

X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2018.

La incidencia de factores de ansiedad, depresión y autoestima en mujeres según su estado civil. Un estudio exploratorio.

Galarsi, Maria Fernanda, Mella, Marta y
Lucero, Mariela Cristina.

Cita:

Galarsi, Maria Fernanda, Mella, Marta y Lucero, Mariela Cristina (2018).
*La incidencia de factores de ansiedad, depresión y autoestima en
mujeres según su estado civil. Un estudio exploratorio. X Congreso
Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV
Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires,
Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-122/18>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewym/ezv>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso
abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su
producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:
<https://www.aacademica.org>.*

LA INCIDENCIA DE FACTORES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN MUJERES SEGÚN SU ESTADO CIVIL. UN ESTUDIO EXPLORATORIO

Galarsi, Maria Fernanda; Mella, Marta; Lucero, Mariela Cristina
Universidad Nacional de San Luis. Argentina

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue conocer la incidencia de la depresión, ansiedad y la autoestima, en mujeres de la ciudad de San Luis Argentina, según el estado civil. Se aplicó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgos (IDARE), el Inventario de Depresión de Beck y el Escala de Autoestima de Rosenberg. Concluyendo que el 56% de las mujeres no presentaron depresión, el 31% un nivel leve de depresión, un 10% de los casos presentó un nivel de depresión moderada, y un 3% un nivel de depresión profunda. En cuanto a la Ansiedad-Estado, el 21,29% presentó un nivel bajo, un 58,33% un nivel moderado y el 20,37% un nivel alto de Ansiedad-Estado. En relación a la Ansiedad-Rasgo, el 11,11% presentó un nivel bajo, el 71,28% un nivel moderado y el 16,66% presentó un nivel alto de Ansiedad-Rasgo. El 27,62% de las mujeres de la muestra presentaron una autoestima baja, el 21,90% moderada y el 50,47% una autoestima alta.

Palabras clave

Depresión - Ansiedad - Autoestima

ABSTRACT

THE INCIDENCE OF ANXIETY, DEPRESSION AND SELF-ESTEEM FACTORS IN WOMEN ACCORDING TO THEIR MARITAL STATUS. AN EXPLORATORY STUDY

The objective of this research was to know the incidence of depression, anxiety and self-esteem, in women of the city of San Luis Argentina, according to the marital status. The State-Trait Anxiety Questionnaire (IDARE), the Beck Depression Inventory and the Rosenberg Self-Esteem Scale were applied. Concluding that 56% of the women did not present depression, 31% a mild level of depression, 10% of the cases presented a moderate level of depression, and 3% a level of deep depression. As for the Anxiety-State, 21.29% presented a low level, 58.33% a moderate level and 20.37% a high level of Anxiety-State. In relation to Anxiety-Trait, 11.11% had a low level, 71.28% had a moderate level and 16.66% had a high level of Anxiety-Trait. 27.62% of the women in the sample had a low self-esteem, a moderate 21.90% and a high self-esteem of 50.47%.

Keywords

Depression - Anxiety - Self-esteem

Introducción

Depresión

Según Pérez Alvarez y García Montes (2001), la depresión se podría definir por una variedad de síntomas que suelen agruparse en cuatro tipos: síntomas afectivos, síntomas cognitivos, síntomas conductuales y síntomas físicos.

El manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) distingue dos ejes de trastorno afectivo: a) El Trastorno Depresivo b) El Trastorno Bipolar.

El trastorno depresivo se caracteriza por un estado de apatía, pérdida de interés en casi todas las actividades que realiza el sujeto, la pérdida de peso, trastorno del sueño, agitación, o retardo psicomotor, fatiga, sentimiento de infravaloración o culpa, dificultades de concentración y tristeza.

El trastorno bipolar se manifiesta con cambios de ánimo inusuales. A veces se sienten muy felices y animados y mucho más activos que de costumbre. Esto se llama manía. Y a veces los que sufren del trastorno bipolar se sienten muy tristes y deprimidos y son mucho menos activos. Esto se llama depresión. El trastorno bipolar también puede provocar cambios en la energía y el comportamiento.

Según Clark y Beck (1988) los rasgos de la personalidad del depresivo, están determinados por esquemas que se encuentra en un nivel jerárquico superior a otros esquemas. Baringoltz (2009) define el término esquema en relación ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. Los esquemas permanecen latentes en la memoria hasta ser activados por sucesos estresantes análogos a aquellas experiencias que originalmente dieron la base para la formación de esos esquemas negativos durante el proceso de socialización.

Existen tres tipos principales de reglas en los esquemas: 1)-reglas de conducta ("siempre tengo que actuar a la perfección"), 2)-supuestos básicos ("si me equivoco, la gente no creerá mas en mi") y 3)-creencias nucleares ("soy incompetente"). Estas maneras de distorsionar dificultan las posibilidades de verse beneficiado por experiencias positivas o por la corrección de las percepciones. Esto no quiere decir que sea un modelo estático, sino que se encuentra en continua transacción con el medio, recogiendo información del mismo para someter a prueba la construcción de la realidad. Los sesgos en el procesamiento de la información, o la consistencia de las respuestas del sujeto, dependerán del grado de depresión. Por ejemplo, en depresiones leves, el individuo va a mantener mayor objetividad al contemplar sus pensamientos negativos (Baringoltz, 2009). En cambio los errores sistemáticos que se dan en el pensa-

miento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria, ya que el depresivo atribuye los sucesos negativos a causas internas, globales y estables. Mientras que atribuye los sucesos positivos a causas externas, transitorias y específicas (Beck, 1987).

Estos patrones cognitivos estables pueden predisponer a la persona a vulnerabilidades específicas. Beck (1987) sugiere dos esquemas relacionados con la experiencia depresiva: sociotropía y autonomía. Los esquemas sociotrópicos implican una elevada consideración de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social en lo referente a juzgar la propia valía. Los esquemas autónomos incluyen creencias y actitudes donde priman la libertad, la independencia, la privacidad y la autodeterminación.

Otros esquemas predisponentes que se pueden mencionar en el depresivo son los deberías (yo, los otros, el mundo, deberían o no deberían), profecías autocumplidas (relacionado con exigencias o pseudo necesidades), y los contratos personales (si hago esto..., entonces ocurrirá).

La actuación de los esquemas queda reflejada en errores sistemáticos en la forma de procesamiento de la información, inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización, pensamiento dicotómico y absolutista. Como consecuencia ésta forma de procesar la información conducirá a lo que se denomina tríada cognitiva negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. A su vez tiene correlatos directamente observables, que generalmente se expresa en forma de pensamiento o imágenes voluntarias o pensamientos automáticos negativos, interfirientes en las actividades que el sujeto realiza en ese momento como en su estado de ánimo. La tríada cognitiva negativa constituye la causa suficiente y más próxima del estado de ánimos deprimido, así como los síntomas conductuales, motivacionales, y físicos de la depresión (Sanz, 1993).

Ansiedad

El concepto actual de Ansiedad es central en Psicología, y se ha estudiado desde el campo del aprendizaje, personalidad, motivación y también desde la patología.

La ansiedad se ha considerado en psicopatología como la base explicativa de algunas alteraciones emocionales.

El DSM -V define la ansiedad como la: "anticipación aprensiva de un peligro o desgracia futuro acompañada de un sentimiento de malestar o síntomas somáticos de tensión".

La ansiedad "*no es un fenómeno unitario*", sino que se conjugan tres sistemas de respuesta o dimensiones: Subjetivo-Cognitiva, Fisiológico-Somática y Motor- Conductual (Sandín y Chorot 1995, p.56).

El sistema de respuesta Subjetivo- Cognitivo tiene que ver con la propia experiencia interna, incluye un espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. Esta dimensión tiene como función percibir y evaluar los estímulos y/o las manifestaciones ansiosas para su valoración y consecuente búsqueda de respuesta (Sandín y Chorot, 1995)

Con respecto a la dimensión Fisiológico-Somática es necesario saber que la ansiedad se acompaña invariablemente de cambios

y activación fisiológica de tipo externo, interno e involuntario o parcialmente voluntarios. Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano.

Por su parte el sistema Motor Conductual, se refiere a los cambios observables de la conducta (Sandín y Chorot 1995).

Cattell, Scheier (1961, 1963) y Cattell (1966) introducen los conceptos de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado que fueron luego ampliados por Spielberger y Guerrero (1975), quienes postulan que existe una relación entre rasgo y estado de ansiedad. Estos autores definen "La Ansiedad-Rasgo como las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado", y a la Ansiedad-Estado como "una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo". (Spielberger y Díaz Guerrero 1975, p. 01).

La ansiedad actuaría como respuesta adaptativa, que tiene como fin la preparación del organismo para satisfacer las demandas del medio; se torna desadaptativa por la intensidad y duración de los síntomas, así como por la incapacidad de responder debido a que el sujeto considera no poseer los elementos apropiados para cumplir satisfactoriamente con los requisitos de la demanda (Beck y Emery, 1985; Sandín y Chorot, 1995).

Autoestima

La Autoestima es un término que se encuentra muy vinculado al ámbito de la salud; si no se posee un buen vínculo con uno mismo junto con una imagen de autoafirmación que permita proyectarse en el mundo de una manera autovalorativa, la salud del individuo se ve negativamente afectada. En este sentido consideramos a la Autoestima como una necesidad básica, puesto que es indispensable para el desarrollo normal y sano de la persona. Se vincula con lo que el individuo evalúa de sí mismo, ligada al sentido de autovalía y a la propia estimación valorativa (Lerner, 2003).

Para Burns (2002) la autoestima es un fenómeno psicológico y social. Es una actitud favorable o desfavorable que la persona tiene hacia sí misma, conformada por un grupo de opiniones y sentimientos.

Rosenberg (1973) define la autoestima como la actitud positiva o negativa hacia sí mismo, estos juicios de valor van a depender del grupo social al que pertenece, ya que se van desarrollando a través del proceso de socialización.

Con respecto a la estructura de la autoestima Lorenzo (2000) destaca tres componentes:

Componente cognitivo: Idea, opinión, percepción de uno mismo. También acompañado por la autoimagen o representación mental que tenemos de nosotros. Ocupa un lugar fundamental en la génesis y el crecimiento del auto estima.

Componente afectivo: (como nos sentimos) nos indica la valoración de lo positivo y negativo que hay en nosotros. Implica un sentido de lo favorable y desfavorable, de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros. Significa sentirse bien o a disgusto con uno-a

mismo. Es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales. Componente conductual (como actuamos): significa tensión, intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento coherente y consecuente. Es la auto afirmación dirigida hacia uno mismo y la búsqueda de consideración y reconocimiento por parte de los demás.

Para el autor los tres elementos están interrelacionados, ejerciendo una influencia mutua que, según la calidad y el sentido de ellos, refuerzan o debilitan la autoestima.

En cuanto al origen de la Autoestima en el individuo, existe una tendencia a enfatizar su relación con el aprendizaje social e interpersonal. Es así que la forma en que cada uno se percibe a sí mismo se encuentra influenciada por el proceso de socialización al que es sometido y del cual obtiene los valores acerca de todos los aspectos del mundo (Mruk 1999).

La autoestima, no es solo un concepto, juicio o evaluación, aunque todos estos procesos estén implicados. La auto estima corresponde a algo que está vivo en nuestra conducta porque está integrada en ella, interrelacionada con nuestro entorno cultural, historias evolutivas o identidades. Si bien cada autor puede enfatizar un aspecto de la autoestima lo cognitivo, afectivo o social, podríamos afirmar que la autoestima se caracteriza por una serie de fenómeno dinámico donde todos los elementos se relacionan entre sí. Otras características acerca de la autoestima son explicadas por Mruk (1999) utilizando el término **"status"** para referirse a los estados de autoestima que fluctúan a través del tiempo, y el término **"global"** para referirse al estado de auto estima que mantiene cierto nivel. Las conexiones entre autoestima, depresión y ansiedad es una de las más citadas en las diferentes investigaciones, por eso es necesario hacer una delimitación de estos conceptos.

Objetivo general

Conocer la incidencia de la depresión, ansiedad y la autoestima, en mujeres de la ciudad de San Luis Argentina, según el estado civil. Se utilizaron los siguientes instrumentos: **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgos (IDARE)** (Spielberger y Guerrero 1975). Adaptación de Castellanos, Grau y Martin (1986). El cuestionario comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad como estado y como rasgo. **Inventario de Depresión de Beck** (1972). Adaptado por Conde y Cols (1975). Dicho inventario evalúa conductas depresivas que van desde leves a severas. **Escala de Autoestima de Rosenberg** (1973). La prueba consta de 10 ítems, a los cuales se los puede responder en una escala tipo likert con cinco posibilidades: de 1 (muy poco de acuerdo) a 5 (mucho).

Resultados

La muestra estuvo conformada por 108 mujeres residentes en la Ciudad de San Luis. La edad osciló entre los 20 y 60 años con una media de 34,78 y una desviación estándar de 9,48. De la muestra total, el 69,3% (n= 64) son casadas, el 25,9% (n= 28) solteras, un 13% (n= 14) son separadas y un 1,9% (n= 2) son viudas. En relación a la escolaridad el 40,7% (n=44) presenta un nivel de escolaridad primario, el 38% (n=41) secundario, el 13,9% (n=15) terciario y el 7,4% (n=8)

En relación al cuestionario de Depresión de Beck el 56% no manifiestan síntomas depresivos (n=61), el 31% de las mujeres presentaron un nivel leve de depresión (n=33), un 10% presentó un nivel de depresión moderada (n=11), y el 3% de los casos presentó un nivel de depresión profunda (n=3).

Refiriendo al estado civil las mujeres solteras (n= 28) (M= 9,08; D.E.= 6,71) y las viudas (n= 2; M= 9,05; D.E.= 10,61) no presentaron depresión, mientras que las mujeres casadas (n= 64) (M= 11,18; D.E.= 7,94) y separadas (n= 14; M= 12,79; DE= 8,5) presentan un nivel leve de depresión

En cuanto a la Ansiedad Rasgo, el 11,11% (n= 12) de las mujeres presentaron un nivel de ansiedad rasgo bajo, el 71,28% (n=77) una nivel de ansiedad rasgo medio y el 16,66% (n=18) una nivel de ansiedad rasgo alto

En cuanto al estado civil las mujeres casadas (n= 64) presentan un nivel de ansiedad rasgo alto (M= 45,52; D.E.= 9,92), al igual que el grupo de mujeres viudas (n=2; M=54,5; D.E.= 3,54). El grupo de mujeres solteras presentaron un nivel medio de ansiedad rasgo (n= 28; M= 42,14; D.E.= 10,34), como así también las separadas (n= 14; M= 44,86; D.E.=12,09).

En cuanto a la sub escala Ansiedad Estado, el 21,29% (n= 23) de las mujeres presentaron una nivel de ansiedad estado bajo; el 58,33% (n= 63) un nivel de ansiedad estado medio y el 20,37% (n= 22) un nivel de ansiedad estado alto.

En cuanto al estado civil las mujeres casadas (n= 64) (M= 41,88; D.E.= 11) y las solteras (n= 28; M= 42,61; D.E.= 11,3) presentan una ansiedad estado medio, las separadas (n= 14; M= 40,86; D.E.= 9,26) y las viudas (n= 2) (M= 53, D.E.= 8,49) una ansiedad estado alta.

En relación al cuestionario de Autoestima el 27,62% de las mujeres (n=29) presentaron una autoestima baja, el 21,90% moderada (n=23) y el 50,47% una alta autoestima (n=53).

Las mujeres casadas (n= 61) presentan un nivel de autoestima moderado (M= 38,15; D.E.= 7,26), las mujeres solteras (n= 28) (M= 40,29; D.E.= 7,09) y separadas (n= 14), (M= 40,21; D.E.= 5,39) una autoestima alta mientras que en las mujeres viudas (n= 2), (M= 35; D.E.= 0) presentaron una autoestima baja.

Conclusiones

Las mujeres separadas y casadas, presentaron un nivel leve de depresión. Esto podría explicarse por que estas mujeres están en algunos casos más expuestas a situaciones de mayor estrés, como también lo plantea Garay López; Farfán García (2007). Minuchin (1988), sostiene que la relación marital armónica, puede promover la salud, mientras que el manejo de relaciones maritales conflictivas son productoras de depresión y estados de ansiedad afectando notablemente la salud física y psicológica.

La presión social por la pérdida de juventud, y en algunos casos el adquirir nuevos roles pueden ser vividos como una pérdida de la libertad y por lo tanto una falta de tiempo para sí misma provocando estas situaciones estados de ansiedad, depresión y disminución de la autoestima (Amore, et al. 2004, Shmidta 2009; Jiménez Sánchez y Marván Garduño 2005).

Las mujeres solteras y separadas que presentaron una autoestima alta se caracterizaron por no tener indicadores de depresión y an-

sisdes. Rosemberg (1973), Smith, Gerard y Gibbons (1997) explican que la autoestima actuaría como mediadora entre las interacciones personales y el grado de depresión, ya que estas personas con autoestima alta pueden establecer relaciones armoniosas por el hecho de que al aceptarse a sí mismas, inspiran respeto a los demás, fortaleciendo aún más su autoestima. Además estas personas al tener una buena imagen de sí mismas utilizan mejor sus recursos para resolver sus problemas mejorando la sensación de merecimiento. Caso contrario es el de la depresión, que se caracterizan por autoreproches y por una baja autoestima.

Las mujeres separadas presentaron una autoestima alta, a pesar de que la sociedad las ve con menosprecio (Urzúa de Ochoa 1991, citado por Valsamma 2006), y que además muchas de ellas pueden adoptar una actitud pasiva ante el hecho de la separación (Branden, 1988). Estos resultados son explicables si se tiene en cuenta que las personas con alta autoestima, a raíz de su sentimiento de capacidad y de valor personal pueden vivir más plenamente y realizar sus metas, que les hace enfrentar los factores externos sin que obstaculice su bienestar (Valsamma, 2006).

BIBLIOGRAFÍA

- Amore, M., Di Donato, P., Papalini, A., Berti, A., Palareti, A., Ferrari, G., Chirico, C., (2004). De Moe, KE: Hot flashes and sleep in women. *Sleep Med Rev*, 8:487-497.
- Baringoltz, S. (2009). *Terapia cognitiva y depresión*. Recuperado de: www.revistadeapra.org.ar/Articulos/Julio/Sara.pdf
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 2-27
- Burns, D. (2002). *Sentirse bien*. México: Paidós.
- Cattell, R. (1966). Anxiety and motivation: Theory and crucial exponents. In C.D. Spielberger (Ed.). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- Clark, D., Beck, A. (1988). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. En P.C. Kendall y D. Watson (Eds.). *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. San Diego, CA: Academic Press
- Conde, V., Useros E. (1975). Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. *Rev. Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12: 217-36.
- Garay López, J., Farfán García, M. (2007). Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que no tienen un trabajo remunerado (amas de casa). *Psicología Iberoamericana*, vol. 15, 2.
- Jimenez Sánchez, L., Marván Garduño, M. (2005). Significado psicológico de la menopausia en mujeres en etapa adulta media. *Psicología y salud*, 15(1), 69-76.
- Lerner L. (2003). *Del Automaltrato a la Autoestima*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Lorenzo, B. (2000). *Veinte maneras de mejorar la autoestima*. Barcelona: RBA Libros.
- Minuchin, P. (1988). *Relationships within the family: a systems perspective on development*. Oxford: Clarendon Press.
- Pérez Álvarez, M., García Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 3, 493-510
- Rosemberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Rosenberg, M., Simmons, R. (1971). *Black and white self-esteem: The urban school child*. Washington, DC: American Sociological Association.
- Sandín, B., Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. A. Belloch y E. Ibañez (eds.). *Manual de psicopatología* (vol. II, pp. 608). Valencia: Promolibro.
- Spielberger, CH., Díaz Guerrero R. (1975). *IDARE. Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado*. México: El manual moderno.