, 1992; McGrath, Keita, Strickland y Russo, 1990 descubrieron que en grupos minoritarios la mujer puede incrementar el riesgo de depresión debido a factores sociales negativos, como el estar constantemente expuestas a la discriminación o rechazo.

Las personas pobres tienen menos recursos para resolver sus problemas, por lo que dependen más de los servicios que da el gobierno y están más expuestas a la enfermedad y a la violencia, además de que tienen que compartir la casa con padres, suegros, hermanos y cuñados, lo que ocasiona menor espacio vital, propicia más enfado, hacinamiento y depresión. En las mujeres pobres, la falta de recursos y la poca escolaridad ocasionan que se sientan más atadas a las parejas y cuando se llegan a separar les resulta difícil reclamar el apoyo económico y se les hace muy pesado ser el único sostén del hogar, por lo que tienden a desarrollar sentimientos de pesimismo, desesperanza y tienden a deprimirse (Lara, 1995).

La mujer tiende a reconocer mejor los síntomas depresivos y a aceptar que necesita tratamiento en comparación con el hombre, debido a que socialmente es más aceptado que la mujer se queje y exprese sus emociones. (O'Neil, Lancee y Freeman, 1985; Yoder, Shute y Tryban, 1990).

En relación con el tratamiento González- Fortaleza, Berenzon, Medina- Mora, Tello, Facio, 1997; Lara, Medina-Mora, Salgado, Acevedo; Díaz-Pérez, Y Villatoro, (1996) encontraron que el uso de servicios especializados en salud mental se presenta después de todo un proceso de intento de curación, que puede iniciar con la automedicación o utilización de remedios caseros, búsqueda de ayuda por parte de familiares o amigos, asistencia a diversos servicios alternativos y el psiquiatra o psicólogo se presentan como última opción cuando la gravedad del padecimiento resulta inmanejable.

En cuanto a las evaluaciones psicológicas (tests, entrevistas), se ha encontrado que la mujer tiende más a comunicar síntomas psicológicos estresantes, incluyendo la depresión, debido a las diferencias con respecto a la expresión de emociones entre mujeres y hombres (Widiger y Spitzzen, 1991).

Greene, (1994) encontró más sintomatología depresiva en las mujeres que tienen mayor probabilidad de cargar con responsabilidades tanto en el trabajo como en la familia. Así como también en aquellas que tienden a padecer pobreza, ser madres solteras y tener historia de abuso sexual y físico

Una escala de depresión geriátrica demostró mayor sensibilidad de la mujer ante la depresión que el hombre (Allen-Burge, Storandt, Kinscherf y Rubin, 1994 y Wrobel, 1993) mostró que algunos psicólogos clínicos informan que las mujeres senectas parecen tener más depresión.

Hay estudios donde se ha consultado a médicos y a estudiantes de medicina, quienes mencionan que dentro de sus pacientes diagnosticados como deprimidos la mayoría son mujeres (Lichtenberg, Gibbons, Nanna y Blumenthal, 1993).

En estudios con mujeres deprimidas se observaron mayores niveles de depresión en aquellas casadas, debido a que éstas mostraron más estereotipos femeninos que las solteras (Landrine, 1988; Mercado, 1996 y Mondragón, 1994).

Se ha demostrado que un factor que contribuye a que la mujer no se deprima es que ésta tenga un nivel de escolaridad superior al de preparatoria, es decir, que posea licenciatura y además trabaje fuera de casa, debido a que cuando la mujer se siente productiva su valoración hacia sí misma es superior, lo que la aísla de la depresión (Vélez Bautista, 2001).

En resumen, en este capítulo se pretende demostrar la importancia de hacer estudios de depresión con mujeres, ya que este trastorno del estado de ánimo está afectando a un gran número de personas; y dentro de ellas las mujeres son las más vulnerables por diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales. Éstos últimos son los que más nos interesan, puesto que se considera que los diferentes estilos de vida así como los diferentes roles desempeñados contribuyen en el comportamiento de las mujeres, teniendo como hipótesis principal en este estudio que las mujeres que no tienen un trabajo remunerado (amas de casa) tienden a deprimirse más que aquellas que tienen un trabajo remunerado.

CAPÍTULO II

2.- AUTOESTIMA EN LA MUJER

INTRODUCCIÓN

La autoestima es el grado en que una persona se siente amada, valiosa y competente. La persona con baja autoestima puede verse a sí misma como inútil, dependiente, abrumada, angustiada y con miedo. Estas sensaciones pueden llevarla a evadirse de la realidad o a manifestar síntomas depresivos desde ligeros hasta muy graves, con consecuencias familiares y sociales muy negativas (Bersing, 2000).

Un ser humano no puede esperar realizarse en todo su potencial sin una sana autoestima, tampoco puede hacerlo una sociedad cuyos miembros no se valoran a sí mismos y no confían en su mente (Burns, 2002).

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

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

2. 01 ANTECEDENTES

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

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

Sin embargo el primero que intento definir a la autoestima como tal fue el funcionalista William James quien considero a esta como el resultado de lo que la persona hace para obtener el éxito, en aquellas metas que pretende alcanzar (Fensterheim, 1990). Por otro lado Alfred Adler, enfatizó el papel de la autoestima como uno de los elementos relevantes de la dinámica personal que caracterizan la vida humana. De acuerdo con Mosak y Dreikurs, especialistas en la teoría de Adler citados por Mézerville, 2004 consideraban que el hombre no es empujado desde atrás por causas tales como herencia o el ambiente, sino que más bien es jalado desde adelante por las metas que el mismo se propone realizar.

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

Por otro lado (Maslow 1954; citado por Mézerville, 2004). uno de los representantes de la psicología humanista es quien más ha difundido el papel que la autoestima desempeña en la vida humana, al incluirla dentro de su conocida **Jerarquía de necesidades**. Para este autor existen dos tipos de necesidades de estima, a saber, la estima propia y aquélla que proviene de los demás. Ambas las ubica jerárquicamente por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal y las necesidades de pertenencia y afecto.

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

2. 02 DEFINICIONES DE AUTOESTIMA

Branden, (1997 a) definió la autoestima como lo que siente la persona, con respecto a sí misma; y esto dependerá de lo que cada quien quiera ser y hacer. Por ello está determinada por la realidad y las potencialidades de cada individuo. Por tanto, la autoestima se define como: el aprecio de los propios méritos y el carácter para responder y actuar de forma responsable con los demás.

Por lo anterior, la autoestima es:

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

Para este estudio se empleó la definición de Valdez (1994), quien menciona que hay una estructura mental de autoconcepto o yo real y un yo ideal, implícitos, que al compararse en cuanto a su distancia, da como resultado una evaluación o juicio de valor, que es producto de una estructura llamada **autoestima**. Es decir, que a mayor distancia entre el yo real y el yo ideal, menor autoestima, y a menor distancia entre ambas estructuras mayor autoestima.

La autoestima es un fenómeno psicológico y social; una actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, conformada por un grupo de opiniones y sentimientos (Burns, 2002).

En resumen, la autoestima es un juicio de valor que se expresa en las actitudes positivas y negativas del individuo hacia sí mismo.

2. 03 FACTORES QUE DETERMINAN LA AUTOESTIMA

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

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

Lo anterior se puede observar desde las expectativas que la pareja tenga de su futuro hijo, que van desde si será hombre o mujer, a quién se parecerá, qué profesión tendrá, etc. Todo ello influirá en este constructo. Al nacer se inicia la relación madre-hijo y dependiendo de qué tan satisfactoria sea ésta, se irá conformando la autoestima; esto dependerá de las habilidades que el niño vaya adquiriendo y de cómo la madre vaya reforzando los aciertos de

determinados comportamientos, será como el niño se vaya percibiendo a sí mismo (Montt y Ullua, 1996).

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

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

2. 04 NIVELES DE AUTOESTIMA

Autoestima alta

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

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

Una persona con autoestima alta se siente importante. Por lo general, los individuos con autoestima positiva, según Rodríguez, Pellicer y Domínguez(1998), poseen las siguientes características:

- Hacen amigos fácilmente.
- Muestran entusiasmo por las nuevas actividades.
- Son cooperativos.
- Les gusta ser creativos y tener ideas propias.
- Demuestran estar contentos, llenos de energía y hablan con otros sin esfuerzo.
- Se sienten libres y sin que nadie los amenace.
- Dirigen su vida hacia donde creen conveniente, desarrollando las habilidades que hagan posible esto.
- Aceptan su sexo y lo relacionado con él.
- Ejecutan su trabajo con satisfacción, lo hacen y aprenden a mejorar.
- Se gustan a sí mismos y a los demás.
- Se aprecian y se respetan a sí mismos y a los demás.
- Aceptan sus limitaciones.
- Conocen, respetan y expresan sus sentimientos y permiten que lo hagan los demás.

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

Autoestima baja

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

Los sentimientos de inseguridad e inferioridad que sufren estas personas los llevan a sentir envidia y celos de lo que otros poseen, manifestándose con actitud de tristeza, depresión, renuncia y aparente abnegación, o bien, con actitudes de ansiedad, miedo, agresividad y rencor, sembrando así el sufrimiento (Rodríguez, Pellicer y Domínguez, 1998).

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

Las principales características que definen la autoestima baja son:

- Sentimientos de incompetencia e inadecuación.
- Apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad.
- Sensibilidad ante las críticas de los demás.
- Aislamiento y desconfianza en las relaciones interpersonales.
- Tendencia a la ansiedad y destructividad.
- Dificultad para reconocer los acercamientos afectuosos o de aceptación de otras personas.

2. 05 AUTOESTIMA EN LA MUJER

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

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

Si nos sentimos queridos, protegidos y aceptados, el concepto que tenemos de nosotros mismos será más elevado y repercutirá en una adecuada autoestima, ya que existe una relación directa entre el afecto con que nos tratan nuestros padres, con la seguridad en nosotros mismos, la asertividad e imagen (Buri, Kirchner y Walsh, 1999).

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

En cambio, la percepción positiva de uno mismo produce un significado de fuerza de identidad y de elevado bienestar (MruK, 1999).

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

Más aún, en el mundo actual donde la mujer desempeña diferentes papeles dependiendo de su profesión y ocupación, y por ello experimenta diversas necesidades y deseos que le provocarán una percepción y valoración diferente de sí misma (Barnett, Marshall y Singer, 1992).

A este respecto Bedoya y Cacedo (1997) al realizar un estudio en Cali Colombia con mujeres de dos grupos con y sin trabajo remunerado, encontraron que no existe diferencia en su autoconcepto y autoestima entre estas mujeres, es decir que no hay diferencia en cuanto la percepción y aprecio que tienen de ellas mismas dependiendo de los papeles que desempeñan.

La mujer de hoy realiza diversas actividades como ama de casa, desempeña labores propias del hogar como la limpieza de la casa, el cuidado y educación de los hijos y además de actividades propias de su trabajo y/o profesión. Por lo que esta mujer-madre toma en ocasiones también las funciones del padre, para ser mujer-madre-padre que además de aportar económicamente al hogar, guía y educa a los hijos. Por todo esto la mujer se puso en la posición de cuestionar los valores tradicionales, revolucionó su conciencia y comenzó a vislumbrar otro mundo, lleno de alternativas y posibilidades. Además comenzó a pensar que era posible emanciparse, decidir por sí misma, fortaleciendo su individualidad, aunque muchas veces cargara tanto con los nuevos logros como con los roles tradicionales. Todo lo anterior deja entrever que la mujer de hoy no acepta limitaciones en el desarrollo de todas sus potencialidades, sean ellas sexuales, políticas, económicas, intelectuales o afectivas y que si ha sido concebida por la sociedad como esposa, madre y ser dependiente, no son los únicos papeles a jugar en su vida. Esto abre las puertas para que las mujeres del mañana sean diferentes y tengan mayor conciencia de su justo valor, sin traicionar algunos de los valores tradicionales, pero caminando y luchando por sus ideales al lado de los hombres, quienes también tendrán una nueva conciencia para construir un mundo diferente al que les tocó vivir a sus abuelas (Adelmann, 1994).

Sin embargo, la mujer actual todavía está expuesta a contradicciones e injusticias donde aún existe la discriminación y el acoso sexual en los empleos, el abuso dentro y fuera de ellos, y la violencia doméstica, hechos donde la mujer resulta ser más vulnerable, pero también por lo que pueden generar un cambio y ocupar posiciones diferentes, dependiendo de las diversas capacidades e intereses. Esto ya se puede observar al ver a algunas mujeres ocupando posiciones de liderazgo, en los negocios, los deportes, la política, la educación, en la pequeña y mediana industria (Bersing,2000).

En una investigación realizada por García (1998), en el Estado de México se observó que no obstante la abrogación jurídica, la discriminación femenina en

nuestro país aún persiste debido a falsos valores que deforman la imagen femenina y que en función de su género limitan su desenvolvimiento como ser humano, aunque existan organizaciones que defienden los intereses de la mujer que trabaja, sobre todo la obrera, algunas disposiciones legales que tienden a protegerlas, antes que conseguirlo, en ocasiones llegan a empeorar su situación. Tal es el caso de que de acuerdo con la ley cuando hay un determinado número de trabajadoras, es obligatorio establecer una guardería, la respuesta patronal ha sido mantener la demanda de ellas por debajo del tope establecido. Y que al prohibir al género femenino ciertas ocupaciones en razón de su salud y excluirse del trabajo nocturno por encima de las 22 horas, ello ha derivado en que aquellas que tienen necesidad de empleos en tales condiciones han sido objeto de mayor explotación, pues aceptan remuneraciones irrisorias con tal de ser aceptadas. También se observó que a menores salarios el porcentaje de mujeres aumenta y a salarios mayores el porcentaje de mujeres disminuye. La población que gana más de 5 y hasta 10 salarios mínimos es de 1,752,519 de los cuales 25% son mujeres y 75% son hombres, en tanto que en la población que gana más de 10 salarios mínimos, formada por 673,438 solo el 13.4 % son mujeres y 86.6% son hombres. Esto significa que la mujer percibe salarios más bajos.

Las mujeres son más sustituibles que los hombres, debido que ellas tienden a tener menor capacidad de negociación y aceptan más fácilmente realizar el mismo trabajo en un puesto de menor rango (como asistente en vez de jefe), bajo condiciones contractuales menos estables. Esto se puede deber a que un porcentaje elevado de mujeres que son cabeza del hogar no tienen pareja, o sea, que asumen toda la responsabilidad por sí solas. Lo anterior significa una presión enorme para seguir trabajando, bajo cualquier circunstancia (Alvira, 1994).

Así mismo se menciona que en México la tasa de analfabetismo es más alta en el género femenino constituida por el 79% de mujeres. De acuerdo con el INEGI,

en 1990, de 630,621 profesionistas ocupados 163,578 son mujeres, lo que representa 25%. En puestos directivos de 569,561, sólo hay 110,311 mujeres, 19%. Todas estas circunstancias pueden generar en la mujer un sentimiento de desvalorización por lo que se requiere hacer estudios con mujeres con diferentes estilos de vida para conocer como es su nivel de autoestima (Vélez Bautista, 2001).

Entre hombres y mujeres con ingresos más altos hay una diferencia del 30% a favor de ellos, mientras que las mujeres, con salarios más bajos, perciben hasta 22 % menos que los hombres (García, 1998).

Incluso en puestos iguales, las mujeres siguen en desventaja. Esto hace preguntar: ¿Qué pasa en el tránsito de la vida escolar a la laboral?, ¿Será resultado de una menor autoestima y autovaloración de las mujeres, de una discriminación o una falta de práctica para asumir posiciones de poder o de competencia?.

Un grupo considerado vulnerable son las mujeres que trabajan como docentes, quienes reciben un salario bajo, lo que origina que vivan en condiciones modestas y con mayores cargas de trabajo doméstico y tal vez cargas más intensas de trabajo remunerado (Aguirre-Lora, 1991).

Otros problemas que pueden tener las docentes son:

Por lo regular están a cargo de 1º y 2º grado de primaria donde se requiere más esfuerzo y desgaste emocional.

Son trabajos que vienen a ser una extensión de la casa, ya que desempeñan tareas de cuidar y educar niños.

Algunas son víctimas de acoso sexual por sus superiores a cambio de otorgarles ascensos.

Por otro lado, si ella no cumple con sus responsabilidades familiares, está sujeta al maltrato emocional, físico y psicológico por parte del marido o compañero. Existe un porcentaje elevado de madres solteras o con un estado civil no formal, es decir, viven en unión libre con un compañero.

Por lo regular en el magisterio las mujeres no tienen puestos directivos, es más frecuente que los puestos de mayor jerarquía estén ocupados por hombres.

Se mantienen en sus puestos porque son “humildes”, el puesto para ellas significa seguridad económica (ganan poco sueldo pero es seguro).

Por todo esto, la mujer que desempeña el puesto de docente no se aprecia, por lo que en ocasiones su autoestima es baja y se vuelve conformista ante los retos sociales.

Aneshensel (1996), ha observado que la mayoría de las “amas de casa profesionistas” experimentan placeres sexuales disminuidos. Esto ocurre porque su crecimiento personal es limitado, debido a que su potencial intelectual y productivo puede permanecer sin retos como amas de casa de tiempo completo. Para sentirse más valorada se recomienda ser independiente tanto material como emocionalmente.

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

Como se mencionó anteriormente, hoy la mujer tiene la libertad y oportunidad de elegir su propio desempeño y desarrollar sus propios valores, así como sus capacidades intelectuales. Sin embargo, otro aspecto que se ha visto en relación con el estado marital es que los hombres divorciados y los viudos son por lo general más deseados y procurados por el sexo opuesto que las mujeres divorciadas y las viudas, debido a que los varones por lo común son más productivos en sus trabajos y tienen más recursos materiales que ofrecer (Branden, 1998).

Como se puede observar, la baja autoestima en las mujeres tiene causas diversas como: problemas de inadaptación en la infancia o adolescencia, crisis matrimoniales, fracasos laborales que pueden desembocar en procesos depresivos de ligeros a severos. Dicho comportamiento está muy relacionado con la pérdida de la autoestima. El comportamiento depresivo en la mujer provoca que no se quiera a sí misma, aplica una memoria selectiva que recuerda sólo lo negativo de su vida, esto se puede observar en algunos síntomas como el no comer o no dormir, que dañan su propia salud (Bersing, 2000).

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

González Arratía(1996) menciona que entre los 20 y 60 años la autoestima de la mujer puede variar debido al grado de éxito o fracaso en el trabajo, la adaptación al matrimonio, la maternidad, el grado de éxito o de fracaso en el matrimonio, el divorcio, la evolución de las capacidades físicas, el estatus socioeconómico, la cultura, los papeles desempeñados en la sociedad.

Esta misma autora con relación a esto, encontró que a medida que la edad aumenta, la autoestima tiende a descender; a mayor edad, menor autoestima,

atribuyéndose este hallazgo a la disminución de las capacidades en las diferentes áreas: social, familiar sexual y laboral.

Se ha encontrado que la disminución de la autoestima afecta a personas de diversas edades, pero los sectores más afectados son las mujeres y los adolescentes. Desde el punto de vista psíquico, la etapa crítica de la mujer es la comprendida entre los 40 y 50 años, al llegar la menopausia, ya que la mujer hace un balance de su vida y con frecuencia no está satisfecha (Smith, Gerard, Gibbons, 1997).

Sin embargo, a pesar que por las causas mencionadas anteriormente se puede originar la depresión y caída de la autoestima al llegar a determinada edad, se debe buscar valor en uno mismo, en el propio interior. Reconocer que con los años llegan otras oportunidades de las que se puede disfrutar; los hijos crecen, se independizan, viven su vida, se casan; ocasión para ocuparse de uno misma, es el momento propicio de iniciar aquellas actividades con las que siempre se soñó y nunca se concretaron por falta de tiempo y exceso de obligaciones (Bersing, 2000).

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

Las amas de casa no se sienten queridas ni apoyadas por su familia y el reparto de las tareas domésticas lo consideran injusto ocasionando en ellas desvalorización y estrés debido a la monotonía de la jornada continua de día tras día, aunado al hecho de que el ama de casa no tiene independencia económica. En el mundo laboral, en ocasiones, se recomienda que para evitar el estrés se cambie de puesto o hasta de lugar de trabajo; extrapolando esta idea a las amas

de casa, al sentirse estresadas se les recomendaría cambiar de familia, lo que es una solución demasiado radical y no real (Barberá y Moltó, 1994).

Por otro lado, las mujeres que tienen puestos ejecutivos con frecuencia quieren hacer todo por ellas mismas, y esto les genera estrés, por lo que se recomienda delegar tareas. Lo mismo sucede con algunas amas de casa, quienes quieren tener la casa tan perfecta que se angustian porque desean que las cosas se hagan de determinada manera y esto impide a menudo que el resto de la familia colabore, pero es más rentable que sean más flexibles. Aún hoy muchas mujeres piensan que “cuanto más cenicientas sean”, mejor será el príncipe, y eso es asumir algo que no es cierto. Porque finalmente al trabajo de la casa no se le da ese reconocimiento (Tschirhart y Donovan 1991).

Barnett, Marshall y Singer, (1992) hallaron que cuando la mujer es la única que trabaja, tiene mejor salario, mejores prestaciones y renombre o éxito laboral. A veces, el hombre acepta de buena gana su lugar, admira a su mujer, la aprecia y la apoya haciéndola sentirse bien, e incluso, él mismo se siente bien. Él se queda en casa atendiendo las necesidades del hogar para que la mujer pueda salir a trabajar sin preocupaciones y está conforme con esa situación.

Se preocupa por proteger la casa y espera a que ella traiga lo necesario para cubrir las necesidades de ésta y de la familia que la habita (Duque, 2002).

Así mismo, hay otros hombres que se sienten relegados, fracasados y hasta humillados, razón por la cual envían mensajes a la mujer de rechazo, coraje, resentimiento y despotismo, a través de diversas actitudes. No la admiran, sino por lo contrario, le exigen que los atienda sin un mínimo de amabilidad.

Se dice que de las personas económicamente activas, 90% de las mujeres desempeñan labores domésticas, mientras que sólo 62% de los hombres lo hace, pero las primeras dedican 28 horas cada semana y los segundos sólo 12.

Esta diferencia hace sentir frustrada a la mujer e influye en su propia valoración; por lo que se debe reforzar la colaboración del hombre en la familia en el ámbito doméstico para que exista una justa distribución de responsabilidades en el hogar (Corredor y Gómez Ortiz, 1999).

Hay que romper con los estereotipos sobre los valores femeninos tradicionales, por lo general lo primero que se aprecia en una mujer es su belleza, es importante hacerlo pero también hay que reconocer otras cualidades como su inteligencia y su gran energía para realizar doble jornada, en la casa y en el ámbito profesional. Es sustancial señalar que las personas deben sentirse satisfechas con el trabajo que están realizando, ya que si no es así se produce un descenso en la autoestima que conduce a querer abandonar cualquier tipo de trabajo (Bersing, 2000).

Alvira, (1994) encontró que tener hijos antes de conseguir la independencia financiera reduce el potencial para el triunfo profesional, disminuyendo por ello el aprecio personal de algunas mujeres. Si éstas no sienten que han ejercido bien su rol como madres pueden transmitirles esta inseguridad a sus hijos y a su vez pueden tener baja autoestima ambos.

Debido a lo anterior, las parejas actuales llamadas "Neo Tech" evitan tener hijos hasta que estén en una mejor posición financiera y de madurez, en la cual los hijos ya no se consideran una carga, aceptan su rol de padres y no se sienten mártires, comparten tareas, tienen mayor capacidad de amar, plantean objetivos para el futuro, por lo que se sienten más seguras económica y emocionalmente y con una autoestima más alta (Branden, 1998).

La desigualdad puede deberse a un fenómeno interno que se proyecta al exterior, es una ilusión que debe combatirse desde el interior y las consecuencias de estas proyecciones son reales y se manifiestan en todas las

injusticias de las que es objeto la mujer; pero el combate está dentro, desde la concepción que tenemos de nosotras mismas, de la autoestima, por lo que se necesitan detectar algunos de los factores que influyen en ella para ayudar a aquellos grupos de mujeres más vulnerables a fortalecer su autoestima (Bersing, 2000).

No hay que olvidar que los factores culturales propios de la tradición modelan la percepción que tenemos de nosotras mismas y sólo cambiarán si nosotras las cambiamos y, para esto se debe trabajar con diferentes grupos de mujeres para conocer su nivel de autoestima (Rodríguez, Pellicer y Domínguez, 1998).

La autoestima de la mujer es el resultado de su historia familiar, así como de las experiencias vividas por otras mujeres que la antecedieron como la abuela, las tías. Por lo que la autoestima es parte de los estereotipos generacionales que han influido su comportamiento y los roles desempeñados como madre, esposa, amante e hija etc. Así como qué tan satisfecha se ha sentido con el desempeño de cada uno de estos roles (Branden, 1997 a).

Desde el enfoque cognitivo, somos lo que pensamos. Todo cuanto somos proviene de nuestros pensamientos.

Si somos lo que pensamos es conveniente preguntarnos ¿De dónde vienen estos pensamientos? Y ¿Cómo esto tiene que ver con la autoestima?; ¿Está una realmente programada, como una computadora, y es imposible modificar la información que está en el disco duro? Y ¿Cómo tiene esto que ver con los estados de ánimo? ¿Cómo se reacciona ante los estados depresivos? ¿Cómo se establece comunicación con otros? ¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles? Estas preguntas constituyen la base de otro conocimiento más allá del saber intelectual (Bersing, 2000).

Conocerse a sí mismo implica el trabajo que diariamente realiza la persona consigo mismo. Es estar alerta y “despierta” a lo que ocurre en su interior, tener una actitud de cuestionamiento constante hacia sí mismo y hacia la vida. Este autocuestionamiento es confundido muchas veces con una autocrítica negativa, pero no debe ser así, es un constante preguntarse qué quiero y hacia dónde voy. Y de este conocimiento se desprende el concepto de autoestima que es la valía que tiene uno de sí mismo. Este concepto tiene tres dimensiones, una intelectual (lo que pienso de mí), incluye todas aquellas cosas valoradas por mí y mi experiencia personal como positivas (virtudes, recursos, aspectos que me agradan) y aquellas cosas o aspectos que me desagradan (y que regularmente son vividos como limitaciones o defectos); otra afectiva que incluye los sentimientos hacia los otros y hacia mi propio autoconcepto (cómo me siento al respecto); una tercera dimensión es la subjetiva donde se tiene una conciencia de uno mismo; estas tres dimensiones dan lugar a los pilares de la autoestima (Bersing, 2000).

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

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

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

Cuanto más sólida sea nuestra autoestima, mejor equipadas estaremos para enfrentarnos a los problemas que surgen en el trabajo o en la vida personal, con más rapidez podremos recuperarnos de una caída y más energía tendremos para empezar de nuevo. La mujer necesita aprender a ser eficaz como agente de cambio en sus relaciones afectivas y sociales (Bersing, 2000).

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

En un trabajo con un grupo de mujeres adolescentes que se observó existe una relación significativa entre una alta autoestima y una buena salud mental en estas jóvenes; sin embargo, esto no es así en adolescentes con autoestima baja, ya que se detectaron trastornos psicológicos en ellas (Montt y Ulloa, 1995).

Cuando el ser humano no tiene confianza en sí mismo recurre a emociones negativas y no piensa de manera racional, la depresión se caracteriza por la

desesperanza, la pasividad, la sensación que todo acto y esfuerzo son inútiles, que no vale la pena hacer nada, y por sentimientos de rechazo y condena hacia uno mismo (Branden, 2001).

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

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

Se sabe que en las últimas décadas se han registrado importantes cambios en la economía nacional y mundial. Estos cambios han contribuido a que la necesidad de la autoestima sea más urgente para todos aquellos que participan en el proceso productivo, desde el directivo de la empresa hasta el personal de nivel básico (Rodríguez y Ramírez, 2003). Entre estos cambios pueden citarse los siguientes:

- 1.- La decreciente necesidad de trabajadores manuales debido a la alta tecnología y la creciente demanda de trabajadores intelectuales con aptitudes verbales matemáticas y sociales avanzadas.

- 2.- La necesidad de nuevas tecnologías, productos y servicios de calidad.

3.- La demanda de personas con las siguientes características: autonomía, responsabilidad, autogestión y compromiso para la innovación.

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

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

Redil (1981) mostró que las mujeres con una baja autoestima tienen poco control sobre sus vidas y son vulnerables a la depresión y tienden a verse a sí mismas como menos capaces de lo que en realidad son. Por lo que cuando existe depresión, las mujeres experimentan pensamientos negativos y se

perciben de una manera negativa devaluándose a sí mismas, ya que creen que todo lo que han hecho no tiene valor y pierden interés por cualquier tipo de trabajo.

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

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

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

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

En resumen, la autoestima es considerada una variable mediadora que puede contribuir en el comportamiento de la mujer. Se deja ver que la autoestima puede variar entre mujeres que desempeñan diferentes roles como ser ama de casa o trabajar fuera del hogar, provocando en ella diferencias en sus estados de ánimo.

CAPÍTULO III

3. ESTRÉS EN MUJERES

INTRODUCCIÓN

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

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

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

En la segunda mitad de dicho siglo, Claude Bernard, fisiólogo francés, se interesó por la influencia de los cambios del ambiente debido a que éstos originan en el organismo humano el funcionamiento de ciertos mecanismos que le permiten mantener su propio ajuste. Es decir, un cambio en el medio provocará desajustes en el equilibrio del organismo, el cual los contrarrestaría de alguna manera. Posteriormente, ya comenzado el siglo XX, el fisiólogo estadounidense Walter Cannon preocupado por las reacciones del organismo para mantener el equilibrio interno en situaciones de emergencia, utilizó el término “homeostasis”. y consideró al estrés para referirse a aquellos niveles de desajuste que pueden llegar a provocar un debilitamiento en los mecanismos homeostáticos (Baccaro, 1994).

Según Powell (1998) la utilización actual del concepto tiene su antecedente fundamental en la teoría de la adaptación “Síndrome General de Adaptación”, del endocrinólogo húngaro de la Universidad de Montreal, Hans Selye, quien se ha

dado en llamar posteriormente “padre del estrés”. Sus investigaciones han constituido las primeras aportaciones significativas al estudio de este fenómeno, creando las bases para la realización de investigaciones sobre este término

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

Como se puede observar, el estudio del estrés comienza a desarrollarse a partir de la medicina y posteriormente continúa en el ámbito de la psicología, formulándose así las explicaciones de las implicaciones psicológicas que dicho fenómeno tiene para el individuo. Todo ello, siguiendo un modelo conceptual correspondiente al marco teórico de la psicología de la conducta, que se ocupa del comportamiento de los individuos, con el propósito de incidir en ellos para conseguir una conducta deseable. Más adelante, se estudian las causas y efectos en otros ámbitos de la vida social y laboral, es decir, trascendiendo de lo individual a lo grupal (Fontana, 1992).

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

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

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

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

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

Todas las definiciones del estrés se refieren a los siguientes parámetros: a) condiciones productoras de estrés (causas), b) cómo operan esas condiciones en el individuo (características personales), c) reacciones que provoca en el individuo (respuestas) y d) consecuencias de esas reacciones. Éstas se diferencian entre sí en cuanto a la posición que se otorga a la presencia del estrés en el proceso al

que da lugar la acción de un estímulo, su percepción y respuesta al mismo (Lazarus y Folkman, 1991).

3. 01 Definiciones

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

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

- Fisiológicos: sudor de manos, palpitaciones, falta de aire, respiración suspirosa, tics, contracturas y calambres musculares, insomnio, alergias, enrojecimiento de piel, verrugas, decaimiento.
- Psicológicos: nerviosidad, irritabilidad, aislamiento, nostalgia, aburrimiento, desconfianza, falta de entusiasmo, falta de motivación, disminución de la concentración y creatividad.
- Conductuales: desgano, distracción, pérdida del humor, pensamientos persistentes sobre problemas, productividad reducida, postergamiento de decisiones importantes o difíciles, falta de energía.

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

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

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

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

3. 02 CAUSAS DE ESTRÉS

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

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

El mismo autor expone que en numerosos estudios han intentado determinar el valor estresante debido a ciertos acontecimientos concluyendo que las 10 situaciones que estresan más a las personas son: en primer lugar, la muerte del cónyuge; en segundo, el divorcio; en tercero la separación; en cuarto, el estar en prisión; quinto, la muerte de un pariente; sexto, enfermedad personal; séptimo,

contraer matrimonio; octavo, pérdida del trabajo; noveno, reconciliación conyugal y, por último, la jubilación.

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

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

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

Se ha observado que la ocupación laboral y el deseo de promocionarse profesionalmente juegan un papel fundamental en la vida de cada uno. El trabajo es fuente de ingresos y permite planificar proyectos para el futuro. Un jefe de familia, siendo hombre o mujer, seguramente está más tranquilo si cada fin de mes puede contar con un sueldo fijo, lo cual es positivo tanto para él como para el núcleo familiar que sustenta. También para los jóvenes el trabajo es importante porque les permite construir un futuro y afirmar su propia independencia de los padres (Powell, 1998).

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

En un estudio realizado por Turnipseed (1994) halló que dentro de los acontecimientos que generan estrés en el trabajo es posible mencionar los siguientes: ambigüedad de roles que se produce cuando se proporciona información imprecisa, poco clara o incompleta respecto a las tareas que se han de llevar a cabo; conflicto de rol que se produce como consecuencia de la falta de adecuación entre el rol esperado por la organización y los valores que posee el trabajador; sobrecarga de trabajo debido a factores de la organización como contar con escaso personal y como consecuencia cada trabajador estará obligado a asumir mayor cantidad de tareas o a factores individuales con un elevado nivel de autoexigencia, búsqueda de perfeccionismo en el trabajo, dificultad para delegar la realización de tareas o toma de decisiones, estructuración inadecuada del tiempo, competitividad, falta de interés por el trabajo que se realiza, empezar un trabajo nuevo sin haber terminado el precedente, aceptar encargos de trabajo aun sabiendo desde el principio que se disponía de escasos recursos, estar insatisfecho con el trabajo que se realiza, aceptar hacer cosas que no le corresponden, trabajar horas extraordinarias, llevar trabajo a casa, recibir llamadas de trabajo en casa; juegos de poder donde se da prioridad a las relaciones personales sobre la formación y preparación del trabajador; inadecuación de estatus que consiste en ocupar un lugar en la organización que se encuentre por debajo o por encima de la capacidad o formación real del individuo; desacuerdos frecuentes con los compañeros y / o superiores.

Todos estos acontecimientos nos pueden ocasionar que nos sintamos mentalmente cansados, pudiendo llegar al **burnout**, término descrito por Clark (1996), que consiste en una situación de fuerte cansancio mental e intelectual

causado por niveles elevados de estrés profesional, cuyos síntomas típicos son la ausencia de placer por trabajar, conflictos excesivos en relación con el entorno, evaluación negativa de uno mismo.

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

Para reducir los niveles de estrés consideran Kreitler, Aronson, Berliner; Weissler y Arber, (1995) que es importante la aceptación del rol que se desempeñe, es decir el ama de casa debe de estar satisfecha de serlo, lo mismo la que trabaja fuera debe estar a gusto con el desempeño en su puesto y gozar de los beneficios que recibe por su incorporación a la vida laboral.

También se ha observado que contribuye al estrés el tipo de personalidad, siendo más vulnerables al estrés los sujetos ocupados, competitivos, inquietos, impacientes, siempre activos, que hacen más de un trabajo a la vez y están dispuestos a aprender nuevas iniciativas, a este tipo de comportamiento se le denomina personalidad tipo "A" (Valadez y Vaquero, 1992).

3. 04 EL ESTRÉS Y LA MUJER

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

El estudio del estrés se ha centrado en los hombres y en las actividades que éstos realizan. Pero no hay que olvidar que las mujeres viven en el mismo mundo que los hombres. Por lo que ellas también tienen que soportar los embotellamientos, las tensiones laborales y los desengaños amorosos. También a ellas les preocupan los hijos, el futuro y la situación económica presente (Caballo y Cardeña, 1997).

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

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

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

con las mujeres que se encuentran en el ámbito productivo se pudo observar que éstas experimentan mayor nivel de estrés al compararlas con los hombres y se estresaban ante acontecimientos como aparecer en un medio de comunicación (prensa, radio, T.V.), ser corrida de la casa, ser objeto de violación, ser víctima de otros abusos sexuales, ser víctima de agresión física, pérdidas personales significativas, ser detenida, muerte de algún miembro de la familia, ser encarceladas, casarse, divorciarse de la pareja, ser despedida del trabajo, problemas con el jefe o compañeros de trabajo, incendio o catástrofe en el hogar, problemas laborales o académicos y sufrir un desastre natural.

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

Con lo expuesto anteriormente se puede decir que tal vez si se dotara a la mujer en su educación formal e informal, tanto de características instrumentales como expresivas, su percepción de estrés en relación con situaciones generadoras del mismo disminuiría, evitando así otros problemas emocionales posteriores que interfieran en su desarrollo personal.

Sin embargo, que la mujer se inserte y se mantenga cada vez más en el trabajo remunerado, permite que se vayan conformando en ella rasgos andróginos (Delgadillo y Valdez, 1998), categoría que considera la mezcla tanto de rasgos de masculinidad (instrumentales) como rasgos de feminidad (expresivos).

Fontana (1992) considera que existen diferencias entre hombres y mujeres en el modo de afrontamiento, ya que mientras éstas al tener que resolver un problema lo hacen tratando de mantener la calma, es decir, mediante el manejo de emociones, puesto que piensan que si se sienten bien por dentro, los factores

externos no representan gran inconveniente; los hombres prefieren ver las posibles soluciones ante el problema y experimentan alegría en la medida en que se resuelven los problemas.

Según Pianta y Egeland (1994) se puede percibir que las mujeres al experimentar situaciones tensas, desarrollan más fácilmente estados de depresión, mientras que los hombres muestran la tendencia a pasar a la acción, incrementando la impulsividad y las conductas agresivas. Asimismo, el género femenino suele atribuir con más frecuencia sus fracasos a factores internos (por ejemplo falta de capacidad o haber entendido mal), mientras que el género masculino tiende a atribuirlo a factores externos (por ejemplo, el profesor tiene la culpa). Además las mujeres tienden a ser más pesimistas con respecto a sus propias capacidades y a generalizar una deficiencia específica en otras áreas de su vida (por ejemplo, si considera que no es buena cocinera, tiende a pensar que tampoco es capaz en otras actividades). De este modo, la autoestima de las mujeres suele verse afectada de manera más común y más seriamente que la de los varones, debido a que éstas son más susceptibles a las opiniones de los demás.

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

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

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

Por otro lado, el tipo de trabajo que la mayoría de las mujeres desempeñan es con un sueldo bajo, como las enfermeras, secretarías, maestras, empleadas, en los que se les pide mucho y se les ofrece poco, debido a ello, muchas veces, lo estresante, no es la tarea en sí, sino el rol asignado parecido al de madre que todo lo puede y nada necesita (Vélez Bautista, 2001).

Se ha visto que las mujeres por lo general ganan menos dinero y tienen menos poder que los hombres. El bajo nivel socioeconómico trae consigo muchas preocupaciones y estrés, incluyendo la incertidumbre por el futuro y un menor acceso a los recursos médicos (Valadez y Landa, 1998).

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

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

Lennon (1994) observó que las mujeres que trabajan son más propensas al estrés, ya que se sienten abrumadas por el tener que ejercer dos tipos de roles: por un lado el de ama de casa en donde en muchas ocasiones se sienten acosadas y culpables por no dedicarle más tiempo a los hijos y, por otro, el tener que estar en casa no les permite desempeñar con más eficacia su trabajo.

A menudo, las madres que trabajan se angustian porque piensan que quizá están robando a sus familiares el tiempo que deberían dedicarles, e intentan compensarles por ello. Y esto hace que la madre que trabaja se sienta más cansada, con necesidad de tiempo para sí misma e incluso abrumada por la sensación de culpa (Cacique, 2000).

Adelmann (1994), concluyó que las mujeres no cambian el trabajo de la casa por el trabajo fuera de ella, sino que añaden algunas obligaciones externas a sus obligaciones domésticas y familiares.

La otra alternativa también crea estrés. Es decir, una madre que decide quedarse en casa corre el riesgo de sentir que no está haciendo todo lo que puede para ayudar a su marido en el esfuerzo económico necesario en nuestros días.

Además, su sensación de dependencia aumenta incluso cuando hace todo lo posible por ahorrar (Barnett, Marshall y Singer, 1992).

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

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

Por lo contrario, Pribram (1981; citado en Witkin-Lanoil, 1987) encontró que las mujeres muestran un mayor predominio del hemisferio izquierdo del cerebro, el cual dirige el lenguaje, la lógica y las definiciones por lo que son capaces de afrontar el estrés de modo más lógico y verbal que los hombres. Y también se dio cuenta de que el cordón de fibras nerviosas que conecta ambos hemisferios del cerebro, es más grueso en la mayor parte de las mujeres. Es decir, que éstas pueden combinar las capacidades espaciales visuales del hemisferio derecho con las habilidades verbales del hemisferio izquierdo de manera coordinada, originando la intuición femenina.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La mujer también está expuesta a factores psicosociales que la incomodan como en caso del ama de casa a la que se presiona para que salga del hogar y se realice; la mujer que trabaja y a la que se presiona para que vuelva al hogar, a fin de no perder a su familia. Por esto se ha detectado que el desempeñar doble rol también ha generado mayor nivel de estrés en las mujeres. Y más aún si no están a gusto con el rol que desempeñan, pues esto también les genera tensión (Aneshensel, 1996).

Existe mayor nivel de estrés en mujeres que trabajan por estar expuestas a mayor estimulación, porque se puede llegar a la fatiga por exceso de trabajo por un largo periodo, esto tal vez se deba a querer hacer mucho en poco tiempo y a no utilizar estrategias de mando adecuadas (Allen, Coyne, Huntoon, 1998).

El hecho de trabajar ayuda a las mujeres a aliviar los problemas del presupuesto familiar, pero también contribuye al estrés, ya que aquellas que lo hacen fuera del hogar terminan laborando más horas al día, cumpliendo con una doble jornada dentro y fuera del hogar y esto las conduce a mayor propensión al estrés (Cacique, 2000).

El mismo autor observó que el que la mujer se incorpore a la fuerza laboral ha ocasionado que reciba un ingreso económico al igual que el esposo, pero cuando dicho ingreso es superior al del cónyuge, ésta se estresa y se propician los conflictos de pareja.

Se ha percibido que a mayor número de estereotipos femeninos menor estrés, pero esta afirmación nos conduce a pensar que la mujer que trabaja fuera del

hogar está adoptando estereotipos masculinos, lo que la hace más vulnerable al estrés (Brazelton, Greene, Gynther, 1996).

Naturalmente, las madres divorciadas, solteras y viudas suelen tener muy poca libertad de elección en cuanto a trabajar o no. Es evidente que el estrés por razones económicas es considerable en las familias de un solo progenitor (Barnett, Marshall y Singer, 1992).

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

Algo que todavía estresa a algunas mujeres es tanto el temor al fracaso como al éxito, es la herencia cultural que todavía impera en algunas mujeres de realizarse profesionalmente enfrentándose a la desaprobación del padre (Witkin-Lanoil, 1987).

El mismo autor menciona que la mujer que no se casa regularmente es exitosa académicamente, pero no así con respecto a la obtención de una pareja y a tener hijos, por lo que se llega a sentir impotente y con una vida incompleta; situaciones que la pueden llevar a ser víctima del estrés.

Hoy en día cuando las mujeres están llegando a posiciones ejecutivas, empiezan a mostrar un comportamiento un tanto diferente, ya que exhiben conductas como: competitividad, agresividad, impaciencia e irritabilidad, perfeccionismo, elevación constante de aspiraciones, las cuales favorecen el estrés (Valadez y Vaquero, 1992).

Sin embargo, el trabajo puede también traer beneficios a la mujer ya que el hecho de pasar tantas horas compartiendo objetivos, trabajo duro, ansiedades y victorias,

puede dar lugar a vínculos muy fuertes. A veces nacen en el trabajo amistades que duran toda la vida. De un modo u otro, sienten que forman parte de un equipo, satisfaciéndose hasta cierto punto la necesidad fundamental de integración (García, 1998).

El trabajo puede dar la oportunidad de conversar con hombres y mujeres de otros ambientes sociales, de otras generaciones y otras profesiones; esto ayuda a hacer más flexible el pensamiento, a tener buen humor, a proporcionar mayor información, a adquirir habilidades para tener mejor control, todo lo cual puede ayudar a reducir el estrés (Salgado, 1990).

Por esto el trabajo puede brindar una serie de elementos amortiguadores y de válvulas de escape para expresar sentimientos negativos. Es decir que puede representar la oportunidad de utilizar constructivamente la adrenalina generada por la ira. “Se puede discutir una propuesta en lugar de discutir con el marido” (Becoña y Vásquez, 1999).

El trabajo puede representar una fuente de elogios y de reconocimiento por parte de los demás.

Los reconocimientos por un buen desempeño laboral, un aumento de salario o de comisiones significa un aumento de autoestima. El trabajo puede llegar a convertirse en una prueba tangible de esfuerzo, un motivo de orgullo y una posibilidad de independencia que hace al individuo sentirse más capaz (Lennon, 1994).

En un estudio realizado por Cruz del Castillo, Rivera, Díaz-Loving y Vidal, (2004) acerca de las ventajas y desventajas que tienen las mujeres con trabajo remunerado, se observó que ellas reportan las siguientes ventajas: Obtención de ingresos que les permite mayor poder adquisitivo, ampliar el círculo de amistades, salir de la rutina del hogar, realización personal, aprendizaje de temas diferentes, reconocimiento, pueden darles mejor educación a sus hijos, mejor calidad de vida,

mayor arreglo personal en resumen el trabajar fuera les proporciona una situación económica mejor que les permite más comodidades. Así mismo como desventajas mencionan descuido de los hijos y quehaceres del hogar, deterioro en la salud por agotamiento por la doble jornada, problemas con la pareja, falta de tiempo para actividades personales, mayores gastos en transportación, poco tiempo para amigos, inseguridad por robo o accidente automovilístico, competencia para ocupar un puesto mejor.

Todos estos cambios que en la actualidad enfrenta la mujer mexicana repercuten en su vida personal, familiar y de pareja pudiendo producir en ellas más estrés.

El estrés que proviene de los ambientes laborales es sin duda un tema que debe ser ampliamente estudiado debido a que las condiciones físicas, las relaciones interpersonales, la carga de trabajo, el tipo de tarea, son consideradas circunstancias y condiciones potencialmente generadoras de estrés Peiró y Prieto. (1996).

Otro aspecto interesante con respecto al trabajo académico son los diversos estudios realizados por Acosta (1999), Díaz-Barriga (1998) y Galaz (1999) que mencionan que como resultado de las políticas públicas para la educación superior, específicamente, los programas de incentivos, los profesores han venido modificando, en la última década, sus ritmos de trabajo, lo que ocasiona diversos tipos de tensiones.

Por último, es importante mencionar lo expuesto por Kreidler, Aronson, Berliner; Weissler y Arber, (1995) que consideran que las actividades cotidianas que desempeñan un gran número de mujeres las predisponen al estrés tales como; el conducir un automóvil, ya que se requiere de habilidad visual-motora, sensatez, atención, experiencia, precaución, conocimientos técnicos y mentalidad defensiva.

Así mismo las largas esperas debido a que muchos de los momentos más irritables los pasan mientras esperan al marido, al novio, al electricista, al pediatra, en las filas de los bancos, de los ascensores, de los autobuses (Powell, 1998).

También están expuestas al ruido constante como al despertador por las mañanas, la disputa de los adolescentes, los ronquidos del esposo, el llanto de un bebé, el teléfono, la bocina de un autobús, ruidos de animales domésticos, del televisor, del radio, de la aspiradora, etc. (Witkin –Lanoil, 1987).

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

MÉTODO

CAPÍTULO VI.- MÉTODO

OBJETIVO GENERAL

Estudiar el comportamiento de dos grupos de mujeres: aquellas que tienen trabajo remunerado y aquellas que no lo tienen (amas de casa); para conocer la relación y la diferencia que hay con respecto a los puntajes de depresión, autoestima y estrés.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Describir los niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y aquellas que tienen un trabajo no remunerado.
- 2.- Correlacionar los puntajes totales de depresión, autoestima y estrés.
- 3.- Comparar si existe diferencia entre la depresión entre mujeres que tienen un trabajo remunerado y aquellas que no lo tienen.
- 4.- Comparar si existe diferencia entre la autoestima entre mujeres que tienen un trabajo remunerado y aquellas que no lo tienen.
- 5.- Comparar si existe diferencia entre los acontecimientos productores de estrés entre mujeres que tienen un trabajo remunerado y aquellas que tienen un trabajo no remunerado.

TIPO DE ESTUDIO

Éste es un estudio correlacional que pretende determinar el grado de relación entre las variables de depresión, autoestima y estrés tomando en cuenta la ocupación, edad, estado civil, escolaridad y si tienen o no hijos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con la incorporación de la mujer al campo laboral se han creado nuevos estilos de vida, multiplicándose así los roles que desempeña (Adelmann, 1994, Barnett, Marshall y Singer, 1992, García, 1998). Por un lado, la mujer que se dedica al hogar, realiza actividades como cuidar a los hijos, atender al marido y hacer la limpieza de la casa, en comparación con aquella que trabaja fuera del hogar, quien tiene que cubrir un horario, leer documentos relacionados con su trabajo, impartir clases, tomar decisiones, asistir a reuniones, competir por un puesto, además de cumplir con su rol de madre y ama de casa. Esto puede ocasionar un cambio en su comportamiento. Con base en esto, el objetivo de este estudio es investigar las diferencias de estos dos grupos de mujeres con respecto a la depresión, la autoestima y el estrés. Asimismo, junto con estos cambios se ha observado que variables como la edad, estado civil, escolaridad y si tienen o no hijos influyen en la depresión, autoestima y estrés (Brazelton, Greene y Gynther, 1996; Gómez, 1997; Knight y Williams, 1997; Mercado, 1996 y Moysén, 1996).

Por esta razón, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- 1.- ¿Existe relación entre los puntajes totales de depresión, autoestima y estrés en los dos grupos de mujeres estudiadas?

- 2.- ¿Existe diferencia entre los puntajes de depresión, autoestima y estrés entre las mujeres que tienen un trabajo remunerado y aquellas que tienen un trabajo no remunerado?

VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1.- OCUPACIÓN: tipo de trabajo que se encontraban desempeñando en el momento de la investigación. (Los valores que adoptó esta variable fueron 1= trabajo remunerado y 2= trabajo no remunerado).

2.- ESCOLARIDAD: grado escolar completo, cursado dentro de la educación formal. (1= menos de licenciatura y 2= licenciatura ó más).

3.- EDAD: tiempo transcurrido en la vida de un individuo desde su nacimiento hasta la fecha en que se inicia la investigación. (1= de 18 a 35 años, 2 = de 24 a 29 años, 3 = de 30 a 35 años, 4 = de 36 a 41 años y 5 = de 42 a 47 años).

4.- ESTADO CIVIL: situación legal que guardaban las mujeres al momento de la investigación. (1= casadas y 2= solteras).

5.- HIJOS: hijos vividos concebidos hasta el momento de la investigación. (1 = con hijos y 2 = sin hijos).

VARIABLES QUE SE MIDIERON

1.- DEPRESIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Trastorno del estado de ánimo, que dura por lo menos dos semanas, en las cuales la persona muestra tristeza extrema, pérdida de la alegría o interés en la vida y otros síntomas como cambios de peso, insomnio, sentimientos de inutilidad o culpa, pérdida de la memoria, incapacidad para concentrarse y pensamientos sobre la muerte o el suicidio (Papalia, 2002).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: serán los puntajes obtenidos mediante la escala para medir la depresión de ZUNG, (1965).

2.- AUTOESTIMA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: es una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real o ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa del yo. Interna en cuanto al valor que atribuimos a nuestro yo y externa con respecto al valor que creemos que otros nos dan (González-Arratía, 2002).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: serán las distancias obtenidas de los puntajes obtenidos en los instrumentos de autoconcepto real y autoconcepto ideal (Valdez, 1994).

3.- ESTRÉS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: indica el estado que se produce en un ser viviente, como resultado de la interacción del organismo con estímulos o circunstancias nocivas, es un estado dinámico del organismo, no un estímulo, ataque, carga,

símbolo, peso, ni aspecto alguno del entorno interno, externo, social ni de cualquier otra clase (Lazarus, y Folkman, 1991).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Serán los puntajes obtenidos con la escala de Acontecimientos productores de estrés (EAPE I) construida por Caballo en 1994.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

La población estuvo conformada por mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado de la ciudad de Toluca.

DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

En el presente estudio, se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, conformada por 444 mujeres, de la ciudad de Toluca; de las cuales 229 tenían trabajo remunerado y las otras 215 tenían trabajo no remunerado.

La selección de la muestra se realizó escogiendo primero a las mujeres que tenían diversos de empleos (profesionistas académicas, empleadas, secretarias de diversas áreas pero siempre y cuando recibieran un sueldo por hacer ese trabajo y posteriormente a las mujeres que se dedicaban al hogar, tratando que tuvieran características similares con relación a la escolaridad, el estado civil, la edad y si tienen o no hijos.

HIPÓTESIS:

Hi Sí habrá relación estadísticamente significativa entre los puntajes de depresión, autoestima y estrés.

Hi Sí existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de depresión, autoestima y estrés; entre las mujeres que tienen un trabajo remunerado y las que tienen un trabajo no remunerado.

Hi Sí existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de depresión, autoestima y estrés entre las mujeres que tienen diferente escolaridad.

Hi Sí existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de depresión, autoestima y estrés entre las mujeres que tienen diferente edad.

Hi Sí existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de depresión, autoestima y estrés entre las mujeres que tienen diferente estado civil.

Hi Sí existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de depresión, autoestima y estrés entre las mujeres que tienen y no tienen hijos.

INSTRUMENTOS:

DEPRESIÓN

Se utilizó la Escala para la Auto-medición de la Depresión de ZUNG, la cual se publicó por primera vez en 1965, posteriormente se realizaron revisiones en 1970, 1975, 1984 y 1991. El instrumento en su versión actual consta de 20 reactivos con cuatro opciones de respuesta que van de nada o pocas veces, algunas veces, muchas veces y la mayoría de las veces o siempre; para su calificación depende de la estructura de la pregunta, por lo que los reactivos 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, y 19 se califican de 1 a 4 y los reactivos 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 se califican de 4 a 1. La puntuación bruta se obtiene sumando el total de puntuación de los reactivos: para obtener los índices y los niveles se realiza la conversión según las tablas proporcionadas por el instrumento (véase anexo 1).

Por tanto, un índice por debajo de 50 equivale a un nivel de depresión normal; de 50 a 59 a una depresión mínima o ligera; de 60 a 69 a un nivel de depresión moderada o marcada; de 70 o más, depresión severa o extrema (Zung, 1991).

Ésta fue probablemente una de las primeras escalas en validarse en nuestro país por Conde, Escriba e Izquierdo, (1970) obteniendo una α de Cronbach de 0.79. Posteriormente esta misma escala fue validada para muestras mexicanas por Suárez (1988), obteniendo un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.66.

Con respecto a la validez los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton y el inventario de depresión de Beck) oscilan entre 0.50 y 0.80, respectivamente.

Esta escala, tiene mayor peso en síntomas somáticos y cognitivos; está dividida en cuatro componentes de la siguiente forma:

Componente 1. **Somático:** conformado de ocho reactivos relacionados con aspectos físicos (3, 4, 5, 7, 8, 9, 11,12).

Componente 2. **Cognitivo:** compuesto de ocho reactivos conectados con los procesos del pensamiento (6, 14, 15, 16, 17,18,19 y 20).

Componente 3. **Estado de ánimo:** conformado por dos reactivos relacionados con el sentimiento (1 y 2).

Componente 4. **Psicomotor:** compuesto por dos reactivos relacionados con la actividad corporal (10 y 13).

AUTOESTIMA

Para medir la autoestima se empleó el instrumento de Autoconcepto real e ideal de Valdez (1994), el cual está compuesto por 37 adjetivos con cinco intervalos de respuesta que van de: lo tengo totalmente, (del lado izquierdo) a no tengo nada,

(lado derecho). Su aplicación puede ser individual o colectiva y no tiene límite de tiempo, aunque por lo regular se contesta en 15 minutos (véase anexo 2).

Este instrumento está compuesto por seis factores:

Factor 1. **Social - expresivo**: que permite ver a la persona como sociable, fácil de tratar y que cae bien. Conformado por siete reactivos, los cuales son: bromista, relajenta, platicadora, amigable, simpática, traviesa y amable.

Factor 2. **Social - normativo**: que permite observar a la persona como positiva, activa, productiva, es decir, que cumple las normas sociales del buen comportamiento. Conformado por 10 reactivos, los cuales son: ordenada, responsable, acomodada, atenta, trabajadora, limpia, estricta, obediente, activa y buena.

Factor 3 **Expresivo - afectivo**: el cual permite conocer la parte afectiva de la persona. Conformado por cuatro reactivos los cuales son: romántica, sentimental, detallista y cariñosa.

Factor 4 **Ético - moral**: que permite observar los valores más acentuados de la persona. Conformado por cinco reactivos, los cuales son: honesta, sincera, leal, respetuosa y compartida.

Factor 5 **Trabajo - intelectual**: que permite ver las capacidades relacionadas con el ámbito laboral. Conformado por tres reactivos, los cuales son: estudiosa, inteligente y aplicada.

Factor 6 **Rebeldía**: permite conocer las características negativas de los sujetos. Conformado por ocho reactivos, los cuales son: mentirosa, crítica, necia, enojona, voluble, desobediente, agresiva y rebelde.

Posee un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .82.

ESTRÉS

Para medir el estrés se usó la Escala de Acontecimientos productores de Estrés de Caballo (1994).

Nota: El instrumento no mide estrés real o sufrido. Mide el estrés que se imaginaría cada persona que pueda producir una situación.

Consta de 52 items con intervalos que van del 1 al 10, para obtener los niveles de percepción de acontecimientos productores de estrés, el autor señala al intervalo de 1 al 3 cuando las personas perciben el evento como generador de “muy poco” estrés, al intervalo de 4 a 6 término “medio” y de 7 al 10, cuando se considera que el evento es generador de “muchísimo” estrés. La puntuación global del instrumento se obtiene sumando el total de los números marcados por cada uno de los reactivos. (véase anexo 3).

Sus instrucciones son simples y se hallan impresas como cualquier prueba de lápiz y papel. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 10 minutos, aunque no hay límite de tiempo.

Las personas tienen que marcar o encerrar en un círculo cada uno de los números que seleccionen, sólo deben señalar un número por reactivo.

El autor dividió los reactivos en 14 factores:

Factor I. Sufrimiento por agresión personal.

Integrado por cinco reactivos (29, 35, 34, 13 y 12)

Factor II. Eventos positivos con otra persona significativa.

Integrado por cuatro reactivos (49, 47, 41 y 38)

Factor III. Retirar derechos básicos personales.

Integrado por cinco reactivos (15, 7, 21, 16 y 14)

Factor IV. Problemas con otras personas significativas.

Integrado por seis reactivos (43, 51, 44, 46, 31 y 30)

Factor V. Mala salud o muerte de otras personas significativas.

Integrado por cuatro reactivos (6, 9, 4 y 30)

Factor VI. Sentirse fuera del grupo social al que pertenece.

Integrado por tres reactivos (26, 25, y 14)

Factor VII. Haber sido víctima de abuso y maltrato sexual.

Integrado por tres reactivos (1, 2 y 10)

Factor VIII. Cambio de ocupación o residencia.

Integrado por cuatro reactivos (45, 48, 50 y 38)

Factor IX. Agresión física del ambiente.

Integrado por cuatro reactivos (20, 18, 12 y 33)

Factor X. Falta de recursos para manejar una situación

Integrado por tres reactivos (36, 40 y 39)

Factor XI. Falta de recursos económicos.

Integrado por cuatro reactivos (19, 42, 27 y 8)

Factor XII. Eventos negativos con otras personas significativas.

Integrado por cinco reactivos (28, 24, 37, 22 y 46)

Factor XIII. Matar a alguien / dificultades en el trabajo.

Integrado por dos reactivos (3 y 31)

Factor XIV. Cambios importantes en la vida.

Integrado por tres reactivos (11,5 y 52)

El instrumento fue adaptado para muestras mexicanas por Delgadillo y Valdez (1998), con un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de .94, lo cual indica una buena consistencia interna del instrumento.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

El tratamiento que se utilizó en este estudio se dividió en 4 fases:

1.-Se empleó la estadística descriptiva para representar los niveles de cada una de las variables estudiadas.

2.- Se utilizó la correlación de pearson para relacionar los puntajes totales de los constructos.

3.- Se realizó un análisis de confiabilidad y un análisis factorial para obtener la validez de constructo de cada uno de los instrumentos utilizados.

4.- Por ultimo se utilizó un análisis multivariado de covarianza MANCOVA para conocer el impacto de las variables independientes ocupación, edad, estado civil, escolaridad y si tienen o no hijos sobre los puntajes obtenidos en depresión, autoestima y estrés.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

RESULTADOS

Se obtuvieron las frecuencias en cada uno de los niveles de las variables dependientes estudiadas, para conocer cómo se comportó la muestra.

Se observó que 55% de mujeres que constituyen la muestra se deprimen, pero sólo 26% con niveles de moderada a severa (véase Tabla 1).

Tabla 1

NIVEL DE DEPRESIÓN

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Normal (Debajo de 50) Dentro de lo normal sin patología	198	45%
Depresión mínima o ligera (entre 50 - 59)	131	29%
Depresión moderada o marcada (entre 60 – 69)	81	18%
Depresión severa o extrema (entre 70 o más)	34	8%
Total	444	100%

A partir de los intervalos marcados por Caballo (1994) se observó que 59% de mujeres reportan que se estresan muchísimo (véase tabla 2).

Tabla 2

NIVEL DE ESTRÉS

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy poco	22	5%
Medio	159	36%
muchísimo	263	59%
Total	444	100%

En relación con la autoestima, la mayoría de estas mujeres reportan que no tienen problema, ya que se encuentra la mayor dentro de lo normal (véase tabla 3).

Tabla 3

NIVEL DE AUTOESTIMA

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Le sobran características negativas	45	10%
Normal	345	78%
Le faltan características positivas	54	12%
Total	444	100%

Debido al interés por describir los niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres con diferentes roles desempeñados, se obtuvieron la frecuencia y los porcentajes de estos dos grupos de mujeres en cada uno de los niveles.

Se observó que las mujeres con un trabajo remunerado tienden a presentar un mayor porcentaje de nivel normal con respecto a la depresión (véase tabla 4).

Tabla 4

FRECUENCIA DE NIVELES DE DEPRESIÓN COMPARANDO MUJERES CON UN TRABAJO REMUNERADO Y MUJERES CON UN TRABAJO NO REMUNERADO

NIVELES DE DEPRESIÓN	MUJERES CON TRABAJO REMUNERADO		MUJERES CON TRABAJO NO REMUNERADO	
	N	%	N	%
NORMAL	122	53%	76	35%
MÍNIMA	51	22%	80	37%
MODERADA	38	17%	43	20%
SEVERA	18	8%	16	7%
TOTAL	229	100%	215	100%

Ambos grupos de mujeres tienen niveles semejantes en relación con la autoestima (véase tabla 5).

Tabla 5

FRECUENCIA DE NIVELES DE AUTOESTIMA COMPARANDO MUJERES CON UN TRABAJO REMUNERADO Y MUJERES CON UN TRABAJO NO REMUNERADO

NIVELES DE AUTOESTIMA	MUJERES CON TRABAJO REMUNERADO		MUJERES CON TRABAJO NO REMUNERADO	
	N	%	N	%
LE SOBRAN CARACTERÍSTICAS NEGATIVAS	21	9%	24	11%
NORMAL	178	78%	167	78%
LE FALTAN CARACTERÍSTICAS POSITIVAS	30	13%	24	11%
TOTAL	229	100%	215	100%

Una tendencia semejante se observó entre los niveles de estrés entre mujeres que tienen un trabajo remunerado y no remunerado (véase tabla 6).

Tabla 6

FRECUENCIA DE NIVELES DE ESTRÉS COMPARANDO MUJERES CON UN TRABAJO REMUNERADO Y MUJERES CON UN TRABAJO NO REMUNERADO

NIVELES DE ESTRÉS	MUJERES CON TRABAJO REMUNERADO		MUJERES CON TRABAJO NO REMUNERADO	
	N	%	N	%
MUY POCO	11	5%	11	5%
MEDIO	80	35%	79	37%
MUCHÍSIMO	138	60%	125	58%
TOTAL	229	100%	215	100%

ANÁLISIS CORRELACIONAL:

Respecto de los resultados obtenidos mediante la correlación de Pearson, se observó lo siguiente:

- ❖ Se encontró un ÍNDICE DE CORRELACIÓN MUY BAJO (pero estadísticamente significativa) en las siguientes variables:

Se obtuvo una correlación positiva de (.162)

Donde fue posible observar que a mayor puntaje de depresión mayor puntaje de acontecimientos productores de estrés (véase tabla 7).

- ❖ Se encontró un INDICE DE CORRELACIÓN MUY BAJO no significativa en las siguientes variables:

Se obtuvo una correlación negativa de (- .013)

Donde fue posible observar que no hay relación significativa entre autoestima y depresión (véase tabla 7).

Se obtuvo una correlación negativa de (- .027)

Donde fue posible observar que no hay relación significativa entre estrés y autoestima (véase tabla 7).

Tabla 7

CORRELACIÓN TOTAL ENTRE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

Variables Dependientes	Depresión	Autoestima	Acontecimientos productores de estrés
Depresión	*	r = -.013 p = .166 n = 444	r = .162** p = .001 n = 444
Autoestima		*	r = -.027 p = .572 n = 444
Acontecimientos productores de estrés			*

** Correlación significativa al 0.01

* Correlación significativa al 0.05

ANÁLISIS FACTORIAL

Se obtuvo el análisis factorial de cada uno de los instrumentos utilizados, observándose lo siguiente:

A partir de los resultados obtenidos en el análisis factorial con el método de extracción de componentes principales y rotación varimax se obtuvieron cuatro factores con valores eigen mayores a uno, de los cuales se seleccionaron los cuatro, con base en su claridad conceptual y el quiebre de la varianza. Éstos permiten explicar el 50.302% de la varianza total del instrumento, con una consistencia interna alfa de Cronbach = .86 (véase tabla 8).

Tabla 8

ANÁLISIS FACTORIAL OBTENIDO CON LOS REACTIVOS DEL INSTRUMENTO DE DEPRESIÓN DE ZUNG EN UNA MUESTRA DE MUJERES DE LA CIUDAD DE TOLUCA

FACTORES REACTIVOS	F1 SOMÁTICO PSICOMOTOR	F2 COGNITIVO	F3 SATISFACCIÓN PERSONAL	F4 ESTADO DE ÁNIMO
MI CORAZÓN LATE MÁS RÁPIDO QUE LO ACOSTUMBRADO	.727			
TENGO ATAQUES DE LLANTO, DESEO LLORAR	.641			
ME CANSO SIN MOTIVO	.622			
TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE	.618			
TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	.565			
NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	.558			
ME ENCUENTRO INTRANQUILA Y NO PUEDO ESTARME QUIETA	.519			
SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA		.768		
SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIA		.731		
SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA		.554		

Tabla 8 (continúa)

FACTORES REACTIVOS	F1 SOMÁTICO PSICOMOTOR	F2 COGNITIVO	F3 SATISFACCIÓN PERSONAL	F4 ESTADO DE ÁNIMO
ME SIENTO ABATIDA, DESANIMADA Y TRISTE		.502		
SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE		.431		
SIENTO QUE LOS DEMÁS ESTARÍAN MEJOR SIN MÍ, SI ESTUVIESE MUERTA		.386		
DISFRUTO ADMIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON HOMBRES ATRACTIVOS			.746	
MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE			.672	
ME RESULTA FÁCIL HACER TODO LO QUE SOLÍA HACER			.566	
TOMO DESICIONES FACILMENTE			.514	
POR LA MANANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO				.635
COMO IGUAL QUE ANTES				.624
TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO				.349
VALOR EIGEN	29.557	9.681	5.867	5.196
VARIANZA EXPLICADA TOTAL	50.302			
α DE CRONBACH DE FACTOR	.77	.77	.66	.46
α DE CRONBACH TOTAL	.86			

A partir de los resultados obtenidos en el análisis factorial con el método de extracción de componentes principales y rotación varimax se obtuvieron nueve factores con valores eigen mayores a uno, de los cuales se seleccionaron los primeros seis, con base en su claridad conceptual y el quiebre de la varianza. Estos permiten explicar el 49.127% de la varianza total del instrumento, con una consistencia interna alfa de Cronbach = .80 (véase tabla 9).

Tabla 9

ANÁLISIS FACTORIAL OBTENIDO CON LOS REACTIVOS DEL INSTRUMENTO DE AUTOESTIMA DE VALDEZ EN UNA MUESTRA DE MUJERES DE LA CIUDAD DE TOLUCA

FACTORES REACTIVOS	F1	F2	F3	F4	F5	F6
	REBELDIA	ETICO MORAL	EXPRESIVO AFECTIVO	SOCIAL NORMATIVO	TRABAJO INTELECTUAL	SOCIAL EXPRESIVO
AGRESIVA	.792					
REBELDE	.774					
NECIA	.704					
ENOJONA	.634					
VOLUBLE	.616					
DESOBEDIENTE	.589					
MENTIROSA	.435					
LEAL		.734				
HONESTA		.638				
RESPETUOSA		.581				
SINCERA		.577				
OBEDIENTE		.545				
ACOMEDIDA		.326				
ROMANTICA			.767			
DETALLISTA			.759			
SENTIMENTAL			.570			
CARIÑOSA			.536			
COMPARTIDA			.382			

Tabla 9 (continúa)

FACTORES REACTIVOS	F1	F2	F3	F4	F5	F6
	REBELDIA	ETICO MORAL	EXPRESIVO AFECTIVO	SOCIAL NORMATIVO	TRABAJO INTELECTUAL	SOCIAL EXPRESIVO
ORDENADA				.626		
LIMPIA				.613		
ACTIVA				.525		
RESPONSABLE				.494		
BUENA				.344		
TRABAJADORA				.317		
ESTUDIOSA					.724	
APLICADA					.655	
INTELIGENTE					.503	
RELAJIENTA						.828
PLATICADORA						.753
ATENTA						.497
SIMPATICA						.389
BROMISTA						.366
AMIGABLE						.349
AMABLE						.328
VALOR EIGEN	22.940	9.218	5.352	4.313	4.047	3.257
VARIANZA EXPLICADA TOTAL	49.127					
α DE CRONBACH DE FACTOR	.81	.75	.73	.75	.67	.73
α DE CRONBACH TOTAL	.80					

A partir de los resultados obtenidos en el análisis factorial con el método de extracción de componentes principales y rotación varimax se obtuvieron 5 factores con valores eigen mayores a uno, de los cuales se seleccionaron los cinco, con base en su claridad conceptual y el quiebre de la varianza. Éstos permiten explicar 57.00% de la varianza total del instrumento, con una consistencia interna alfa de Cronbach = .96. Quedando entonces 52 reactivos de un total de 52 propuestos por Caballo (véase tabla 10).

Tabla 10

ANÁLISIS FACTORIAL OBTENIDO CON LOS REACTIVOS DEL INSTRUMENTO DE ACONTECIMIENTOS PRODUCTORES DE ESTRÉS DE CABALLO EN UNA MUESTRA DE MUJERES DE LA CIUDAD DE TOLUCA

FACTORES REACTIVOS	F1	F2	F3	F4	F5
	ALGUN TIPO DE AGRESIÓN FÍSICA O AMBIENTAL	MUERTE O PROBLEMAS DE SALUD	PROBLEMAS CON LA FAMILIA U OTRAS PERSONAS	PROBLEMAS CON LA PAREJA	ALGUN CAMBIO IMPORTANTE EN LA VIDA
SUFRIR UN ATRACO A MANO ARMADA	.805				
SER VICTIMA DE UNA AGRESION FISICA	.763				
SER VICTIMA DE UNA ESTAFA	.747				
SITUACION DE GUERRA	.741				
SUFRIR UN ACCIDENTE DE TRAFICO	.723				
SER VICTIMA DE UN ROBO NO VIOLENTO (COCHE, CASA, ETC.)	.718				
SITUACION DE GRAN POBREZA	.712				
SUFRIR UN DESASTRE NATURAL: TERREMOTO, INNUNDACION, ETC.	.712				

Tabla 10 (continúa)

FACTORES	F1	F2	F3	F4	F5
REACTIVOS	ALGUN TIPO DE AGRESIÓN FÍSICA O AMBIENTAL	MUERTE O PROBLEMAS DE SALUD	PROBLEMAS CON LA FAMILIA U OTRAS PERSONAS	PROBLEMAS CON LA PAREJA	ALGUN CAMBIO IMPORTANTE EN LA VIDA
SUFRIR MARGINACION	.705				
SITUACION DE DESEMPLEO PROLONGADA	.703				
SER VICTIMA DE UN CHANTAJE	.698				
SER VICTIMA DE OTROS ABUSOS SEXUALES	.671				
SER OBJETO DE VIOLACION	.656				
SER DETENIDA	.634				
SER ENCARCELADA	.622				
SER EXPULSADA DE CASA	.590				
TRABAJAR EN ALGO QUE NO GUSTA	.585				
UN HIJO O HIJA O UNO DE LOS PADRES SE MARCHA DE CASA	.581				
SOMETERSE A UNA OPERACIÓN QUIRÚRGICA	..544				

Tabla 10 (continúa)

FACTORES REACTIVOS	F1	F2	F3	F4	F5
	ALGUN TIPO DE AGRESIÓN FÍSICA O AMBIENTAL	MUERTE O PROBLEMAS DE SALUD	PROBLEMAS CON LA FAMILIA U OTRAS PERSONAS	PROBLEMAS CON LA PAREJA	ALGUN CAMBIO IMPORTANTE EN LA VIDA
SOLEDAD PROLONGADA	.533				
SER DENUNCIADA O JUZGADA	.387				
LUGAR DE RESIDENCIA POCO SEGURO	.315				
MUERTE DEL CONYUGE		.800			
MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA		.754			
MATAR A ALGUIEN		.720			
MUERTE DE UN / A AMIGO / A INTIMO / A		.691			
QUEDAR INCAPACITADA FÍSICAMENTE		.634			
INCENDIO O CATASTROFE EN EL HOGAR		.620			
LESION O ENFERMEDAD PERSONAL		.500			
PROBLEMAS DE SALUD DE ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA		.466			

Tabla 10 (continúa)

FACTORES REACTIVOS	F1	F2	F3	F4	F5
	ALGUN TIPO DE AGRESIÓN FÍSICA O AMBIENTAL	MUERTE O PROBLEMAS DE SALUD	PROBLEMAS CON LA FAMILIA U OTRAS PERSONAS	PROBLEMAS CON LA PAREJA	ALGUN CAMBIO IMPORTANTE EN LA VIDA
PROBLEMAS CON LA FAMILIA DE LA PAREJA			.741		
PROBLEMAS CON EL JEFE PROFESOR O COMPANERO DE TRABAJO/CLASE			.717		
PELEAS CON ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA			.701		
PROBLEMAS CON LOS VECINOS O EL CASERO			.685		
PROBLEMAS LABORALES/ACADEMICOS			.497		
PROBLEMAS SEXUALES			.377		
DIVORCIARSE DE LA PAREJA				.666	
AUMENTO EN EL NUMERO DE DISCUSIONES CON LA PAREJA				.584	
LA PAREJA ES INFIEL				.521	
APARECER EN UN MEDIO DE COMUNICACIÓN : PRENSA, RADIO, T.V.				.504	
MALOS TRATOS DE LA PAREJA				.459	

Tabla 10 (continúa)

FACTORES REACTIVOS	F1	F2	F3	F4	F5
	ALGUN TIPO DE AGRESIÓN FÍSICA O AMBIENTAL	MUERTE O PROBLEMAS DE SALUD	PROBLEMAS CON LA FAMILIA U OTRAS PERSONAS	PROBLEMAS CON LA PAREJA	ALGUN CAMBIO IMPORTANTE EN LA VIDA
EMBARAZO NO DESEADO				.383	
SEPARACION DE LA PAREJA				.357	
NACIMIENTO DE UN HIJO/A HERMANO/A					.666
ALCANZAR UN OBJETIVO MUY DESEADO					.654
RECONCILIACION CON LA PAREJA					.589
CAMBIO DE RESIDENCIA A UN NUEVO LUGAR					.562
CAMBIO DE TRABAJO					.548
JUBILACION					
EMPEZAR UN NUEVO TRABAJO O UN NUEVO CURSO ACADÉMICO					.506
CASARSE					.463
VALOR EIGEN	38.054	7.626	5.433	3.147	2.740
VARIANZA EXPLICADA TOTAL	57.000				
α DE CRONBACH DE FACTOR	.96	.90	.86	.83	.79
α DE CRONBACH TOTAL	.96				

MULTIVARIADO

Se realizó un análisis multivariado de covarianza (MANCOVA) en el cual se incluyeron las siguientes variables dependientes: depresión, estrés y autoestima; como variable independiente: el tipo de trabajo y como covariadas: la edad, el estado civil y la escolaridad.

En el análisis multivariado se observa que la única variable que tiene efecto global sobre las variables dependientes es la Escolaridad (véase tabla 11).

Tabla 11

ANÁLISIS MULTIVARIADO

EFFECTO		Valor	F	Hipótesis df	Error df	Sig.	Eta cuadrada
ESCOLARIDAD	Pillai's Trace	.020	2.990	3.000	436.000	.031	.020
SI TIENE O NO HIJOS	Pillai's Trace	.004	.640	3.000	436.000	.589	.004
EDAD	Pillai's Trace	.006	.909	3.000	436.000	.436	.006
ESTADO CIVIL	Pillai's Trace	.014	2.107	3.000	436.000	.099	.014
TIPO DE TRABAJO	Pillai's Trace	.016	2.378	3.000	436.000	.069	.016

En el análisis univariado se observa que el efecto de la variable Escolaridad se debe a su relación con el Estrés, mientras que el Estado Civil se relaciona con la Depresión. El análisis también indica que el tipo de trabajo se relaciona con la depresión. Mientras que la edad y que tengan o no hijos no tuvo ningún efecto sobre las variables dependientes (véase tabla 12).

Tabla 12

ANÁLISIS UNIVARIADO

VARIABLES	VARIABLE DEPENDIENTE	Tipo III de cuadrados	Grados de Libertad	Media cuadrada	F	Sig.	Eta cuadrada
ESCOLARIDAD	DEPRESIÓN	74.832	1	74.832	.748	.388	.002
	ESTRÉS	53520.683	1	53520.683	7.491	.006	.017
	AUTOESTIMA	121.055	1	121.055	.165	.685	.000
SI TIENE O NO HIJOS	DEPRESIÓN	146.913	1	146.913	1.469	.226	.003
	ESTRÉS	1364.162	1	1364.162	.191	.662	.000

Tabla 12 (continúa)

Variables	VARIABLE DEPENDIENTE	Tipo III de cuadrados	Grados de Libertad	Media cuadrada	F	Sig.	Eta cuadrada
	AUTOESTIMA	101.145	1	101.145	.138	.711	.000
EDAD	DEPRESIÓN	8.658	1	8.658	.087	.769	.000
	ESTRÉS	704.304	1	704.304	.099	.754	.000
	AUTOESTIMA	1671.350	1	1671.350	2.279	.132	.005
ESTADO CIVIL	DEPRESIÓN	426.409	1	426.409	4.264	.040	.010
	ESTRÉS	17704.808	1	17704.808	2.478	.116	.006
	AUTOESTIMA	119.017	1	119.017	.162	.687	.000
TIPO DE TRABAJO	DEPRESIÓN	412.688	1	412.688	4.126	.043	.009

Tabla 12 (continúa)

Variables	VARIABLE DEPENDIENTE	Tipo III de cuadrados	Grados de Libertad	Media cuadrada	F	Sig.	Eta cuadrada
	ESTRÉS	9412.548	1	9412.548	1.317	.252	.003
	AUTOESTIMA	2147.967	1	2147.967	2.929	.088	.007
Error	DEPRESIÓN	43804.708	438	100.011			
	ESTRÉS	3129308.173	438	7144.539			
	AUTOESTIMA	321238.195	438	733.421			
Total	DEPRESIÓN	779684.000	444				
	ESTRÉS	62420070.000	444				

Tabla 12 (continúa)

Variables	VARIABLE DEPENDIENTE	Tipo III de cuadrados	Grados de Libertad	Media cuadrada	F	Sig.	Eta cuadrada
	AUTOESTIMA	10708647.000	444				
Corrected Total	DEPRESIÓN	45081.297	443				
	ESTRÉS	3217058.964	443				
	AUTOESTIMA	328204.836	443				

a R Squared = .028 (Adjusted R Squared = .017)

b R Squared = .027 (Adjusted R Squared = .016)

c R Squared = .021 (Adjusted R Squared = .010)

El grupo de mujeres casadas tiene puntaje más alto de depresión observándose una eta cuadrada de .010 = 1% de varianza explicada. Mientras el grupo de mujeres con licenciatura ó más tiene puntajes mas altos en estrés observándose una eta cuadrada de .017 = 1.7% de varianza explicada. Y por ultimo el grupo que no tiene un trabajo remunerado tiene puntajes más altos en depresión comparadas con el grupo de mujeres con un trabajo remunerado. Sin embargo la variable independiente tipo de trabajo sólo explica el 0.9% de varianza, observándose una eta cuadrada de .009, lo que indica que el efecto es muy pequeño. En conclusión las mujeres casadas y las que tienen un trabajo no remunerado se deprimen más y las profesionistas se estresan más. Ninguna de las demás variables tiene un efecto significativo sobre las variables dependientes. (véase tabla 13).

Tabla 13

PARÁMETROS ESTIMADOS (COVARIADAS)

		B	Error Estándar	T	Sig.	95% Intervalo de confianza		Eta cuadrada
Variable Dependiente	Parámetro					Lower Bound	Upper Bound	
DEPRESIÓN								
	ESCOLARIDAD 1 = menos de licenciatura 2 = licenciatura o más	-.937	1.083	-.865	.388	-3.065	1.192	.002

Tabla 13 (continúa)

		B	Error Estándar	t	Sig.	95% Intervalo de confianza		Eta cuadrada
Variable Dependiente	Parámetro					Lower Bound	Upper Bound	
DEPRESIÓN	HIJOS 1 = con hijos 2 = sin hijos	2.017	1.664	1.212	.226	-1.254	5.288	.003
	EDAD 1 = de 18 a 35 años 2 = de 36 a 53 años	-.326	1.108	-.294	.769	-2.504	1.852	.000
	ESTADO CIVIL 1 = casadas 2 = solteras	-1.09	.532	-2.065	.040	-2.14	-5.290	.010
	TIPO DE TRABAJO 1 = trabajo remunerado 2 = trabajo no remunerado	-2.16	1.06	-2.03	.043	-4.264	-7.03	.009

Tabla 13 (continúa)

		B	Error Estándar	t	Sig.	95% Intervalo de confianza		Eta cuadrada
Variable Dependiente	Parámetro					Lower Bound	Upper Bound	
ESTRÉS								
	ESCOLARIDAD 1 = menos de licenciatura. 2 = licenciatura o más	25.05	9.15	2.73	.006	7.06	43.04	.017
	HIJOS 1 = con hijos 2 = sin hijos	6.14	14.06	.437	.662	-21.49	33.79	.000
	EDAD 1 = de 18 a 35 años 2 = de 36 a 53 años	2.94	9.36	.314	.754	-15.47	21.35	.000

Tabla 13 (continúa)

		B	Error Estándar	t	Sig.	95% Intervalo de confianza		Eta Cuadrada
Variable Dependiente	Parámetro					Lower Bound	Upper Bound	
	ESTADO CIVIL 1 = casadas 2 = solteras	-7.07	4.49	-1.57	.116	-15.91	1.75	.006
	TIPO DE TRABAJO 1 = trabajo remunerado 2 = trabajo no remunerado	-10.34	9.01	-1.14	.252	-28.07	7.37	.003
AUTOESTIMA								
	ESCOLARIDAD 1 = menos de licenciatura. 2 = licenciatura o más	1.19	2.93	.406	.685	-4.57	6.95	.000

Tabla 13 (continúa)

		B	Error Estándar	t	Sig.	95% Intervalo de Confianza		Eta Cuadrada
Variable Dependiente	Parámetro					Lower Bound	Upper Bound	
AUTOESTIMA	HIJOS 1 = con hijos 2 = sin hijos	-1.67	4.50	-.371	.711	-10.53	7.18	.000
	EDAD 1 = de 18 a 35 años 2 = de 36 a 53 años	4.53	3.00	1.51	.132	-1.36	10.43	.005
	ESTADO CIVIL 1 = casadas 2 = solteras	-.580	1.44	-.403	.687	-3.41	2.25	.000
	TIPO DE TRABAJO 1 = trabajo remunerado 2 = trabajo no remunerado	-4.94	2.88	-1.71	.088	-10.62	.734	.007

Se observó que con relación a la depresión las mujeres que tienen un trabajo no remunerado obtuvieron una media más alta, con respecto al estrés las mujeres que tienen un trabajo remunerado presentan una media más alta, mientras con la variable autoestima las mujeres con un trabajo no remunerado presentan una media más alta (véase tabla 14).

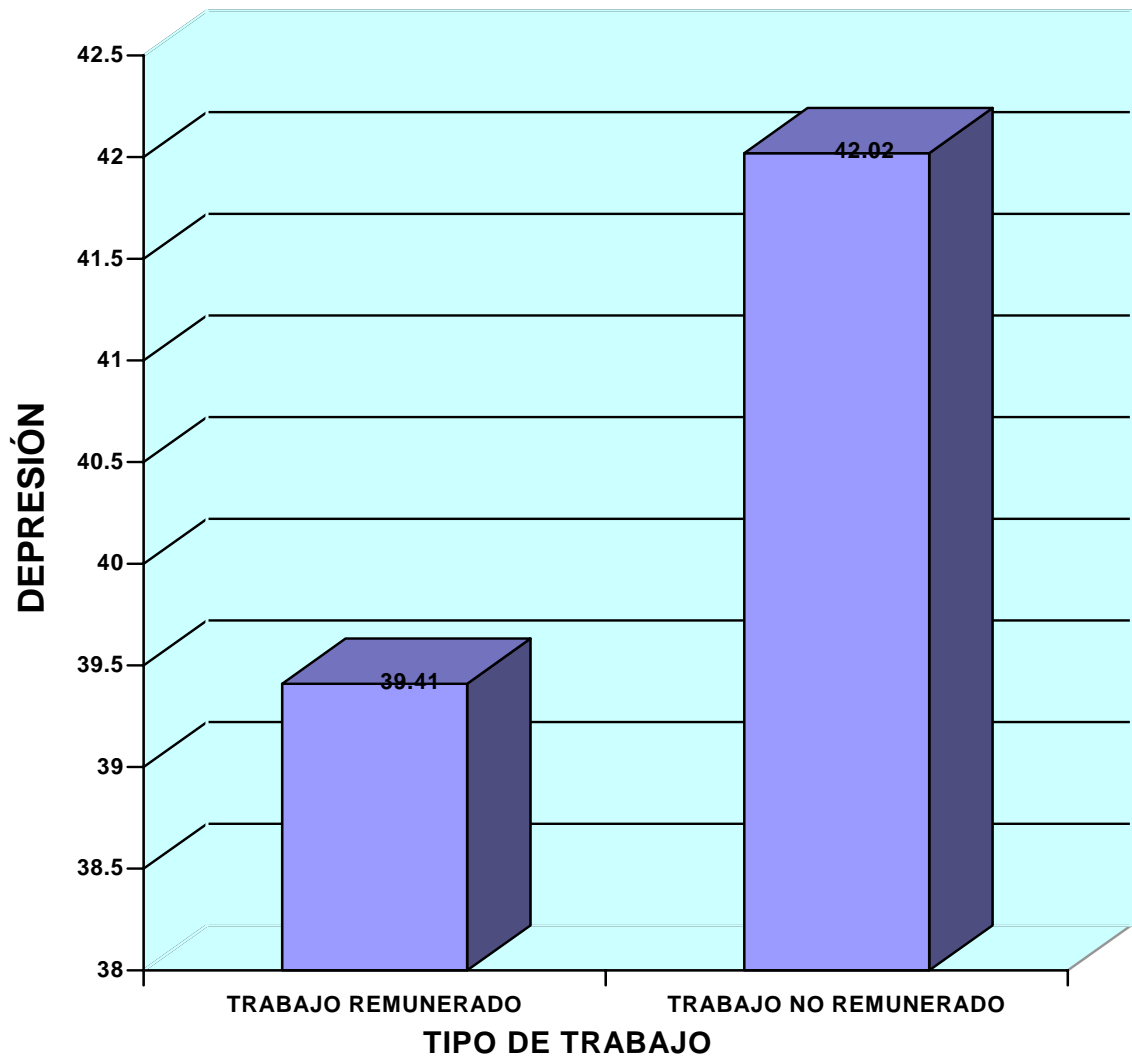
Tabla 14

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: TIPO DE TRABAJO EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEPENDIENTES: DEPRESIÓN, AUTOESTIMA Y ESTRÉS.

Variables dependientes	TRABAJA	Medias	Desviación Estándar	N
DEPRESIÓN	SI (1)	39.41	10.38	229
	NO (2)	42.02	9.61	215
	Total	40.68	10.09	444
ESTRÉS	SI (1)	365.65	85.21	229
	NO (2)	364.62	85.41	215
	Total	365.15	85.21	444
AUTOESTIMA	SI (1)	150.85	26.42	229
	NO (2)	155.07	27.93	215
	Total	152.90	27.21	444

Nota: Según el instrumento para medir la autoestima (Valdez, 1994), este constructo se obtiene restando del autoconcepto real el autoconcepto ideal, y la diferencia entre estos dos, da el puntaje de autoestima (entre mayor sea la diferencia menor autoestima tendrán los sujetos evaluados).

GRÁFICA 1 : COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA VARIABLE TIPO DE TRABAJO SOBRE EL PUNTAJE DE DEPRESIÓN



DISCUSIÓN

La inserción de la mujer al ámbito laboral ha traído como consecuencia el incremento en las actividades que ésta realiza.

Esto permite observar dos tipos de mujeres: por un lado, aquellas que sólo trabajan en su casa desempeñando tareas inherentes al hogar; y por otro, las mujeres que trabajan fuera, quienes tienen que cubrir un horario, además de realizar las diferentes actividades relacionadas con su ocupación y algunas otras como capacitarse para estar actualizadas y acceder a mejores salarios.

No hay que olvidar que a la mujer que trabaja se le duplican las tareas, porque aunque sale a trabajar, no deja de realizar las ocupaciones propias de la casa, como preparar los alimentos, limpiar la casa y encargarse de los hijos.

Esta condición laboral desigual, hace pensar que ambos tipos de mujeres tienen diferentes niveles de depresión, autoestima y estrés, además de considerar otras variables como edad, escolaridad, estado civil, tener o no tener hijos, de las que se espera un efecto sobre dichos niveles.

Las evaluaciones con los instrumentos psicológicos utilizados, tuvieron como objetivo conocer los niveles y los puntajes totales de la depresión, la autoestima y el estrés, en dos grupos de mujeres: aquellas con trabajo remunerado y las que tienen un trabajo no remunerado.

En primera instancia, los datos se sometieron a procedimientos de estadística descriptiva, después a correlación, análisis factorial y, finalmente, a análisis multivariado.

De los resultados obtenidos es posible observar lo siguiente:

En relación con los niveles de depresión se vio que 55% de las mujeres, de la muestra estudiada se deprimen, entre niveles de mínimos a severos. Sin embargo sólo el 26 % de este grupo de mujeres obtuvieron niveles de depresión de moderada a severa, subgrupo que se infiere que debería asistir con un especialista para tratar su depresión antes de que ésta interfiera en sus interacciones personales y laborales. Esto confirma lo que varios autores como Caraveo, Colmenares, Saldivar (1999) y Elliot, (2001) mencionan que este padecimiento se está presentando con mayor frecuencia y de manera particular en las mujeres.

Con respecto a la frecuencia percibida de acontecimientos productores de estrés, se encontró que el 59% del total de la muestra se estresa en el nivel más alto. Este resultado ratifica lo encontrado por Belle (1992) quien menciona que las condiciones físicas, las relaciones interpersonales, las diferentes ocupaciones y las cargas excesivas de trabajo están propiciando actualmente mayor estrés en la mujer. Actualmente se ha observado que la mayoría de las mujeres desempeñan doble jornada debido a que ellas desempeñan tareas en casa y fuera de ella es decir, duplican roles y como mencionan Witting-Lanoil, (1987) y Caballo y Cardeña, (1997) la mujer de hoy se enfrenta además a un gran número de acontecimientos estresantes como: divorcio de la pareja, cambio de trabajo, mayor competencia y exigencia laboral, lugar de residencia poco seguro, problemas con los vecinos, pérdida del empleo, acontecimientos que la hacen convertirse más vulnerable ante el estrés.

Por lo contrario en relación con la autoestima la mayoría de las mujeres que integran la muestra, presentaron una autoestima normal, es decir que este grupo de mujeres seleccionadas tienen un adecuado valor de si mismas.

Al observar las frecuencias y porcentajes en los niveles de cada uno de los instrumentos y dividir a la muestra de mujeres, en dos grupos: con o sin trabajo remunerado; se encontró un puntaje más elevado de normalidad, es decir sin depresión en el grupo de mujeres con un trabajo remunerado, esto hace pensar que en esta muestra el trabajo, con su diversidad de actividades, aísla a la mujer de la depresión, debido a que aquella que trabaja fuera del hogar se dedica más tiempo a resolver problemas con relación a su desempeño laboral y no tiene mucho tiempo para pensar en aspectos personales, mientras la que se queda en casa si tiene tiempo para pensar en situaciones negativas que la predisponen a la depresión. Al respecto algunos autores como Adelman, (1994) y Aneshensel, (1986) encontraron que las mujeres que trabajan se sienten activas y se distraen con las actividades que realiza en el trabajo, lo que las hace apartarse de pensamientos negativos.

Mientras que con relación al estrés y la autoestima las mujeres que trabajan fuera y las amas de casa presentaron niveles semejantes, hallazgo que confirma lo encontrado por Bedoya y Caicedo (1997) que mencionan que no existía diferencia entre la percepción y valoración, de la mujer que trabaja fuera de su casa y la que no. En este mismo orden de ideas Vélez-Bautista, (2001) menciona que el ser ama de casa en ocasiones puede ser una actividad falta de retos, pero para algunas mujeres no, por lo contrario puede ser una actividad que genera felicidad y satisfacción.

Por lo contrario que estos dos grupos de mujeres hayan presentado niveles semejantes de estrés y autoestima contradice lo expuesto por Lennon 1994 el cual observó que las mujeres que se insertan al ámbito laboral, están más expuestas a

un mayor número de situaciones estresantes pero a pesar de ello, poseen una autoestima alta, ya que se sienten productivas y autosuficientes ya que reciben reconocimientos por un buen desempeño laboral y un salario, condiciones que las hace valorarse mejor.

Se encontró una relación muy baja pero estadísticamente significativa entre el puntaje de depresión y el puntaje de acontecimientos productores de estrés. Lo que permite deducir que existen posibilidades de que cuando las mujeres de este estudio se estresan puedan deprimirse. Esto confirma lo dicho por Krause (1986) y Pianta y Egeland (1994) acerca de que existe una relación entre número de estresores y depresión, puesto que hay evidencia de que los individuos que se deprimen (en particular las mujeres) han experimentado un mayor número de eventos estresantes en su vida.

No se observó una relación estadísticamente significativa entre depresión, autoestima, situación que permite decir que el nivel de depresión de estas mujeres, no afecta los puntajes de autoestima, hallazgo que contradice lo expuesto por Bersing (2000) quien encontró que las mujeres con baja autoestima tienden a deprimirse y por lo contrario poseer una alta autoestima las hace más fuertes para afrontar las situaciones negativas aislándolas de la depresión. Este mismo autor afirma que las diferentes experiencias vividas y los diferentes roles desempeñados por las mujeres tienden a modificar su autoestima.

Así también Branden (2001), reportó que la mujer por tradición cultural posee una autoestima baja, por estar bajo la subordinación del hombre; concluyendo que la ama de casa es más vulnerable a desvalorarse por poseer más estereotipos femeninos, por lo que tiende más a la depresión que la mujer que trabaja fuera del hogar. Lo que permite pensar que hay una correlación negativa entre depresión y autoestima.

Tampoco se encontró una relación estadísticamente significativa entre autoestima y el estrés, Al respecto Piechowski (1992) considera que la mujer de hoy debe poseer una alta autoestima para poder tomar mejores decisiones sobre las diferentes elecciones que tiene que realizar en el transcurso de su vida, como tener que elegir carrera, así como decidir trabajar fuera o ser ama de casa y tener una mejor autoestima le ayuda a combatir los diferentes estresores a los que se tendrá que enfrentar.

Con respecto al análisis factorial realizado con el instrumento de automedición de la depresión de Zung (1965) se obtuvieron cuatro factores que permitieron explicar el 50.30% de la varianza total y una alfa de Cronbach = .86, sin embargo el autor encontró una alfa de Cronbach = .79; el primer factor estuvo formado por reactivos de tipo somático – psicomotor, el segundo de tipo cognitivo, el tercero de satisfacción personal y el cuarto relacionados con el estado de ánimo, mientras que la estructura reportada por el autor del instrumento también estaba constituida por cuatro factores: Somático, cognitivo, estado de ánimo y psicomotor respectivamente; la estructura encontrada en este estudio permite inferir que los reactivos somáticos y psicomotores son los que mejor explican la depresión en este grupo de mujeres. Este resultado ratifica lo expuesto por Zung (1965) y Sprock y Yoder (1997) quienes encontraron que la sintomatología depresiva en las mujeres esta con mayor frecuencia relacionada con aspectos somáticos como problemas de sueño, de digestión y peso.

En relación con el análisis factorial del instrumento de autoestima de Valdez (1994) se obtuvieron seis factores que permiten explicar el 49.12% de la varianza total del instrumento con una alfa de Cronbach = .80, sin embargo el autor encontró una alfa de Cronbach = .82 observándose una estructura semejante a la propuesta por el autor del instrumento el cual propuso seis factores denominados: social expresivo, social normativo, expresivo afectivo, ético moral, trabajo

intelectual y rebeldía, mientras que en esta investigación también se obtuvieron seis factores pero con diferente orden: Rebeldía, ético moral, expresivo afectivo, social normativo, trabajo intelectual y social expresivo, estructura que nos hace pensar que las mujeres de este estudio se percibían mayormente con características de rebeldía. Esto nos permite inferir que la mujer de hoy ya está cambiando ya no sólo se perciben con características sociales expresivas como amables, simpáticas, sino ya poseen características de rebeldía que les permite enfrentarse al ámbito social y laboral actual.

En cuanto a la escala de acontecimientos productores de estrés de Caballo (1994) al realizar el análisis factorial se obtuvieron cinco factores que explican el 57.00% de la varianza total del instrumento con una alfa de Cronbach = .96; sin embargo el autor del instrumento reporta 14 factores y una alfa de Cronbach = .94. En este estudio el primer factor estuvo constituido por reactivos que implicaban algún tipo de agresión física o ambiental, el segundo muerte o problemas de salud, el tercero problemas con la familia u otras personas, el cuarto problemas con la pareja y el quinto algún cambio importante en la vida, mientras que la estructura reportada por el autor estaba formada por catorce factores: sufrimiento por agresión personal, eventos positivos con otra persona significativa, retirar derechos básicos personales, problemas con otras personas significativas, mala salud o muerte de otras personas significativas, sentirse fuera del grupo social al que pertenece, haber sido víctima de abuso y maltrato sexual, cambio de ocupación o de residencia, agresión física del ambiente, falta de recursos para manejar una situación, falta de recursos económicos, eventos negativos con otras personas significativas, matar a alguien, dificultades en el trabajo y cambios importantes en la vida. La estructura encontrada en esta investigación fue más reducida, sin embargo, se coincide en el primer factor relacionado con agresión física, estos resultados nos permiten pensar que las mujeres de la muestra perciben como eventos más estresantes aquellos relacionados con agresión física o ambiental.

Resultado que confirma lo encontrado por Caballo (1997) y Delgadillo (1999) los cuales mencionan que las mujeres perciben como eventos más amenazantes a aquellos que implican agresión y derrota.

De acuerdo con los resultados obtenidos al aplicar el análisis multivariado de covarianza MANCOVA, se encontró mayor depresión en las mujeres que tienen trabajo no remunerado. Esto puede ser debido a que la ama de casa desempeña actividades rutinarias donde no existe reconocimiento de ninguna naturaleza, que le permiten constantemente traer a la mente pensamientos negativos predisponiéndola a la depresión; mientras que la mujer en condiciones diferentes, que trabaja por lo regular tiene que realizar actividades diferentes por lo que se distrae y además tiene oportunidad de platicar sus sentimientos y problemas con compañeros del trabajo.

Esto confirma por un lado, lo expuesto por Thornton y Leo en 1992, quienes plantean que la mujer tradicional dedicada solamente a las actividades del hogar tiene más estereotipos femeninos, haciéndola más vulnerable a la depresión. Y, por otro lado, lo mencionado por Barnett y colaboradores en 1992, quienes mencionan que la mujer que desempeña múltiples roles se mantiene activa y alejada de pensamientos negativos, lo que la protege de la depresión.

Con respecto al estado civil se observó que las mujeres casadas tienen puntajes más elevados de depresión esto se puede deber a dos circunstancias por un lado lo expuesto por Greene (1994) quien halló una depresión más elevada en mujeres que asumen mayor número de responsabilidades incluyendo en este grupo a las mujeres casadas, pues algunas de ellas además de trabajar fuera del hogar tienen que atender al marido y a los hijos. Y por otro lado a la posición que menciona que las mujeres casadas tienden más a presentar sintomatología depresiva por mostrar más estereotipos femeninos (Landrine, 1998, Mercado, 1996 y Mondragón, 1994).

En cuanto al estrés se encontró que las mujeres con escolaridad de licenciatura o más tuvieron mayor puntaje en su percepción de los acontecimientos productores de estrés. Es viable pensar que entre más preparación tenga una mujer, más se compromete y realiza un mayor número de actividades así como tiene más posibilidades de incorporarse a la fuerza laboral y esto duplica las tareas que realiza además de la presión a la que se ve sometida por cuestiones laborales (Allen, Coyne, Huntoon, 1998; Brazelton, Greene, Gynther, 1996; Vélez Bautista, 2001).

Las mujeres que trabajan fuera del hogar tienen que desempeñar acciones como cubrir un horario, diferentes actividades relacionadas con su ocupación y algunas de ellas capacitarse para estar actualizadas y así ocupar mejores puestos y poder acceder a salarios más altos.

Las mujeres con más estudios que se encuentran trabajando, están más expuestas a emitir conductas como toma de decisiones, competitividad, agresividad, manejo de las relaciones interpersonales, etc., las cuales son actividades más instrumentales que las predisponen al estrés (García, 1998).

Es importante mencionar que algunas de las mujeres que conforman la muestra son académicas. Y esto permite relacionar los resultados aquí encontrados con diversos estudios realizados con académicos de la UNAM por Díaz Barriga (1998) y Galaz (1999) que demuestran que como resultado de las políticas públicas para la educación superior específicamente, los programas de incentivos, han traído como consecuencia que los profesores (hombres y mujeres) hayan aumentado sus ritmos de trabajo, debido a que tienen que realizar una diversidad de tareas al mismo tiempo que ha ocasionado que estén expuestos a mayor tensión. Y más

aún las mujeres que por lo general desempeñan doble jornada, la de la casa y la del trabajo.

García, (1998) considera que la mujer que estudia más tiene mayor oportunidad de desempeñar un mejor trabajo, así como percibir un salario más alto pero también esta expuesta a mayor exigencias sobretodo de tipo intelectual, asumen un mayor número de responsabilidades, y tiene que enfrentarse a competitividad, agresividad, perfeccionismo y elevación constante de aspiraciones, favoreciendo el estrés, además entre mayor preparación más compromisos con la sociedad.

Con respecto a la autoestima no se encontró ninguna diferencia en este grupo de mujeres, esto se puede deber a dos circunstancias la primera puede ser que esta variable no tuvo un efecto real sobre estas mujeres y segunda a que el instrumento utilizado no fue lo suficientemente sensible como para poder detectar algunas diferencias entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y aquellas que solo se dedican a su casa.

Sin embargo a este respecto en un estudio realizado por Corredor y Gómez Ortiz (1999) consideró a la autoestima como una variable moderadora que protege a la mujer de acontecimientos negativos, es decir que el tener una autoestima alta ayuda a manejar mejor las situaciones aversivas, por lo que a mayor autoestima mayor recursos de afrontamiento y menores niveles de estrés y depresión.

En este mismo orden de ideas Redil (1981) mostró que la mujer que posee una autoestima baja tiene poco control sobre su vida por lo que es más sensible ante la depresión y el estrés.

No se encontró ningún efecto de la edad y tener o no hijos sobre la depresión autoestima y estrés en esta investigación. Sin embargo la literatura señala que

señala que hay edades donde las mujeres son más vulnerables ante la depresión y el estrés. De ahí que Folkman y Lazarus (1996) mencionan que durante la menopausia, cuando la mujer tiene entre 49 y 55 años los cambios hormonales ocasionan fluctuaciones en el estado de animo, siendo menos tolerante ante situaciones estresantes, favoreciendo la depresión en estas.

También se ha encontrado que a mayor edad más predisposición a la depresión observándose que con la senectud se incrementa la posibilidad de padecer depresión (Wrobel, 1993).

Mc Grath, Keita, Strickland y Russo (1990) mencionan que el tener hijos y más aun si estos son pequeños, favorece la depresión en las mujeres por la preocupación que les genera que estos se enfermen.

En relación con la autoestima las mujeres que se encuentran en la menopausia presentan autoestima baja debido a que en esa etapa por lo regular la mujer hace un balance de su vida y dependiendo de que tan satisfecha este de lo que haya hecho, va a depender como es su percepción y valoración de sí misma (Smith, Gerard, Gibbons, 1997).

Con todo este análisis de los resultados se puede recomendar en los hospitales y centros de salud se lleven acabo programas preventivos y de detección para que las personas con trastornos en el estado de ánimo reciban la atención oportuna y adecuada. Ya que se ha visto de acuerdo con Berenzon y Medina-Mora, (2002) y Salgado, Díaz-Pérez y González-Vázquez, (2003) el uso de servicios especializados en salud mental se presentan después de todo un proceso de intento de curación que puede iniciar con la asistencia de diversos servicios alternativos y el psicólogo o psiquiatra se presentan como última opción cuando la gravedad del padecimiento resulta inmanejable. Esto se debe, a que como mencionan Gasto, Vallejo y Menchón, (1993) no existe suficiente información

acerca de los síntomas de la depresión ni de su tratamiento, por lo que existe un gran número de personas sin recibir atención y de una depresión mínima pueden pasar a una depresión mayor por falta de información.

En relación con el estrés se recomienda que la mujer con mayor preparación no solo ponga atención en el aspecto intelectual sino también cuide su salud mental.

En términos generales, una vez analizados los resultados con mujeres en diferentes condiciones laborales y personales, se puede observar cierto comportamiento diferente de estos grupos de mujeres en cuanto a sus niveles de depresión y acontecimientos productores de estrés, que permiten detectar aquellas mujeres más vulnerables con respecto a dichas condiciones, para que de esta forma, como parte de la práctica psicológica crear programas específicos de intervención, con el objetivo de que dichas mujeres puedan adaptarse a las condiciones actuales de vida con una mejor salud mental y una actividad positiva a las diversas situaciones a las que se enfrentan en la actualidad.

CONCLUSIONES

- ❖ Si existe una relación positiva entre depresión y acontecimientos productores de estrés, en este grupo de mujeres estudiadas, es decir que a mayor percepción amenazante, mayor depresión.
- ❖ Al realizar el análisis factorial con el instrumento de depresión “Zung” se observó que el factor que más explica la depresión en este grupo de mujeres es el somático-psicomotor, por lo tanto se incluyeron dos tipos de síntomas en el mismo factor; mientras el autor del instrumento encontró como primer factor el somático.
- ❖ Al realizar el análisis factorial con el instrumento de autoestima de “Valdez” se observó que el factor más importante es el de rebeldía en las mujeres de la muestra, mientras que el autor encontró como primer factor el social expresivo.
- ❖ Al realizar el análisis factorial con el instrumento de acontecimientos productores de estrés de “Caballo” se observó que el factor más importante es el de agresión física o ambiental, en este grupo de mujeres, mientras que el autor encontró como primer factor el de sufrimiento por agresión personal, encontrándose similitud con el autor.
- ❖ Sí existe diferencia en cuanto a la depresión entre las mujeres que tienen un trabajo remunerado y aquellas con un trabajo no remunerado (amas de casa); presentando más depresión las mujeres que no trabajan fuera de casa.

- ❖ A mayor escolaridad mayor estrés.

- ❖ Las mujeres casadas del estudio presentan más síntomas de depresión.

SUGERENCIAS

- ❖ Si las mujeres casadas con trabajo no remunerado tienen más depresión, sería importante impartir cursos, talleres en las escuelas de sus hijos, que les ayuden a expresar sus emociones y de esa manera puedan reducir los síntomas depresivos.
- ❖ Las mujeres que tienen licenciatura o más tienen mayor puntaje de estrés, por lo que se sugiere elaborar folletos y organizar pláticas o conferencias en el lugar donde trabajan, para ayudarles a concientizar que no solo hay que poner atención en la formación profesional, sino también es importante atender la salud mental.

Hacer otras investigaciones en relación con la salud mental.

Una vez realizada esta investigación se propone lo siguiente:

- ❖ Utilizar un instrumento más sensible para medir autoestima.
- ❖ Emplear un instrumento que mida estrés real y no sólo la percepción hacia acontecimientos productores de estrés..
- ❖ Hacer una investigación semejante pero con diferentes participantes que permitan hacer otras comparaciones tales como:

Mujeres y hombres

Mujeres y hombres con diferente tipo de trabajo

Mujeres y hombres con diferente antigüedad laboral

Mujeres y hombres que vivan en diferentes zonas (rural y urbana)

- ❖ Hacer una investigación de estrés en profesores universitarios

- ❖ Hacer otra investigación tomando en cuenta otras variables como: satisfacción laboral y afrontamiento.

REFERENCIAS

- Acosta, A. (1999). Políticas y cambios institucionales en la educación superior en México, 1973-1998. ¿Sociogénesis de un nuevo “animal” universitario? En: Acosta A. (coord.) *Historias Paralelas. Un Cuarto de Siglo de las Universidades Públicas en México 1973-1998*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Adelmann, P. K. (1994). Multiple roles and psychological well - being in a national sample of older adults. *Journal of Gerontology*, 49, 5277 – 5285.
- Aguirre - Lora. (1991). Consideraciones sobre la formación del docente. *Revista Foro Universitario* No. , 16-19. UNAM. México, D. F.
- Alvira, F. (1994). La empresa del futuro y el acceso de la mujer a puestos directivos. Síntesis de estudios e investigaciones del Instituto de la mujer. *Cuadernos bibliográficos del Instituto de la Mujer*. 9, 90-94.
- Allen, J., Coyne, L. y Huntoon, J. (1998). Complex Posttraumatic Stress Disorder in Women From a Psychometric Perspective. *Journal of Personality assessment*. 79 2, 277-298.
- Allen-Burge, R. Storandt, M., Kinscherf, D. y Rubin, E. (1994). Sex differences in the sensitivity of two self-report depression in older depressed in patients. *Psychology and Aging*. 9, 443-445.
- American Psychiatric Association, (1995) Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a. Edición España: Masson.
- Andreasen, P. J., Zametkin, A. J., Guo, A. C., Baldwin, P. y Cohen R.M. (1994). Gender related differences in regional cerebral glucose metabolism in normal volunteers. *Psychiatry Research*, 51, 175 – 183.
- Aneshensel, C. S. (1996). Marital and employment role-strain, social support, and depression among adult women. In S. E. Hobfoll (Ed.), *Stress, social support, and women*. Washington, DC. Hemisphere.
- Baccaro, A. (1994). *Venciendo el estrés*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Bar, D. A. (1999). *La madre depresiva y el niño*. México: Siglo XXI.
- Barbee, E. L. (1992). African American women and depression: A review and critique of the literature. *Archives of psychiatric Nursing*, 6, 257-265.

- Barbera, E. y Molto, L. (1994). Las Mujeres y la crisis del mercado laboral: Repercusiones económicas y psicosociales. *Revista de Treball*, 2, 213-22.
- Barnett, R. C., Marshall, N. L. y Singer, J. D. (1992). Job Experiences Overtime, Multiple Roles, and Women's Health: A Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 634-644.
- Barrett, J. (1987). Prevalence of depression and its correlates in a general medical practice. *Journal of Affective Disorders*, 12, 167-174.
- Beck, S. y Snell, W. (1989). Stereotypic beliefs about women as moderators of stress-distress relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 665-672.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1999). Ansiedad, Estrés y Adicciones. *Psicología Contemporánea*. 6, 1, 60-67.
- Bedoya, M. C. , Caicedo, C. (1997). Donde las mujeres son más felices. *Revista Ciencia al día*. 9, 1-3.
- Belle, D. (1992). Social ties and social support. Lives in stress. *Women and depression*. Beverly Hills.
- Bernstein, B. (1991-92). Central issue importance as a function of gender and ethnicity. *Current Psychological Research and Reviews*, 10, 241-252.
- Bersing, D. (2000). Autoestima para mujeres. México: Alfa Omega.
- Blazer, D G., Kessler R C., Mc. Gonagle, K. y Swartz M S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: *The National Comorbidity Survey*. *Psychiatry*, 151: 979-986.
- Boggiano, A., y Barret, M. (1991). Gender differences in depression in college students. *Sex roles*, 25. 595-605.
- Bower, G.H. (1991). Mood and memory. *American Psychology*, 36, 129-148.
- Branden, N. (1997 a). El poder de la autoestima. México: Paidós.
- Branden, N. (1997 b). Los seis pilares de la Autoestima. México: Paidós.
- Branden, N. (1998). La autoestima en el trabajo. Barcelona, España. Paidós.
- Branden, N. (2001). La autoestima de la mujer. México: Paidós.
- Brazelton, E., Greene, K. y Gynther, M. (1996). Fertility, Depression and stress in college women. *Social Behavior and Personality*, 24 (4), 329-334.

- Buri, J. R., Kirchner, P. A. y Walsh, J. M. (1999). Familial Correlates of Self-Esteem in Young American Adults. *The Journal of Social Psychology*, 127 (6), USA, 583-588.
- Burin, M., Moncarz E. y Velásquez, S. (1990). El Malestar de las mujeres. Buenos Aires: Paidós.
- Burns, D. (2002). Sentirse bien. México Edit. Paidós.
- Butler, L. D. y Nolen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 30, 331-346.
- Caballo, E. y Cardeña. (1997). Sex differences in the perception of stressful life events in a Spanish sample: some implications for the axis IV of the DSM-IV. *Personality individual differences*, 23, 353-359.
- Caballo, V. E. (1994). The Scale of stressful Life Events (SSLE), Spain: University of Granada.
- Cacique, I., (2000). Trabajo femenino extradoméstico y riesgo de disolución de la primera unión. El caso de las mujeres urbanas en la Región Capital de Venezuela. *Papeles de Población*. Nueva época, Año 6, No. 25 Julio – Septiembre. pp 35-57.
- Calderón, Narváez G. (1999). Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. México: Trillas.
- Cano, G. J. M, Díaz-Martínez, A., Juárez, M C, Ortega, R. Martínez, S. J. L, Cano, G. L., Zamora, S. M., Rodríguez, L. M. T., Hernández, M. I. y Pérez, P.J. (2002). *Boletín Informativo de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM* Año II No. 5. Estado de México.
- Caraveo, J. Colmenares E. y Saldivar G. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*; número especial, 62-67.
- Cardona-Pescador, J. (1990). La depresión. Madrid España. Dossat.
- Clark, R, W. (1996). Burnout and Associated factors among extensión administrador/mid Managers of the North central region. Ohio State University. *Dissertation Abstracts International*. 46,9.
- Cohen, S. y Harris, T. (1989). Personality characteristics as moderators of relationship between stress and disorder. In R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress*, pp 235-283. New York: John Wiley y Sons.

- Conde, V. y Franch, J. (1984). Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid, pp 62 – 76.
- Conde, V., Escribá J A. y Izquierdo, J. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Arch Neurobiol.* 33, 185 –206.
- Condon, J. T. y Watson, T. L. (1997). The maternity blues: Exploration of a psychological hypothesis. *Acta Psychiatrica.* 76, 164-171.
- Consenso, (2002) Manejo del espectro depresión-ansiedad. Práctica, DIF Estado de México.
- Coopersmith, S. (1976). The antecedents of Self Esteem. W. H. Fredman and Company. San Francisco.
- Corredor, J. A. y Gómez Ortiz, V. (1999) Autoestima, interacciones maternas y depresión en mujeres con múltiples roles. *Psicología Contemporánea.* 6 (2), 40-47.
- Cruz del Castillo, C. , Rivera, S. , Díaz Loving, R. y González, F. (2004). El trabajo remunerado en la mujer casada: ventajas y desventajas. *La Psicología Social en México.* X, 57-64.
- Culbertson, F. M. (1997). Depression and gender : An international review. *American Psychologist,* 52, 25-31.
- Chacko, T. L. (1993). Job and Life Satisfaction. A causal analysis of their relationship. *Academy of Managements Journal.* 26, 1, 163-169.
- Delgadillo, G. y Valdez, J. L. (1998). Las situaciones vitales estresantes en universitarios mexicanos: Un Análisis por sexo. *Revista de Salud Mental*
- Desjarlais, R. Eisenberg L., Good B. y Kleinman A., (1996). Problems and priorities in Low-Income Countries. *World Mental Health.* Nueva York: Oxford University Press.
- Díaz-Barriga, A. (1998). Los programas de evaluación (estímulos) en la comunidad de investigadores. Un estudio en la UNAM. En: A. Díaz- Barriga y Pacheco (Coordinadores). *Universitarios: Institucionalización Académica y Evaluación Pensamiento universitario,* 86, 37-52. México: UNAM/CESU.
- Duque, H. (2002). Autoestima en la vida familiar. Bogota: San Pablo.
- Elliot, M. (2001). Gender differences in causes of depression. *Women Health,* Vol. 33 163-177.

- Ensel, W. M. (1992). The role of age and the relationship of gender and marital status to depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 536-543.
- Fensterheim, H., Baer, J. (1990). No diga si cuando quiera decir no. México: Grijalbo.
- Flores, J., Rodríguez, G. y García, E. (1995). Estadística Básica Aplicada a las Ciencias de la Educación. México Kronos.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1996). An analysis of coping in a middle-aged community sample, *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Fontana, D. (1992). Control del estrés. México: El Manual Moderno.
- Frenk, J., Lozano R. y González-Block, M A. (1994). Economía y salud: propuestas para el avance de salud en México. Reporte Final. *Fundación Mexicana para la Salud en México, DIF Estado de México*.
- Fujita, F. Diener, E. y Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being. The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 427-434.
- Funabiky, D., Bologna, N. C. Pepping, M. y Fitzgerald, K. (1980). Revisiting sex differences in the expression of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 194-202.
- Galaz, F. (1999). Notas para una agenda de investigación sobre el académico en la educación superior mexicana. *Sociológica*, 41:13-39.
- García, B. (1998). Trabajo Femenino y Vida Familiar en México. México: El Colegio de México.
- Gasto, C., Vallejo, J. y Menchón J. M. (1993). Depresiones Crónicas. España: Ediciones Doyma.
- Gómez, B. (1997). Autoconcepto real e ideal en mujeres de tres generaciones y su relación con la depresión. Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- González Arratía, L. F. N. I. (1996). El autoconcepto y la autoestima en madres e hijos, sus repercusiones en el rendimiento escolar, en niños de 6º año de primaria de tres diferentes tipos de escuela, tesis de maestría, UAEM, Facultad de Ciencias de la Conducta.

- González Arratía, L. F. N. I. (2002). La autoestima: medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser. México: UAEM.
- González Arratía, L. F. N. I. y Valdez Medina J.L. (1998). El autoconcepto en mujeres mexicanas y españolas. Memorias del Congreso Iberoamericano de Psicología Social, (428) Madrid 13-17 Julio. Colegio oficial de psicólogos, Sociedad Interamericana de Psicología y Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- González- Fortaleza, C. Berenzon, S. H., Medina- Mora M. E., Tello A., Facio, D. (1997). Ideación suicida y características asociadas en dos grupos de mujeres: Comunidad escolar y pacientes por intento suicida. *Revista Salud Pública de México*. 54, 65-69.
- González-Fortezza, C., Villatoro, J.; Pick S. y Collado, M.E. (1998). Estrés Psicosocial y su relación con respuestas de enfrentamiento y malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la Ciudad de México. Análisis según nivel socioeconómico. *Suplemento de Salud Mental*, Abril, 15-21.
- Gotlib, I. (1992). Interpersonal and cognitive aspects of depression. *Current Directions in Psychological Science*, 1,149-154.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P.M. y Seeley, J.R. (1994). Symptoms versus a diagnosis of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.
- Greene, B. (1994). Ethnic-minority lesbians and gay men: Mental health and treatment issues. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 62, 243-251.
- Greenglass, E. R. (1995). Psychological implications of sex bias in the workplace. Special Issue: Gender roles. *Academic Psychological Bulletin*, 7, 227-240.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal Neurology, Neurosurgery, psychiatric*, 23, 56-57.
- Hamilton, J. A. (1989). Post-partum psychiatric syndromes. In B.L. Parry. *The psychiatric clinics of North American*. Philadelphia, 12, 89 -104.
- Hay, L. L. (1995). Tú puedes sanar tu vida, México, Diana.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. Y Baptista, P.(1996). Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill.

- Hobfall, S. E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R. y Cameron, R. P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 445-453.
- Huerta, y Franco, M. R. (2000). El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo. *Salud Mental*, Jun 2000, Vol. 23 Issue 3, 52.
- Joiner, T.E. y Blalock, J.A., (1995). Gender differences in depression: The role of anxiety and generalized negative affect. *Sex roles*, 33, 91-108.
- Kaplan, A. G. (1986). The "Self-in-relation". Implications for depression in women. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 23, 786-792.
- Knight, R., y Williams, S. (1997). Psychometric properties of the center for epidemiology studies depression scale (CES-D) in a sample of women in middle life. *Behavior Research and Therapy*, 35 (4) 373-380.
- Kramlinger, K., (2002). Guía de la clínica mayo sobre depresión. Barcelona: Plaza Janés.
- Krause, N. (1986). Stress and stress differences in depressive symptoms among older adults. *Journal of Gerontology*, 41, 727-731.
- Kreitler, S. , Aronson, M. , Berliner, S. , Kreitler, H. , Weissler, K. y Arber, N. (1995). Life events and personal problems: their physiological and emotional effects. *Personality and Individual Differences*, 18, 101-116.
- Lara, M. A. (1995). ¿ Es Difícil ser Mujer? Una Guía sobre depresión. México: Pax.
- Lara, M. A. , Medina-Mora, M. E., Salgado, N. , Acevedo, M. , Díaz-Pérez, M. y Villatoro, J. (1996). Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. *Salud Mental*. 19, 2, 42-49.
- Landrine, H. (1988). Depression and stereotypes of women: Preliminary empirical analyses of the gender-role hypothesis. *Sex Roles*, 19, 527-541.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, EUA: Springer.
- Lennon, M. C. (1994). Women, work, and web being: La importancia de work conditions. *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (3). 235 – 247.
- Lennon, M. C., (1997). Is menopause depressing? An investigation of three perspectives. *Sex Roles*, 17, 1-16.

- Linchtenberg, P, Gibbons, T., Nanna M. y Blumenthal F. (1993). Physician detection of depression in medically ill elderly. *Clinical Gerontologist*, 13, 81-90.
- López, EK, Medina-Mora, ME, Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S. Berenzon SH y Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*, 18 (4) 24-32.
- López, V.C. Y Esteban T. (1975). Validez de la Escala autoaplicada de Depresión de Zung. *Arch Neurobiol*, 38. 225 – 246.
- Madurez Moderna, revista mensual para vivir a plenitud. Año 1 Núm.6 Órgano oficial del Centro de Orientación y Servicio, A.C.
- Martínez-Sánchez, F. y Casado Morales M. S. (1999) Estrés y trastornos psicofisiológicos. *Una revisión crítica. Psicología Contemporánea* 6, (1), 50-59.
- Mc. Kinlay, S. y Jeffreys, M. (1987 b) The Menstrual Syndrome. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 28, (2) 108.
- McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R. y Russo, N. F. (Eds.). (1990). Women and depression: Risk factors and treatment issues: *Final report of American Psychological Association Task Force on Women and Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McKinlay, J. B., McKinlay, S.M., y Brambilla, D. J. (1987 a). The relative contributions of endocrine changes and circumstances to depression in mid-aged women. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 345-363.
- Mercado, A. (1996). Relación de niveles de vacío existencial y depresión en mujeres (solteras, casadas y divorciadas) con hijos, Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- Mézerville, de G. (2004). Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés. México: Trillas.
- Mondragón, M.C. (1994) Estudio Descriptivo del Nivel de Depresión Posparto en Mujeres atendidas en el Hospital “Dr. Nicolás San Juan” de la Ciudad de Toluca. Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- Montt, M. y Ulluoá, F. (1995) Autoestima y salud mental en los adolescentes, *Salud Mental*, 19 (3), 30-35.

- Moysén, A. (1996). Autoconcepto real e ideal y autoestima en cuatro diferentes generaciones. Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- Mruk, C. (1999). Autoestima, Investigación y práctica. España. Desclé de Brouwer.
- Nolen- Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson C. (1999), Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (5), 1061-1072.
- O' Hara, M. Schlechte, J. A., Lewis, D. A., y Varner, M. W. (1991) Controlled prospective study of postpartum mood disorder: Psychological, environmental and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 63-73.
- O'Neil, M., Lancee, W. y Freeman, S. (1985). Sex differences in depressed university students. *Social Psychiatry*, 20, 186-190.
- Ortega- Soto, H.A., Gracia, S., Imaz B., Pacheco J., Brunner E., Apiquían R., y Torre, M.P. (1994) Validez y reproductividad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*, 17 (3), 7-14.
- Otto, M., Breider, G., Fava, M., Delis, D., Quitkin, F. y Rosenbaum, J. (1994). Norm for depressed patients for de California Verbal Learning Test: Associations with depression severity and self-report of cognitive difficulties. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 9. 81-88.
- Pajer, K. (1995). New Strategies in the Treatment of Depression in Women, *Journal of Clinical Psychiatric*, 56, 30-37.
- Papalia, D.E. (2002). Psicología del desarrollo. México: Mac Graw Hill.
- Parks, S., y Pilisuk, M. (1991). Caregiver burden: Gender and the psychological cost of caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 501-509.
- Pedrero, M. y Rendón, T. (1982). El trabajo de la mujer en México en los setentas. Estudios sobre la mujer. Bases teóricas, metodológicas y evidencia empírica. *Secretaría de Programación y Presupuesto*, México.
- Peiró F., y Prieto. (1996). Tratado de Psicología del Trabajo. Madrid: Editorial Síntesis.
- Pianta, R. C., y Egeland, B. (1994). Relation between Depressive Symptoms and Stressful Life Events in a Sample of Disadvantaged Mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1229- 1234.

- Piechowski, L.D. (1992). Mental health and women's multiple roles. *Families in Society*, 73,131-139.
- Polaino-Lorente, A. (2000) La depresión. México: Martínez Roca.
- Powell, T. (1998). Vivir sin Estrés. Barcelona, España: Ediciones B. Grupo Z.
- Priest, R. (1992). Ansiedad y depresión, causas, efectos y cómo superarlos. España: Ediciones Plural.
- Rao, U., Hammen, C. y Daley, S. (1999). Continuity of Depression During the Transition to Adulthood: A 5 – Year Longitudinal Study of Young Women. *Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry*, 38 (7), 908- 915.
- Redil, L. (1981). Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del Distrito Federal. *Rev. Asoc. Latinoamer. Psic. Social.* 1, 266 – 273.
- Reynolds, C. F., Kupfer, D.J., Thase, M.E., Frank, E., Jarret, D. B. Coble, P.A., Hoch, C. c. Buysse, D.J., Kupfer, D. y Houck, P. R. (1999). Sleep gender, and depression: An analysis of gender effects on the electroencephalographic sleep of 302 depressed outpatients. *Biological Psychiatry*, 28, 673-684.
- Riley, D. y Echenrode, J. (1996). Social ties: Subgroup differences in costs and benefits. *Journal of Personality, Social Psychology*, 51, 770-778.
- Ríos, L. (2003 23 de Noviembre). Se disparan las enfermedades mentales. *Vértigo*, 140 12- 16.
- Rodríguez, E. M. y Ramírez, B. P., (2003). Psicología del mexicano en el trabajo. México: Mc Graw Hill.
- Rodríguez, M. Pellicer, G. y Domínguez, M. (1998). Autoestima: clave del éxito personal, México: El Manual Moderno.
- Rojas, E.M. (1979). Psicopatología de la depresión. Madrid: Salvat.
- Rossi, R. (2001). Para superar el estrés. México: Editorial de Vecchi.
- Ryan-Wenger, N.M. (1990). Development and Psychometric properties of the schoolagers coping strategies Inventory, *Nursing Research*, 39 (6), 344-349.
- Sabanes, F. (1993). La Depresión. México: Diana.
- Salgado de S. (1990). Estrés psicosocial en la mujer migrante y su relación con el malestar psicológico. *La Psicología Social en México*, 3, 51-55.

- Sanfilipo, M. P. (1994). Masculinity, Feminity, and Subjective Experience of Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 144-157.
- Sayers, S. L., Baucom, D. H. y Tierney, A. M. (1993). Sex Roles, Interpersonal Control, and Depression: Who can get their way. *Journal of Research in Personality*, 27, 377-395.
- Schmider, J., Deuschle, M., Schweiger, U., Korner, A., Gotthardt, U., y Heuser, I. J. (1995). Amitriptyline metabolism in elderly depressed patients and normal controls in relation to hypothalamic-pituitary-adrenal system function. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 15, 250-258.
- Sedeño, E. (1984). Los Roles sexuales. España: Universidad de Granada.
- Selye, H. (1976). The Stress of Life. Nueva York: Mc Graw Hill.
- Simons, A. D., Angell, K. L., Monroe, S. M., y Thase, M. E. (1993). Cognition and Life Stress in Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 584-591.
- Slater, E. (1993). Psychiatric and neurotic illnesses in twins. *Medical Research Council Special Report Series*, 278, Londres.
- Smith, G., Gerard, M. y Gibbons, F., (1997). Self- Esteem and the Relation between Risk Behavior and Perceptions of Vulnerability to Unplanned Pregnancy in College Women. *Health Psychology*, 16 (2), 137-146.
- Sowa, C. J. y Lustman, P. J. (1984). Gender differences in rating stressful events, depression, and depressive cognition. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1334-1337.
- Sprock, J., y Yoder C. Y. (1997). Women and Depression: An Update on Report of the APA Task Force. Sex Roles. *Journal of Research*, 36 (5/6) , 269-303.
- Suárez, González, U. C. (1988). Validación de la escala de automedición de Zung en adolescentes de secundaria mexicanos, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Symonds, A. (1996). The dynamics of depresión in functioning women: Sexism in the family. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 14, 395-406.
- Thayer, R., Newman, R. y Mc Clain T. (1994). Self-regulation of mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality and social*, 67, 910-925.
- Thornton, B., y Leo, R. (1992). Gender typing importance of multiple roles, and mental health consequences for women. *Sex roles*, 27, 307-317.

- Tienari, P. (1994). Psychiatric illness in identical twins. *Acta Psychiat. Scand, Suppl.*, 171
- Torres- Castillo, M., Hernández-Malpica, E. y Ortega-Soto, H.A. (2000). Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología, *Salud Mental*. 14 (2), 1-6.
- Torres, Z. E. (1999). Autoestima: La llave del éxito, México, Sensores Fernández.
- Tschirhart, L. y Donovan M. (1991). *Women & Self Esteem*. New York: Penguin Books.
- Turner, H. (1994). Gender and social support: Taking the bad with de good? *Sex roles*, 30, 521-541.
- Turnipseed, D. (1994). An analysis of the influence work environment variables and moderators on the burnout syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*. 24, 9 782-800.
- Valadez y Landa, A. y P. (1998). Connotaciones de Estrés. *CNEIP (Enseñanza e Investigación en Psicología)*, 3, (2), Julio - Diciembre. México. Nueva Época.
- Valadez, R. y Vaquero, C. (1992). Estrés ambiental: un estudio en la Cd. De México. *La Psicología Social en México*. 4, 394-403.
- Valdez, J.L. (1994). El autoconcepto del mexicano, estudios de validación. Tesis de Doctorado Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Valdez, J.L. (1998). Las redes semánticas naturales usos y aplicaciones en psicología social. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Veiel, H., (1993). Detrimental effects of kin support networks on the course of depression. *Journal of abnormal Psychology*, 102, 419-429.
- Vélez-Bautista, G., (2001). La mujeres eje potencial de desarrollo. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Widiger, T. y Spitzer, R. (1991). Sex bias in the diagnosis of personality disorders: conceptual and methodological issues. *Clinical Review*, 11, 1-22.
- Witkin-Lanoil, G. (1987). El estrés de la mujer. Barcelona, España: Grijalbo.
- Winokur, G. (1991). Mania and depression: a classification of syndrome and disease. Baltimore, USA: The Johns Hopkins University Press.

- Wrobel, N. H. (1993). Effect of patient age and gender on clinical decisions. *Professional Psychology Research and Practice*, 24, 206-212.
- Yalom, I.D. (1999). Tratamiento de la Depresión. México: Ediciones Garnica.
- Yoder, C., Shute, G. y Tryban, G. (1990). Community recognition of objective and subjective characteristics of depression. *American Journal of community Psychology*, .18, 547-566.
- Zung, W.W. (1965). A Self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12, 67-74.
- Zung, W.W. K. y Dhuram, C. A. (1991). A Self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 13, 508.

ANEXOS

INSTRUMENTOS

ESCALA PARA LA AUTO-MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG (1965)

DATOS GENERALES:

SEGÚN LOS PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN

POR FAVOR SEÑALE UNA RESPUESTA DE CADA UNO DE LOS 20 ELEMENTOS	NADA O POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	LA MAYORÍA DE LAS VECES O SIEMPRE	
1. Me siento abatida, desanimada y triste	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
2. Por la mañana es cuando mejor me siento	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
3. Tengo ataques de llanto, deseo llorar	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
4. Tengo problemas de sueño durante la noche	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
5. Como igual que antes	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
6. Disfruto admirar, conversar y estar con mujeres / hombres atractivos	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
7. Noto que estoy perdiendo peso	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
8. Tengo problemas de estreñimiento	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
10. Me canso sin motivo	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
11. Mi mente está tan despejada como siempre	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
13. Me encuentro intranquila y no puedo estarme quieta	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
14. Tengo esperanzas en el futuro	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
15. Soy más irritable que de costumbre	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
16. Tomo las decisiones fácilmente	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
17. Siento que soy útil y necesaria	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
18. Siento que mi vida está llena	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerta	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
20. Sigo disfrutando con lo que hacía	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
				PUNT. BRUTA	
				ÍNDICE SDA	

ESCALA DE ACONTECIMIENTOS PRODUCTORES DE ESTRÉS - I (EAPE)

(CABALLO,1994)

DATOS GENERALES

SEGUN LOS PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN

Por favor, rodee con un círculo un número (del 1 al 10) dependiendo del grado de estrés, ansiedad o perturbación que le produciría cada una de las siguientes situaciones, en el caso de que sucedieran.

Grado de estrés

Muy poco Medio Muchísimo

1.- Ser objeto de violación.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.- Ser víctima de otros abusos sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.- Matar a alguien.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.- Muerte del cónyuge.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.- Quedar incapacitada físicamente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.- Muerte de un miembro de la familia.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.- Ser encarcelada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.- Situación de guerra.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.- Muerte de un /a amigo /a intimo /a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.- Malos tratos de la pareja /los padres.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.- Embarazo no deseado (propio o de la pareja).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.- Sufrir un atraco a mano armada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.- Ser víctima de agresión física.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.- Ser expulsada de la casa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.- Ser detenida.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.- Ser despedida del trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.- Incendio o catástrofe en el hogar.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.- Sufrir un accidente de tráfico.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.- Situación de desempleo prolongada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20.- Sufrir un desastre natural: terremoto, inundación, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21.- Ser denunciada y juzgada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22.- La pareja es infiel.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23.- Un/a hijo/a o uno de los padres se marcha de casa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24.- Divorciarse de la pareja.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25.- Sufrir marginación.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26.- Soledad prolongada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27.- Situación de gran pobreza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

28.- Separación de la pareja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29.- Ser víctima de chantaje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30.- Problemas de salud de algún miembro de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31.- Problemas laborales / académicos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32.- Aparecer en un medio de comunicación: prensa, radio, TV.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33.- Someterse a operación quirúrgica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34.- Ser víctima de una estafa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35.- Ser víctima de un robo no violento (coche, casa, etc).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36.- Lesión o enfermedad personal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37.- Aumento en el número de discusiones con la pareja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38.- Casarse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39.- Problemas sexuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40.- Lugar de residencia poco seguro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41.- Alcanzar un objetivo muy deseado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42.- Trabajar en algo que no gusta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43.- Problemas con el jefe/ profesor o compañeros de trabajo / clases	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44.- Peleas con algún miembro de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45.- Cambio de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46.- Problemas con la familia de la pareja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47.- Nacimiento de un hijo /a o hermano /a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48.- Cambio de residencia a un nuevo lugar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49.- Reconciliación con la pareja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50.- Empezar un nuevo trabajo o un nuevo curso académico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51.- Problemas con los vecinos o el casero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52.- Jubilación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

INSTRUMENTO DE AUTOCONCEPTO REAL (VALDEZ, 1992)

DATOS GENERALES

SEGÚN EL TIPO DE INVESTIGACIÓN

Su aportación es valiosa, por favor sea lo más sincera posible, y muchas gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una serie de rasgos que pueden describir su forma de ser; la tarea que tiene que hacer es señalar con una cruz " qué tanto considera que tiene de cada una de las características que aparecen en este cuestionario" .

Para contestar, sólo tiene que poner una cruz sobre alguno de los cinco cuadros que siguen a cada característica. Y que indican:

- (1) LO TENGO TOTALMENTE,
- (2) TENGO ALGO DE CARACTERÍSTICA,
- (3) LO TENGO NI ME FALTA,
- (4) TENGO MUY POCO DE ESTA CARACTERÍSTICA,
- (5) NO TENGO NADA DE ESA CARACTERÍSTICA.

POR FAVOR NO DEJE NINGÚN RECTIVO SIN CONTESTAR.

	TOTALMENTE			NADA	
	1	2	3	4	5
AMABLE					
HONESTA					
PLATICADORA					
RELAJIENTA					
ENOJONA					
ACTIVA					
LIMPIA					
SINCERA					
TRAVIESA					
MENTIROSA					
ESTUDIOSA					
OBEDIENTE					
LEAL					
RESPECTUOSA					
SIMPÁTICA					
VOLUBLE					
NECIA					
APLICADA					
AMIGABLE					
ROMÁNTICA					
DETALLISTA					

DESOBEDIENTE					
COMPARTIDA					
BUENA					
ORDENADA					
AGRESIVA					
REBELDE					
ATENTA					
ACOMEDIDA					
CARINOSA					
SENTIMENTAL					
ESTRICTA					
TRABAJADORA					
CRITICONA					
BROMISTA					
INTELIGENTE					
RESPONSABLE					

CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO IDEAL (VALDEZ, 1992)

DATOS GENERALES

SEGÚN LOS PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN

Su aportación es valiosa, por favor sea lo más sincera posible, y muchas gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES: la tarea que tiene que hacer ahora, es señalar con una cruz “ qué tanto le gustaría tener de cada una de las características que aparecen en este cuestionario” .

Para contestar, sólo tiene que poner una cruz sobre alguno de los cinco cuadros que siguen a cada característica. Y que indican:

- (1) LO TENGO TOTALMENTE,
- (2) TENGO ALGO DE CARACTERÍSTICA,
- (3) NI LO TENGO NI ME FALTA,
- (4) TENGO MUY POCO DE ESTA CARACTERÍSTICA,
- (5) NO TENGO NADA DE ESA CARACTERÍSTICA.

POR FAVOR NO DEJE NINGÚN RECTIVO SIN CONTESTAR.

	TOTALMENTE				NADA
	1	2	3	4	5
AMABLE					
HONESTA					
PLATICADORA					
RELAJIENTA					
ENOJONA					
ACTIVA					
LIMPIA					
SINCERA					
TRAVIESA					
MENTIROSA					
ESTUDIOSOA					
OBEDIENTE					
LEAL					
RESPECTUOSA					
SIMPATICA					
VOLUBLE					
NECIA					
APLICADA					
AMIGABLE					
ROMÁNTICA					
DETALLISTA					
DESOBEDIENTE					
COMPARTIDA					

BUENA					
ORDENADA					
AGRESIVA					
REBELDE					
ATENTA					
ACOMEDIDA					
CARINOSA					
SENTIMENTAL					
ESTRICTA					
TRABAJADORA					
BROMISTA					
INTELIGENTE					
RESPONSABLE					