



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD PSICOLOGÍA

**DEPRESIÓN, AUTOESTIMA Y
GÉNERO EN MUJERES ADULTAS:
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.**

T E S I N A

**PARA OBTENER EL TÍTULO EN:
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.**

**PRESENTA:
BLANCA ESTELA ALCALÁ ROBLEDO.**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA. YOLANDA BERNAL ALVAREZ.**



Ciudad Universitaria, D.F.

Agosto, 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DEPRESIÓN, AUTOESTIMA Y GÉNERO EN MUJERES ADULTAS:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Índice

Resumen	8
Abstrac	8
Introducción	10
<i>CAPITULO I TENDENCIA DE LA DEPRESIÓN</i>	15
1.1- Antecedentes históricos de la depresión	16
1.2- Definición de depresión.	23
1.3- Clasificación de depresión.	27
1.4- Teorías de la depresión.	31
1.4.1- Teorías Biológicas.	32
1.4.2- Teoría Psicoanalítica de la depresión.	33
1.4.3- Teoría Conductual-Cognitiva.	35
1.4.4- Teoría Cognitiva.	36
1.5- Tratamiento e intervención.	37
<i>CAPITULO II LANGUIDEZ DE LA AUTOESTIMA</i>	42
2.1- Antecedentes históricos de autoestima.	44
2.2- Definición de autoestima.	47
2.3- Clasificación de la autoestima.	49
2.4- Teorías de la autoestima.	54
2.4.1- Teoría de la Introspección.	55
2.4.2- Teoría Psicodinámica.	56
2.4.3- Teoría Social.	56
2.4.4- Teoría del Aprendizaje o Conductismo.	57
2.4.5- Teoría Humanista	58
2.4.6- Teoría Cognitiva-Experimental del Self.	60
2.5- Tratamiento e intervención	60
<i>CAPITULO III CONSTRUCCION SOCIAL DE GÉNERO</i>	65
3.1- Antecedentes históricos	67
3.2- Definición de género	71
3.3- Teorías de género	75

3.3.1 - Teoría de la diferencia entre géneros.	73
3.3.2- Teoría de la desigualdad entre los géneros.	73
3.3.3- Teoría de la opresión entre los géneros.	74
3.3.4- Teoría de género.	74
3.4- Género y depresión.	75
3.5- Tratamiento e Intervención.	76

CAPITULO IV PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

4.1- Justificación.	80
4.2- Objetivo general	80
4.3- Objetivos específicos	81
4.4- Propuesta.	82
4.5- Modulo I Depresión.	83
4.6- Modulo II Autoestima.	84
4.7- Modulo III Género.	85
4.8- Escenario.	86
4.9- Materiales.	86
4.10- Evaluación final	86
4.11- Conclusiones	86
4.12- Anexo	89

REFERENCIAS	99
--------------------	-----------

Resumen

La depresión es un padecimiento que ha afectado a la humanidad desde tiempos remotos. Los estudios han evolucionado permitiendo clasificarla como una enfermedad o padecimiento de la mente, un síndrome con diferentes matices sintomáticos, promovido por múltiples causas que afectan al sujeto por el alto grado de sufrimiento psíquico generado por sus secuelas personales y sociales.

La depresión se define como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y por la baja en la autoestima, con manifestaciones afectivas conductuales, cognitivas y motoras, así como serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

La depresión es una enfermedad que afecta a unos 350 millones de personas. Y puede convertirse en un problema de salud muy serio especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento y en el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente un millón de muertes anuales.

ABSTRAC

Depression is a suffering that has disturbed humanity since yore. Studies have evolved to classify it as a disease from the mind, a syndrome with diverse symptomatic nuances, moved by different causes that affect the subject, as well as in their high levels of distress consequence of personal and social matters.

Depression is mostly identify by the weakening of the persons state of mind, reduce capacity of experimenting pleasure, reduce pain tolerance, lowered self – esteem, affecting their emotional role, having severe consequences in their life quality and in their social and professional performance.

Depression is an illness that affects 350 million people everyday. It may become a health problem if the symptoms persist, especially if they last longer than 2 weeks. It may cause great suffering and in the worst case it may lead to suicide, which is the cause of death of approximately 1 million people.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un padecimiento que ha afectado al ser humano probablemente desde sus orígenes. A través del tiempo se ha investigado e identificado sus causas, por lo que en la actualidad hay técnicas y tratamientos efectivos para atenderla.

La depresión se conceptualiza en la cultura griega a partir de los estudios de Hipócrates y desde entonces se sabe que los principales síntomas son: la falta de alegría, una gran tristeza que se caracteriza por la melancolía, la cual indica un padecimiento, que según los griegos tiene que ver con los intestinos y con otros síntomas gastrointestinales, así como otras sintomatologías como la angustia que puede tener origen de diferente naturaleza.

El origen del término melancolía fue dado a conocer por Hipócrates en el siglo V A.C. Su origen lo atribuyó a un exceso de bilis negra.

Rufo de Éfeso (450 D.C.), afirma que “el mucho pensar y la mucha tristeza produce melancolía”. La actividad de la mente se convierte en causa directa de la melancolía. Clasifica a los melancólicos en dos formas diferentes:

Melancólicos por naturaleza, melancólicos por consecuencia de la mala dieta.

Para determinar que la depresión es una enfermedad, han transcurrido 10 siglos, con la aparición del padre de la psiquiatría **Philippe Pinel (1786)**, quien por primera vez habla de cómo se perciben los seres humanos y qué causa sus enfermedades mentales.

En el siglo XIX se empezó a utilizar el término depresión y es **Pinel** quién ubica a la depresión como un síntoma de la melancolía. Esta la define como aquella perturbación mórbida en la que el delirio está limitado a un objeto o a una serie particular de objetos.

Se empiezan a hacer grandes estudios y en base a estos resultados se divide el concepto original de la melancolía y finalmente en el siglo XX se hace una

diferencia entre un trastorno anímico, llamado tristeza patológica y la enfermedad mental llamada depresión.

Desde hace tiempo se ha considerado ineludible conocer la relación entre personalidad y depresión. Se sabe que cuando se asocia un trastorno de personalidad con un trastorno depresivo, la respuesta a los antidepresivos es menor. Se ha observado que los pacientes con cierto tipo de personalidad responden menos a los antidepresivos tricíclicos.

Durante los últimos años, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad depresiva han cambiado significativamente. Los avances en el conocimiento de las bases biológicas de ésta enfermedad han contribuido al mejor conocimiento de sus causas. Hoy en día se considera a la depresión como parte del grupo de trastorno afectivo.

De acuerdo a las estadísticas de los diversos centros de investigación en el mundo, cerca del 20% de la población en general presentará por lo menos un episodio depresivo mayor en el transcurso de su vida.

A cualquier edad puede presentarse un cuadro depresivo. Su mayor incidencia y prevalencia ocurre entre los 20 y los 45 años de edad, la depresión se da más en mujeres que en hombres. En contraste con la depresión mayor que es la que más comúnmente les da a las mujeres, a los hombres se les presenta el trastorno bipolar.

Hoy en día todavía son muchas las mujeres a las que les preocupa ser queridas y resultar atractivas, porque aunque lo ignoren, es su fuente principal de autoestima. Mientras la sociedad continúe siendo sexista muchas mujeres no se esforzarán en adquirir competencia y continuarán siendo manipuladas.

La autoestima se crea mediante la interacción de dos componentes básicos, el merecimiento y la competencia, los cuales se relacionan de forma recíproca y dinámica. La competencia es conductual y se evalúa en términos de eficacia o

ineficacia. El resultado continuo de competencia o conducta afectiva tiene por consecuencia una autoestima baja, media o alta.

Tener una autoestima baja significa que la persona no se gusta lo suficiente, porque se juzga con demasiada dureza y eso es lo que ha aprendido, pero jamás es tarde para aprender a juzgarse de otra manera.

Un buen principio sería juzgarse con la misma benevolencia con la que juzgamos a los demás. Para ello es necesario que en el caso de las mujeres, se amen profundamente, que se valoren como seres superiores y así eleven su autoestima.

Todos los individuos necesitan tener una autoestima saludable, las personas que se encuentran bien consigo misma suelen sentirse a gusto en la vida, son capaces de afrontar y resolver con seguridad los retos y las responsabilidades que esta plantea.

Por el contrario, la baja autoestima es una fuente permanente de inseguridad e insatisfacción personal y se presentan una serie de problemas psicológicos, como depresión y ansiedad.

La autoestima se define como la confianza, el respeto por uno mismo, y saber enfrentar los desafíos de la vida que tenemos como el derecho a ser feliz.

El género se utiliza para señalar las características socialmente construidas que constituyen en la definición de lo masculino y lo femenino, el género se caracteriza por un conjunto de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades, que a través de un proceso de construcción social diferencian a hombres y mujeres. Esta diferencia de género deriva en desigualdades que se reflejan en un deterioro de la salud.

La psicología explica el concepto de género como una dimensión que forma parte de la realidad subjetiva del comportamiento humano.

Los individuos no nacen biológicamente predeterminados a vivir un tipo de vinculación con los sistemas sociales, la estructura de privilegios, la distribución del poder y las posibilidades de desarrollo social afectivo, intelectual y psíquico. En el caso de las diferencias de género, lo que sucede más bien es que las características biológicas son utilizadas como recurso ideológico para construir y justificar la desigualdad.

En palabras de **Marcela Lagarde** (1948), el problema puede describirse de la siguiente manera: Hombre y Mujer han sido siempre sexualmente diferentes; se conformaron los géneros por la atribución de cualidades sociales y culturales diferente de cada sexo

El género es capaz de influir en cierto grado sobre la autoestima, las mujeres de nuestra sociedad parecen inclinarse hacia el componente de la valía ante la autoestima y quieren ser valoradas o rechazada.

En las culturas machistas, donde a la mujer se le otorga el papel secundario según el cual no necesita mostrarse competente porque le basta con sentirse querida (buena hija, buena esposa, buena madre) a las niñas se les prepara para un buen matrimonio, y si no consigue cumplir las expectativas creadas, se considera que de alguna manera ha fracasado y esto va a crear problemas de autoestima.

En el capítulo I se aborda el tema de la depresión, en donde manifiesto una breve semblanza de los antecedentes históricos, desde la edad antigua, hasta el siglo XX. Se exponen varias definiciones en donde se manifiesta, el decaimiento del estado de ánimo.

Menciono la clasificación clásica y la clasificación actual, abordo las teorías más importantes que manejan la depresión y menciono la teoría biológica que nos explica como la carencia de sustancias en el organismo desencadenan la depresión, debido a desequilibrios químicos en el cerebro.

En la intervención marco los enfoques psicoterapéuticos con los que se pueden lograr buenos resultados, menciona los tipos de fármacos que son absolutamente necesarios y el omega 3 (contenido en los alimentos).

El capítulo II habla de la autoestima que es un recurso natural en el ser humano y la forma de relacionarse con las experiencias de la vida.

Sus antecedentes históricos se ubican en los tratados griegos, destacando la dualidad humana alma-cuerpo. Se habla que los sentimientos de inferioridad merman la autoestima, señalo varias definiciones de estudiosos en este campo, los tipos de autoestima que maneja Gaja (2006). Menciona las teorías que hablan de este tema como la de William James el cual realizo sus investigaciones desde hace más de 100 años y que siguen vigentes.

En el capítulo III se menciona la construcción social de género sus características y atributos que se conocen como femenino o masculino.

Sus antecedentes históricos nos permiten ver como la mujer se ha incorporado a nuevos conocimientos y como la sexualidad, la maternidad, los ciclos de vida, las relaciones personales, se ven reflejadas en la aportación constante de la mujer en el desarrollo de la sociedad. Se menciona a diferentes estudiosos del género y sus teorías más importantes.

La Organización Mundial de la Salud nos dice que hay 400 millones de personas que sufren depresión y esta es la razón por la cual en este capítulo se incluye un subtema de género y depresión, en la intervención señalo la importancia de la entrevista para determinar si la persona tiene un problema de dicho tema.

CAPITULO I TENDENCIA DE LA DEPRESIÓN

“Estoy contenta de sentir, aunque suelo estar triste por sentir.”

Libro, Aforismos de Oro José Norosky, 2006.

Entre los diferentes autores que se consultaron para realizar este trabajo fueron: Andriassen N. (1984), Bleichmar D. (1986), Calderón G. (1990), Conté N. (2010), Fernández F. (1994), Chinchilla A. (2006). Encontré que hay constancia de la depresión en todas las culturas y edades de la historia

Pudiera parecer que la depresión es un padecimiento de nuestros días, debido a la agitada vida que llevan las personas en las ciudades, los traslados, estresantes y la monotonía de una rutina, casa – trabajo – casa, así como el tráfico y la inseguridad que se viven hoy en día. Sin embargo la depresión es un padecimiento que ha afectado a la humanidad desde tiempos remotos. Como podremos notar en este capítulo, esta es una aflicción, que capta el interés de los estudiosos de la salud.

Los estudios de la depresión han evolucionado permitiendo clasificarla como una enfermedad o padecimiento de la mente, un síndrome con diferentes matices sintomáticos, promovido por múltiples causas, que afectan al sujeto que la padece por el alto grado de sufrimiento psíquico generado por sus secuelas personales y sociales.

A lo largo de la historia diferentes médicos, psiquiatras e incluso filósofos se han encargado de su estudio, ya que éste es un mal que aqueja al ser humano. Se podría decir que es un mal general de la humanidad, y las causas pueden variar de persona a persona, porque no existe una causa determinada.

Las teorías sobre sus orígenes y causas también han variado a través del tiempo, desde las teorías antiguas que dicen que la melancolía era producida por una alteración de los 4 líquidos corporales o un mal funcionamiento del hígado causando así un exceso de bilis negra, hasta las teorías modernas

entre las cuales se considera que parte importante de las causas es una mala alimentación.

El término depresión ha sido erróneamente utilizado para describir en forma indistinta, tanto a un sentimiento de tristeza relacionado con una situación displacentera que puede ser un estado de ánimo pasajero o estable, un síntoma o una estructura psicopatológica.

La depresión se define como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y una baja autoestima, con manifestaciones afectivas, conductuales, cognitivas y motoras que generan serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo, o de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento. Y en el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente un millón de muertes anuales.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN

Desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna Jackson S. (1986), Conti N. (2010), Heinz G. (2000), Pégola F. (2001-2002), Chinchilla A. (2006), Fernández F. (2010), nos dicen que la depresión es uno de los trastornos mentales más antiguos de los que se tiene constancia. Inicialmente denominada melancolía. Sentirse triste o melancólico no es necesariamente estar deprimido, el trastorno de depresión empieza cuando estos síntomas se prolongan, se vuelven recurrentes y constantes.

A lo largo de la historia se encuentra su presencia a través de escritos, de obras de arte y también es reconocida por los principales tratados médicos:

EN LA EDAD ANTIGUA

Fue **Hipócrates (Siglo V A.C.)**, quien sentó las bases del estudio de la depresión, el dio a conocer el origen del término melancolía y atribuyo su origen a un exceso de bilis negra.

Según **Hipócrates** existían 4 líquidos corporales que establecían los “humores” en el ser humano, estos eran: la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. De acuerdo a cuál de estos líquidos dominara en el cuerpo, esto determinaría el “humor” de la persona. Para que una persona fuera saludable debía existir un equilibrio entre los 4 líquidos.

De esta manera **Hipócrates** define la melancolía como una enfermedad que no es causada por fuerzas externas sobrenaturales, ni mágicas, como se consideraba anteriormente.

Rufo de Éfeso (450 D.C.) Describió la melancolía, siguiendo la teoría humoral. Dividió la melancolía en tres tipos: en el primero la bilis negra actuaba sobre el cerebro, en el segundo, el más grave se difundía por toda la sangre, en el tercero se localizaba en el estomago; aquí se producen los cuadros hipocondriacos.

Rufo afirma que “el mucho pensar y la mucha tristeza produce melancolía”. La actividad de la mente se convierte en causa directa de la melancolía. Clasifica a los melancólicos en dos formas diferentes: melancólicos por naturaleza, melancólicos por consecuencia de la mala dieta.

La medicina árabe también sigue las teorías de **Hipócrates** sobre la causa de la melancolía, y sugiere que esta es la bilis negra. Uno de los médicos árabes que contribuyo a estas teorías es **IshaqlbnImran**, originario de Bagdad. El

sugiere que la melancolía conlleva varios síntomas psicológicos, como la ansiedad y la desesperación.

En la historia de la melancolía fue **Constantino el Africano**, un musulmán erudito y viajero, originario del norte de África que tradujo del griego – arábigo al latín varios escritos importantes, entre los que se encuentra *De Melancholia*, de **IshaqlbnImran**, el cual tuvo gran influencia en las teorías posteriores medievales y renacentistas.

Constantino afirma, *“La melancolía es una enfermedad que produce ideas negras e induce al paciente a temer cosas imaginarias que toma por reales.”*

EN LA EDAD MEDIA

Periodo histórico de Oscurantismo que vivió la psiquiatría. Esta etapa histórica se caracteriza por el pensamiento mágico y la tendencia a la interpretación demonológica de la enfermedad mental.

Claudio Galeno de Pérgamo (131-200 D C), médico de la Roma antigua quien mantiene los conceptos Hipocráticos, y algunas escuelas como la metodista quienes rechazaban la teoría de los humores y decían que el origen de la enfermedad estaba en el estomago,

Galeno formuló: Los estados melancólicos asociados con miedo y tristeza serian causados por la bilis negra. Los estados melancólicos asociados con violencia, serian causados por la bilis negra no natural o adusta, producida por la combustión de la bilis amarilla.

Oribasio de Pérgamo (324-403 D C), famoso compilador bizantino y médico de cabecera del emperador Juliano de Apostata, relaciona sus ideas con las de Galeno, con síntomas como la depresión, la tristeza y el miedo, atribuyéndoselos a un exceso de bilis negra.

Areteo de Capadocia (siglo II D C.) separó la manía de la demencia en la edad senil, y definió a la primera como un desorden crónico de la mente. **Areteo** “el clínico de la manía”, identificó una ciclotimia bipolar, una forma monopolar, que consiste solo en fases maniacas, y una psicosis paranoide que consideró como manía esquizofrénica.

Otro conjunto de teorías importantes de la edad media, es el “*Canon de Medicina de Avicena*”, éste define la melancolía como una desviación del estado natural acompañado por el miedo y una malignización de la bilis negra. Pero también indica que cuando los síntomas de la melancolía (miedo, tristeza, angustia, irritación, preferencia a la soledad) son acompañados por la ira, la intranquilidad y la violencia, ésta se vuelve otra enfermedad denominada manía.

EN EL RENACIMIENTO

Se denomina Renacimiento al movimiento cultural y científico de los siglos XV y XVI. En la transición de la Edad Media al Renacimiento no hubo ningún cambio fundamental en la explicación de la melancolía.

El tratado sobre la melancolía escrito por **Timothy Bright (1551-1615)**, describe los sentimientos de los pacientes melancólicos, **Timothy** dice que la melancolía no es una “conciencia del pecado” como los teólogos de la edad media afirmaban, afirma que el cuerpo y las cosas del cuerpo afectan a la mente y como el cuerpo a la vez es afectado por la mente.

Theophrastus Bombastus Von Hohenheum (1493-1541) conocido como Paracelso, habla de la melancolía “De las enfermedades que privan al hombre de la razón”. Decía que los melancólicos eran una de las “cuatro clases de locos”. La importancia de Paracelso radica en sus desafíos a la medicina galeana. Su rechazo de la teoría de los humores, y su influencia en el siglo siguiente sobre los estilos terapéuticos.

Uno de los autores que tuvo mayor influencia en su época, e incluso fue una fuente principal para el siglo siguiente, es **André du Laurens (1594)**, quien escribió “*Discurso sobre la conservación de la vista las enfermedades melancólicas, los catarros y la vejez.*” El define la melancolía como un deliro, acompañado por miedo y tristeza sin razón aparente. Y afirma que la melancolía es una de las enfermedades que embisten con nuestra mente.

EN LA EDAD MODERNA.

Thomas Willis (1621-1675) es uno de los primeros autores en hablar sobre la melancolía e incluir explicaciones medico-químicas. **Willis** describe la melancolía con algunos de los términos que ya son familiares, es un desvarío sin fiebre o furia asociado al miedo y la tristeza. Ésta es una perturbación del cerebro y del corazón. Y además él indica su escepticismo respecto a las teorías humorales de la melancolía. Forma una ciencia sobre el campo perceptivo, **Willis** fue una figura muy importante en la nueva psiquiatría. Estableció la patología sobre bases orgánicas.

El testimonio más interesante de ésta época es el de **Robert Burton (1577-1640)** cuyo libro *Anatomía de la Melancolía*, constituye una aportación muy importante a los trastornos afectivos, destacando causas como: la herencia, la falta de afecto en la infancia y las frustraciones sexuales.

La obra de **Burton** constituye el cierre de ese periodo, ya que contiene una detallada descripción de los conocimientos que en el Renacimiento se tenían acerca de la melancolía, **Burton** introduce el concepto de desorden afectivo. Este es un concepto que incluye desordenes del humor y muchos de los padecimientos hoy considerados como psicósomáticos, incluso menciona la hipocondría.

EDAD CONTEMPORANEA

En el siglo XIX se empezó a utilizar el término depresión y es **Pinel** quién ubica a la depresión como un síntoma de la melancolía. La define como aquella perturbación mórbida en la que el delirio está limitado a un objeto o a una serie particular de objetos

Philepp Pinel (1745-1826), a quien se le llama padre de la psiquiatría. **Pinel** mejoró el trato de los enfermos mentales, introdujo una perspectiva científica e hizo estudios clínicos objetivos. Sus tratamientos constituyeron el primer paso hacia la psicoterapia individual. En 1798 estableció los fundamentos del diagnóstico psiquiátrico moderno, al vincular el método analítico con la tradición hipocrática, más tarde escribió su obra donde clasificó a las enfermedades mentales en melancolía simple, manía, demencia, e idiocia.

También demostró la importancia de las relaciones con el ambiente familiar. Como se comentó **Pinel** ubica a la depresión como un síntoma de la melancolía, ésta definida como aquella perturbación mórbida en la que la libido está limitada a un objeto o a una serie particular de objetos, pero en la cual las facultades mentales permanecen intactas fuera de ese núcleo delirante y el comportamiento sigue siendo coherente y comprensible.

EN EL SIGLO XX

Wilhelm Griesinger (1817-1868). Su obra, *Patología y terapéutica mental*, tuvo mucha influencia durante ese siglo. Nos describe la melancolía como un desorden mental que consiste en un profundo sentimiento de no estar bien, incapacidad para hacer cualquier cosa, desaparición de la energía física y tendencia a la indecisión. Nos explica cómo algunos casos pueden empeorar de melancolía a la manía. También afirma que todas estas enfermedades son desordenes emocionales que no afectan al intelecto.

Griesenger consideraba la locura como una etapa de degradación, sostenía que solo el cerebro puede ser el asiento de los actos mentales y proponía con **Morel** (su alumno) que la herencia era un factor importante y determinante en las enfermedades mentales.

Kraepelin Emil (1856-1926). Es el último autor de la psiquiatría clásica, a través de su *Compendio de Psiquiatría*, en sus ocho ediciones. En las primeras ediciones clasificaba los estados melancólicos de manera similar a sus contemporáneos, pero en la quinta edición produce una modificación que es la base de todas las posteriores: Diferencia entre enfermedades congénitas y adquiridas, además sostenía que el mejor medio de apreciar las características de una enfermedad era observar su evolución y desenlace.

Kraepelin agrupó los estados maniacos y melancólicos dentro de una misma categoría a la que denominó locura maniaco-depresiva. En su octava edición (1909-1915) aparece la psicosis maniaco-depresiva, realizó un debate que sigue en pie en donde se discute la existencia de diferentes formas de melancolía.

Sigmund Freud (1916) padre del psicoanálisis. Fue uno de los primeros investigadores de la naturaleza psicológica de la depresión. En su obra *Duelo y Melancolía*, se encuentran importantes observaciones de la sintomatología depresiva de principios del siglo XX.

Freud distingue tres tipos de melancolía: la primera melancolía grave, común o cíclica, la segunda melancolía neurasténica, la tercera melancolía ansiosa.

Freud caracteriza a la melancolía como “duelo por la pérdida de la libido”, así la depresión es considerada como un síntoma propio de diferentes cuadros.

Duelo y Melancolía es la referencia central del estudio psicoanalítico de la depresión, reconstruye en esta obra el proceso de la melancolía a partir de su desencadenamiento.

1.2 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN.

Jackson S, (1986), en su obra Historia de la melancolía y la depresión da varias definiciones que indican una disposición emocional, una amplitud de los términos, las variaciones emocionales a que éstos se refieren y que reflejan al ser humano depresivo siguiendo un orden cronológico.

La Grecia y la Roma Clásica.

Melancolía en la Grecia clásica significaba desorden mental que implicaba un prolongado estado de miedo y depresión.

Hipócrates de Cos (460-370 A. C.), la melancolía era una asociación y aversión a la comida, desesperación, irritabilidad, miedo, afección cerebral, odio a todo y están constantemente sombríos aterrorizados y siempre con la zona del pensamiento oscura.

Celso Aulo Cornelio (25-50 D.C.), afirmaba que la enfermedad de la bilis negra sobreviene en casos de desánimo prolongado, desánimo con miedo, e insomnio también prolongado

Rufo de Éfeso (98-117). Afirma que el miedo y la duda son los signos principales. Dice que el mucho pensar y la mucha tristeza producen melancolía.

Sorano de Éfeso (98-138). Describía la melancolía como angustia mental, aflicción, silencio animosidad a hacia los miembros de la familia, a veces un deseo de vivir y otras un deseo vehemente, llanto sin razón, murmullos incomprensibles y de nuevo jovialidad ocasional; distensión pre suave, dolor agudo en el esófago o el corazón.

Areteo de Capadocia (siglo II D C.), la define como una caída del espíritu que trastorna el entendimiento y llena a los melancólicos de tristeza y desesperación.

Galeno de Pérgamo (130-200). Acoso por el miedo con imágenes sensoriales anormales, desesperación continua y deseo de morir.

EDAD MEDIA

Oribasio de Pérgamo (325-403). Melancolía, tristeza y miedo, enfermedad hipocondriática y flatulenta, el coito hace desaparecer las ideas fijas del alma intranquiliza las pasiones ingobernables.

Pablo de Egina (625-690). La melancolía desorden del intelecto sin fiebre...Los síntomas comunes a todos ellos, miedo desesperación y misantropía y que se creen ser, algunos animales salvajes...

Ishaq Ibn Imraq (siglo X). Insomnio, dolor de cabeza, temblor de ojos, hambre insaciable, afirmaba que la melancolía manifestaba miedo aburrimiento e ira.

EPOCA MEDIEVAL.

Constantino Africano (1020-1087). Miedo, tristeza, la melancolía es una enfermedad que produce ideas negras e induce al paciente a temer cosas imaginarias que toma por reales.

Canon de Medicina de Avicena (980-1037) Define la melancolía como una desviación del estado natural acompañado por el miedo y una malignización de la bilis negra en la que sus vapores suben al cerebro.

EDAD MEDIA.

Tomas de Aquino (1225-1274). Decía que el alma tenía tres niveles que se relacionaban con la autorrealización y la función de la voluntad, la depresión se manifestaba si la persona no se realizaba. Surge la amargura y se asocia a la pesadez, el mal humor, la ira, ociosidad, lentitud, tristeza y desesperación.

“Enfermedad llamada locura de melancolía, llena de fantasías, hace pensar que se oye o se ve aquello que no se ve ni se oye”, nos habla de la depresión como la angustia del alma, la gran falta de esperanza, entre otras cosas. Y explica que la depresión es una enfermedad producida por una alteración de los humores.

RENACIMIENTO.

Paracelso Theophrastus Bombastus Von Hohenheim (1493-1541). Melancolía es la enfermedad que priva al hombre de la razón.

Andreu Boorde (1490-1549). Enfermedad y locura de la melancolía, llena de fantasías hace pensar que se oye o se ve aquello que no se ve ni se oye.

Timothee Bright (1550-1615). Melancolía enfermedad llena de temores que altera la razón, conciencia oprimida por el sentido del pecado.

André Du Laurens (1560-1601). Define a la melancolía con un delirio o un especie de chochez sin fiebre, acompañada de miedo y tristeza sin razón aparente.

SIGLO XVII.

Thomas Willis (1621-1675). La melancolía la define como un desvarío sin fiebre asociado a miedo y tristeza.

SIGLO XVIII.

Archivald Pitcairn (1652-1713). Afirma que la enfermedad de la melancolía es un delirio sin fiebre asociado con tristeza y miedo sin ninguna causa manifiesta, gran ansiedad, aflicción mal humor y amor a la soledad.

SIGLO XIX.

Philippe Pinel (1745-1826). Define a la melancolía con delirios fijos enajenación parcial amor a la soledad y aire pensativo.

Wilhelm Griesinger (1817-1868). Enfermedad con desordenes emocionales que no afecta al intelecto con periodos de vaga incomodidad mental y corporal con una complicación hipocondriaca, depresión e intranquilidad.

SIGLO XX.

Rodríguez y Jiménez (1999) la depresión es un término polisémico, referido, según los casos, a un síntoma, a un síndrome o una enfermedad, que genera grandes dificultades en los estudios epidemiológicos, al no precisar de cuál de ellos se está hablando.

Según los autores del libro *Depresión un enfoque gerontológico*, (2002) se define así: “etimológicamente, la palabra depresión viene del término latino depresión que puede traducirse como hundimiento”.

Rojtenberg (2006), dice que es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideáticas, conductuales,

cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

Gutiérrez (2006), autor de *Un deprimido en la familia*, dice que la depresión es considerada por muchas razones una enfermedad, semejante a otras muchas. “No es buena que sea vista como una vergüenza o como un mérito metafísico, como un baldón a ocultar o como un lujo del sentimiento. Es una enfermedad, y no sería difícil que en un futuro próximo confirmemos que el proceso tiene más de orgánico de lo que muchos estudiosos de la mente querrían conocer”.

1.3 CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN.

Este tema está tomado de varios autores como son: Vara A. (2006), Rojtenberg, (2006), Roca M. (1999), Gonzales M. (2003) Fernández A. (1994). La clasificación es la base de toda ciencia, ya que permite identificar fenómenos, medir distintos acontecimientos. Es por esto que los esfuerzos por clasificar los tipos de enfermedades depresivas continúan a la fecha. Debido a esta dificultad, obtenemos diferentes formas de clasificar la depresión, por sus diferentes características.

A.- CLASIFICACIÓN CLÁSICA:

A. 1.- DEPRESIÓN ENDOGÉNA

Este tipo de depresión aparece sin ningún motivo, a veces depende del medio ambiente pero a veces no. Hay una hipótesis que plantea que hay desequilibrio químico y que quizá esto sea la causa de que la persona no enfrente sus problemas emocionales. Se dice que es hipotética porque experimenta la enfermedad sin haber ningún precursor emocional. Cabe señalar que la

evolución de la depresión endógena presenta una serie de fases, estas fases pueden ser de tipo unipolar o bipolar, entonces se le llama maniaco depresivo.

A. 2.- DEPRESIÓN SOMATÓGENA

Se presenta cuando hay una enfermedad orgánica como la gripe, los malestares de ésta enfermedad es lo que deprime al sujeto, entonces también deberá tratarse la depresión.

A. 3.- DEPRESIÓN SITUATIVA

La depresión situativa o sicógena es originada por causas psíquicas o ambientales, por fuertes tensiones o por componentes psicosociales. Es más común entre individuos que perdieron a ambos padres antes de los 15 años Su evolución es unipolar y generalmente multifásica y se acompaña de un desequilibrio químico causado por el evento y desencadena malestares psicosomáticos.

A. 4.- DEPRESIÓN NEUROTICA

Esta surge a partir de una neurosis de angustia o una fóbica, normalmente se presenta después de los 20 años, a diferencia de la neurosis que normalmente se inicia en la infancia o en la adolescencia.

La depresión neurótica es muy difícil de detectar y la forma en que se detecta es la manifestación de deseo de muerte.

Lo más significativo es el cambio de personalidad y hay que vigilar al sujeto por su gran tendencia al suicidio.

B.- CLASIFICACIÓN ACTUAL:

Los conocimientos que se tienen actualmente son clínicos, esto nos indica si la depresión está relacionada con otras enfermedades y si cumple los requisitos como síntomas, signos de gravedad y tiempo de evolución.

B. 1.- DEPRESIÓN SECUNDARIA

Este tipo de depresión es la que tiene relación con otras enfermedades psiquiátricas y medicas, secundario se entiende como la consecuencia y es necesario identificar que lo originó. Las alteraciones psiquiátricas como esquizofrenia, adicciones, trastornos ansiosos son consecuencia de las depresiones secundarias. Expresa múltiples quejas somáticas que no tienen relación directa con la enfermedad física que padecen

B, 2.- DEPRESIÓN PRIMARIA

Es primaria cuando no se sobrepone a otra enfermedad física o mental .Estas no tiene nada que ver con la enfermedad medica o psiquiátrica. Aparecen automáticamente o una vez que se producen los desencadenamientos, estas están subdivididas en cuanto a su gravedad:

- **DEPRESIONES PRIMARIAS UNIPOLARES.** Estas se presentan casi siempre en fases depresivas, el tiempo que dura la fase depende del sujeto. Estas depresiones aparecen alrededor de los 30 años pero desaparecen con un buen tratamiento.

- **DEPRESIÓN PRIMARIA BIPOLAR.** Estas alteran los intervalos de normalidad, pero con episodios maniacos. La manía es otra cara de la depresión, cuando esto se presenta los sujetos son imperativos, padecen insomnio, hacen gastos excesivos y se

manifiestan intolerables. En casos mayores presentan alucinaciones.

- **DEPRESIONES PRIMARIAS MAYORES.** El término “mayor” determina un nivel mayor de gravedad de éste trastorno y se aplica en las depresiones bipolares y unipolares, en el caso de bipolares se trata de psicosis maniaco-depresiva.

- **DEPRESIONES PRIMARIAS MENORES.** El término de “menores” es igual a las unipolares y las bipolares, en el caso de las unipolares menores no presentan un cuadro completo y se prolongan mucho tiempo. Las bipolares menores o alteraciones clínicas del estado de ánimo “mimetizan” el trastorno maniaco-depresivo, pero con menor prolongación de tiempo.

B.3.- DEPRESIÓN DEL TIPO MELANCOLICO.- Conocida como depresión endógena, se caracteriza por la persistencia de por lo menos cinco de los síntomas. Los síntomas principales son las alteraciones del estado de ánimo, del pensamiento, de la conducta, el ánimo depresivo o la pérdida de interés en las actividades placenteras.

B. 4.- DEPRESIÓN MAYOR UNIPOLAR.- Puede presentarse a cualquier edad después de los 18 años, los síntomas suelen permanecer días o semanas, antes de que se desarrolle el episodio por completo, puede ocurrir un periodo prodrómico con síntomas leves de ansiedad y de depresión, el cual puede durar semanas o meses.

B.5.- DEPRESIÓN MAYOR RECURRENTE.- Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión. De acuerdo con la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden ser:

- **Leves**, es cuando el paciente tiene pocos síntomas y si estos no alteran su actividad laboral o social.

- **Moderados**, es donde hay un mayor número de síntomas o de mayor intensidad si está limitado en sus funciones y si hace gran esfuerzo para llevar a cabo sus actividades.
- **Severos**, tiene todos los síntomas depresivos. El paciente se siente limitado e incapacitado en cuanto a sus actividades y presenta síntomas psicóticos.

De acuerdo con las manifestaciones sintomáticas se presentan los siguientes subtipos:

- **DEPRESIÓN MAYOR CON CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS.-**
Su característica principal es la falta de placer en todas las actividades, la depresión es más intensa por las mañanas, el insomnio es de tipo terminal y despierta alrededor dos horas antes de lo habitual, se puede presentar agitación o lentitud psicomotora.
- **DEPRESION MAYOR CON CARACTERISTICA PSICOTICAS.-**
Además de sus síntomas característicos como al anterior, ésta presenta ideas delirantes o alucinaciones.
- **DEPRESION MAYOR CON CARACTERISTICAS ATIPICAS.-** Ésta presenta un estado de ánimo reactivo, el afecto lo mejora. Síntomas: aumento de peso corporal, hipersomnias diurnas, sensación de pesadez o rigidez, gran sensibilidad al rechazo laboral y social.

1.4 TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN

La aplicación de diferentes teorías depende del tipo de trastorno depresivo, de las características y del historial clínico del paciente, esto está indicado por los siguientes autores. Téllez J (2000), Gasto C. (1998), Rojtenberg S.(2006), Faja S. (2005), Casado F. (1983). Se manejan diferentes teorías que intentan explicar

el mecanismo etiopatogénico de la enfermedad, desde diferentes campos profesionales. Este amplio conjunto de teorías se divide en:

1.4.1 TEORÍAS BIOLÓGICAS

En las teorías de base biológica, se parte del supuesto de que la depresión es causada por una disfunción neuroquímica. **Bunney y Davis** postularon en 1965 la teoría que invocaba el déficit de noradrenalina como la causa de la enfermedad depresiva, trabajo que constituyó el primer intento de explicación biológica del síndrome depresivo.

La noradrenalina es un neurotransmisor que se ha relacionado con la motivación, el estado de alerta y vigilia, el nivel de conciencia, la percepción de los impulsos sensitivos, la regulación del sueño, el apetito y de la conducta sexual.

En los últimos años se ha acumulado gran cantidad de información sobre las bases biológicas, los hallazgos más consistentes derivan de estudios de pacientes con depresión mayor, la mayoría de las pruebas neurobiológicas, genética molecular.

La mayoría de los estudios biológicos parecen demostrar la existencia de una o varias alteraciones de los neurotransmisores en la depresión, estas alteraciones se encuentran, en mayor o menor medida, en diversas enfermedades neuropsiquiátricas como el Parkinson o Alzheimer.

Los neurotransmisores clásicos, noradrenalina, serotonina, dopamina y acetilcolina; la función básica de estos NT consiste en establecer un código de señales eléctrico y bioquímico y la alteración de este código desencadena la enfermedad de Parkinson y otras.

Las enfermedades mentales consideradas psicológicas, la esquizofrenia y la depresión (unipolar y bipolar) son vistas como enfermedades de neurotransmisión.

1.4.2 TEORIA PSICOANALITICA DE LA DEPRESION.

Sigmund Freud (1917) padre del psicoanálisis, fue uno de los primeros investigadores de la naturaleza psicológica de la depresión. En su obra *“Duelo y Melancolía”*, de principios del siglo XX, se encuentran importantes observaciones de dicha sintomatología depresiva. **Freud** fue uno de los primeros investigadores modernos de la depresión.

Freud distingue tres tipos de melancolía. En la primera, melancolía grave común o cíclica, sigue en pie el vínculo tradicionalmente establecido con la manía; en la segunda melancolía neurastenia, vemos el vínculo con una entidad ampliamente difundida; y en la tercera melancolía ansiosa, introduce una nueva vinculación con la neurosis de angustia. **Freud** explica cada una de estas sintomatologías y destaca la presencia de una teoría explicativa diferencial. Así, la introducción de un plan explicativo marca la diferencia esencial respecto a las concepciones psiquiátricas. **Freud** caracteriza a la melancolía (duelo por la pérdida de la lúcido), planteando lo siguiente: El efecto correspondiente a la melancolía es el duelo o la aflicción, es decir, el anhelo de algo perdido. Por consiguiente, en la melancolía probablemente se trate de alguna pérdida, una pérdida en la vida del sujeto.

Freud utiliza el término depresión hasta **1893**, en un caso de curación hipnótica, en donde dice que existe una tendencia a la depresión.

“Duelo y Melancolia” es la referencia central del estudio psicoanalítico de la depresión.

Karl Abraham (1924). Fue pionero en el estudio de la psicosis maniaco-depresiva pues hasta ese momento las publicaciones solo se referían a una de estas fases por separado, considera que en la psicosis depresiva el conflicto deriva de una actitud de la lúcido donde predomina el odio, que se va haciendo extensivo. La percepción interna de su odio es reprimida y proyectada al exterior, produciéndole una sensación de no ser amado, sino odiado. Estos sentimientos de inferioridad favorecen la formación del estado depresivo. Según éste autor el sadismo reprimido es proporcional a la severidad de la depresión.

A partir de comparar la neurosis obsesiva con la melancolía se establecen similitudes en los periodos de recesión de ambas afecciones. Descubre que el paciente que padece depresión y exaltación no se encuentra bien y que presenta conductas neuróticas obsesivas ya que el orden y la limpieza se manifiestan. Luego describe la manía como la antítesis de la depresión aunque las dos fases parecerán a simple vista completamente opuesta. En relación a la fase maníaca y la fase depresiva, considera a ambos estados similares en cuanto están denominados por los mismos complejos.

Otros psicoanalistas freudianos fueron **Nacht y Recamier (1960).** Caracterizan a la depresión como un estado de sufrimiento psíquico consiente y de culpa, acompañado por una remarcada reducción de los valores personales y una disminución de la actividad psicomotora y orgánica. La persona se encuentra paralizada porque se siente incapaz de enfrentarse con el peligro; en ocasiones, el deseo de vivir se encuentra reemplazado por el deseo de morir. La depresión se manifiesta por apatía, tristeza, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia y desesperanza. La depresión representa un estado afectivo que se caracteriza por el desamparo e inhibición de funciones, con la incapacidad para afrontar el peligro.

1.4.3 TEORIA CONDUCTUAL –COGNITIVA

Uno de los primeros experimentos conductuales sobre la depresión fue el de **Martin Seligman (1975)** quién estudio la relación entre el aprendizaje instrumental y el temor condicionado. **Miller y Wees (1969)** colaboradores de **Seligman** realizaron diversos estudios experimentales demostrando importantes mecanismos de la depresión, a los cuales **Seligman** denominó “indefensión aprendida”, estableció tres niveles de conducta: Emocional, Motivacional y Cognitivo.

A.- EI NIVEL EMOCIONAL, es el evento traumático, en la primera ocasión produce cierto miedo. Si el sujeto aprende a controlar el trauma y saca consecuencias que le sirvan para la próxima situación traumática, el miedo será reducido y desaparecerá en situaciones futuras. Pero si no aprende a controlarlo surgirá la depresión.

B.- EI NIVEL MOTIVACIONAL, es donde las respuestas espontaneas o voluntarias no generan consecuencias, éstas son independientes de aquellas respuestas voluntarias de iniciativa y las espontaneas tenderán a disminuir, ya que ahora no tienen sentido ni finalidad, surge así la pasividad y la inhibición. Aparecerá la depresión.

C.- EI NIVEL COGNITIVO, es donde no se produce ningún aprendizaje de las respuestas que generan consecuencias y sirven a la adaptación, el sobresalto, la inseguridad el continuo estar en guardia, engendra la ansiedad, La ansiedad no resuelve el problema y no adapta al sujeto al mundo por eso surge la depresión.

El depresivo requiere la atención y cuidado de la familia, para adaptarse al medio social.

1.4.4 TEORIA COGNITIVA.

El autor de un depresivo en la familia Gutiérrez A. (2006) nos dice que la terapia cognitiva es considerada como uno de los abordajes psicológicos más efectivos para el tratamiento de la depresión.

El modelo cognitivo de la depresión surgió de las observaciones clínicas y por la investigación de **Aarón Beck (1963 1967)**, con grupos de enfermos depresivos, todos los enfoques clínicos finalmente han facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva.

A.- EL CONCEPTO DE LA TRIADA COGNITIVA, consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerar su futuro y sus experiencias. **El primer componente** de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, el paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. **El segundo componente** se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, interpreta sus interacciones con el entorno y debe plantearse objetivos que pueda alcanzar. **El tercer componente** se centra en la visión negativa del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance.

B.- ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DEL PENSAMIENTO DEPRESIVO, esto se utiliza para explicar porque el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir. En las depresiones leves el paciente contempla sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por las ideas negativas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por pensamientos negativos, repetitivos perseverantes y puede encontrar difícil concentrarse en estímulos externos como leer o realizar actividades mentales.

C.- ERRORES EN EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantiene la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativo. Y los más frecuentes son los siguientes: Inferencia arbitraria (adelantan una conclusión). Abstracción selectiva (centrarse en los detalles). Generalización excesiva (elaboración de una regla o una conclusión). Maximización o minimización (evaluar los errores). Personalización (que no se atribuya a fenómenos). Pensamiento absolutista dicotómico (clasificar las experiencias).

1.5 TRATAMIENTO INTERVENCION Y APLICACIÓN.

En el marco de la psicología clínica existen enfoques psicoterapéuticos, con los que se logran resultados positivos en el tratamiento de la depresión. De ésta forma la psicoterapia ha sido columna vertebral en el tratamiento de dicho cuadro clínico, especialmente cuando intervienen factores ambientales, de carácter exógeno. Sin embargo en las depresiones endógenas, producto de factores bioquímicos, los antidepresivos cumplen su función. Por ello es importante considerar también la existencia de este tipo de depresión causada por desequilibrios químicos del cerebro o que va acompañada de ellos.

En los últimos años ha habido una gran evolución en el campo de la fisiología cerebral y existe también un mejor conocimiento sobre la complejidad de la anatomía del cerebro humano. Este cuenta con más de cien mil millones de neuronas o células nerviosas que sin tocarse reciben y transmiten la información en un proceso de comunicación entre ellas, proceso en el que intervienen los mensajeros químicos llamados neurotransmisores. Los neurotransmisores son sustancias químicas producidas por las neuronas, liberadas selectivamente.

Parece ser que la depresión se presenta cuando se interrumpe el diálogo químico entre las neuronas, por la escasez de neurotransmisores o por su mal funcionamiento, se sabe que la serotonina, la dopamina, y la noradrenalina, interactúan y desempeñan un papel central en la regulación del estado de ánimo. La mayoría de los antidepresivos se dirigen a éstos tres mensajeros químicos, porque parecen estar asociados a una serie de síntomas manifestados en éste trastorno.

1.5.1 FARMACOS

1-5.1.1 LOS ANTIDEPRESIVOS

Un antidepresivo es un medicamento diseñado para tratar las depresiones endógenas.

Lo que debemos saber de los antidepresivos:

- Todos los antidepresivos surten efecto entre una y tres semanas.
- Los efectos secundarios aparecen de inmediato, lo que genera un empeoramiento inicial.
- Es importante apegarse al tratamiento, para evitar que se abandone antes de alcanzar los efectos deseado.
- El tratamiento debe mantenerse al menos de cuatro a seis meses después de la desaparición de los síntomas.
- Por lo general los antidepresivos van acompañados de ansiolíticos e hipnóticos o facilitadores del sueño, completando así una triada para el tratamiento de la depresión.

1.5.1.2. OTRO TIPO DE FARMACOS.

En algunas ocasiones las personas con depresión predominantemente endógena no se ven beneficiadas con los antidepresivos. En estos casos el

médico tiene la opción de recurrir a un esquema de medicación que involucra otro tipo de fármacos, tales como los estabilizadores del estado de ánimo, los anti psicóticos atípicos o los psicoestimulantes.

1.5.1.3. ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ANIMO.

Los estabilizadores del estado de ánimo, también conocidos como eutímicos, constituyen una opción de tratamiento que parece actuar sobre los neurotransmisores.

1.5.1.4. EL OMEGA 3

Los efectos benéficos del ácido graso omega 3 que es un componente clave en el desarrollo correcto del funcionamiento del cerebro. Éstos ácidos grasos desempeñan un papel crucial en la regulación de la dopamina y serotonina, sustancias que hemos señalado como neurotransmisores que intervienen en el estado de ánimo, los ácidos grasos se encuentran en la soya, el aguacate, las semillas de linaza, el tofu y el pescado.

TRATAMIENTOS TERAPEUTICOS:

Existen diversas formas de abordar la depresión. Debemos recordar que la depresión es multifactorial y no solo se necesita de un método para ayudar al paciente:

PSICOANALISIS.

El concepto de depresión según el psicoanálisis es la incapacidad de manejar al yo en su ambiente. La depresión depende de dos categorías: La pérdida de un objeto y la discapacidad de controlar al yo. Según ésta corriente las personas que padecen éste estado o trastorno viven la “pérdida” como algo terrible e insuperable y es por eso que se hunden en la depresión ya que tienen un conflicto demasiado fuerte como para poder salir adelante.

El psicoanálisis tiene presente la importancia de los medicamentos para controlar la depresión, ya que se considera el daño fisiológico, pero también es necesario tener psicoterapia para salir de este trastorno.

El psicoanálisis se enfoca más allá de los síntomas y va directo a las emociones reprimidas y dolorosas para el paciente. Según ésta corriente existen dos tipos de terapia para abordar la depresión:

- El primero y más antiguo en donde se destaca la importancia de la agresión y la culpa.
- El modelo más moderno que habla de la tensión entre la realidad y el yo ideal del paciente.

TERAPIA COGNITIVA

Aarón Beck dice que una persona deprimida es la que tiene una idea negativa de sí misma, del mundo y del futuro, afirma que la depresión se alimenta de una alteración de la percepción. El modelo Cognitivo, considera el conocimiento del sujeto de su futuro y sus experiencias.

A través de la teoría Cognitiva se organizará su estructura del pensamiento depresivo, para explicarle al paciente porque mantiene actitudes que le hacen sufrir. El modelo cognitivo postula tres conceptos para explicar la depresión:

A.- EI CONCEPTO DE LA TRIADA COGNITIVA, consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerar su futuro y sus experiencias. **El primer componente** de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de si mismo, el paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. **El segundo componente** se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, interpreta sus interacciones con el entorno y debe plantearse objetivos que pueda alcanzar. **El tercer componente** se centra en la

visión negativa del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance.

B.-ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DEL PENSAMIENTO DEPRESIVO, esto se utiliza para explicar porque el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir. En las depresiones leves el paciente contempla sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por las ideas negativas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por pensamientos negativos, repetitivos perseverantes y puede encontrar difícil concentrarse en estímulos externos como leer o realizar actividades mentales.

C.- ERRORES EN EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantiene la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativo. Y los más frecuentes son los siguientes: Inferencia arbitraria (adelantan una conclusión). Abstracción selectiva (centrarse en los detalles). Generalización excesiva (elaboración de una regla o una conclusión). Maximización o minimización (evaluar los errores). Personalización (que no se atribuya a fenómenos). Pensamiento absolutista dicotómico (clasificar las experiencias).

Al iniciar es importante aplicar el inventario de depresión de Beck II, el cual es un auto informe elaborado a lápiz y papel, compuesto por 21 ítems que sirve para evaluar y detectar la depresión, se puede aplicar a partir de los 13 años de edad, tiempo de aplicación 5 a 10 minutos, grado de confiabilidad alto.

CAPITULO II LANGUIDEZ DE LA AUTOESTIMA.

“Nuestra gloria más grande no consiste en no haberse caído nunca, sino en haberse levantado después de una caída.” Confucio 551 A.C. Mil nuevos aforismos de Dr. Gaspar Cervera.

La autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno de nosotros. Branden N (1993), Kaufman G & Levy R. (2001).

La autoestima es el conjunto de criterios de auto-valoración que se fueron formando en una persona. Está relacionada con el cuidado de sí misma y su auto-aceptación. La autoestima permite una conexión profunda consigo misma, el reconocimiento de las propias aptitudes y conforma el elemento principal para relaciones saludables.

La autoestima es un recurso natural en el ser humano, está relacionada con la experiencia de la vida, es confianza en uno mismo, además se relaciona con la salud mental positiva y el bienestar psicológico. Se dice que el vínculo entre autoestima y conducta incluye correlaciones entre la autoestima y el buen funcionamiento del ego.

La autoestima es la percepción valorativa del propio ser, de la propia manera de ser, de quién soy yo, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la propia personalidad. Todo ello sin olvidar que la autoestima se aprende, fluctúa y se puede mejorar.

Corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo es la confianza y el respeto por la propia persona. Es la predisposición a experimentarse apto para la vida y para sus necesidades, es sentirse competente para afrontar los desafíos que van apareciendo.

El ser humano viene al mundo con ciertas diferencias hereditarias en cuanto a energía, resistencia, predisposición a gozar de la vida. Sin embargo, la persona

no nace con un concepto de lo que ella es, sino que éste se va formando y desarrollando progresivamente en la medida en que se relaciona con el ambiente. La autoestima es algo que se aprende y, como todo lo aprendido es susceptible de cambio a lo largo de toda la vida.

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros padres, maestros compañeros, amigos y las experiencias que vamos adquiriendo.

La autoestima puede disminuir o aumentar debido a múltiples sucesos relacionados con la familia, la escuela, el trabajo, la comunidad. Existen personas muy sensibles cuya autoestima puede bajar por un gesto, una frase o por un pequeño incidente familiar o por una crítica, incluso el medio puede bajar la autoestima, debemos recordar que el amor, los éxitos, las buenas relaciones la aumentan. La autoestima depende de la educación que recibimos incluso en la etapa adulta. Las causas que bajan la autoestima son muchas por ejemplo: el miedo, la tensión, los fracasos, la angustia, la ansiedad, la disfunción sexual.

La autoestima es importante porque es nuestra manera de percibirnos y valorarnos, también moldea nuestras vidas. Una persona que no tiene confianza en sí misma, ni en sus propias posibilidades, tiene una baja autoestima, puede que sea por experiencia, o que así se le ha hecho sentir o por mensajes que son transmitidos por personas importantes en su vida.

La autoestima es esencial para la supervivencia, sin cierta dosis de autoestima la vida puede resultar enormemente penosa, haciendo imposible la satisfacción de muchas necesidades básicas. Uno de los principales factores que nos diferencian de los animales es la conciencia. La capacidad de juzgarse y rechazarse a uno mismo puede producir un enorme dolor.

Al analizar la autoestima y su importancia para el individuo, **Mc Kay y Fanning (1999)**, exponen que la autoestima juega un papel importante en la vida de las personas, por lo tanto es la clave del éxito o del fracaso para comprendernos y comprender a los demás. La autoestima es confianza y respeto por uno mismo, es sentirse apto, capaz y valioso para resolver problemas cotidianos.

Las personas con baja autoestima se portan de forma diferente, algunos son mentirosos, otros se quejan de todo, se niegan a aprender, se culpan, se auto descalifican, son ansiosos, tristes, indiferentes, agresivos, tímidos, celosos, violentos, desconfiados.

2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

La autoestima no es algo estático, es un proceso que se va forjando a lo largo del tiempo esto y más es lo que dice Gaja R (2006), a continuación.

Los orígenes del término autoestima, se ubican en los tratados griegos, destacando la dualidad humana alma-cuerpo, donde se considera el alma como equivalente de la mente y el pensamiento, sus principales representantes son **Platón (427-347 a C)**, que considera ésta dualidad mente-cuerpo y **Aristóteles (384-322 Ac)**, que es el primero que realiza una descripción del “yo”.

San Agustín (354-430) habla del “yo personal” **Descartes (1596-1650)** habla del “sí mismo”, que hace patente y dice que él “sí mismo” es la imagen que uno tiene de sí mismo y la que otros tienen de uno y la suma de ambos es lo que uno llama suyo, conformados por el Self social, lo que dicen otros de uno, el Self material cuerpo y el Self espiritual que corresponde al yo, de ésta manera la psicología social hace la delimitación del autoconcepto.

En psicoanálisis, la autoestima ésta regulada por el amor y la distancia entre el yo y el súper yo, entre lo que soy y lo que debo ser.

Hay en todo el mundo una concientización sobre la importancia de la autoestima. Reconocemos que así como un ser humano no puede esperar a realizarse en todo su potencial sin una sana autoestima, tampoco puede hacerlo una sociedad cuyos miembros no se valoran así mismos y no confían en su mente.

Alfred Adler (1870-1937), señala que los sentimientos de inferioridad merman la autoestima, especialmente si nacemos con alguna deficiencia física o inferioridad orgánica. Culturalmente la autoestima cobra fuerza en la década de los 80. Es necesario recalcar que el medio familiar puede producir un profundo impacto para bien o para mal. Los padres pueden alimentar la confianza y el amor propio o colocar enormes obstáculos en el camino del aprendizaje de la autoestima.

El padre de la psicología norteamericana **William James (1843-1910)**, fue el primero en publicar en 1890 sobre la autoestima. **James** dice que se concibe a la autoestima como un fenómeno afectivo y que se vive con un sentimiento de emoción.

Chris Mruk (1999), nos habla de los primeros datos que se remontan a más de 100 años de antigüedad y siguen vigentes en la comprensión de la autoestima.

El estudio de la autoestima casi desapareció de la corriente psicológica durante los siguientes 60 años, la causa probable quizá sea la insistencia conductual en la observación y medicación que eliminó casi toda experiencia relacionada con el Self.

Sigmund Freud (1856-1939), nunca uso el término autoestima, y es así como los psicólogos del ego de los años cincuenta recuperan el tema.

Es **Robert White (1926-2010)**, quién escribe una serie de artículos en donde vuelve a surgir la autoestima y ésta se concibe con un marco evolutivo con funciones superiores del self y es así que tiene raíces en la eficiencia y desde el principio se basa en lo que uno consigue del medio, dice que la autoestima se basa en la eficacia y competencia y que nos permite mantener la diferencia entre autoestima y auto-amor y dice que es un fenómeno de orientación afectiva.

Durante los años sesenta se aprecia un renacimiento de la psicología social relativa a la autoestima, durante este periodo aparecen los primeros tres libros importantes.

En un estudio en 1959 se vio que las personas que solicitaban ayuda psicológica y que reflejaban sentimientos con falta de valía o ansiedad, por lo general se debía a la baja autoestima. **Coopersmith (1967)** hizo investigaciones en donde encuentra una conexión con la falta de autoestima y la depresión, el suicidio, las relaciones tortuosas, los trastornos de personalidad.

Marshall Rosenberg (1965) abrió esta dimensión de autoestima, esto fue en los años sesenta, realizó numerosos estudios sobre los problemas sociales y el abuso de sustancias, el embarazo adolescente, el fracaso escolar y la delincuencia.

Wells y Marwell (1976) hicieron investigaciones durante veinte años sobre autoestima y descubrieron que es vital y muy significativa para la sociología y para la psicología. La autoestima se constituye como un concepto

indispensable en las ciencias sociales porque nos permite investigar varias dimensiones del ser humano, se le considera la clave de la conducta normal.

Los mismos autores desarrollan una clasificación de las definiciones basándose en dos dimensiones: los procesos de evaluación y el afecto.

También señalan cuatro formas de definir la autoestima. La más básica es el enfoque actitudinal y las definiciones están sustentadas en el Self. El segundo tipo comprende la autoestima en términos de actitud pero de forma sofisticada diferencia entre actitudes sobre sueños y los logros o la diferencia entre el self real e ideal. La tercera forma se encuentra en las respuestas psicológicas que surgen del self, se describen como naturaleza afectiva o en sentimientos, es decir negativo o positivo a aceptación y rechazo. Por lo tanto la autoestima se considera parte fundamental de la personalidad.

2.2 DEFINICIÓN DE AUTOESTIMA.

El valor de una definición precisa, es que nos permite distinguir un aspecto particular de la realidad esto es lo que dice Branden N. (1993). Las diferentes definiciones fueron tomadas de Gaja R (2006), Kaufman G. & Levy R. (1990) y Mruk C (1999).

Cooper Smith (1967) define la autoestima, como un proceso por el cual uno se evalúa y esto depende de lo que se pretende ser y alcanzar. La autoevaluación es expresada mediante juicios sobre la propia persona, sus características, cualidades, atributos, capacidades y su conducta.

Alfred Adler (1971) señala que los sentimientos de inferioridad merman la autoestima, estos tipos de inferioridad pueden ser orgánicos, falta de aceptación y apoyo por parte de los padres o la sobreprotección.

Branden N. (1990). La autoestima es la disposición para sentirnos aptos frente a los retos de la vida y merecedores de la felicidad. La autoestima es la valoración de la imagen que uno tiene de sí mismo (a). Es el grado en que una persona se valora en función a sus cualidades y defectos. La autoestima aumenta en la medida de los logros que tiene la persona. La autoestima se mejora pensando todo lo positivo que tenga la persona.

Brachfeld E. (1944). Todo ser humano posee una opinión de sí mismo que es de un orden preponderantemente afectivo, aunque permanezca casi siempre inconsciente. Autoestima corresponde a un todo afectivo, es decir son los sentimientos que vive la persona hacia sí mismo. Expresa el amor incondicional a uno mismo, el valor que uno siente por ser.

Carl Rogers (1967) define la autoestima como “un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refiere al sujeto” y señala que es “lo que el sujeto reconoce como descriptivo de sí y que el percibe como datos de identidad”.

Carl Rogers (1968), define la autoestima como una actitud valorativa hacia uno mismo. Es un estado mental, es la manera de cómo nos sentimos y lo que pensamos respecto de nosotros mismos, y en consecuencia de los demás, la manera como explicamos el concepto depende de la forma de concebir la naturaleza de los seres humanos.

Tejeda C. (1993), dice que la autoestima es la manera como la persona se ve a sí misma, lo que piensa de sí y cómo reacciona ante su propia imagen. Es la forma como se valoriza en relación al grado de satisfacción e insatisfacción que siente frente al concepto que tiene de sí mismo.

Mruk Chris (1998). Para **Mruk** la autoestima es el estatus vital de la competencia y merecimiento de un individuo al hacer frente a los retos de la vida a lo largo del tiempo. Es decir, la autoestima sería el nivel de auto-satisfacción (subjetiva) que tiene una persona.

De acuerdo con **Carreón S. (2006)** es el conjunto de creencias y valores que la persona tiene acerca de sí mismo, de sus capacidades, habilidades, recursos y potencialidades. También dice que las personas se deben educar para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura, esto es algo que ayuda a la persona y así formarse como un ser humano con conocimientos y habilidades que se traducen en competencia para la vida.

Desde una visión psicológica **Yagosesky R (1998)** define la autoestima como el resultado del proceso de valoración profunda, externa y personal que cada quién hace de sí mismo en todo momento, esté o no conscientes de ello. Este resultado es observable, se relaciona con nuestros sentidos de valía, capacidad y merecimiento, y es a la vez causa de todos nuestros comportamientos.

2.3 CLASIFICACION DE AUTOESTIMA

Gaja R (2006) nos dice que hay varios tipos básicos de autoestima y que todos necesitan autoestima porque ayuda a estar contentos, ayuda a mantener valores morales y a sentirse satisfechos con nuestros pensamientos y nuestras acciones, las diferentes combinaciones que se pueden dar entre los niveles de competencia y de merecimiento, de una persona cuando ésta responde ante la vida y sus retos.

Existen cuatro tipos básicos de autoestima: La autoestima positiva alta, La autoestima media, La autoestima baja y La baja autoestima

defensiva, esta se divide a su vez en dos subtipos: narcisista y pseudo-estima.

1.- AUTOESTIMA POSITIVA ALTA

La alta autoestima o autoestima positiva es consecuencia de un historial de competencia y merecimientos altos. Así las personas con una autoestima alta tienen una sensación permanente de valía y de capacidad positiva que les conduce a enfrentarse mejor a las pruebas y a los retos de la vida, en vez de tender a hacia una postura defensiva. Las personas con alta autoestima no solo se sienten más capaces sino que, además disponen de una serie de recursos internos e interpersonales que les protegen de las fluctuaciones del merecimiento y de la mayoría de los traumas. Solo una grave agresión a la autoestima, como sería la pérdida del puesto de trabajo o una pérdida personal significativa, puede afectar a éste tipo de personas.

Una persona con una autoestima alta es menos crítica consigo misma resiste mejor la presión social y actúa de acuerdo con sus propios criterios y valores, no suele estar bajo la presión de la ansiedad y el miedo. Esta persona está más preparada para soportar los altibajos de la vida. Desarrolló una cierta insensibilidad con respecto a su prójimo, ya que puede llegar a prescindir del merecimiento externo, es posible que no comprenda las necesidades de los otros.

Una persona con una autoestima alta puede ser aquella dotada de un buen físico y una buena inteligencia que ha sabido ganarse el respeto y la admiración de los otros. Personas de éxito, tanto en el ámbito social y familiar como el profesional, estas personas basan el respeto que sienten por sí mismas en hechos reales. Se marca unos objetivos asequibles y obtiene unos resultados tangibles. Comprende que, como persona se encuentra en constante proceso de evolución y que el ser cada día un poco mejor depende de uno mismo. El recuerdo de las metas alcanzadas actúa como un impulso de

superación; quizá por eso las personas con una autoestima alta transmiten una imagen de seguridad.

La actitud de la persona con una autoestima alta hacia los otros es positiva y “humana”. Una actitud humana significa, en este caso, ser conscientes del hecho que todas las personas tenemos limitaciones y potencialidades, y aprender a aceptarlas. La persona con una autoestima alta no necesita esforzarse para dar una imagen ideal de sí misma, ni tampoco necesita acercarse a los débiles para lucirse. Su auto concepto es suficientemente positivo y realista como para no tener que ponerse “de puntillas” cuando está con otras personas. Lógicamente, este respeto hacia sí misma y hacia los demás favorece sus relaciones interpersonales, por eso es una persona respetada y querida.

2.- AUTOESTIMA MEDIA

La autoestima media suele ser la más frecuente por diferentes motivos, entre los cuales se encuentra el hecho de que la vida, indiscutiblemente, nos conduce a retos y dificultades diversas, lo que provoca en nosotros un patrón de respuesta y conducta muy variada. Hay que tener en cuenta, además, que factores como las circunstancias o motivaciones personales también varían con el tiempo.

La autoestima media, es la más habitual ya que en la vida siempre habrá situaciones que nos harán dudar de nuestra propia valía. No obstante la autoestima media tiende a ser estable, por eso la mayoría de nosotros disfrutamos de un nivel medio de autoestima, lo deseable es conseguir ese nivel medio. La autoestima media también es una buena posición desde la que se puede crecer, ser competente y lo más importantes es ser feliz.

3.- AUTOESTIMA BAJA

La baja autoestima implica importantes deficiencias en los dos componentes que la forman (competencia y merecimiento). Así, la persona con un bajo nivel de autoestima tiende a hacerse la víctima ante sí misma y ante los demás. Por ejemplo, el sentirse inmerecedoras puede llevar a éste tipo de persona a mantener relaciones perjudiciales que, además de reforzarlas negativamente, dificultan la búsqueda de fuentes de merecimiento tales como el hecho de ser valorados por los demás o saber defender los propios derechos.

En cuanto a las deficiencias en la competencia, la persona con baja autoestima está más predispuesta al fracaso que otras, porque no ha aprendido las habilidades necesarias para alcanzar el éxito. Es por ello que tiende a centrarse más en los problemas que en las soluciones.

Las personas con un historial de baja autoestima suelen evitar las situaciones en que pueden ser consideradas competentes o merecedoras, dado que éstas implican un cambio de patrón y para ellas es más fácil evitar el cambio al sentirse inmerecedoras, ello le representaría un grave trastorno y un esfuerzo que no están dispuestas a aceptar ni soportar.

Estas personas huyen, literalmente, ante cualquier posibilidad de cambio, aunque sea para mejorar. Por lo general, lo evitan o tratan que la mejora fracase. Esto a la vez que confirma y refuerza la idea que tienen de sí mismas, crea un círculo vicioso que garantiza, casi siempre y por desgracia, la imposibilidad de un cambio para mejorar. Lo mismo pasa con la competencia. La posibilidad de alcanzar el éxito le resulta impensable, y cuando esta es factible, de una u otra manera, consiguen que se desvanezca irremediabilmente.

Las personas con baja autoestima, no son conscientes de que el camino que eligen es el menos acertado, sus elecciones son incorrectas y los resultados que obtienen poco eficaces, llegando a ser en ocasiones contraproducentes.

Tomar otra elección más conveniente para sí mismas supone a menudo, un cambio en su patrón, mucho más difícil de asumir que la elección incorrecta.

El miedo al fracaso, al rechazo (propio y ajeno) y a la sensación de incompetencia, se convierte paradójicamente, en escudos de defensa. Una persona con una autoestima baja tiene que re-aprender nuevas habilidades y afrontar los retos; es la manera de ir aprendiendo a manejarlos. Las creencias erróneas y poco realistas pueden derivar en hábitos contraproducentes tanto de pensamiento como de conductas. Evitar los problemas, no afrontar los retos, estar convencidos de que no se tienen los mismos derechos que los demás y no reclamarlos, sentirse inferior porque no se está habituado a la comparación, son situaciones que, con el tiempo, tienden a agravarse y pueden llevar a la persona a desarrollar estados psicológicos disfuncionales.

Hay muchos estudios que demuestran que la baja autoestima está relacionada con la depresión, con la sensación de inadecuación, con la dependencia a sustancias dañinas (alcohol y drogas) y con la ansiedad, entre otras muchas disfunciones psicosociales. Una persona con una autoestima baja es más propensa que cualquier otra (con una autoestima media o alta) a experimentar sentimientos de desmerecimiento o de inferioridad, y ésta disfunción está implícita en patrones de conducta y de pensamiento molestos e incluso, graves.

4.- AUTOESTIMA BAJA DEFENSIVA.

La autoestima defensiva se caracteriza porque tiende a compensar el componente ausente o menos desarrollado con el componente positivo o alto. Podría ser, por ejemplo personas muy competentes en el ámbito laboral pero con un bajo sentido del merecimiento, o bien personas con un alto sentido del merecimiento pero con un bajo sentido de la competencia ante los retos o ante el trabajo. Escasa habilidad social o problemas con determinadas personas que representan autoridad.

Existen dos tipos marcados de autoestima defensiva: Una de tipo narcisista, caracterizada por el hecho de que el individuo presenta un alto sentido del merecimiento pero un bajo sentido de la competencia, y otra llamada pseudo-estima, que es contraria a la anterior ya que el individuo tiene un bajo sentido del merecimiento, pero en cambio, un alto sentido de la competencia.

4.1.-Autoestima Defensiva de Tipo Narcisista. Esta autoestima genera en la persona una sensación irreal de merecimiento. Las personas que presentan este tipo de autoestima tienen tendencia a sobrevalorarse y alabarse a sí mismas. Otro rasgo característico es el desmesurado interés que muestran por el nivel socio-económico de los demás, en casos extremos pueden convertirse en personas autoritarias que no aceptan la mas mínima crítica.

4.2.- La Baja Autoestima o Pseudo-autoestima. Esta autoestima suele reflejarse en la exagerada, e incluso, obsesiva atención por el éxito o por el fracaso. Las personas con pseudo-autoestima tienen una gran necesidad de logros y ésta hace que, a menudo, se muestren ambiciosas. Pueden llegar también a ser antisociales hasta el punto de no tener escrúpulos a la hora de manipular o abusar de los demás para conseguir sus objetivos.

Las personas que padecen este tipo de autoestima negativa, tienen el sentido del merecimiento poco desarrollado, y de alguna manera compensan esta limitación con un sentido de la competencia mal entendido. Por ello, tienden a ser muy perfeccionistas en todo lo que hacen y presentan un nivel de auto-crítica muy elevado que las puede llevar, incluso, a la crítica patológica.

2.4 TEORIAS DE LA AUTOESTIMA.

Entre los psicólogos existen muchas controversias debido al hecho de que la autoestima es un fenómeno complejo que implica, a su vez otros fenómenos. No obstante y a pesar de las muchas definiciones de autoestima que circulan dependiendo de las teorías que cada uno describe, esto es lo que nos dicen los diferentes autores Téllez J. (2000), Gasto C. (19998), Rojtenberg S. (2006), Faja S. (2005) Casado F. (1983), Gaja R. (2006).

Hay que tener en cuenta dos cosas: primero, que los valores se adquieren muy temprano, y segundo, que todos los valores se viven en el contexto de la cultura. Así pues, la autoestima es un fenómeno personal y psicológico, pero también es un fenómeno social.

Chris Mruk (1999) escribe sobre las teorías más importantes de autoestima y dice que no todos los estudiosos incluyen programas para fortalecerla. En investigaciones que él realizó sobresalen dos aspectos: En primer lugar la existencia escasa de libros formales. En segundo lugar promover que haya ideas lógicas, conceptos y leyes claras que nos conduzcan a una compensación necesaria para desarrollar una buena teoría de autoestima.

A continuación se verán algunos de los enfoques o teorías que abordan el tema de la auto-estima, que se origina a partir de pensamientos y en la ciencia social con sistemas que reflejan y dan sugerencias prácticas.

2.4.1.-TEORIA DE LA INTROSPECCION.

William James (1890). Este psicólogo americano dio grandes aportaciones sobre autoestima, su trabajo lo realizó hace más de 100 años. Su aportación empieza diciendo que todos los seres nacen con una identidad. **James** establece una conexión entre autoestima, valores y competencia y enfatiza sobre los valores y éxitos de la persona, también hace énfasis sobre las aspiraciones de cada uno, hace uso del método de la introspección, describe el

hecho de que cada persona nace alrededor de roces sociales que se crean por la cultura, la familia, el entorno. Depende de la persona aumentar sus éxitos, por lo tanto aumentar su autoestima, esa teoría se basa en los resultados de una introspección. Aumentando los éxitos aumenta la autoestima, los éxitos son la base de todo sujeto.

2.4.2.-TEORIA PSICODINÁMICA

Robert White (1959). La teoría psicodinamica examina los fenómenos humanos, como la experiencia y la consecuencia. El trabajo psicoanalítico en cuanto a la autoestima es importante por dos cosas: Históricamente entiende la autoestima como fenómeno evolutivo, sintetiza la postura psicoanalítica y se centra en la introspección del narcisismo. Establece que el ideal del ego y el súper ego son instituciones de la mente.

White inicia el pensamiento moderno de la autoestima y explora tipos de conducta olvidadas, la manipulación y dominio que ejercieron en el sujeto, la perspectiva psicoanalítica que motivo la conducta para reducir la presión, el problema dice es el aumento de estimulación y tensión que los organismos buscan. En 1963 White reconoce que la autoestima tiene dos aspectos interesantes, competencia y efectividad y a su vez dispone de dos fuentes: una fuente interna a los propios logros y una fuente externa que implica la afirmación.

White explora la relación entre competencia y ego, la fuerza del ego, y la habilidad del sujeto para manejar la ansiedad y superar con gran acierto las demandas de la vida, todo el trabajo situó a la autoestima en el contexto del desarrollo humano que se extiende hasta la edad adulta.

2.4.3.-TEORIA SOCIAL

Morris Rosenberg (1965). Tiene un enfoque sociocultural. Sus primeras actividades importantes fueron sus monumentales investigaciones con más de 5000 sujetos, su objetivo fue ver la relación de ciertos factores sociales y como la autoestima influía en actitudes y conductas socialmente significativas.

Nos orienta a entender la autoimagen y la autoestima, como un fenómeno creado por la sociedad y por la cultura. También define autoestima como actitud positiva o negativa hacia un objeto particular a saber, el Self.

Aclaró que es difícil la comparación entre individuos, porque siempre serán diferentes. Los fenómenos vinculados al Self son reflexivos. Es famosa su escuela porque mide la autoestima.

Rosenberg inició el camino para que las teorías y terapéuticas de orientación social se centraran en la posibilidad de fortalecer la autoestima mejorando las condiciones externas. Dice que las actitudes y conductas sociales ejercen influencia sobre la autoestima, esta teoría es social, los valores que definen el merecimiento surgen de la cultura. Una persona tiene autoestima en la medida en que se percibe a sí misma con valores, porque los valores definen el merecimiento. Así mismo, los valores son resultados del contexto de la cultura. Esta teoría tiene sus limitaciones, pues el trabajo sociológico tiende a enfocar la autoestima desde fuera del individuo, por lo tanto es difícil modificar sociológicamente “la autoestima de una vida individual”.

2.4.4.-TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL O CONDUCTISMO COGNITIVO.

Stanley Coopersmith (1967). Nos presenta la perspectiva conductual. Éste estudioso elabora una guía para la investigación de la autoestima. La autoestima es un juicio personal del merecimiento y la competencia que se expresa en actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo, su trabajo se centra en factores individuales y grupales. **Coopersmith** percibe el Self como

constructor de su trabajo y está basado en los principios del aprendizaje. Los tres principales antecedentes de la autoestima (aceptación parental, límites claramente establecidos y tratamientos respetuosos) se entienden en términos de mecanismos de aprendizaje. Por lo tanto si la autoestima puede aprenderse, la carencia de la misma, también se aprende. La indiferencia parental, el exceso o carencia de límites y los modelos indiferentes o degradantes provocan diferentes tipos de conductas. Igualmente aprendemos sobre nuestra competencia (o incompetencia) a través de los éxitos o fracasos.

El análisis conceptual plantea cuatro bases principales de autoestima: Competencia, Significado, Virtud y Poder. Se le atribuye el descubrimiento de un número de autoestima a través de la psicología. Ofrece muchas pautas críticas para mejorar la autoestima y los factores negativos. Su trabajo es aceptado y creíble porque cumple con métodos de observación y centra la relación que existe entre autoestima y amenaza defensiva.

2.4.5.- TEORIA HUMANISTA

Nathaneel Branden (1995). Nos ofrece la visión humanista de la autoestima. Considera la autoestima como una necesidad humana básica, que influye sobre nuestra conducta, la cual es una necesidad que debemos aprender y satisfacer mediante el ejercicio de nuestras facultades humanas: la razón, la elección y la responsabilidad. **Branden** dice que debemos vivir racionalmente, además de adquirir autoestima debemos mejorarla a lo largo de nuestra vida y convertirla en un aspecto personal, no solo social o evolutivo. En sus investigaciones logró publicar tres libros sobre autoestima en los años setenta y esto marcó una introducción en la ciencia social, **Branden** fue el primero en definir la autoestima en términos de merecimiento y competencia; aporta al área la llamada tercera fuerza, tras las influencias psicoanalíticas y conductuales.

Branden Nathaneel ve la autoestima como una necesidad humana básica y ésta necesidad tiene dos características: La primera, el hombre no nace con el conocimiento de lo que le satisface, la autoestima es una necesidad que debemos aprender, mediante el ejercicio de nuestras facultades más humanas, la razón, la elección, y la responsabilidad. Esto para **Branden** es vivir racionalmente. La segunda, señala la necesidad de la autoestima y si el hombre llegara a carecer de ella se sentirá obligado a fingirla para crear la ilusión de la autoestima.

Branden identifica cuatro pilares básicos de la autoestima positiva: el grado de consciencia del individuo, la propia identidad como persona, la voluntad de aceptar la responsabilidad de las propias decisiones y la auto-aceptación o ser honesto con el tipo de elecciones que uno hace.

La teoría de **Branden** añade dos contribuciones, la primera convierte la autoestima en un aspecto personal, la segunda plantea la autoestima en la edad adulta. Es así que además de adquirir autoestima, debemos manejarla a lo largo de toda nuestra vida.

Branden propone 6 pilares para desarrollar la autoestima:

1.- Mejorar la consciencia de uno mismo, ser consciente de lo que ocurre alrededor ser receptivo a los cambios.

2.- Practicar la autoaceptación. Haciéndonos responsables de nuestros propios pensamientos, sentimientos y acciones; sin evadirnos, negarlos o rechazarlos.

3.- Ser responsable. Darse cuenta que tenemos para responsabilizarse de nuestra vida.

4.- Practicar la autoafirmación. Ser auténtico en el trato con los demás.

5.- Vivir con determinación. Plantear objetivos y propósitos para organizar nuestra vida.

6.- Practicar la integridad personal. Decir la verdad, respetar los compromisos, para mejorar la autoestima, ser íntegro con uno mismo sin traicionar los valores que rigen nuestra mente.

2.4.6.- TEORÍA COGNITIVA-EXPERIMENTAL DEL SELF.

Seymour Epstein (1979). Define la autoestima como una necesidad humana y ésta ocupa un lugar importante en nuestra vida como un motivador. Su teoría se inclina al desarrollo de la personalidad, el enfoque de **Epstein** se basa en ideas cognitivas, sobre experiencia y organización dice que los seres humanos deben organizar la información y la experiencia del mundo. Este autor define la autoestima como una necesidad para el ser humano y dice que somos merecedores de ésta, también dice que la mente humana está formada para organizar las experiencias de la vida y que nos ayuda a crecer influyendo en nuestra motivación y conducta.

La función básica de la teoría del Self es crear estabilidad a partir del caos de la vida, que siempre ha influenciado la conducta y que la competencia, así como la disposición a ser amado, apreciado, tener autocontrol, poder personal y aprobación moral, y que cada uno debe estar interesado en estos dominios de autoestima.

Epstein ofrece en su teoría ideas muy organizadas y conceptos que son compatibles, por ejemplo, el modo como las personas adquieren y mantienen el funcionamiento de las teorías del Self, ésta teoría se inclina hacia el desarrollo de la personalidad, la perspectiva cognitiva tiende a ser mecánica y reduccionista.

2.5. TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN.

La formación de la autoestima, se desarrolla gradualmente durante toda la vida. Cada etapa aporta impresiones, sentimientos e incluso un complicado razonamiento sobre el yo. El resultado es un sentimiento generalizado de valía o de incapacidad.

Para desarrollar la autoestima se necesita una actitud de confianza frente a sí mismo y actuar con seguridad, ser abiertos y flexibles valorar a los demás y aceptarlos como son; ser capaces de ser autónomo en sus decisiones, tener comunicación clara y directa con todos, ser optimista .Es importante conocerse para quererse.

Las teorías generales de autoestima, están vinculadas con perspectivas teóricas amplias que aportan credibilidad para el fortalecimiento, la estructura y el sistema de programas organizados de la autoestima. Cada fase de estas teorías está organizada de un modo particular y siempre persiguen metas e incluyen actividades terapéuticas destinadas a ayudar al paciente. Lo más notable es que aumentan la conciencia del sujeto para incrementar su autoestima, y así lograr manejar un cambio, modificando y generando nuevas conductas.

TÉCNICAS UTILIZADAS EN EL TRATAMIENTO DE LA AUTOESTIMA.

- **VISUALIZACION.** Es una técnica probada que permite redefinir la imagen que la persona tiene de sí misma y hacer importantes cambios en su vida, es necesario utilizar la relajación, aclarar la mente de distracciones y crear la imaginación de escenas positivas. Esta técnica constituye una herramienta útil para reforzar el cambio, además permite clarificar las metas del paciente y crear una expectativa para lograrlo. Ubicar las metas y lograrlas es un gran empuje a la autoestima. Es

importante plantearse una meta a corto plazo y a mediano plazo, para lograr que la paciente sienta que su vida tiene sentido.

- **EVALUACION DEL INCONCIENTE.** Es una técnica que se realiza en el diván en estado de relajación y se utiliza para conocer aspectos del inconsciente, con el fin de evaluarlos y poder transformar aquellos que están limitando la vida del paciente. Permite identificar los patrones de conducta y sus causas y encaminar al paciente a cambiarlos por patrones más efectivos y adecuados. Ésta técnica se utiliza para encontrar los obstáculos internos del paciente, para aceptarse a sí mismo y encontrar su realización personal.
- **PSICOTERAPIA TRANSPERSONAL.** Integra todas las teorías para lograr una comprensión más amplia de la mente. **Welber (1995)** estudió las necesidades del paciente y su estado de conciencia, en ésta psicoterapia sirven de base los aspectos físicos, emocionales, mentales y espirituales del bienestar, aparte de curar, ésta técnica se apoya en la Gestal, psicoterapia existencial y el Psicoanálisis, el cambio se da en cuatro etapas: en la primera aparecen los indicadores y el paciente se compromete a explorar el problema; la segunda etapa se inicia con la experiencia vivida y se ve cual es el problema; en la tercera etapa se busca la solución del problema; en la cuarta etapa, ya con una conciencia más clara se resuelve el problema. La terapia transpersonal enfatiza el crecimiento y el buen manejo de la conciencia, es la técnica que analiza el yo y el yo lo convierte en un yo superior.
- **TERAPIA DE REGRESION.** Esta terapia permite al paciente recuperar recuerdos reprimidos y revivir ciertas situaciones, vivencias, traumas olvidados de su infancia, que se encuentran guardados en el inconsciente. A través de ésta terapia, se logra comprender los orígenes

de los conflictos de la personalidad. Ésta terapia ayuda a solucionar conflictos psicológicos y emocionales. Se utiliza para encontrar recuerdos bloqueados y se logra encontrar el rechazo, permite expresar los sentimientos reprimidos y le permite, al paciente, recuperar su capacidad para defenderse ya que se trabaja con la parte lastimada, esto ayuda a mejorar la imagen de sí mismo.

- **TEORIA COGNITIVA-EXPERIMENTAL DEL SELF. (Seymour Epstein)**
define la autoestima como una necesidad humana, ya que ésta ocupa un lugar muy importante en nuestra vida, su teoría se inclina al desarrollo de la personalidad, su enfoque es cognitivo, dice que los seres humanos deben organizar la información y experiencias que reciben del medio ambiente. Esta teoría del Self consiste en crear estabilidad, crear autocontrol, poder personal y aprobación moral.
- **TEORIA HUMANISTA**
Nathaneel Branden (1995). Nos ofrece la visión humanista de la autoestima. Considera la autoestima como una necesidad humana básica, que influye sobre nuestra conducta, la cual es una necesidad que debemos aprender y satisfacer mediante el ejercicio de nuestras facultades humanas: la razón, la elección y la responsabilidad. **Branden** dice que debemos vivir racionalmente, además de adquirir autoestima debemos mejorarla a lo largo de nuestra vida y convertirla en un aspecto personal, no solo social o evolutivo. En sus investigaciones logró publicar tres libros sobre autoestima en los años setenta y esto marcó una introducción en la ciencia social, **Branden** fue el primero en definir la autoestima en términos de merecimiento y competencia; aporta al área la llamada tercera fuerza, tras las influencias psicoanalíticas y conductuales.

Branden Nathaneel ve la autoestima como una necesidad humana básica y ésta necesidad tiene dos características: La primera, el hombre no nace con el conocimiento de lo que le satisface, la autoestima es una necesidad que debemos aprender, mediante el ejercicio de nuestras facultades más humanas, la razón, la elección, y la responsabilidad. Esto para **Branden** es vivir racionalmente. La segunda, señala la necesidad de la autoestima y si el hombre llegara a carecer de ella se sentirá obligado a fingirla para crear la ilusión de la autoestima.

Branden identifica cuatro pilares básicos de la autoestima positiva: el grado de consciencia del individuo, la propia identidad como persona, la voluntad de aceptar la responsabilidad de las propias decisiones y la auto-aceptación o ser honesto con el tipo de elecciones que uno hace.

La teoría de **Branden** añade dos contribuciones, la primera convierte la auto-estima en un aspecto personal, la segunda plantea la autoestima en la edad adulta. Es así que además de adquirir autoestima, debemos manejarla a lo largo de toda nuestra vida.

Branden propone 6 pilares para desarrollar la autoestima:

1.- Mejorar la consciencia de uno mismo, ser consciente de lo que ocurre alrededor ser receptivo a los cambios.

2.- Practicar la autoaceptación. Haciéndonos responsables de nuestros propios pensamientos, sentimientos y acciones; sin evadirnos, negarlos o rechazarlos.

3.- Ser responsable. Darse cuenta que tenemos para responsabilizarse de nuestra vida.

4.- Practicar la autoafirmación. Ser auténtico en el trato con los demás.

5.- Vivir con determinación. Plantear objetivos y propósitos para organizar nuestra vida.

6.- Practicar la integridad personal. Decir la verdad, respetar los compromisos, para mejorar la autoestima , ser integro con uno mismo sin traicionar los valores que rigen nuestra mente.

CAPITULO III CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE GÉNERO

“No se nace mujer: llega uno a serlo”

Simone de Beauvoir

El segundo sexo 1949

3.1 CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE GÉNERO.

El proceso de formación de identidades determina las oportunidades y limitaciones que tendrá cada individuo. **Ortega M. (1997), Burin & Meler(1998).**

La construcción social de la identidad de género, se refiere a la definición de las características y los atributos que se conocen como femeninos o masculinos. Esto se entiende como parte de la cultura personal como proceso de socialización en el cual se forma la identidad femenina y masculina. Todas las personas, mujeres u hombres, nacen dentro de un grupo social que marca que conductas, habilidades, valores deben tener y ejercer dependiendo del sexo. Esta es la razón por la que no todas las personas tienen las mismas vivencias de género.

La construcción social de la identidad del género tiene aspectos comunes y particulares que cambian: el proceso de formación de identidades para desarrollarse plenamente, su acceso a los recursos, su capacidad para tomar decisiones, sus posibilidades de crear y de proponer formas eficientes de hacer las cosas, también determina las posibilidades de desarrollo.

Esta construcción social de género conduce a la creación de las desigualdades sociales. La construcción de género desde el poder y la subordinación, determina que uno de ellos, el femenino, esté subordinado frente al dominio y el poder del otro, el masculino.

Los seres humanos han establecido categorías que diferencian los patrones de comportamiento entre las personas. Es así que desde el nacimiento el ser

humano se define con un patrón de comportamiento a seguir, basado en el sexo biológico correspondiente. En los sistemas sociales, los conceptos de sexo y género son llevados al estudio de hombres y mujeres debido a que estos son elementos esenciales de una sociedad y por lo tanto deben gozar de derechos y deberes.

El género tiene un significado importante dentro de la sociedad, el término género es tomado como sinónimo de sexo y se constituye a un nivel biológico.

Se entiende que el sexo se reconoce como la característica biológica natural del cuerpo y desde otro punto de vista el sexo se concibe como un ideal que permite a las personas desenvolverse en el medio ambiente.

El género figura entre los términos de reciente introducción en el lenguaje mediático y político. Utilizado como término sustituto de sexo o de mujer, tal perspectiva implica una mirada a la diferencia sexual como construcción cultural.

Gorostegui (2004). Propone una alternativa a las tradicionales interpretaciones esencialistas de las identidades masculinas y femeninas al considerarlas como producto social y no de la naturaleza y sitúa la organización sociocultural de la diferencia sexual como eje decisivo en la organización política y económica de nuestro mundo.

Los discursos de género han sido elaborados de forma desigual representando arquetipos populares de masculinidad y feminidad. Asociados inicialmente con la naturaleza y más tarde con la cultura, creando un imaginario colectivo extendido sobre supuestas características y cometidos sociales de hombres y mujeres.

Los arquetipos de género desempeñaron un papel decisivo, en el desarrollo y supervivencia de prácticas sociales, creencias y códigos de comportamiento especial según el sexo.

Recordados como modelos femeninos de “Ángel del hogar” o de “Perfecta casada”, las señas de identidad femenina se formulaban desde la naturaleza y la diferencia sexual biológica de la reproducción. Implícitamente, esta construcción cultural dejaba a las mujeres sin el reconocimiento de un requisito básico de la modernidad: La personalidad y el comportamiento a seguir basado en el sexo biológico correspondiente

Esta construcción social de género conduce a la creación de desigualdades sociales. El proceso de formación de identidades determina las oportunidades y limitaciones que tendrá cada individuo según su género para desarrollarse plenamente. Para entender la desigualdad, hay que distinguir entre sexo y género.

Sexo.- Diferencias biológicas entre hombre y mujer.

Género.- Explica que las desigualdades se construyen socialmente, y Varían según las culturas y los tiempos históricos.

Es necesaria la igualdad para lograr un mayor desarrollo democrático y social, al hablar de igualdad no quiero decir que hombres y mujeres sean iguales sino que los valores sean los mismos, al ser los mismos, facilitarán la igualdad de oportunidades para participar en el desarrollo político, social, económico y cultural de su sociedad.

3.2 ANTECEDENTES HISTORICOS

Los siguientes autores nos dicen de la historia de género Ortega M. (1997). Burin H & Meler I (1998). Gorostegui M. (2004).

Entre 1830 y 1930 empieza la revolución sexual moderna. Pero no cuestionaron, los procesos socializadores del temperamento y la diferencia de los papeles sexuales. La estructura psicológica permaneció inalterable y no se sospechó de las estructuras patriarcales como el matrimonio y la familia.

La contra revolución se estableció en **1930-1960**. Las condiciones ideológicas se derivaron de la psicología, la sociología y la antropología, las que dieron lugar a una serie de expertos como **Sigmund Freud**, quién representó la política sexual. Se ve en las ideas de **Freud** una forma de liberación de la sexualidad, a través de esto, se justificaron y ratificaron las relaciones tradicionales de jerarquía y dominio entre los sexos.

Sigmund Freud pensaba que la satisfacción y la realización, liberaría a las mujeres de sus problemas, la creación de su teoría sobre “la envidia del pene” definió a la psicología femenina como pasiva, masoquista y narcista.

Todo lo anterior hace que la psicología y el comportamiento social de hombres y mujeres se base en la biología. Un hecho muy importante del siglo XX fue la mayor presencia femenina en las áreas públicas y privadas, después de siglos de silencio y de marginación. La mujer se incorporó al trabajo con un salario y acceso a la educación. En ese siglo se permitieron cambios significativos en la relación de género, considerando a las mujeres, quienes habían permanecido invisibles al conocimiento científico. Fue así como hombres y mujeres tuvieron derecho a lo mismo.

El análisis de género permite ver lo femenino y libera a los hombres de rígidos planteamientos normativos, que los hacen ser insensibles y de personalidad estereotipada.

A través del tiempo se han incorporado nuevos conocimientos como: los sentimientos, la sexualidad, la maternidad, los ciclos de vida, las relaciones personales y la vida cotidiana. Se han ido actualizando y revisando: el trabajo, la cultura, la producción y la democracia.

En todas las épocas se ha visto reflejada la aportación constante del trabajo de las mujeres, en el desarrollo de la sociedad. Las mujeres siempre han trabajado, no obstante la interpretación del trabajo, ha ocultado esa realidad histórica y convirtió en invisible el trabajo de las mujeres.

La historia de la mujer se fue abriendo paso durante la primera mitad del siglo XX y gracias al movimiento feminista en los países industrializados, llegó a adquirir gran importancia, y es a partir de una serie de movimientos, que la mujer se ha integrado en la política, en la administración y en la educación.

La historia de género puso en un primer momento a la mujer como sujeto de la historia. En este sentido, fueron realizados diversos estudios sobre personajes femeninos. Aparecieron obras que evaluaban el potencial de mujeres.

La mujer, desde la época de la colonia, su misión era la conservación de las tradiciones, el fomento de la religión en el hogar y consolidar un buen modelo de vida familiar. Las únicas funciones de la mujer era solo el hogar, criar a los hijos, manejar los asuntos domésticos y velar por el cumplimiento y enseñanza de los valores culturales y moral.

En la época de la independencia, lucharon juntos hombres y mujeres, ambos buscaron la libertad del país, que fue gobernado y saqueado durante 300 años por los españoles. Las mujeres dejaron su hogar y lucharon al lado de quienes lograron la independencia de México (en el zócalo de Saltillo hay una lista de heroínas de esta lucha).

En la revolución mexicana (1910) la mujer tuvo gran participación y fue valiente y abnegada, la labor de estas heroínas contribuyó a crear el actual orden social.

Las reformas constitucionales para el inicio del reconocimiento de los derechos de la mujer aparecieron el 17 de octubre de 1953, cuando se reformó el artículo 34 constitucional, en el cual se reconoce la ciudadanía de las mujeres.

La más importante reforma constitucional en beneficio de las mujeres fue en 1974 en donde se reformaron los artículos 4, 5, 30 y 123, en donde se promovió la igualdad jurídica de la mujer.

La reforma al artículo 4º. Constitucional, pugna porque la mujer y el varón sean iguales ante la Ley. Asimismo, estableció la protección de la organización y el

desarrollo de la familia, además de plantear el derecho a decidir de manera libre y responsable, cuántos hijos quieren tener la pareja.

La reforma al artículo 5°. Constitucional, sustituyó el término hombre, por el de persona, así los derechos en éste artículo incluyen a hombres y mujeres por igual.

El artículo 123, su reforma fue de gran importancia al reconocer la participación laboral femenina.

Creo que hacer algo por las mujeres sería definir su identidad y hacer de la perspectiva de género una herramienta.

Desde la década de los setenta, el tema identidad ha sido objeto de problemas que revisan y critican los desarrollos dentro del movimiento feminista. Durante 1980 hubo aportes muy importantes que buscaban alternativas diferentes al dilema igualdad - diferencia, en el que se habían polarizado las principales corrientes del feminismo.

El concepto género abre nuevas perspectivas para el análisis de la situación de las mujeres, es claro que la introducción del concepto de género repercute sobre el análisis de la identidad femenina. La categoría de género, permite diferenciar 2 identidades, “identidad de género” e “identidad femenina” y se presenta como una construcción social y cultural, variable, histórica y transformable, que se distingue de la identidad sexual entendida como estructura psíquica.

Recientemente, el tema de las identidades de género adquiere relevancia y los problemas de investigación incorporan los debates desarrollados por el feminismo y el post-estructuralismo en torno al sujeto, la identidad y la subjetividad.

3.3. DEFINICIÓN DE GÉNERO.

El género es definido como la manera en la que la persona ejerce su sexualidad esto es como lo definen Gerondela L. (2012). Stoller R. (1968). Barbieri T. (1937). Beauvoir S. (1949). Lamas M. (2004).

El sistema sexo-género afecta toda la vida y a todos sin excepción, sufren o disfrutan sus consecuencias. Así, a través de una determinada reflexión y de una regulación social, el sexo se convierte en género.

Lo cierto es que el sexo y el género no tienen poder explicativo por sí solo, es decir no pueden ser desvinculados de los otros aspectos identitarios, como pueden ser: la edad, el nivel socio-económico, la raza, la nacionalidad.

La psicología explica el concepto de género, como una dimensión específica que forma parte de la realidad subjetiva del comportamiento humano. Es un factor común a la especie, dinámico y susceptible de variaciones; los rasgos de masculinidad y feminidad cambian a lo largo del tiempo, actúa en interacción con otros factores. Por lo tanto la estabilidad y la variabilidad se complementan. Es estable porque es común a la raza humana y variable porque su influencia varía de un individuo a otro.

El concepto de género aparece por primera vez en las ciencias sociales, en los años 50 en Estados Unidos en el ámbito de la psicología. **Robert Stoller(1968)** utilizó la oposición sexo/género en su estudio de los transexuales para distinguir entre identidad sexual y el sexo biológico.

Gayle Rubín (1986). Define al género como el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma las sexualidades biológicas en productos de la actividad humanas y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas. Los sistemas género/sexo son los conjuntos de prácticas,

símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual.

Simone de Beauvoir (1949), desafiará en *“El segundo sexo”* el determinismo biológico con la afirmación “No se nace mujer llega uno a serlo”, la distinción sexo/género se ha evidenciado de tal manera que sexo podría redefinirse como aquello que expresa las diferencias biológicas, mientras que “género” incluye una serie de categorías socialmente construidas.

De diferentes maneras se ha definido el concepto de género y se han sumado a las definiciones nuevos elementos, **West Kanye y Joel Thomas Zimmerman (1999)** dicen que el género es producto de la cultura, que la identidad se adquiere (impuesta socialmente) a través de la socialización y que determina la forma en que se relacionan con la naturaleza y el mundo social que los rodea.

Una de las definiciones más completas, propuesta por **Marta Lamas (2002)**, define al género: como el conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano, en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre mujeres y hombres. Entonces, lo central es que cada sociedad asigna determinadas funciones sociales (roles) construyéndose así el concepto de género como categoría bio-psico-econo-político cultural.

3.4. TEORIAS DE GÉNERO

El género es una teoría amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones nos lo dicen. Lagera M. (1990). Sonya R. (2012). Martinez C. (2006).

A continuación se presentaran algunas de las teorías de género vigentes en nuestros días.

3.4.1.-TEORIA DE LA DIFERENCIA ENTRE GÉNEROS.

Ritzer A. (2002) Esta teoría representa la desigualdad entre hombres y mujeres, afirmando, que la diferencia biológica es la que marca las diferencias: Las diferencias psicológicas de personalidad y la forma como se relacionan con el medio. Las diferencias en cuanto a valores e intereses básicos. El modo de hacer juicios de valor a la construcción de metas, a su creatividad literaria, a las fantasías sexuales, su sentido de identidad, en cómo se relacionan con su mismo sexo, en una palabra por su experiencia vital, así surge en la sociedad patrones muy claros para hombres y mujeres.

3.4.2.- TEORIA DE LA DESIGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS.

(Ritzer A. (2002). Dice que esta corriente enfatiza lo siguiente: Que los hombres y las mujeres están situados en la sociedad de manera diferente y desigual, las mujeres tienen menos recursos materiales, poco estatus social, no tienen oportunidad para auto-realizarse como los hombres en iguales circunstancias sociales. Esta desigualdad viene de la sociedad, no de diferencias biológicas o de personalidad entre los hombres y las mujeres. Aunque los seres humanos varíen en cuanto a su capacidad o sus rasgos esto no hace la diferencia, las teorías de desigualdad dicen que hombres y mujeres deben responder a situaciones de igualdad

3.4.3.-TEORIA DE LA OPRESIÓN ENTRE LOS GÉNEROS.

Ritzer A. (2002). Uno de los estudiosos de la teoría de la opresión dice que las diferencias de género y desigualdad son producto del patriarcado, que es una estructura de poder; la definición del patriarcado es una organización social primitiva, en la cual el varón ejerce autoridad y este poder se pasa a los

parientes aún los lejanos de una misma rama familiar. El patriarcado se entiende como una forma de poder universal, el orden social caracterizado por relaciones de dominación y opresión que oprime a las mujeres.

3.4.4.-TEORIA DE GÉNERO

Robert Stoller, (1924-1991) quien a finales de los sesenta hace la separación del sexo biológico del género social, dice que el sexo son los rasgos fisiológicos y biológicos de ser hembra o macho, el género se debe a la construcción social de las diferencias sexuales, así el sexo se hereda y el género se adquiere a través del aprendizaje cultural. El concepto género marca la diferencia entre los sexos. Se han realizado muchos estudios de género, una ciencia que se interesó fue la antropología marcando la diferencia que hay entre hombres y mujeres en lo social, económico, político y religioso.

El concepto género marca una reflexión sobre la diferencia entre los sexos, no hay que olvidar la influencia educativa en la formación de la identidad sexual, ser hombre o mujeres no está determinado solo por el componente biológico.

En los años 60 se produce el movimiento feminista, las mujeres habían alcanzado su derecho al voto, objetivo fundamental de la primera ola, sin embargo la igualdad jurídica no cambio la situación que las caracterizaba, de ahí se inician los cambios para eliminar la desigualdad. Dentro de estos movimientos feministas, estaba elaborar una teoría que hiciera posible explicar la situación de opresión en que se encontraban las mujeres, es así como el concepto género explica el origen de la desigualdad entre hombres y mujeres.

3.5. GÉNERO Y DEPRESIÓN.

Palabras clave: depresión género, factores psicosociales de riesgo es lo que nos dicen: La zarévich L. & Mora-Carrasco F. Ortega M. (1997).

La Organización Mundial de la Salud dice que hay 400 millones de personas que sufren de alguna clase de depresión y que el 20% son depresiones endógenas o biológicas y el 80% son exógenas o situacionales y esto afecta más a las mujeres que a los hombres, 30% hombre y 70% mujeres. Los estudiosos se han preguntado porqué de este elevado porcentaje, pero no se encontró una causa biológica que lo explique, la sociedad sexista dice que éste porcentaje es debido a la sumisión entre ambos sexos y sus consecuencias negativas en la salud mental de la mujer. Esto es lo que genera las depresiones de género.

La depresión de género es similar a la depresión exógena porque sus causas no son biológicas, ni genéticas ni hereditarias (como en la depresión endógena), la diferencia es que las exógenas tienen su origen en cualquier situación difícil que se presenta en la vida del ser humano (hombre o mujer).

El trastorno de la depresión de género solo se produce en las mujeres y sus causas son debidas a las desigualdades estructurales de nuestra socialización patriarcal que produce la subordinación y la violencia de género contra las mujeres por parte de los hombres.

La depresión de género no es una enfermedad mental ni biológica, es un conjunto de sufrimientos y malestares físicos y psicológicos que experimentamos las mujeres por soportar las desigualdades entre un hombre y una mujer.

La mayoría de las mujeres padecen en algún momento de su vida una crisis de identidad, quizá por un evento traumático (maltrato psicológico por parte de su pareja o por el engaño o por la doble moral).

Los síntomas de la depresión de género son similares a los de cualquier depresión.

Los trastornos depresivos tienen mucha importancia en las sociedades actuales y sus efectos tienen efectos nocivos y muy serios para las personas

que los padecen, sus familiares y su sociedad. El problema no afecta de igual manera a ambos sexos, la depresión afecta dos veces más a las mujeres.

A pesar de que la depresión es un trastorno multifactorial. Las últimas 3 décadas se han caracterizado porque la desigualdad de los sexos no ha sido eliminada.

Actualmente vivimos en un mundo que se ha transformado y que ha marcado los avances en historia, educación, tecnología y por la incorporación de la mujer al campo laboral.

La depresión ahora es una enfermedad moderna. La inseguridad laboral, la competencia profesional, la pobreza y las migraciones son problema que afectan a las mujeres.

La perspectiva de género representa una herramienta de análisis útil. La depresión representa un problema importante de salud. La forma grave de la depresión se encuentra entre las principales causas de enfermedad de la mujer.

3.6.- TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y que provoca mayor discapacidad, con gran impacto en la comunidad. Las personas deprimidas pueden experimentar gran deterioro en su funcionamiento habitual, en su bienestar y también en su calidad de vida.

Lo primero es entrevistar a la persona para facilitar que defina su sufrimiento, la causa por la que pide ayuda, la psicóloga debe evaluar su problemática para determinar si es de género. Es importante que la mujer identifique si tiene un problema de género y en ese caso debe comprometerse a realizar una serie de cambios si fuera necesario, sobre todo en casa.

En el taller se enseñará a la mujer técnicas de psicología-conductual para que pueda reconocer los pensamientos distorsionados y las ideas irracionales de

género. Hay que enseñar a la mujer que reconozca la violencia que recibe de su pareja, hay que enseñarle elementos de reflexión y conocimientos de género que les ayude a ver y a tomar consciencia de la violencia que están recibiendo.

Se debe impulsar continuamente para que mejore y poner muchas dinámicas, ejercicios y tareas terapéuticas. Es un trabajo continuo de investigación-acción en el cuál la teoría y la práctica sea constante.

Se deben trabajar los pensamientos distorsionados y las ideas irracionales aprendidas por la educación de género en las diferentes etapas de su vida: la familia de origen, la sexualidad, la pareja, las relaciones afectivas, la maternidad, el trabajo, el tiempo disponible; con el apoyo de ejercicios y dinámicas basadas en las teorías de género.

Es importante evaluar continuamente para que la mujer no recaiga en situaciones anteriores. El efecto diferente del factor género deriva en desigualdades que se manifiestan en detrimento de la salud de la mujer.

Para que las pacientes comprendan el concepto de género es necesario enseñarles a definir sexo y género, las diferencias que se caracterizan por un conjunto de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas, que a través de un proceso de construcción social diferencian a hombres y mujeres.

Es importante que conozcan las siguientes teorías, para tomar consciencia y realizar acciones que las beneficien.

TEORIA DE LA DIFERENCIA ENTRE GÉNEROS.

Ritzer A. (2002) Esta teoría representa la desigualdad entre hombres y mujeres, afirmando, que la diferencia biológica es la que marca las diferencias: Las diferencias psicológicas de personalidad y la forma como se relacionan con

el medio. Las diferencias en cuanto a valores e intereses básicos. El modo de hacer juicios de valor a la construcción de metas, a su creatividad literaria, a las fantasías sexuales, su sentido de identidad, en cómo se relacionan con su mismo sexo, en una palabra por su experiencia vital, así surge en la sociedad patrones muy claros para hombres y mujeres.

TEORIA DE LA OPRESIÓN ENTRE LOS GÉNEROS

Ritzer A. (2002). Uno de los estudiosos de la teoría de la opresión dice que las diferencias de género y desigualdad son producto del patriarcado, que es una estructura de poder; la definición del patriarcado es una organización social primitiva, en la cual el varón ejerce autoridad y este poder se pasa a los parientes aún los lejanos de una misma rama familiar. El patriarcado se entiende como una forma de poder universal, el orden social caracterizado por relaciones de dominación y opresión que oprime a las mujeres.

TEORIA DE LA DESIGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS.

(Ritzer A. (2002). Dice que esta corriente enfatiza lo siguiente: Que los hombres y las mujeres están situados en la sociedad de manera diferente y desigual, las mujeres tienen menos recursos materiales, poco estatus social, no tienen oportunidad para auto-realizarse como los hombres en iguales circunstancias sociales. Esta desigualdad viene de la sociedad, no de diferencias biológicas o de personalidad entre los hombres y las mujeres. Aunque los seres humanos varíen en cuanto a su capacidad o sus rasgos esto no hace la diferencia, las teorías de desigualdad dicen que hombres y mujeres deben responder a situaciones de igualdad.

CAPITULO IV PROPUESTA DE INTERVENCION

“Olvidar ofensas puede indicar una mente superior. Confucio 551 A.C. Obra Mil nuevos aforismos. Dr. Gaspar Cerbero.”

JUSTIFICACIÓN.

Durante la última década, la depresión se ha convertido en una patología que ha ido en aumento e

n el mundo entero. Por eso surge la necesidad de realizar una propuesta que esté basada en un modelo de terapia eficaz, flexible y que se adapte a las mujeres.

Se busca efectividad a corto plazo y con resultados permanentes en el tiempo.

Se busca que las pacientes superen la depresión, que salgan del aislamiento social y que sean más activas en su proceso de recuperación. El objetivo básico de la intervención es que las pacientes entiendan que les pasa y porque les pasa, para facilitarles buscar posibles soluciones.

La necesidad de desarrollar este programa es promover un método preventivo y saber cuáles son los trastornos depresivos que debe controlar el paciente que se deprime con cierta regularidad, ya que con el paso del tiempo éstos desencadenan una serie de alteraciones en su organismo y en su persona como baja autoestima, además de alteraciones químicas que atraen enfermedades

Las sintomatologías más importantes son: La magnitud epidemiológica (ver la frecuencia de sus depresiones), su especial tendencia a la cronicidad (ver si solo se deprimió una sola vez o es recurrente) y el alto índice de comorbilidad (cuando se presentan dos o más enfermedades).

La depresión es un factor de riesgo que puede presentar ideas de suicidio, se sabe que esto sucede en pacientes con trastorno depresivo mayor.

Otro factor que incrementa el riesgo, en la edad adulta, es la exposición a la violencia física o sexual, hay evidencia de un gran porcentaje de mujeres con depresión que ha experimentado un trato abusivo por parte de su pareja y esto trae como consecuencia un decremento en la autoestima.

Gran parte del malestar de las mujeres proviene de situaciones que caracterizan su vida cotidiana, como la subordinación e inequidad de género, el papel tradicional femenino, así como la pobreza, la dependencia económica, la sobrecarga de trabajo y la violencia.

OBJETIVO GENERAL.

Diseñar un programa psicológico para atender síndromes depresivos, en mujeres que oscilan entre los 20 a 45 años de edad, que les permita mejorar su calidad de vida, controlando los síntomas depresivos, mediante el conocimiento de la causa de su depresión, la formación de una identidad propia, y el manejo de técnicas que les ayuden a manejar la ansiedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Organizara el taller de psicoterapia grupal para que expresen sus estados de ánimo y conozcan la causa de su depresión.
- 2.- Analizarán las conductas obsesivas, neuróticas y el estado de sufrimiento de forma que puedan solucionar su problemática y enfrentarla.
- 3.- Diferenciaran las ideas negativas de sí mismas, del mundo, del entorno y del futuro.
- 4.- Practicaran el concepto de la triada cognitiva: visión negativa de sí misma; interpretar y plantear objetivos a alcanzar; visión de un futuro realista.
- 5.- Expondrán los valores adquiridos en su infancia.

6.- Aprenderán que se nace con una identidad, y que los éxitos son la base del fortalecimiento de la autoestima de todo sujeto.

7.- Aplicarán la teoría psicodinamica poniendo en práctica continua la competencia y la efectividad y así la paciente aprenderá a manejar su ansiedad.

8.- Aprenderán las diferentes teorías de género y que les quede claro que la desigualdad viene de la sociedad no de diferencias biológicas.

9.- Reconocerán que el sexo son los rasgos fisiológicos y biológicos de ser hembra o macho, a diferencia de género que se integra por conceptos culturales.

10.- Comprenderán que el género se identifica a través del aprendizaje cultural y que el concepto sexo marca la diferencia biológica.

PROPUESTA.

Curso dirigido a mujeres adultas que oscilan entre los 20 a 45 años de edad, no importa el grado escolar ya que se pretende dar este taller a mujeres de escasos recursos que viven en zonas marginadas, en Xalapa Veracruz.

Con este taller se pretende que las mujeres sepan cuando están deprimidas y que se den cuenta si tienen pensamientos nocivos o repetitivos, que sepan cómo salir de la depresión, que analicen como fue su infancia, que sepan que es la autoestima para que aprendan a amarse y que a cualquier edad se puede aprender y mejorar.

Si las mujeres toman conciencia de lo que le sucede a su organismo evitaran enfermedades que no son reversibles.

Es importante que la mujer sepa que le pasa a su organismo para evitar enfermedades como el mal de Parkinson.

Se pretende que la población conteste el cuestionario de Beck, entrevistarla y evaluarla para conocer su sufrimiento y su problemática.

Si se identifica que tiene un problema de género y que quizá sea la causa de su depresión, debe comprometerse a realizar cambios que la van a favorecer.

Se le informará que aprenderá técnicas de psicología conductual para que pueda reconocer los pensamientos distorsionados y las ideas irracionales.

Aprenderá reforzamientos positivos para que no se deprima cada vez que se presente una situación adversa y perturbe su autoestima.

La metodología que propongo consta de diez módulos que se llevarán a cabo en forma grupal. Se evaluará en la primera sesión y en la última.

El tiempo máximo para las fases de evaluación, intervención y pos evaluación será de diez semanas, cada módulo será de una intervención, el tiempo de cada sesión será de dos horas.

MÓDULO I DEPRESIÓN.

La depresión se define como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y una baja autoestima, con manifestaciones afectivas, conductuales, cognitivas y motoras que generan serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo, o de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento. Y en el peor de los casos

puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente un millón de muertes anuales.

Este módulo está diseñado para que las mujeres aprendan a obtener la capacidad de disfrutar todo, a experimentar placer, gusto por la vida y a obtener calidad de vida. Que entiendan el porqué de su sufrimiento y que se concienticen de él, para que sepan enfrentarse a sus problemas y que aprendan a solucionarlos; que descubran y sepan porqué están tristes o decaídas, con sensaciones de impotencia y desesperanza, para que enfrenten el peligro y que manejen la depresión, a través de técnicas.

MÓDULO II AUTOESTIMA.

La autoestima es el conjunto de criterios de auto-valoración que se fueron formando en una persona. Está relacionada con el cuidado de sí misma y su auto-aceptación. La autoestima permite una conexión profunda consigo misma, el reconocimiento de las propias aptitudes y conforma el elemento principal para relaciones saludables.

La autoestima es un recurso natural en el ser humano, está relacionada con la experiencia de la vida, es confianza en uno mismo, además se relaciona con la salud mental positiva y el bienestar psicológico. Se dice que el vínculo entre autoestima y conducta incluye correlaciones entre la autoestima y el buen funcionamiento del ego.

La autoestima es la percepción valorativa del propio ser, de la propia manera de ser, de quién soy yo, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la propia personalidad. Todo ello sin olvidar que la autoestima se aprende, fluctúa y se puede mejorar.

Corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo es la confianza y el respeto por la propia persona. Es la predisposición a experimentarse apto para la vida y para sus necesidades.

Este módulo está enfocado a elevar la autoestima de las mujeres adultas, que quieran aprender a valorarse, se les enseñará que la autoestima se aprende en cualquier etapa de la vida. Es importante que exploren como fue su infancia y que tomen conciencia de lo que vivieron; esta concientización les permitirá asumir una nueva posición de poder, fortaleciendo su autoimagen ante sí y ante el mundo. Se propondrán las técnicas de fortalecimiento de la autoestima desarrolladas por Chris Murk (1998) en su libro, *Autoestima. Investigación, Teoría y Práctica*, donde se trabajó un programa de fortalecimiento para grupos no clínicos y donde se trabaja el incremento de la conciencia y la autoestima.

MODULO III GÉNERO.

El género tiene un significado importante dentro de la sociedad, el término género es tomado como sinónimo de sexo y se constituye a un nivel biológico.

Se entiende que el sexo se reconoce como la característica biológica natural del cuerpo y desde otro punto de vista el sexo se concibe como un ideal que permite a las personas desenvolverse en el medio ambiente.

El género figura entre los términos de reciente introducción en el lenguaje mediático y político. Utilizado como término sustituto de sexo o de mujer, tal perspectiva implica una mirada a la diferencia sexual como construcción cultural.

Gorostegui (2004). Propone una alternativa a las tradicionales interpretaciones esencialistas de las identidades masculinas y femeninas al considerarlas como producto social y no de la naturaleza y sitúa la organización sociocultural de la diferencia sexual como eje decisivo en la organización política y económica de nuestro mundo.

Se les enseñará el sistema sexo-genero y realizarán una reflexión, con objeto de que entiendan que el hecho de nacer hombre o mujer no debe marcar una diferencia y que la psicología explica el concepto de género como una

dimensión que forma parte de la realidad. Que el concepto de género les conceda nuevas perspectivas para el análisis de la situación de las mujeres y de su propia situación.

ESCENARIO

Lugar con buena ventilación, iluminación, espacioso, para realizar las actividades pertinentes con sillas confortables y mesas de trabajo.

MATERIALES

Los materiales que se emplearan son los siguientes: proyector, computadora, video, hojas blancas y de color, canasta, pelota, hojas con siluetas, cinta adhesiva, sillas, mesas, separadores y constancias de participación, texto con reflexiones de cómo ser más inteligente, más seguro y texto con reflexiones de género, laminas con los derechos de la mujer.

EVALUACIÓN FINAL.

En las terapias se establecerán reglas de funcionamiento, como: la ruptura de las pautas, la instalación de competencia (Autoestima) con temas como el control, delimitación de responsabilidades, resolución de conflictos, creación de un futuro, socializar con el grupo, cambiar problemas negativos por actitudes positivas.

CONCLUSIÓN.

Con este taller se dará un cambio en la forma de ver la depresión desde un ser depresivo, lo que implica la identidad del paciente. Esto implica que la depresión se vea como algo transitorio, no permanente y que no es parte de la persona sino algo diferente a ella, que la paciente no sea vista ni se sienta como víctima de la depresión, sino como protagonista de su recuperación .

La propuesta de intervención dirigida a mujeres adultas ofrece la posibilidad de adquirir fuerza y salud mental, el conocimiento de su tristeza para que no atraiga una enfermedad, el conocimiento de sí misma y la elevación de su autoestima, creo que con esto se verá reflejada una mejor calidad de vida.

Todas las herramientas que se les enseñaran serán la solución a sus necesidades y a su crecimiento como ser humano valioso y que al tomar conciencia del propio poder y de poder ejercerlo como una acción transformadora de esta capacitación.

Durante los últimos años, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad depresiva han cambiado significativamente. Los avances en el conocimiento de las bases biológicas de ésta enfermedad han contribuido al mejor conocimiento de sus causas. Hoy en día se considera a la depresión como parte del grupo de trastorno afectivo.

De acuerdo a las estadísticas de los diversos centros de investigación en el mundo, cerca del 20% de la población en general presentará por lo menos un episodio depresivo mayor en el transcurso de su vida.

A cualquier edad puede presentarse un cuadro depresivo. Su mayor incidencia y prevalencia ocurre entre los 20 y los 45 años de edad, la depresión se da más en mujeres que en hombres. En contraste con la depresión mayor que es la que más comúnmente les da a las mujeres, a los hombres se les presenta el trastorno bipolar.

La autoestima se crea mediante la interacción de dos componentes básicos, el merecimiento y la competencia, los cuales se relacionan de forma recíproca y dinámica. La competencia es conductual y se evalúa en términos de eficacia o ineficacia. El resultado continuo de competencia o conducta afectiva tiene por consecuencia una autoestima baja, media o alta.

El género se utiliza para señalar las características socialmente construidas que constituyen en la definición de lo masculino y lo femenino, el género se caracteriza por un conjunto de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades, que a través de un proceso de construcción social diferencian a hombres y mujeres. Esta diferencia de género deriva en desigualdades que se reflejan en un deterioro de la salud.

La psicología explica el concepto de género como una dimensión que forma parte de la realidad subjetiva del comportamiento humano.

El género es capaz de influir en cierto grado sobre la autoestima, las mujeres de nuestra sociedad parecen inclinarse hacia el componente de la valía ante la autoestima y quieren ser valoradas o rechazadas.

ANEXO

CUADRO 1

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
1	Depresión	Se organizara el taller de Psicoterapia grupal para que expresen sus estados de ánimo y conozcan la causa de su depresión	<p>Aplicara cuestionario de Beck</p> <p>Romperán las pautas depresógenas</p> <p>Dinámica: escribirán las 21 cosas que les molestan y que les han hecho depresivas</p> <p>Dinámica que ha hecho esta semana para salir de la depresión que nos cuente que la ayudo</p> <p>Escríbelo y mételo a la canasta</p> <p>Dinámica sacaran de la canasta las hojas para que analicen el contenido y trataran de encontrar una solución</p>	<p>20mm.</p> <p>40mm</p> <p>40mm</p> <p>20mm</p>	<p>Cuestionario lápiz</p> <p>Canasta hojas de papel y lápiz</p> <p>Canasta con hojas escritas</p>

CUADRO 2

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
2	Depresión	Las pacientes analizaran las conductas obsesivas, neuróticas y el estado de sufrimiento asimismo deben encontrar las soluciones para enfrentarlas	<p>Dinámica te voy a sorprender 9,9,9, Escribirán 9 pensamientos incómodos, 9 momentos en los que tomaron una decisión importante 9 recuerdos que te emocionaron</p> <p>Dinámica, “a la bio bio cargado de”, con una pelota que se lanzará, a las pacientes que les toque expresaran su experiencia de vida</p> <p>Cierre: se hará una reflexión sobre cada una de las hojas que está dentro de la canasta</p>	<p>40 mm.</p> <p>40mm.</p> <p>40mm.</p>	<p>Hojas lápiz y Canasta</p> <p>Personas</p> <p>Pelota</p> <p>Canasta y hojas con ideas irracionales</p>

CUADRO 3

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
3	Depresión	Que las pacientes diferencien las ideas negativas de sí misma del mundo y del futuro	<p>Dinámica cambio de ideas; escribirán las ideas negativas que les vengan a la mente ahora, las cambiarán por positivas.</p> <p>Dinámica dramatizaran los aspectos negativos de su vida y los pondrán a futuro como positivos.</p> <p>Cierre harán una reflexión personal de cada uno y la analizaran en grupo</p>	<p>40 mm.</p> <p>40mm</p> <p>40mm</p>	<p>Hojas de papel y lápiz</p> <p>Personas</p> <p>Personas</p> <p>Personas</p>

CUADRO 4

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
4	Depresión	Que las pacientes practiquen el concepto de la triada cognitiva.	<p>Dinámica quién soy: a manera de representación expondrán la visión negativa de mí misma.</p> <p>Dinámica se deberán plantear objetivos que se puedan alcanzar los escribirán y los meterán a la canasta.</p> <p>Cierre: en un escenario todos intentarán expresar la visión del futuro pero realista</p>	<p>40mm.</p> <p>40mm.</p> <p>40mm.</p>	<p>Personas</p> <p>Papel y Lápiz</p> <p>Personas</p> <p>Personas</p>

CUADRO 5

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
5	Autoestima	A través de dramatizaciones expondrán los valores adquiridos en su infancia	<p>Dinámica mi amigo invisible: formar parejas y se pondrán de espaldas y dirán que es lo que más les gusta de ellos</p> <p>Dinámica cuéntame un cuento: narraran su vida desde la infancia hasta el día de la dinámica</p> <p>Cierre: a través de una actuación contarán sus cuentos.</p>	<p>40mm.</p> <p>40 mm.</p> <p>40mm</p>	<p>Personas</p> <p>Hojas y lápiz</p> <p>Hojas y lápiz</p> <p>Personas</p>

CUADRO 6

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
6	Autoestima	Se les enseñara que se nace con una identidad haciendo uso del método de la introspección y que los éxitos son la base de todo sujete	<p>Dinámica Como obtendrán logros en esta vida: contarán sus fracasos y los cambiarán por éxitos.</p> <p>Dinámica cuéntame la historia de tu niñez: expresaran una fantasía donde realicen una competencia para ser mejor.</p> <p>Cierre: Evaluaran la sesión en cuanto a éxitos y competencias.</p>	<p>40mm</p> <p>40mm</p> <p>40mm.</p>	<p>Hojas y lápiz,</p> <p>Canasta y frutas</p> <p>Hojas y lápiz</p> <p>Expresión verbal</p>

CUADRO 7

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
7	Autoestima	Aplicaran la teoría psicodinamica poniendo en práctica la competencia y la efectividad, así el paciente aprenderá a manejar su ansiedad	Dinámica Yo soy yo: dramatizaran con sus cualidades con sus logros con sus conocimientos y sus capacidades. Dinámica escribo con conciencia: que la realización de mis logros solo dependen de mi. Dinámica hojas de papel con siluetas: pondrán nombre a cada hoja con siluetas de las personas que les han dañado y decirles lo increíble que son. Cierre: lectura de un texto de reflexión en el cuál se enfatizara la inteligencia de cada ser humano y lo valioso que pueden ser si aprenden a amarse verdaderamente.	30 mm. 30mm. 30mm .30mm.	Expresión verbal. Hojas y lápiz Hojas con siluetas y lápiz Lectura de reflexión

CUADRO 8

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
8	Género	Que entiendan las diferentes teorías de género para que les quede claro que la desigualdad viene de la sociedad y no de las diferencias biológicas	<p>Dinámica entrega de texto en donde se encuentran reflexiones sobre las teorías de género, cada paciente leerá una diferente.</p> <p>Dinámica por equipo de 2 realizaran unas láminas con los puntos importantes y los derechos de ser mujer.</p> <p>Cierre: Dinámica en la cual se analizaran las laminas con los derechos de la mujer</p>	<p>40mm</p> <p>40mm.</p> <p>40mm.</p>	<p>Hojas con párrafos sobre las teorías de género.</p> <p>Expresión verbal</p> <p>Cartulinas y plumones</p> <p>Expresión verbal</p>

CUADRO 9

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
9	Género	Que diferencien que el sexo son los rasgos fisiológicos e ideológicos de ser hombre o mujer	<p>Dinámica Se les entregarán hojas con siluetas de hombres y mujeres donde pondrán la historia de cada uno.</p> <p>.Dinámica diferencia entre géneros, explica la desigualdad entre hombres y mujeres afirmando que la diferencia biológica es la que marca las diferencias.</p> <p>Cierre: Dinámica concluir con un breve rescate sobre la desigualdad y diferencias de género</p>	<p>40mm.</p> <p>30mm</p> <p>40mm.</p>	<p>Hojas con siluetas y lápiz</p> <p>Hojas y lápiz</p> <p>Hojas lápiz</p> <p>Expresión verbal</p>

CUADRO 10

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
10	Género	Que comprendan que el género se adquiere a través del aprendizaje cultural y que el concepto sexo marca la diferencia entre los dos sexos.	<p>Dinámica de búsqueda de géneros contarán sus logros y éxitos que han tenido como mujer.</p> <p>Dinámica se les entregarán hojas con textos con frases como “no se nace mujer llega uno a serlo”</p> <p>Cierre aplicación de cuestionario Beck Entrega de Diplomas</p>	<p>40mm.</p> <p>.30mm</p> <p>40mm.</p>	<p>Expresión verbal</p> <p>Expresión verbal</p> <p>Hojas con texto</p> <p>Cuestionario Beck</p>

REFERENCIAS

- Andriassen N. (1984). El Cerebro Quebrantado: La revolución biológica en la Psiquiatría. Editorial Harper & Row. New York.
- Álvarez E; Pérez V; Pérez J. & Roca M. (1999) Trastornos del Humor. Editorial Panamericana. Madrid España.
- Ander C & Lelord Y (2001). La autoestima y gustarse asimismo para mejor vivir con los demás. Editorial Kaine. Buenos Aires Argentina.
- Barbieri T. (1995). Certezas y malos entendidos sobre la identidad de Género Editorial Centro Interdisciplinario de la mujer. Barcelona España.
- Bermúdez M. (2000). Déficit de la Autoestima Evaluación Tratamiento y Prevención. Editorial Pirámide. México.
- Bleichmar D. (1986). La depresion de la mujer. Editorial Boki temas 41 Temas de Hoy España.
- Branden N. (1993). El poder de la autoestima. Editorial Paidos. México.
- Branden N. (2001). Los seis pilares de la autoestima. Editorial Paidos. Barcelona España.
- Branden N. (2001). La psicología de la autoestima. Editorial Paidos. Barcelona España.
- Burin M. & Meler I. (1998). Género y Familia. Editorial Paidos. Buenos Aires Argentina.
- Burin M. (2000). El Malestar de las mujeres y la tranquilidad. Editoriales Paidos.
- Burn D. (1993). Autoestima en 10 días. Editorial Paidos. España.
- Calderón G. (1990). Depresión. Editorial Trillas. México.
- Casado F. (1983). Bases Teóricas de la Teoría Cognitivo Conductual. Facultad de Psicología de Sevilla.
- Conti N. (2010). Historia de la Depresión Editorial Polemos. España.
- Chinchilla A. (2006). La Depresión y sus máscaras y aspectos terapéuticos. Editorial Panamericana, España.

Chris M. (1999). Auto-estima investigación, teoría y práctica. Editorial Biblioteca de psicología Desclee de Brouwer segunda edición. New York.

Dominguez M. (2009) Tesis: Diseño y Evaluación de un programa para fortalecer la autoestima en estudiantes de segundo grado de secundaria. Universidad Pedagógica Nacional. Abril 2009 México, D.F.

Biblioteca.ajunto.upn.mx./pdf26134.pdf.

Faja S. (2005) Dinámica de la depresión en pacientes con procesos oncológicos que comprometen la sexualidad humana. Argentina.

Mgbiblio.vaneduc.edu.ar/fultex/files/tc102405.pdf

Fernández F. (1994). Vencer la depresión con la ayuda del médico y la familia y los amigos Ediciones Tema de Hoy. Colección fin de siglo año 1994 Madrid.

Fernández F. (2010). Clave de la Depresión. Editorial Cooperación. Madrid. Editorial Alfa Omega.

Fuentes V. (2010). El impacto de la identidad de género, la autoestima y el apego en una relación de codependencia. Tesis. Archivo pdf.

Gaja R. (2006). Quiérete mucho. Editorial Liberduplex S L U primera edición Sant Llorenç d Hortones Barcelona.

García J. (2006). Trastornos afectivos y género. Claves en salud Mental .Editorial García Campayo.

www3.faes.es/area_medica/imagenes/publicaciones/CSM_06_454.PDF

Gasto C. (1998), Bases Biológicas de los trastornos del estado de ánimo. Universidad de Barcelona. Psicología Conductual Volumen 6 No 2 .

Gonzales M., Gil P., Carrasco I., & Garcia S, (2005). Depresion, un enfoque gerontologico .Ediciones Madrid.Madrid .

Gonzalez M.(2003).La depresión : Su causa y remedio.Editorial Edimart. Madrid.

Gorostegui M E(2004). Género y autoconcepto: un analisis comparativo de las diferencias de sexo en una muestra Tesis 2004 .

www.tesis uchile.c//tesis/uchile/2004/gorostegui_m.pdf.

Gutierrez A. (2006). Un deprimido en la familia, manual para el grupo familiar .
Buenos Aires , Rosario, Argentina : Corpus .

Gorbach F. (2008). Historia Género en México en defensa de la teoría.
Universidad Nacional Autonoma Metropolitana Xochimilco. Volúmen XXIX
invierno 2008

www.colmich.edu.mx/files/relaciona/113/pdf/frida_gorbach.pdf

Grabrilla U.(1999). Tratamiento Psicosocial y farmacologico de la depresión.
Editorial Mexico Quarterly Revista Electronica U D L A .

admin.udla.mx/mrs/index.php?option=com_contel&view=arlik&id=99%Articulo-99&catid=19%3Aartemprensa&Itemid=24&lagon=es

Hienzo G.(2000).La depresion un fenomeno Universal.Editorial MED .Mexico.

Hernangomez C.(2000) Porque estoy triste guía para conocer y afrontar la
depresión. Editorial Aljibe. España.

Herreros G, (2003).Seminario de Depresion Clase cuatro Psiconet. España.

[hTTP://www.psiconet.com](http://www.psiconet.com)

Hilman C.(1994). Como superar su autoestima. Editorial New York . E.E.U.

Huez P. (2009). Investigación psicologica del mundo interno ser, deber ser,
querer ser y autoestima Tesis 2009) UNAM Division de estudios de
Posgrado Méxio, D. F.

13.248.9.195/ptd2009/mayo/0643523/0643523_AI.pdf.

Jackson S. (1986). Historia de la Melancolia y la Depresion. C. V. Parga,
Trad.Londres, Inglaterra: Universidad de Yale Editorial Turner.

Joseph L.(2001). Como superar la Ansiedad y la Depresión Editorial Amal. New
Yort.

Kaufman G & Levy R. (2001). Como hablar de autoestima a los niños. Editorial
Selector.Mexico.

Lagarde M.(2000). La perspectiva de Género .Universidad Autónoma de
México

www.asamblea.er/igualdad/Documento/Que%20es%20Genero%20pos%20Marcela%20Lagarde.pdf

Lamas M. (2013). *El Género: La construcción Cultural de la diferencia sexual* Editorial Miguel Angel PORRUA .

Leal C. (2000) *Trastornos depresivos de la Mujer* Editorial Masson Barcelona

Ledesma J. & Melero M. (1989). *Estudios sobre la depresión*. Editorial Salamanca. España.

Linares J & Campo C. (2000). *Tras la honorable fachada (Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional)*. Editorial Paidós. España.

Martínez C. (2006) *La senda mutilada. La evolución humana en la familia* Editorial Biblioteca Nueva.

Munron S. (2005). *Evaluación de autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en los médicos de las unidades médica familiar de la zona 1*. Tesis I.M.S.S. Universidad de Colima febrero (2005) Colima México.

digeset.uco.mx/tesis_posgrado/pdf/sendarebeca_munro_glez.pdf.

Ortega M. (1997). *Género e Historia: Una revisión y sus contenidos*. Universidad Autónoma de Madrid.

www.uco.edu/sv/revistarealidad/archivo4e04acf65497historia_y_genero.pdf.

Pérgola F. (2001/2002) *Historia de la Depresión*. Revista. México.

www.fmv-uba.org.ar/Portada/Revista01/Brev.pdf.

Postigo M. (2006) *Género e Igualdad de Oportunidades: La teoría feminista y sus implicaciones Ético-Político*. Tesis doctoral Universidad de Málaga España.

Wwwbiblioteca.uma.es/bbldoc/lesisuma/1676206v.pdf

Ramos M. (1983). *Valores y autoestima Conociéndose a sí mismo en un mundo de otros*. Facultad de Ciencias de la comunicación. México.

www.etescam.edumex/principal_sylabus/fpdb/recursos/r70083.pdf.

Roca M. (1999) *Trastornos del Humor* Editorial Medica Panamericana. Madrid España.

Roca M. (1999). *Trastornos del Humor*-Editorial Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid España.

Rojas E. (2000). *Que es la autoestima*. Fundación Humanae Madrid España.

www.fundcionhumanae.org/doc/QUE%20ES%20LA%20AUTOESTIMA.pdf

Rojtenberg S.(2006). *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, seudocientíficas y terapéuticas*. Editorial Polemos. Buenos Aires. Argentina.

Rosas M. (2011) *La Depresion nuevas herramientas psicoterapéuticas*. Editorial Trillas Primera edición. México.

Rosenbluth M, Kennedy S, & Bagdy M. (2007) *Primera Edición Depresión y Personalidad .Desafíos. Clínico y Conceptual*. Publicaciones Masson. Barcelona España.

Sabones F. (1990). *La Depresión*. Editorial Emica. Madrid.

Salazar D; & González U. (2004). *Autoestima desde un enfoque humanista: Diseño y aplicación de un programa de intervención Tesis Unidad Pedagógica Nacional Unidad Ajusto Biblioteca.ajusco.upn.mx/pdf/23181.pdf*.

Sonya R. (2012). *Qué es historia de género*. Editorial Alianza [www.tendencias1.net/libros/Qué-es historia de género 356.html](http://www.tendencias1.net/libros/Qué-es-historia-de-género-356.html).

Steiner D. (2005). *La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano. Trabajo especial de grado. Tecana American University Maracaibo* .

[.www.tauniversity.org./tesis/tesis_Daniela_Steiner.pdf](http://www.tauniversity.org./tesis/tesis_Daniela_Steiner.pdf)

Téllez J. (2000) *La Noradrenalina su rol en la Depresión* .Bogotá.

Vara A. (2006). *Aspectos generales de la depresión revisión empirica*. Editorial Trillas. México.

Vitriol V; Cansina A; & Ballesteros A. (2010) *Mujeres con depresión y trauma relacional temprano: una propuesta de intervención. Unidad de Psiquiatría y Salud Mental*.

[.Revista g pu. CI/2010/diciembre/gpu porcentaje 202010-4% 20 \(PDF\)/pro %20 Mujeres%20 con %20 depresion.pdf](#).

Weissman M. (2002). *1ra. Publicación Tratamiento de la Depresión Editorial Ars Medica* .Barcelona España.

Weisman M. (2002). *Tratamiento de la Depresión una puerta en el Siglo XXI*. Editorial Trillas. México, D. F.