

## INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años, el tema de “madres solteras” ha sido un problema de preocupación mundial, en todo tipo de sociedad ha sido fuertemente censurado y criticado que las mujeres se embaracen accidental o voluntariamente siendo solteras, sin tomar en cuenta que esta situación conduce a la mujer a una serie de responsabilidades así como conflictos psicológicos y sociales especialmente si aún dependen de sus padres dado que el apoyo de éstos es elemental puesto que la mayoría de ellas necesitarán continuar en su hogar, y en algunos casos contribuir económicamente en él.

En muchos países también la madre soltera y su hijo natural están privados de beneficios sociales y legales, sin que sea cuestionada la participación del varón en la concepción del hijo. En la mayoría de los casos el varón adopta una posición de indiferencia ante la paternidad responsable.

Esta situación de ser “madres solteras” implica generalmente que estas mujeres observen un retraso en sus metas futuras, o se topen con muchos más conflictos para alcanzar sus objetivos, viviendo mayores necesidades económicas y/o personales, todo esto hace que necesariamente tengan que esforzarse mucho más en su día a día para obtener un ambiente de independencia que les permita criar a sus hijos y de esta forma no sentir que se encuentran en inferioridad de condiciones frente a otros contextos de maternidad.

En el diario vivir de estas madres solteras surgen varios inconvenientes al desempeñar el rol de madre, padre, de ama de casa, profesora y de proveedora del hogar, haciendo que se desencadenen cuadros como ansiedad, depresión, baja autoestima y sentimientos de culpa al sentirse rechazadas, abandonadas y discriminadas; en la mayoría de los casos no son capaces de diferenciar lo que les está pasando para superar estos conflictos mediante una adecuada ayuda profesional.

Por ello, la presente investigación pretende llevar a cabo un encuadre sobre los efectos psicológicos que experimentan las madres solteras de 26 a 30 años, una descripción de los mismos, un análisis de sus diferentes personalidades para poder comprender mejor la situación personal de cada una de ellas.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El presente trabajo de investigación surge a partir de una experiencia compartida de la autora con un grupo pequeño de mujeres que son madres solteras en el que después de una convivencia con ellas se evidenció que existen una serie de problemas en su diario vivir, ya que la mayoría de ellas quedaron solas, educan y atienden a sus hijos con sus propios medios, ya sea por elección o por circunstancias de su vida tuvieron que ser “jefas de familia” trabajando y criando a sus hijos, se comprobó también que estas madres sufren bastante cuando a veces se las tiende a comparar con una situación más ideal como estar casadas o al darse cuenta de que no reciben el apoyo de la familia propia o política, pretendiendo que estas mujeres sean prácticamente perfectas en todos los ámbitos en los cuales se desenvuelven. Dentro de este contexto en el que viven a menudo surgen conflictos en las relaciones interpersonales, (con los hijos, con los padres) y en el medio social en el cual interactúan a consecuencia de la sobrecarga de responsabilidades o del agotamiento que representa para la mujer no tener unas horas para dedicarlas a realizar una vida personal para descansar o para divertirse y distraerse de sus actividades diarias.

A nivel mundial se observa en las estadísticas que el sector de mujeres adolescentes es donde más elevado es el porcentaje de madres solteras. Es por ello que se realizan estudios con esta clase de población ya que además de ser el sector más vulnerable, forma parte también de la prevención del “embarazo no deseado”.

En lo que se refiere a Bolivia se observa que según datos publicados en algunos medios de comunicación escrita, señalan que: “Más de 500.000 madres son jefas de hogar en Bolivia”(…) “En Bolivia, hasta 2004, más de medio millón de madres son las que mantienen a sus familias, según los datos registrados oficialmente por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Hasta ese año, en Bolivia había 2.187.757 hogares, de los cuales el 23,7% era dirigido por la madre de familia. La cantidad tiende a aumentar y es un grupo heterogéneo en el que inclusive hay viudas de edad

avanzada que se enfrentan a un conjunto de circunstancias diferentes al de las mujeres jóvenes que tienen hijos a su cargo. Cerca del 40% está comprendido entre los 17 y los 25 años, y cursan estudios en colegios y universidades.”([www.elaltonoticias.blogspot.com](http://www.elaltonoticias.blogspot.com)).

La psicóloga Shirley Caballero en su monografía: “**Posición de la sociedad boliviana respecto de las madres solteras y sus familias**”, explica que: “Debido a que vivimos una sociedad abiertamente machista y a la crisis económica que afecta directamente a la calidad de vida de las familias bolivianas, las madres rápidamente han dejado el techo de sus hogares para salir a buscar ingresos económicos mayoritariamente en los mercados, y ofreciendo servicios domésticos. Encontramos que la mujer cumple ahora "normalmente" un triple rol: el de madre, el de proveedora, y el de reproductora de las necesidades de atención de la familia" ([www.monografias.com](http://www.monografias.com)) Como una medida para tratar de mejorar la pobreza de estas familias el año 2009 se entregó “El Bono Juana Azurduy de Padilla” que beneficiaría a mujeres embarazadas que no tengan seguro médico y a los niños menores de dos años. Las madres recibirían una parte del bono cada vez que asistan a su control prenatal y sus hijos cuando asistan a sus controles médicos. En total recibirán Bs 1.820 a lo largo de 33 meses. ([www.bolivia-info.blogspot.com](http://www.bolivia-info.blogspot.com))\_En nuestro departamento podemos hacer mención sobre trabajos enfocados hacia el estudio de madres solteras, como ser la tesis de Libertad Vargas titulada: “*Efectos psicosociales durante la gestación primípara de las universitarias solteras dentro de la Facultad de Humanidades de la UAJMS*”, que fue un importante aporte para conocer los efectos psicosociales que genera en la mujer universitaria soltera, la gestación por primera vez.

Después de contextualizar la situación en la que viven las madres solteras , la autora se siente impulsada a realizar un trabajo donde se identifique los principales *efectos psicológicos* por los cuales las madres solteras atraviesan en el transcurso de su vida, en la crianza y educación de los hijos para que una vez identificados se los tome en cuenta para llevar adelante las medidas necesarias para ayudar a cada una de ellas hasta donde se pueda, asimismo para guiarlas para que se incorporen en la sociedad

participando en asociaciones sociales dedicadas a ofrecer autoayuda a madres y de esta manera encontrar apoyo psicológico y moral de parte de sus pares.

A partir de lo expuesto anteriormente, surge la interrogante para la presente investigación:

## **¿CUÁLES SON LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE SE PRESENTAN EN MADRES SOLTERAS DE 26 A 30 AÑOS DE LA CIUDAD DE TARIJA?**

### **1.2. JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación está dirigida a realizar un estudio diagnóstico-descriptivo sobre los diferentes efectos psicológicos en madres solteras comprendidas entre las edades de 26 a 30 años de la ciudad de Tarija, las mismas que por distintas razones o motivos llevan esa vida, forjando el futuro de sus hijos y de sí mismas a pesar de las adversidades que significa el ser madre soltera.

Después de haber realizado una revisión bibliográfica, se pudo evidenciar el poco material que existe en nuestro medio sobre esta temática, por lo cual a iniciativa propia se ve la necesidad de emprender un trabajo de investigación de esta naturaleza, con el fin de conocer de manera científica los diferentes efectos psicológicos que presentan cada una de las madres solteras de nuestro medio, y a partir de ello poder brindar la ayuda necesaria desde el punto de vista psicológico.

Debido al beneficio que significa el llevar adelante esta investigación, es un tema de interés y mucha utilidad su estudio para determinar e identificar los efectos psicológicos que repercuten considerablemente en la salud mental de dichas mujeres.

Con el presente trabajo se pretende beneficiar a todas las madres solteras que participaron del trabajo, a sus familiares y toda la sociedad tarijeña para comprender la realidad de cada una de estas madres solteras, los conflictos psicológicos por los

que atraviesan, para que a partir de ello, se pueda subsanar de alguna manera la forma de vida y actitud frente a la resolución de sus problemas.

Es en ese sentido que el presente trabajo de investigación tendrá un aporte de carácter teórico, ya que su estudio permitirá contribuir con nuevos conocimientos y teorías sobre el “madresolterismo” y servirá de base para futuras investigaciones que se pretendan llevar adelante. De la misma manera será un aporte práctico, ya que contribuirá a una comprensión más exhaustiva sobre los diferentes efectos psicológicos que padecen las madres solteras, comprender su forma y estilo de vida, sus formas de expresión y necesidades. Todo ello dará lugar a que se tenga una visión más amplia y respetar a dichas mujeres como personas capaces de salir adelante a pesar de la adversidad, asumiendo ese doble rol al interior de sus familias, es decir, ser padre y madre a la vez.

## **II. DISEÑO TEÓRICO**

### **2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

- ¿Cuáles son los efectos psicológicos que se presentan en madres solteras de 26 a 30 años de la ciudad de Tarija?

### **2.2. OBJETIVOS**

#### **2.2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Identificar y describir los efectos psicológicos que se presentan en madres solteras de 26 a 30 años de la ciudad de Tarija.

#### **2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir los rasgos de personalidad de las madres solteras.
- Determinar el nivel de autoestima de las madres solteras.
- Diagnosticar el nivel de ansiedad que presentan las madres solteras.
- Establecer el nivel de depresión de las madres solteras.

### **2.3. HIPÓTESIS**

- Las madres solteras presentan una personalidad caracterizada por la inestabilidad emocional, inseguridad, falta de confianza en sí mismas.
- El nivel de autoestima de las madres solteras es baja.
- Las madres solteras presentan un nivel de ansiedad muy grave.
- El nivel de depresión que presentan las madres solteras es grave.

## 2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADOR	ESCALA
<b>PERSONALIDAD</b>	Es la organización dinámica, dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos	Introversión	Poco contacto social	Puntuación del Test del Árbol
		Extroversión	Mucho contacto social	
		Energía	Vitalidad física	
		Inseguridad	Falta de confianza en sí	
		Imaginación	Imaginativo	
		Inestabilidad emocional	Afectado por los problemas	
		Desconfianza	Falta de seguridad en los demás	
		Retraimiento	Inseguridad	
		Desadaptación	Poca fuerza súper yo	
		Inhibición	Retraimiento	
		Agresividad	Violencia hacia los demás	
		Sociabilidad	Interacción con los demás	
		Contacto fácil	Buena relación social	
		Sensibilidad	Afectuosidad	
		Dificultad de contacto	Problemas de socialización	
		Falta de confianza en sí mismo	Baja estima, inseguridad	
Independencia	Independiente			
Depresión	Tristeza, angustia			

<p><b>AUTOESTIMA</b></p>	<p>Es una actitud de aceptación de uno mismo, que está constituida por todas las características que tiene el sujeto de sí mismo, es decir, lo que piensa, siente y su valoración.</p>	<p>Auto conocimiento Autoconcepto Auto evaluación Auto aceptación Autorespeto</p>	<p>Conocimiento biológico, psicológico y social. Creencia que presenta uno mismo. Autocrítica de uno mismo. Reconocimiento de potencialidades y debilidades. Sentimiento de valor hacia sí mismo</p>	<p>Óptima 61-75 Excelente 40-60 Muy buena 31-45 Buena 16-30 Regular 0-15 Baja -1 a - 15 Deficiente -16 a - 30 Muy baja -31 a -45 Extrema -46 a - 60 Nula -61 a -75</p>
<p><b>ANSIEDAD</b></p>	<p>Sentimiento de aprehensión, incertidumbre y temor sin estímulo manifiesto y acompañado de cambios fisiológicos</p>	<p>Físicos Psicológicos Conductuales Intelectuales o cognitivos Asertivos</p>	<p>Palpitaciones, sudoración, respiración rápida, náuseas. Inquietud, fobias, temor, inseguridad, melancolía, desconfianza. Irritabilidad, torpeza, bloqueo. Mala concentración, pesimismo, pensamientos negativos. Dificultad para presentarse uno mismo, para decir no.</p>	<p>Normal 0-20 Ligera 21-30 Moderada 31-40 Grave 41-50 Muy grave 50 ó más</p>

<b>DEPRESIÓN</b>	Estado de ánimo triste, sentimientos de desesperanza, irritabilidad, con inhibición del curso del pensamiento, débil de voluntad e incapacidad de decisión.	Afectivos	Sentimiento de culpabilidad	Sin depresión 0 - 9
		Intelectuales	Sentimiento de satisfacción personal	Depresión leve 10 - 18
		Conductuales	Ánimo, visión de futuro.	Depresión moderada 19 - 29
		Somáticos	Insomnio, Pérdida de peso, disminución de apetito.	Depresión grave 30 - más

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. DEFINICIONES DE MADRE SOLTERA**

"La expresión madre soltera suele aludir a la mujer que ha tenido hijos sin estar casada, y madre sola abarca a todas aquellas mujeres –divorciadas, separadas, viudas o solteras– que crían a sus hijos solas, sin la figura de un padre en la casa"(Revista DESPERTAD:8 de octubre de 2002).

"Madre soltera es aquella mujer que tras relacionarse sexual y genitalmente por diversas circunstancias y motivaciones (amor, violación, seducción) con un varón, engendró y alumbró uno o más hijos sin establecer relaciones de convivencia o matrimonio". (TOCON 1990, citado por DORADO 1999:35)

"Es aquella familia conformada por uno de los progenitores y sus hijos, surge como consecuencia del abandono del hogar, fallecimiento, separación, divorcio o por situaciones como emigración, encarcelamiento y/o hospitalización de uno de ellos" (Agudelo, 2005)

"La mujer que vive en una situación que la obliga a cargar con la crianza de los hijos y el manejo del hogar sin el apoyo de un compañero y esposo."(Rodríguez, 2009)

La legislación colombiana define a las madres solteras como "toda mujer que no ha contraído un vínculo matrimonial de tipo civil o religioso y tiene un hijo, independiente del tipo y estabilidad de su vínculo marital". ([www.mamassolas.blogspot.com](http://www.mamassolas.blogspot.com))

En el contexto latinoamericano, los informes nacionales de los países seleccionados participantes de un estudio sobre el fenómeno del "madresolterismo", plantean la hipótesis de que estos hogares unipersonales no se configuran sólo por el de la viudez, sino también por causas de separación, divorcio y probablemente por decisión de proyecto de vida distinto al de la familia nuclear. Bolivia reporta el

surgimiento y crecimiento de hogares no familiares nucleares tanto en el área rural como en el área urbana. (CABALLERO, 2001)

### **3.1.1 SUS ORÍGENES EN BOLIVIA**

En el panorama boliviano, es importante hacer hincapié en los resultados que indican que existe 8.9% de mujeres solas con hijos, en franco incremento. Ese aspecto demuestra que existe una clara tendencia de las mujeres a jefaturizar sus hogares y además ser responsables de sus hijos (cf. INE 2001).

Los hogares encabezados por mujeres son la estructura familiar no nuclear más importante, presentando dos tipos principales: en primer lugar, están los hogares donde la pareja masculina está permanentemente ausente por separación o muerte y la mujer está legalmente sola, divorciada o viuda; en segundo lugar, los hogares donde la pareja masculina está temporalmente ausente debido, por ejemplo, a migración por trabajo a largo plazo o en calidad de refugiado. (SOLIZ 2001: 195)(CABALLERO, 2001)

### **3.1.2. CAUSAS DEL MADRESOLTERISMO**

Son múltiples las explicaciones que se le han dado al fenómeno del "madresolterismo". Se mencionan, principalmente:

**3.1.2.1. Falta de comunicación familiar.** La búsqueda de afecto de la mujer, casi siempre como fruto de incomunicación familiar. Las madres solteras afirman que la situación del madresolterismo no se da por desconocimiento de los métodos de planificar, sino por el miedo que tienen al hablar con sus padres de sexualidad y por ende no se atreven a utilizar los métodos anticonceptivos evitando ser descubiertas y aceptar que han comenzado su vida sexual. Además reconocen que su primera experiencia fue impulsada por los comentarios que hacen en ocasiones sus amigas y

por esto se lanzan a tener su primera aventura sexual, sin medir las consecuencias que puede dejar este momento de placer sin tener una protección adecuada.

**3.1.2.2. Inmadurez emocional.** La inmadurez emocional es causada por la carencia de afecto familiar, que produce una motivación consciente o inconsciente de tener un hijo en quien volcar las frustraciones y el amor no recibido.

**3.1.2.3. El castigo.** Cuando la autoestima de la mujer es tan baja que busca el embarazo para volcarlo contra su familia o contra la sociedad, cuando las normas tradicionales simbolizan a los padres.

**3.1.2.4. Abuso sexual.** Son mujeres que han estado en la calle desde muy niñas, son inmaduras, no tienen educación sexual, han tenido relaciones afectivas inestables, problemas familiares. El hijo procreado fuera del matrimonio es generalmente indeseado y fruto de relaciones esporádicas, de noviazgo o de abuso sexual.

**3.1.2.5. Abandono.** Cuando una mujer se ve enfrentada a una situación obligada, en la que el hombre debido a una actitud machista desea demostrar su poder para procrear los hijos, la rechazan al enterarse que está embarazada, rehúye la responsabilidad de la procreación y posteriormente la abandonan dejando todo en manos de la mujer.

El madresolterismo por abandono es más frecuente en los estratos bajos, medios y en las adolescentes, porque no cuentan con buenas posibilidades económicas; además, tienen baja escolaridad.

**3.1.2.6. Divorcio o separación.** Debido a un sinnúmero de dificultades, los cónyuges no siguen adelante con su matrimonio donde el hombre en muchos casos deja de cumplir su rol de padre y las mujeres terminan criando a sus hijos solas y deben asumir el papel de madre y padre. De esta manera, "El modernismo se introdujo en la vida familiar permeando las relaciones e incorporando nuevas composiciones

heterogéneas, nuevos parentescos e incluso la ausencia del padre, que en muchos casos al perder su rol tradicional cae en el desconcierto y en el abandono"

**3.1.2.7. Por decisión propia.** Es el deseo de buscar la maternidad sin el consiguiente compromiso permanente con un hombre. Eligen ser madre sin pareja y recurren a una clínica de reproducción asistida en busca de un donante anónimo, otras recurren a la adopción, son mujeres entre 35 y 45 años, profesionales, el factor que más incide en una madre soltera por decisión propia ha sido el fenómeno de incorporación masiva de las mujeres a la fuerza laboral: en la mayoría de los países industrializados más del 40% de la fuerza laboral es femenina, lo que brinda a las mujeres razones de autonomía para decidir que no casarse no tiene que significar la frustración del instinto maternal.

Y por último tenemos, la maternidad como una fuente de compañía.  
([www.mamassolas.blogspot.com/2011](http://www.mamassolas.blogspot.com/2011))

### **3.1.3. TIPOS DE MADRESOLTERISMO**

Es errado pensar que el madresolterismo es sólo la causa de un descuido, de la falta de protección de una pareja, para evitar embarazos. El madresolterismo se puede clasificar de dos maneras:

**3.1.3.1. Madresolterismo causado.** Es aquel que una mujer busca cuando sabe que puede sacar adelante a su hijo, sin necesidad de tener un compañero. Es lo nuevo en la temática; no se trata de la mujer sufrida, sumisa y desamparada, al contrario, es la trabajadora, independiente y orgullosa.

"La mujer de hoy asume un rol social protagónico con un criterio personal y un estatus profesional mucho mejor que el que tenía 30 ó 40 años atrás. Esa nueva posición intensifica los conflictos de pareja, en la que muchas veces se presenta

competencia y la mujer ya se siente segura y capaz de traer sola un hijo al mundo”, afirma el psicólogo consultado por el periódico El País, Carlos Alberto Segura.

**3.1.2.2. Madresolterismo no deseado.** Es el que debe asumirse por causa de un descuido. Generalmente, la culpa recae sobre la mujer, siendo señalada y juzgada.

Es tal la confusión de las futuras madres, que muchas, por decisión propia o sugerencia de su pareja, optan por el aborto, arriesgando su vida. El abandono se presenta en este tipo de madres solteras, éstas deben trabajar para el sustento de su hijo y el propio; pocas son amparadas por sus padres, familiares, o por su compañero sentimental.

A este grupo también pertenecen las mujeres que son abusadas sexualmente. Son las que están más propensas a practicarse un aborto y las que menos resignación tienen para aceptar su futura maternidad. ([www.yosoymadresoltera.com](http://www.yosoymadresoltera.com))

### **3.1.3. LAS DESVENTAJAS DE LAS MADRES SOLTERAS Y SUS FAMILIAS**

La situación de madresolterismo implica usualmente una situación de desprotección social que acarrea algunas consecuencias negativas:

- ❖ Muchos de los problemas más graves que presenta la situación de madre soltera se deben a que su vida se desarrolla en una situación de dependencia de otras personas: económica, personal, afectiva y social. Esta situación de dependencia la obliga en ocasiones a asumir situaciones de maltrato, abuso y explotación.
- ❖ Ante la carga de velar sola por un hogar, hijos y sustento económico de la casa, las madres solteras se ven expuestas a mayores situaciones estresantes.
- ❖ Los hijos son muchas veces deficientemente atendidos a causa de que la madre debe asumir el rol de proveedora, estando largos periodos de tiempo al día fuera del hogar, realizando un trabajo remunerado económicamente.

- ❖ Los hogares de madres solteras tienden a tener un menor poder adquisitivo que hogares donde hay un papá trabajador, y sobre todo, donde ambos padres trabajan, pues en la mayoría de los países, los hombres son mejor remunerados que las mujeres.
- ❖ De acuerdo a las teorías psicológicas de desarrollo infantil, puede ser bastante perjudicial el hecho de que los infantes crezcan sin la figura paterna al lado, especialmente cuando se trata de hijos varones. Aunque la figura paterna puede ser reemplazada -pero a medias- por un tío, un abuelo, etc. Los riesgos más frecuentemente enunciados son: Conducta desordenada a causa de ausencia de reglas, sentimiento de abandono, conducta pasiva o muy agresiva.

### **3.2. LA PERSONALIDAD**

La personalidad simplemente es nuestra naturaleza psicológica individual. Para simplificar podemos pensar en la personalidad como una identidad personal del individuo, la identidad tiene diversos componentes centrales que definen a la persona, mientras que los componentes periféricos son limitados y están sujetos a cambios conforme conocemos a alguien, adquirimos conocimiento de su identidad central. (Dicarpio, 1987:11).

Para Gordon Allport (1973: 47), “la personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característico”.

Esta definición indica:

- ❖ Que la personalidad es de naturaleza cambiante: organización dinámica.
- ❖ Que es algo interno, no de apariencia externa.
- ❖ Que no es exclusivamente mental, ni exclusivamente neurológica sino que su organización exige el funcionamiento de mente y cuerpo como unidad.

- ❖ Que los sistemas psicológicos son tendencias determinantes que dirigen y motivan la acción.
- ❖ Que la conducta y el pensamiento son característicos de cada individuo, y que en ellos se refleja su adaptación al ambiente, a la vez que son formas de acción sobre él.

Aunque Allport en su definición no señala ningún sistema concreto, como aclaración que puede ayudar a comprenderla mejor, se puede señalar algunos sistemas a los que él se refiere: costumbres, sentimientos, rasgos, creencias, expectativas, estilos de conducta, constitución física, sistema glandular y nervioso.

Otras definiciones:

“Es la suma de total de todas las disposiciones biológicas, impulsos, instintos hereditarios más las disposiciones adquiridas.”

La Personalidad como organización dinámica cambia con la edad, la profesión u ocupación, del sujeto su situación vital, cambios en su medio ambiente etc.

“La personalidad es nuestro ser global lo que somos y lo que podemos ser, el carácter es una expresión externa de esa individualidad o configuración particular que es cada personalidad.”

[www.angelfire.com/ak/psicologia/personalidad.htm](http://www.angelfire.com/ak/psicologia/personalidad.htm)

Definición de Eysenck “La personalidad es la suma total de los patrones de conducta actuales o potencial de un organismo en tanto que determinados por la herencia y el ambiente y que se originan y desarrollan mediante la interacción del sector cognitivo, conativo (carácter), afectivo (temperamento) y somático (constitución)”. (BAÑUELOS 1989)

Una definición actual es que la Personalidad se refiere a: “Los patrones de pensamientos característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones, y

que distinguen a una persona de otra la personalidad está íntimamente relacionada con el temperamento y el carácter".(BAÑUELOS 1989)

Para Catell (1972), "la personalidad es la determinante de la conducta en una situación dada, cuyo componente básico de la personalidad son los rasgos".

"La personalidad es el conjunto de modalidades adaptativas que el individuo utiliza en su contacto cotidiano con el ambiente en que se desenvuelve, es el conjunto, relativamente durable, de rasgos y patrones de conducta que presiden el conjunto de situaciones interpersonales características de la vida humana."

### **3.2.1. FACTORES DETERMINANTES DE LA PERSONALIDAD**

En la personalidad, tenemos 4 factores que son determinantes: El carácter, temperamento, inteligencia y el ser Integral

**3.2.1.1. El carácter.** Es la tendencia hacia un tipo de comportamiento que manifiesta la persona. Los elementos que integran el carácter se organizan en una unidad que se conoce como estabilidad y proporciona al carácter coherencia y cierto grado de uniformidad en nuestras manifestaciones, hacia los cambios que ocurren en nuestro alrededor.

**3.2.1.2. Temperamento.** Es la base biológica del carácter, y se define como la manera natural con la que el individuo interactúa y vive en el entorno que lo rodea, esto implica la habilidad para adaptarse a los cambios, el estado de ánimo, la intensidad con que se vive, el nivel de actividad, la accesibilidad y la regularidad para hacer algún trabajo.

El temperamento puede ser de varios tipos: Sanguíneo, flemático, melancólico y colérico.

**3.2.1.3. Inteligencia.** Está formada por algunas variables como la atención, la capacidad de observación, la memoria, el aprendizaje y las habilidades para

socializarse. Además de estos factores intervienen también en gran medida el estado emocional, la salud psicofísica.

En resumen, la inteligencia es la capacidad de asimilar, guardar, elaborar información y en conjunto utilizarla para resolver problemas; lógico que esto igual lo puede hacer un animal o una computadora, pero la diferencia es que el ser humano puede seguir aprendiendo y puede desarrollar la habilidad para iniciar, dirigir y controlar operaciones mentales, por decir un ejemplo. Además de que la inteligencia se puede ir adquiriendo con el paso de la vida, se tiene que tener una dotación genética.

**3.2.1.4. Ser integral.** Que engloba todo, la inteligencia, los valores, el comportamiento, el lenguaje, etc.

([www.mitecnologico.com/Main/PersonalidadDefinicion](http://www.mitecnologico.com/Main/PersonalidadDefinicion))

## **3.2.2. TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD**

### **3.2.2.1. Teoría psicoanalítica**

Según Freud, el fundamento de la conducta humana se ha de buscar en varios instintos inconscientes, llamados también impulsos, y distinguió dos de ellos, los instintos conscientes y los instintos inconscientes, llamados también instintos de la vida y la muerte. ([www.psicología/pers.com.html](http://www.psicología/pers.com.html)).

**-Estructura de la personalidad según la teoría psicoanalítica.** Está constituida por: **El ello** (id) que es la reserva de energía carente de organización, comprende todos los instintos y reflejos heredados al nacer y obedece a las necesidades e impulsos biológicos básicos, instinto de vida, instintos sexuales, el instinto de muerte o agresividad y se rige por el “principio del placer”.

El **yo** (ego), deriva del ello, modificada a partir de su interacción con el medio, se orienta por el “principio de realidad” y ejerce funciones entre la búsqueda de satisfacciones del ello y las presiones del medio que se oponen.

El **súper yo** (súper ego), es una estructura portadora de lo ideal y del deseo de perfección, es el sentido opuesto al “ello” y entre los requerimientos de ambos actúa el yo como mediador.

- **Mecanismos de defensa de la personalidad.** Mediante los cuales transforma o adapta los diferentes deseos, sentimientos, objetos de repulsa en manifestaciones diversas, con menor peligro para el equilibrio psicológico.

Para liberar la presión y la ansiedad, el ego emplea estos mecanismos los cuales se forman inconscientemente y de los que sólo el modo particular de actuar y comportarse es observable. Estos mecanismos, además de liberar al ego de las tensiones, mantienen la autoestima, aportan cierto nivel de satisfacción y evitan la activación del conflicto. Entre los principales mecanismos de defensa se puede destacar los siguientes: formaciones reactivas, regresión, represión, proyección, fijación y sublimación.

### **3.2.2.2. Teoría del aprendizaje social**

Esta teoría centra su atención en el hecho de que la personalidad es fundamentalmente aprendida, y que los principios de aprendizaje pueden ser empleados para explicar el desarrollo y funcionamiento de la personalidad. (Dicarpio, México, 1987: 346).

El medio sociocultural genera y nos da la personalidad, el hogar, la vecindad, la comunidad, el cambio de ambiente, la separación de los padres, el divorcio, el abandono, los conflictos familiares, los problemas con el medio social en el cual se interactúa, las relaciones interpersonales, etc., pueden ocasionar cambios en la

personalidad que muchas veces obligan adquirir nuevas formas de conducta o comportamiento.

### **3.2.2.3. Teorías humanistas de la personalidad**

Adler, escribió sobre las fuerzas que contribuyen a estimular un crecimiento positivo y motivar el perfeccionamiento personal. Por eso, es considerado como el primer teórico humanista de la personalidad. La teoría humanista de la personalidad, hace hincapié en el hecho de que los humanos están motivados positivamente y progresan hacia niveles más elevados de funcionamiento.

Otra teoría, es la autorrealización, según Carl Rogers, el impulso del ser humano a realizar su autoconcepto o las imágenes que se ha formado de sí mismo son importantes y promueve el desarrollo de la personalidad. También, decía que el impulso de todo organismo a realizar su potencial biológico y a convertirse en aquello que intrínsecamente puede llegar a ser. (Rogers, 1959: 59).

### **3.2.2.4. Teoría de los rasgos**

Los estudios de R. Catell, los de G. Allport por otro se inscriben dentro de las “teorías de los rasgos”. También los postulados de H. Eysenck, que describen la personalidad, utilizan este concepto en el que lo más característico sería “el rasgo neuroticismo” y la dimensión “extroversión-introversión”. La conducta del individuo reflejará una serie de rasgos originales, tales como la integridad, confianza, entusiasmo, valentía, etc. Estos rasgos originales aparecen en menor o mayor número y formarán la base estructural de la personalidad, la cual consta también de rasgos superficiales, más numerosos, dependientes de los originales y que son manifestaciones del carácter, como reflexivo, humilde, hosco, neurótico, etc.

La personalidad es considerada en la teoría de Allport tanto desde el punto de vista **nomotético** (destaca las leyes generales y los principios que rigen los procesos mentales y de comportamiento), como **ideográfico** (destaca el conocimiento y

comprensión de cada individuo en particular examinando la organización única de los rasgos personales).

Hans Eysenck, al igual que Catell, utiliza “el análisis factorial” para derivar sus dimensiones básicas de la personalidad. En un principio postuló dos únicas dimensiones:

1. **Estable-Inestable.** Que comprende desde el carácter muy estable al normal y en el extremo opuesto, el neurótico.
2. **Introverso-Extroverso.** Representando las diferentes dimensiones fundamentales de la estructura de la personalidad.

Según Eysenck, el organismo humano puede ser condicionado, pero la susceptibilidad al condicionamiento está determinada genéticamente. Asimismo, a través de sus investigaciones llegó a la conclusión de que la neurosis también puede presentarse como una característica hereditaria. ([www.monografias/pers/com.html](http://www.monografias/pers/com.html)).

Jung mantiene que la personalidad se puede establecer mediante la pertenencia a unos determinados tipos psicológicos estos tipos los analiza considerando que el tipo de personalidad está constituida por dos elementos una actitud con dos polos: extroversión e introversión y una función psicológica predominante, pensar, sentir, intuir y emocionarse. Esta clasificación de Jung está planteada desde un trabajo racional (desde la teoría al experimento para demostrarla) en contraste con los métodos empíricos (parte de la observación o el experimento hacia la teoría). Entre las teorías puramente tipológicas se sitúa la de Jung también conocida como la teoría de *tipos psicológicos*. En principio Jung pretende distinguir entre:

- ❖ **La extroversión:** Una aceptación fácil y sencilla que actúa sobre el sujeto, quiere influir y se deja influir por los demás, tendencia a relacionarse.
- ❖ **La introversión:** No quiere relacionarse, realiza el trabajo con sus propias posibilidades.

Para Jung estas características se hacen visibles en la infancia y se mantienen constantes en la vida del sujeto. El tipo de personalidad de un individuo depende de las actitudes anteriores (extraversión e introversión.) y la predominante en el sujeto:

- ❖ **Actividades racionales:** Pensar y emocionarse. Ya ambas transforman la información perceptual que le llega al sujeto, es decir, la elabora.
- ❖ **Actividades irracionales:** Engloban el sentir e intuir, se llaman así porque no hay información elaborada previa. (BAÑUELOS 1989)

### **3.2.3. FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD**

El desarrollo y la estructuración de la personalidad es influenciada por varios factores, por lo general se coincide en tres, los cuales son:

- ❖ **Factores hereditarios.** Los cuales están referidas a las características transmitidas genéticamente por los progenitores a la prole y que influyen poderosamente sobre todo en las características temperamentales y no aprendidas del modo de ser del individuo.
- ❖ **Factores ambientales.** Aquí se incluye el aprendizaje, proceso de socialización, nivel cultural entre otros. Además hay que tener en cuenta que no sólo es relevante el hecho en sí, sino cuándo ocurre, ya que hay periodos críticos en el desarrollo de la personalidad, el individuo es más sensible a cierto tipo de influencia ambiental.
- ❖ **Factores personales.** Los mismos están relacionados a las variaciones idiosincrásicas de cada persona y tiene que ver con la actividad voluntaria del yo, que elige y realiza determinadas actividades, que además encarna ciertos valores propios.

## **3.3. AUTOESTIMA**

### **3.3.1. DEFINICIONES DE AUTOESTIMA**

“La autoestima es una competencia específica de carácter socio-afectivo que constituye una de las bases mediante las cuales el sujeto realiza o modifica sus acciones. Se expresa en el individuo a través de un proceso psicológico complejo que involucra a la percepción, la imagen, la estima y el autoconcepto que éste tiene de sí mismo. En este proceso, la toma de conciencia de la valía personal se va construyendo y reconstruyendo durante toda la vida, tanto a través de las experiencias vivenciales del sujeto, como de la interacción que éste tiene con los demás y con el ambiente.” ([www.es.wikipedia.org/wiki/Autoestima](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Autoestima))

“Es una creencia profunda que está más adentro de los pensamientos que produce un ser humano, normalmente en un momento cualquiera. Pertenece a una capa de pensamientos grabados en su mente, generalmente poco consientes, y con una gran autoridad o capacidad de determinación.”

“La Autoestima es el sentimiento de valía hacia la propia persona que se manifiesta por la aceptación y valoración del yo, la motivación, el trato con dignidad y el amor hacia uno mismo.”

“La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de sí mismo.” ([www.autoestima-y-exito-personal.com](http://www.autoestima-y-exito-personal.com))

“La autoestima es la valoración que cada uno de los seres humanos tenemos sobre nosotros mismos, lo que somos, en lo que nos convertimos, como consecuencia de una mezcla de factores físicos, emocionales y sentimentales a los que nos enfrentamos a lo largo de la vida y que fueron moldeando nuestra personalidad, esto, en cuanto a la definición más formal que podemos dar y desestructurándonos un poco podemos decir que autoestima es el amor que nos dispensamos a nosotros mismos.”

“La autoestima, es el auto concepto que tenemos de nosotros mismos, es la forma de apoyarnos a nosotros mismos en los momentos de depresión, la forma en que vemos la vida, en forma científica”.( Benjamín Alejandro Castro Loera)

Autoestima es “la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales; de amarnos incondicionalmente y confiar en nosotros para lograr objetivos”, independientemente de las limitaciones que podamos tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que nos corresponda interactuar. De aquí se desprende lo siguiente:

- ❖ La autoestima es una disposición, un contenido, un recurso natural en el ser humano.
- ❖ La autoestima es desarrollable.
- ❖ La autoestima sólo existe relacionada con la experiencia de la vida.
- ❖ La autoestima está relacionada con el hecho de estar conscientes de nuestras potencialidades y necesidades.
- ❖ La autoestima está relacionada con la confianza en uno mismo.
- ❖ Existen necesidades reales y otras que no lo son aunque a veces así lo pensemos.
- ❖ La autoestima está relacionada con el amor incondicional hacia uno mismo.
- ❖ La autoestima orienta la acción hacia el logro de los objetivos y el bienestar general.

([www.monografias.com/trabajos16/autoestima/autoestima.shtml#quees](http://www.monografias.com/trabajos16/autoestima/autoestima.shtml#quees))

### **3.3.2. DIMENSIONES DE LA AUTOESTIMA**

El orgullo, es el sentimiento de haber realizado algo bien. En la autoestima existe una valoración global acerca de sí mismo y del comportamiento de su yo. Hay dimensiones de la misma:

- ❖ Dimensión física: La de sentir atractivo

- ❖ Dimensión social: Sentimiento de sentirse aceptado y de pertenecer a un grupo, ya sea empresarial, de servicio, etc.
- ❖ Dimensión afectiva: Autopercepción de diferentes características de la personalidad
- ❖ Dimensión académica: Enfrentar con éxito los estudios, carreras y la autovaloración de las capacidades intelectuales, inteligente, creativa, constante.
- ❖ Dimensión ética: Es la autorrealización de los valores y normas.

### **3.3.3. GRADOS DE AUTOESTIMA**

La autoestima es un concepto gradual. En virtud de ello, las personas pueden presentar en esencia uno de estos tres estados:

- ❖ Tener una autoestima alta equivale a sentirse confiadamente apto para la vida, o, usando los términos de la definición inicial, sentirse capaz y valioso; o sentirse acertado como persona.
- ❖ Tener una baja autoestima cuando la persona no se siente en disposición para la vida; sentirse equivocado como persona.

Una autoestima baja desvirtúa todo cuanto se presenta ante nosotros, aumenta los errores y empequeñece los logros. Aún más, una autoestima deprimida se ensaña en los puntos débiles, en la zona más vulnerable de cada cual.

Las personas con una baja autoestima interpretan con suspicacia los cumplidos, halagos y reconocimientos que alguien les pueda hacer, porque no creen ser dignas de merecerlos. Así pues, niegan cualquier tipo de refuerzo positivo ya que no se corresponde con su autoconcepto de baja autoestima, y aceptan la crítica, el correctivo y la amonestación como resultados lógicos de su poca valía personal.

Puede ser el disparador de muchísimos problemas de tipo psicológico, como ser depresión, neurosis, timidez, vergüenza, entre otros y uno de los principales temas a tratar, en caso de tenerlo asumido y aceptado o a dilucidar en una terapia con un profesional en Psicología.

- ❖ Tener un término medio de autoestima es oscilar entre los dos estados anteriores, es decir, sentirse apto e inútil, acertado y equivocado como persona, y manifestar estas incongruencias en la conducta –actuar, unas veces, con sensatez, otras, con irreflexión, reforzando, así, la inseguridad.

En la práctica, todas las personas son capaces de desarrollar la autoestima positiva, al tiempo que nadie presenta una autoestima totalmente sin desarrollar. Cuanto más flexible es la persona, tanto mejor resiste todo aquello que, de otra forma, la haría caer en la derrota o la desesperación. ([es.wikipedia.org/wiki/Autoestima](http://es.wikipedia.org/wiki/Autoestima))

#### **3.3.4. AUTOESTIMA EN LAS MADRES SOLTERAS**

Existen muchos factores que influyen negativamente sobre la autoestima de la madre soltera, siendo los principales:

- ❖ Los cambios físicos productos del embarazo afectan a las madres que tienen hijos en una familia constituida y más aún en madres solteras por la carga emocional que llevan consigo, sobre todo si son muy jóvenes.
- ❖ Aislamiento de sus amistades, debido a que enfrentan solas las responsabilidades del nuevo bebé.
- ❖ Variación de sus planes de vida, muchas madres solteras jóvenes tienen que abandonar sus estudios e incluso buscar trabajo sin contar con la preparación y experiencia para conseguir uno bueno.
- ❖ Imposición de la familia en sus propias decisiones, debido a que algunas madres solteras jóvenes se ven obligadas a depender de su familia se ven obligadas a acatar las órdenes que les impongan sus padres porque ellos son los que mantienen tanto a la madre como al bebé.

- ❖ Sentimiento de culpabilidad por haber quedado embarazada.
- ❖ Cambio de actividades gratificantes por obligatorias, ahora tienen nuevas responsabilidades que ocupan hasta su tiempo libre.
- ❖ Estigmatización, sistemáticamente perciben rechazo en su relación con personas, instituciones, etc., no necesariamente significa que sufran el rechazo, también ellas mismas lo pueden sentir así, excluyéndose a sí mismas.

([www.isadoraduncan.com/autoestima](http://www.isadoraduncan.com/autoestima))

### **3.4. LA ANSIEDAD**

La ansiedad es una emoción. Hay una relación entre la ansiedad y diferentes trastornos psicosomáticos (hipertensión). También es importante su amplia prevalencia, hay un número muy elevado de personas que presenta algún tipo de trastorno de ansiedad.

El concepto de ansiedad no está muy claro, hay dificultades: Reacción emocional: ansiedad como emoción, rasgo de personalidad, respuesta o patrón de respuesta, estado de personalidad, síntoma, síndrome. El problema de la ambigüedad terminológica. En muchas ocasiones se han utilizado diferentes términos a lo que sería la ansiedad: angustia, miedo, estrés, temor, tensión amenaza, nerviosismo.

El primer autor que asienta este término es Freud. Utiliza el término Angst, en inglés (anxiety) y eso traducido al español puede ser ansiedad o angustia.

#### **3.4.1. DEFINICIÓN DE ANSIEDAD.**

Los diferentes autores están extendiendo la definición de ansiedad porque hay un triple sistema de respuestas para definir la ansiedad (fisiológica, motor y cognitivo). Los autores quieren incluir en su definición de ansiedad lo que provoca la ansiedad, se intenta crear definiciones que unan todo esto.

“La ansiedad (del latín *anxietas*, afligir, turbar), es un estado emocional propio de quien desea, espera o teme un acontecimiento importante o grave. Es un temor angustioso de peligro acompañado de inquietud y de un sentimiento de opresión en el epigastrio.”

Otras definiciones se refieren a:

“Sentimiento vital asociado a situaciones apuradas, a tensiones psíquicas, a desesperación que presenta la característica de pérdida de la capacidad de dirigir voluntaria y razonablemente la personalidad.” (Dorsch, 1981,55)

Tobal (1990). “Es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos”.

Según la teoría de Spielberger: El proceso comienza por una valoración por parte del individuo. Cuando los estímulos valorados no sean amenazantes no se producirá reacciones de ansiedad. Si la valoración es positiva ese individuo mostrará un incremento de ansiedad o intentará reducir el estado de ansiedad. Estos mecanismos defensivos son entendidos como respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares.

([www.elergonomista.com/psicologia/ansiedad.htm](http://www.elergonomista.com/psicologia/ansiedad.htm))

### **3.4.2. TIPOS DE ANSIEDAD**

Según el DSM IV son los siguientes:

#### **3.4.2.1 Crisis de angustia (panic attack)**

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- ❖ Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- ❖ Sudoración.
- ❖ Temblores o sacudidas.
- ❖ Sensación de ahogo o falta de aliento.
- ❖ Sensación de atragantarse.
- ❖ Opresión o malestar torácico.
- ❖ Náuseas o molestias abdominales.
- ❖ Inestabilidad, mareo o desmayo.
- ❖ Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- ❖ Miedo a perder el control o volverse loco.
- ❖ Miedo a morir.
- ❖ Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- ❖ Escalofríos o sofocaciones.

#### **3.4.2.2. Agorafobia**

**A.** Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

**B.** Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de

angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático (evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación.

### **3.4.2.3. Angustia sin agorafobia**

A. Se cumplen:

- ❖ Crisis de angustia inesperadas recidivantes.
- ❖ Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
  - Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
  - Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").
  - Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o una enfermedad médica (hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (al estar lejos de casa o de los seres queridos).

#### **3.4.2.4. Angustia con agorafobia**

**A.** Se cumplen:

- ❖ Crisis de angustia inesperadas recidivantes
- ❖ Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
  - Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
  - Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").
  - Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

**B.** Presencia de agorafobia.

**C.** Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**D.** Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social ( aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (al estar lejos de casa o de los seres queridos).

#### **3.4.2.5. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia**

**A.** Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

**B.** Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

#### **3.4.2.6. Fobia específica**

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

**G.** La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

#### **3.4.2.7. Fobia social**

**A.** Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

**B.** La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

**C.** El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. En los niños puede faltar este reconocimiento.

**D.** Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

**E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

**F.** En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

**G.** El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

**H.** Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

#### **3.4.2.8. Trastorno obsesivo-compulsivo**

**A.** Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por:

- ❖ Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
- ❖ Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

- ❖ La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
- ❖ La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por:

- ❖ Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
- ❖ El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

**B.** En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

**C.** Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

**D.** Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él, en un trastorno alimentario, tricotilomanía, trastorno dismórfico corporal, trastorno por consumo de sustancias, hipocondría, parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

**E.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

### **3.4.2.9. Trastorno por estrés postraumático**

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:

- ❖ La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- ❖ La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

**B.** El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

- ❖ Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
- ❖ Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
- ❖ El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
- ❖ Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- ❖ Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- ❖ Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- ❖ Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- ❖ Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- ❖ Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- ❖ Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- ❖ Restricción de la vida afectiva.
- ❖ Sensación de un futuro desolador.

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- ❖ Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- ❖ Irritabilidad o ataques de ira.
- ❖ Dificultades para concentrarse.
- ❖ Hipervigilancia.
- ❖ Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

#### **3.4.2.10. Trastorno por estrés agudo**

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:

- ❖ La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- ❖ La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

**B.** Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

- ❖ Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
- ❖ Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).
- ❖ Desrealización.
- ❖ Despersonalización.
- ❖ Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

**C.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

**D.** Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

**E.** Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por

ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

**G.** Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

**H.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

#### **3.4.2.11. Trastorno de ansiedad generalizada**

**A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

**B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

**C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

- ❖ Inquietud o impaciencia
- ❖ Fatigabilidad fácil
- ❖ Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- ❖ Irritabilidad
- ❖ Tensión muscular
- ❖ Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

**D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia),

pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

**E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

#### **3.4.2.12. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica**

**A.** La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

**B.** A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

**C.** Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

**D.** Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

#### **3.4.2.13. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias**

A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que:

- ❖ Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente
- ❖ El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

([www.stopansiedad.com](http://www.stopansiedad.com))

### 3.5. LA DEPRESIÓN

#### 3.5.1. DEFINICIONES DE DEPRESIÓN.-

La depresión (del latín *depressu*, que significaba «abatido» o «derribado») “es una alteración básica del estado de ánimo”.

“Estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión.” (Dorsch, 1981,231)

“Es un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos.”

Según el modelo médico, la Psiquiatría la describe como: “un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.”

El término médico hace referencia a “un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.”

El Comité para la Prevención y Tratamiento de las Depresiones (PTD) define la depresión como: “un síndrome que agrupa síntomas somáticos y síntomas psíquicos en torno a un núcleo central, en el que encontramos la tristeza patológica, la pérdida de impulsos, el vacío, etc., que determina un estado de ánimo de tipo negativo característico”.

#### 3.5.2. CAUSAS

Las causas de la depresión son variadas, pero la bioquímica puede ayudar a explicar algunos casos. Las personas deprimidas muestran niveles muy altos de cortisol (una hormona) y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina. Estos niveles pueden estar elevados por motivos hereditarios. Explicaciones dadas al origen familiar de la depresión son que los niños reciban una visión triste del mundo por el comportamiento de sus padres, o crecer en un ambiente que no es totalmente enriquecedor.

Respecto a la depresión que no está causada por motivos familiares, las pérdidas emocionales muy profundas pueden causar cambios bioquímicos que impulsen la depresión. Estos cambios pueden provocar la enfermedad no de una forma inmediata, sino más adelante. Otros factores pueden ser la pérdida de un trabajo, o la falta de capacidad de adaptación a determinados cambios. A pesar de que no se sabe exactamente qué provoca la depresión existen diversos factores identificados como los desequilibrios de los neurotransmisores del cerebro. Los fármacos antidepresivos pueden ayudar a solucionar este problema.

### **3.5.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN**

**3.5.3.1 Estado de ánimo.** Éste se encuentra bajo, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado. El paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día. El paciente deprimido, nota que hay una parte del día, en que se siente más triste, puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remotas.

**3.5.3.2. Pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer.** El paciente, ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar, esto puede deberse, a que ya no disfruta el efectuar esas actividades, o a que ya se le dificultan, la dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, por el

hecho, que ahora el enfermo se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares.

**3.5.3.3. Sentimientos de culpa.** Este tipo de síntoma, es muy frecuente. Ellos pueden pensar que están deprimidos, por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Aún más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad.

**3.5.3.4. Ideación suicida.** Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia. El médico al hacer semiología en esta área, puede "despertar", la ideación suicida. Pero el enfermo ya lo ha pensado y es más, él desea que se le interrogue al respecto. Porque, desea y necesita que lo ayuden a no llevar a cabo este tipo de ideas.

**3.5.3.5. Insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión.** El insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los enfermos deprimidos, la forma más típica, es el insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío. Sin embargo, puede haber algunos enfermos, que en vez de presentar una baja en calidad y cantidad de sueño, tienen lo opuesto, es decir un exceso de sueño. Estas son personas que duermen de nueve a diez horas, y que refieren que entre más duermen, más deprimidos se sienten, con gran estado de adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz.

**3.5.3.6. Disminución de energía.** Esto es referido por el paciente, como una gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, como dificultad para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo. Los enfermos pueden llegar a un tipo de estupor, que dificulta mucho la entrevista clínica, con una gran lentitud para responder, o sólo lo hacen con movimientos de cabeza. El mutismo o estupor del deprimido, se diferencia de la catatonia, que también es un tipo de inmovilidad.

**3.5.3.7. Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica.** Estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante.

**3.5.3.8. Malestares físicos.** Es común que el paciente con depresión presente una serie de malestares, poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares. Etc.

**3.5.3.9. Alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso.** Es frecuente que los pacientes con depresión, presenten una baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Por otro lado algunos pacientes con depresión pueden aumentar de peso, esto se ve más frecuentemente, en los enfermos con sueño excesivo, apetencia por alimentos ricos en carbohidratos e inhibición psicomotriz. A este cuadro que se ha descrito se le denomina: depresión afectiva estacional, porque es común que con esas características clínicas, se presente con más frecuencia en el invierno. También se le ha llamado depresión atípica.

**3.5.3.10. Disminución del deseo sexual.** Se ha notada una baja en el deseo sexual (libido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.

Entre otros síntomas están: la tristeza profunda, el insomnio, el letargo y la irritabilidad. Es lo que se conoce como depresión post-parto.

#### **3.5.4. TIPOS DE DEPRESIÓN**

##### **3.5.4.1. Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante.**

También conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es *trastorno depresivo mayor de episodio único*, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica *trastorno depresivo mayor recurrente*. El término *depresión unipolar* se opone al de *depresión bipolar* o trastorno maníaco-

depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:<sup>10</sup>

- ❖ **Criterio A:** La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:
  - Estado de ánimo depresivo - triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes), la mayor parte del día, y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo,...En apreciación subjetiva, o a través de la información de personas cercanas.
  - Disminución o pérdida de interés; o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.

#### **Síntomas somáticos.**

- Disminución o aumento del peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días.
- Insomnio o hipersomnias, casi a diario.
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no sólo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud)
- Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.

#### **Síntomas psíquicos.**

- También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada. (Este síntoma puede adquirir un carácter delirante).

- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas).
  - Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo un temor a morir), o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos, que no siempre manifiesta espontáneamente, sin que el temor del médico a sugerirle ideas de muerte por el hecho de preguntarle sea fundado.
- 
- ❖ **Criterio B:** No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.
  - ❖ **Criterio C:** El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
  - ❖ **Criterio D:** Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
  - ❖ **Criterio E:** No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

#### **3.5.4.2 Trastorno distímico.**

Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

- ❖ **Criterio A:** Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.
- ❖ **Criterio B:** Deben aparecer dos o más de estos síntomas:
  - Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)

- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el dormir)
  - Astenia
  - Baja autoestima
  - Pérdida de la capacidad de concentración
  - Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza
- ❖ **Criterio C:** Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.
- ❖ **Criterio D:** No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.
- ❖ **Criterio E:** No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.
- ❖ **Criterio F:** No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas (véase adicción).
- ❖ **Criterio G:** No hay criterios de enfermedades orgánicas.
- ❖ **Criterio H:** Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

#### **3.5.4.3. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo).**

Por **trastorno adaptativo** o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá

de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

#### **3.5.4.4. Trastorno depresivo no especificado.**

Se denomina **trastorno depresivo no especificado** a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.

**Otros tipos.**

#### **3.5.4.5. Reacción de duelo.-**

En el DSM-IV queda contemplada en los problemas adicionales que pueden requerir un tratamiento, si bien no cumple criterios para el diagnóstico de alguna de las condiciones previas. Se trata de la común reacción a la muerte de una persona próxima.

#### **3.5.4.6. La depresión post-parto.**

El primer mes después de un parto (período de posparto) es un tiempo de grandes cambios para las mujeres. Sus hormonas y el peso se están reajustando rápidamente. Es posible que haya cambios nuevos y estresantes en las relaciones con otros hijos, el padre del bebé, los padres y los suegros; los compañeros de trabajo y los amigos. Por supuesto, el nuevo bebé necesita atención casi constante y alimentación cada 2 horas,

ocasionando privación del sueño. Todos estos factores pueden conducir a fluctuaciones en el estado de ánimo durante el posparto.

Si la tristeza sólo dura de 2 a 3 semanas y luego desaparece, comúnmente se le llama "depresión puerperal" y es una reacción natural al estrés experimentada por más de la mitad de las nuevas madres.

Sin embargo, si los sentimientos de depresión o ansiedad continúan por más de tres semanas, se puede estar presentando una condición más seria llamada depresión posparto. Alrededor del 10% de las mujeres experimentan depresión significativa después de un embarazo.

[www.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n#Clasificaci.C3.B3n](http://www.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n#Clasificaci.C3.B3n)

### **3.5.5. DEPRESIÓN EN MADRES SOLTERAS.**

Las madres solteras no reciben casi nunca ayuda económica de la pareja ni de los parientes de su pareja, por lo que madres e hijos quedan más desprotegidos económicamente.

En este contexto, la madre soltera deja su hijo con los abuelos o en un jardín infantil, lo que hace que la relación afectiva se debilite y los estudios señalan que las madres solteras tienen más conflictos con sus hijos y los supervisan menos, que en las familias biparentales.

En las familias biparentales, las madres presentan menores índices de depresión que las madres solteras. En una muestra de mujeres blancas en Estados Unidos, en el grupo de 18 - 19 años con un hijo, el 41% de las solteras presentaban síntomas de depresión, frente al 28% de las madres casadas con la misma edad.

El informe insiste en la depresión materna porque es, a la vez, un grave problema de salud mental para las mujeres y un grave factor de riesgo para los hijos. Además de que las madres solteras tienen mayor probabilidad de sufrir depresión, las

consecuencias de la depresión materna para el bienestar de los hijos, son más agudas en los hogares monoparentales, probablemente porque la madre sola tiene menos apoyo, y porque los hijos tratan menos con el otro progenitor, el no deprimido.

([www.medicina.uach.cl](http://www.medicina.uach.cl))

## **IV. METODOLOGÍA**

### **4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

El presente trabajo de investigación pertenece al área de la Psicología Clínica, puesto que se realizó un estudio sobre los efectos psicológicos en madres solteras de nuestra ciudad.

La Psicología Clínica “es la aproximación a los problemas humanos, a través de la evaluación, diagnóstico, consulta, tratamiento, desarrollo, administración e investigación de programas que se aplican a numerosas poblaciones que incluyen niños, adolescentes, mujeres, ancianos, familias, grupos y otros”. ([www.psicosociologiacientifica.com](http://www.psicosociologiacientifica.com))

El estudio es de carácter **DIAGNÓSTICO-DESCRIPTIVO**, caracterizando los diferentes aspectos de la psicología de la mujer madre soltera, entre ellos los rasgos característicos de personalidad, nivel de inteligencia, nivel de ansiedad, autoestima y depresión respectivamente.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006), El estudio diagnóstico-descriptivo “...parte de una problemática existente y pretende conocer y describir sus partes a través de la realización de un diagnóstico de la misma y así identificar las carencias del problema para luego sugerir acciones correctivas...”

El análisis e interpretación de resultados se hizo a través de una metodología cuantitativa y cualitativa, porque los datos son expuestos en forma de cuadros, gráficos y porcentajes y a cada uno se analizó la correlación de las variables internas a través de los métodos deductivo, analítico y reflexivo con sustento de la parte teórica-bibliográfica.

#### **4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

La población estuvo constituida por madres solteras comprendidas entre las edades de 26 a 30 años de la ciudad de Tarija que asistieron a los centros de salud de nuestra ciudad, siendo una población aproximadamente de 200 madres (Datos estimativos del Hospital Universitario “San Juan de Dios- Gestión 2011).

La muestra estuvo compuesta por 20 mujeres madres solteras de 26 a 30 años, las mismas fueron seleccionadas mediante un muestreo aleatorio simple, es decir, se eligieron al azar, las mismas que corresponden al 10% de la población de trabajo.

#### **4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.**

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de la información fueron las siguientes:

- ❖ **Test del Árbol de Koch.** El dibujo del árbol es el portador de la proyección, en una percepción conocida por la experiencia y por su estructura y forma inconfundible el dibujo proyectado. Contiene un recorte del mundo objetivo, por lo que plasma los caracteres o características de personalidad más dominante de la persona que hace el dibujo. Se lo puede aplicar tanto de manera individual como grupal, cuya consigna es: “dibujen en el papel un árbol, el que deseen ustedes”. (Koch, Test del Arbol, KAPELUZ, Bs.As.)
  
- ❖ **Inventario de Autoestima 35B.** Este instrumento se lo utilizó para determinar el nivel de autoestima de las mujeres solteras. Consta de 50 ítems, de los cuales cada una de ellas tuvo la opción de elegir entre 0 hasta 3, cuya correspondencia es la siguiente:

0	=	Es falso.
1	=	Tiene algo de verdad.
2	=	Creo que es verdad.

3 = Estoy convencida/o que es verdad.

Para realizar la obtención del indicador de autoestima, se realiza la sumatoria de los resultados individuales de todos los ítems con números pares, de ese total se resta la sumatoria de los resultados individuales de todos los ítems con números impares.

La escala de los niveles de autoestima, es la siguiente:

<b>Óptima</b>	61 a 75	<b>Baja</b>	-1 a -15
<b>Excelente</b>	46 a 60	<b>Deficiente</b>	-16 a -30
<b>Muy buena</b>	31 a 45	<b>Muy baja</b>	-31 a -45
<b>Buena</b>	16 a 30	<b>Extrema</b>	-46 a -60
<b>Regular</b>	0 a 15	<b>Nula</b>	-61 a -75

- ❖ **Cuestionario de Ansiedad de Enrique Rojas.** Es un cuestionario valorativo que mide la intensidad de la ansiedad en sujetos sometidos a la prueba, el mismo está organizado en una estructura penta dimensional, donde se evaluarán los componentes: cognitivo, conductual, emocional, asertivo y físico, que son síntomas característicos de la ansiedad.

Consta de 100 preguntas, las cuales se subdividen en 20 preguntas y con las mismas se puede saber a qué tipo de síntoma pertenece. Sobre las categorías hay una escala de puntuación, que es la siguiente:

<b>1.Banda normal</b>	0 a 20
<b>2.Ansiedad ligera</b>	21 a 30
<b>3.Ansiedad moderada</b>	31 a 40
<b>4.Ansiedad grave</b>	41 a 50
<b>5.Ansiedad muy grave</b>	50 ó más

- ❖ **Inventario de Depresión de Beck.** Es un inventario que consta de 21 ítems, que mide las actitudes y síntomas característicos de la depresión, de acuerdo al número de veces que se repiten las respuestas, lo que indica, que mientras más respuestas negativas emita el examinado, más complejo es el cuadro depresivo.

Es un instrumento que puede ser aplicado de forma colectiva o individual, el individuo tiene que seleccionar para cada ítem la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas que van de 0 a 3. Cuya escala se puntúa de la siguiente manera:

0	=	En absoluto.
1	=	Levemente.
2	=	Moderadamente.
3	=	Severamente.

Sobre las categorías hay una escala de puntuación, que es la siguiente:

<b>1.Sin depresión</b>	0	a	9
<b>2.Depresión leve</b>	10	a	18
<b>3.Depresión moderada</b>	19	a	29
<b>4.Depresión grave</b>	30	ó	más

#### **4.4. PROCEDIMIENTO**

El presente trabajo de investigación se lo efectuó siguiendo las siguientes fases, que se detallan a continuación:

- **Fase I.** En esta primera fase de investigación, concierne a la toda la revisión bibliográfica que se hizo para conocer los aspectos más importantes relacionados con la temática a tratar. Para ello se concurrió a la mayoría de las fuentes de información.
- **Fase II.** En la que se realizó la elaboración del diseño teórico de la investigación en base a toda la teoría recopilada y la respectiva búsqueda de las mujeres con las características y condiciones que se requerían para la realización de la investigación.

Durante los primeros contactos con las madres, se estableció un clima de confianza y comunicación con la población elegida para poder realizar de manera más efectiva la toma de pruebas.

- **Fase III.** En esta fase se llevó a cabo la adecuación de los instrumentos que se aplicó en la investigación.
- **Fase IV.** Esta fase consistió en la recolección de toda la información requerida mediante la aplicación de los test o pruebas psicológicas de manera paulatina y de acuerdo al tiempo que las mismas requerían para la realización de manera correcta.
- **Fase V.** En esta fase se llevó a cabo la corrección de los diferentes tests psicológicos, posteriormente se realizó el análisis e interpretación respectivos de resultados obtenidos en el proceso de recolección de información.

- **Fase VI.** Esta fase comprendió a la elaboración, de matriz de datos de los diferentes tests psicológicos, posteriormente se llevó a cabo la elaboración de los cuadros y gráficos con los porcentajes y frecuencias respectivas y por último se realizó el análisis cuantitativo y cualitativo de toda la información.
- **Fase VII.** Esta fase consistió en la elaboración de las conclusiones de acuerdo a cada hipótesis y se desarrolló las debidas recomendaciones. Para luego finalmente elaborar la redacción y presentación del informe final.

## V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presenta los resultados obtenidos en la investigación, de acuerdo a los objetivos planteados con cuadros y gráficos, los mismos que van acompañado de su respectivo análisis cualitativo.

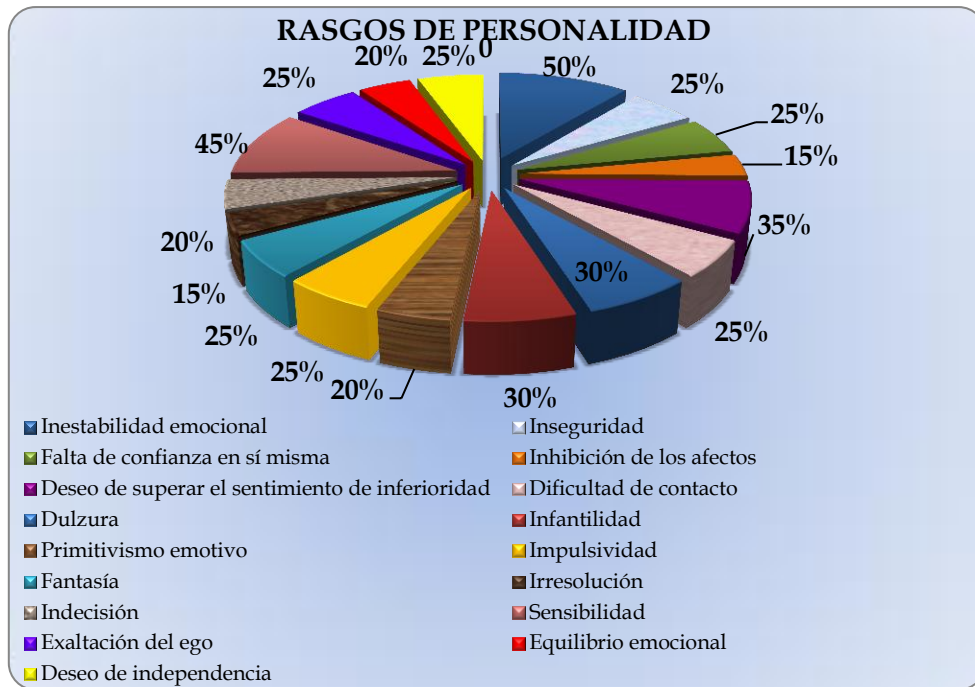
### 5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD DE LAS MADRES SOLTERAS.

CUADRO N° 1

#### RASGOS DE PERSONALIDAD

Rasgos	Frecuencia	Porcentaje
Inestabilidad emocional	10	50%
Inseguridad	5	25%
Falta de confianza en sí misma	5	25%
Inhibición de afectos	3	15%
Deseo de superar el sentimiento de inferioridad	7	35%
Dificultad de contacto	5	25%
Dulzura	6	30%
Infantilidad	6	30%
Primitivismo emotivo	4	20%
Impulsividad	5	25%
Fantasía	5	25%
Irresolución	3	15%
Indecisión	4	20%
Sensibilidad	9	45%
Exaltación del ego	5	25%
Equilibrio emocional	4	20%
Deseo de independencia	5	25%

GRÁFICO N° 1



En el presente cuadro N° 1 se muestra la incidencia sobre los *rasgos de personalidad* de las mujeres madres solteras que se proyectaron a través del dibujo del árbol.

Los rasgos obtenidos después de la corrección de la prueba son los siguientes: *Inestabilidad emocional, inseguridad, falta de confianza en sí misma, inhibición de afectos, deseo de superar el sentimiento de inferioridad, dificultad de contacto, dulzura, infantilidad, primitivismo emotivo, impulsividad, fantasía, irresolución, indecisión, sensibilidad, exaltación del ego, equilibrio emocional, deseo de independendencia.*

Haciendo el análisis respectivo se puede señalar que el 50% de las madres solteras de nuestra población de estudio presentan una personalidad caracterizada por la *inestabilidad emocional*, lo que indica que son mujeres que presentan un estado de ánimo que fluctúa del desánimo al optimismo, se comportan como personas explosivas, se enfadan y pierden el control con facilidad, ante las dificultades suelen

sentirse desesperanzadas, no afrontan sus problemas de forma activa, paradójicamente hay momentos o periodos más o menos largos donde son personas eficaces, que se enfrentan con seguridad a su trabajo o a diversas cuestiones de su vida cotidiana; este contraste es lo que caracteriza esa inestabilidad y hace especialmente complicado que las personas que le rodean, no puedan entender su comportamiento. Normalmente, surgen dificultades familiares o laborales debido a la incomprensión que genera este conflicto, que obstaculiza su vida normal. De la misma manera un 45% de la población estudiada refleja una personalidad caracterizada por la *sensibilidad*, lo cual significa que son personas propensas al llanto fácil, sentirse afectado por momentos difíciles que les puedan suceder, con respuestas emocionales muy intensas que tardan mucho en aliviarse. Las personas de su entorno suelen considerarlos excesivamente pasionales.

Posteriormente se observa que un 35% de las mujeres madres solteras evaluadas, tienen rasgos de personalidad caracterizados por un *deseo de superar el sentimiento de inferioridad*, es decir, que estas mujeres poseen un sentimiento de inferioridad muy evidente, donde la persona se siente constantemente inferior a los demás, esta disposición anímica provoca que no pueda tener la necesaria confianza en sí misma para el desenvolvimiento diario, lo que refuerza este sentimiento, por lo que inconscientemente desean desesperadamente poder superar este conflicto.

De la misma manera se pueden observar otros porcentajes del 30% y 25% de madres solteras, que presentan rasgos de personalidad caracterizados por la infantilidad, inseguridad, falta de confianza en sí mismas, deseo de independencia, dulzura, es decir que su personalidad se caracteriza por ser muchas veces ingenuas, inseguras para realizar determinada tarea o simplemente para motivarse a continuar con su vida diaria, fantasiosas ya que se proponen metas, sueños, ideales muchas veces difíciles de cumplir, afectuosas con la familia y con la crianza de sus hijos, estos indicadores están presentes en las mujeres que formaron parte de nuestra investigación, pero en menor porcentaje.

La influencia para el desarrollo aumento o disminución de estos rasgos dependerá mucho del medio ambiente en el que se desenvuelven, de sus relaciones interpersonales, del nivel sociocultural, de su entorno familiar, de sus amigos, etc.

A manera de síntesis se puede mencionar que la gran mayoría de nuestra muestra presenta una marcada inestabilidad emocional asociadas muchas veces a la falta de confianza en sí mismas ya que muchas de ellas también fueron abandonadas por el padre de sus hijos lo que repercute en su personalidad haciendo de ellas personas inconsistentes en sus relaciones, pero aparte de ello son personas responsables, emprendedoras, con mucho deseo de superación, de sacar adelante a sus hijos y su familia.

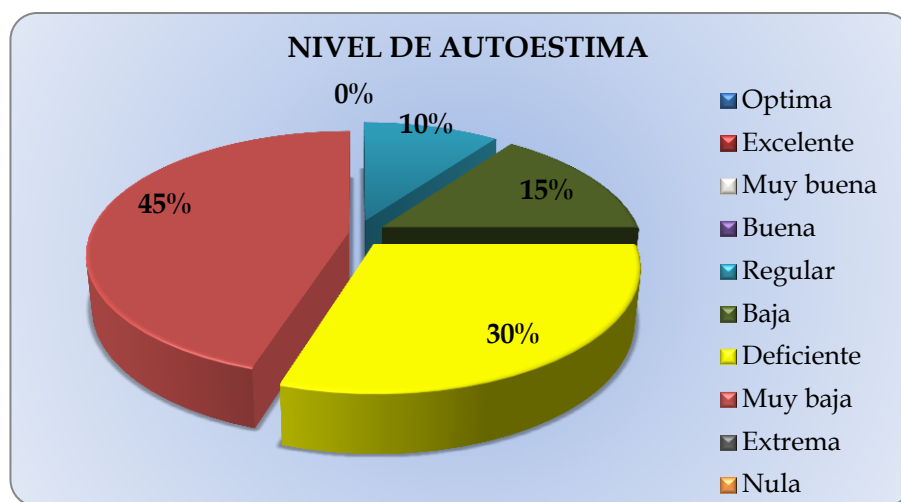
## **5.2 DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA DE LAS MADRES SOLTERAS.**

**CUADRO N° 2**

### **NIVEL DE AUTOESTIMA**

<b>Rango</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Óptima	0	0%
Excelente	0	0%
Muy buena	0	0%
Buena	0	0%
Regular	2	10%
Baja	3	15%
Deficiente	6	30%
Muy baja	9	45%
Extrema	0	0%
Nula	0	0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

GRÁFICO N°2



El cuadro N° 2 refleja los resultados del nivel de autoestima que presentan las madres solteras que fueron parte del trabajo de investigación, de acuerdo a ello se puede mencionar que el 45% de dicha población se encuentra con una autoestima *muy baja*, es decir, que son mujeres que ponen constantemente en tela de juicio sus logros y hasta su capacidad intelectual, que continuamente viven en un estado donde se aumentan los errores y se empequeñecen los logros. Aún más, si cuentan con una autoestima deprimida, donde se ensaña en los puntos débiles, es decir en la zona más vulnerable de cada persona.

De la misma manera el 30% de la población de estudio se encuentra con una autoestima *deficiente*, se observa que son personas que se caracterizan por conductas autodestructivas como: pensar y evocar constantemente sucesos pasados o soñar demasiado con el futuro, desconfianza en sí mismas, se sienten incompletas y vacías; carecen de control sobre su vida, culpan a los demás por lo que sucede, reprimen sus sentimientos y los transforman en resentimientos y en muchos casos, en enfermedad.

Se observa que un 15% de dicha población se encuentra con una autoestima baja, lo que indica que son personas que en la mayoría de los casos aceptan duras críticas sin emitir algún tipo de defensa, niegan cualquier refuerzo positivo, sienten que no

reciben algún aliento y que al contrario serán castigadas en cualquier momento, todo esto como resultado lógico de su poca valía personal, donde se ponen en marcha mecanismos de autodefensa como lo son; la desvirtualización, la desconfianza, la justificación o la desviación.

Por último, se observó que el 10% de las madres solteras que conformaron la presente población de estudio presentan una autoestima regular, lo cual indica que son personas que tienen relativamente una buena valoración de sí mismas, confianza en sus capacidades y potencialidades que les permite desarrollar de manera positiva las distintas actividades y enfrentar sus problemas.

Un dato significativo es que ninguna de ellas presentó niveles de autoestima *buena* o *muy buena*.

En síntesis se puede concluir señalando que la gran mayoría de la población de estudio presentan niveles bajos de autoestima, lo que hace suponer que estas personas de manera indispensable requieren tratamientos psicológicos tendientes a elevar el nivel de autoestima.

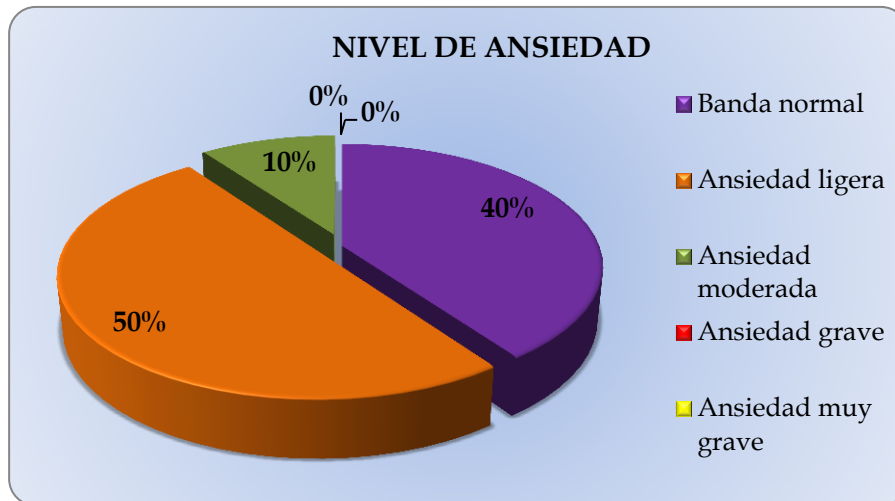
### 5.3. DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN LAS MADRES SOLTERAS.

CUADRO N° 3

#### NIVEL DE ANSIEDAD

Rango	Frecuencia	Porcentaje
Banda normal	8	40%
Ansiedad ligera	10	50%
Ansiedad moderada	2	10%
Ansiedad grave	0	0%
Ansiedad muy grave	0	0%
Total	20	100%

GRAFICO N°3



En el cuadro N°3 se muestra el nivel de ansiedad que presentan las madres solteras de la muestra, donde se puede evidenciar que el porcentaje más alto es de 50% que se refiere a la *ansiedad ligera*, lo que indica que estas mujeres se encuentran en un estado más o menos constante de preocupación, presentan también síntomas de inquietud o impaciencia de mediana intensidad que le dificultan pero no le impiden sus actividades diarias, a pesar de los temores que siente.

De la misma forma se observa que el 40% de la población presenta una *banda normal* de ansiedad, lo que permite deducir que son personas que en lo cotidiano pueden sentirse preocupadas por algún problema en concreto que surge en el ámbito económico, laboral, personal, familiar o preocupaciones por la salud, pero que no intervienen de manera importante en el desenvolvimiento diario de sus actividades.

Por último se puede observar que un 10% de la población estudiada se encuentran con un diagnóstico de *ansiedad moderada*, es decir, que estas mujeres pueden presentar una sensación de preocupación desbordante, ansiedad constante, inquietud, desasosiego, temor indefinido, miedo a perder el control, fatigabilidad, irritabilidad fácil, alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse o tener

siempre la mente en blanco, todos estos síntomas obstaculizan de sobremanera la realización de sus actividades diarias.

Tomando en cuenta que la mayoría de la población de estudio se encuentra viviendo en inferioridad de condiciones y con bajos recursos económicos, debido a la falta o escasa presencia de un trabajo más o menos bien remunerado, no se presentaron niveles de ansiedad *grave* o *muy grave* en estas madres solteras.

A manera de resumen se puede indicar que las mujeres que fueron objeto de estudio, no presentan niveles alarmantes de ansiedad elevada, por el contrario son mujeres que sobrellevan con relativa “normalidad” las diferentes tensiones psíquicas o situaciones ansiosas que han enfrentado frecuentemente en el transcurso de su vida.

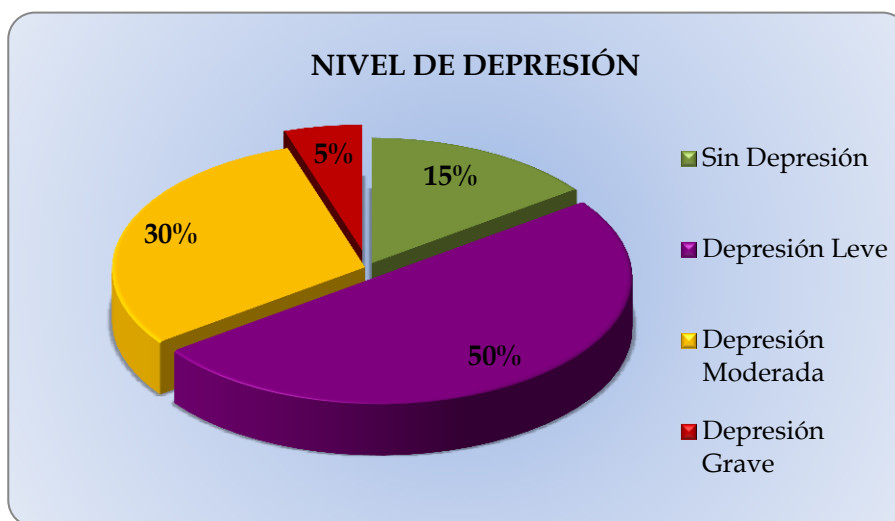
#### 5.4. DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE DEPRESIÓN DE LAS MADRES SOLTERAS.

CUADRO N° 4

##### NIVEL DE DEPRESIÓN

Rango	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	3	15%
Depresión leve	10	50%
Depresión moderada	6	30%
Depresión grave	1	5%
<b>Total</b>	20	100%

GRÁFICO N° 4



De acuerdo al cuadro N°4 que hace referencia al nivel de depresión, se puede observar que el 50% de la población de estudio presentan una *depresión leve*, lo que indica una depresión común y de baja intensidad, que incluye síntomas que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona, como por ejemplo: un estado de ánimo triste, sentimientos de pesimismo y de culpa, despertarse más temprano o dormir mucho, pérdida de peso, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso, inquietud, irritabilidad, todos estos síntomas son observables en el día a día, pero en una intensidad sutil.

De la misma manera el 30% de la población de estudio, se encuentran en el nivel de *depresión moderada*, lo que indica que estas mujeres presentan síntomas de depresión más agudos y más evidentes en su vida, como; dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño, cambios dramáticos en el apetito, fatiga y falta de energía, sentimientos extremos de inutilidad, odio a sí mismo, gran dificultad para concentrarse, agitación, inactividad y retraimiento de las actividades usuales, sentimientos de desesperanza, en estos casos es aconsejable la orientación

profesional correspondiente para mejorar de alguna manera la salud mental de estas mujeres y de esta manera también su calidad de vida.

Posteriormente un porcentaje más bajo reflejado en un 15% de madres solteras indican que se encuentran *sin depresión*, y que se encuentran dentro de los parámetros de lo “normal”, y que llevan adelante su condición de madres solteras sin ningún síntoma.

Finalmente se puede señalar que el 5% de la población de estudio, presenta un nivel de depresión *grave* lo que significa que el estado de ánimo de la persona en la actualidad sufre severos y prolongados sentimientos de tristeza con síntomas que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, pérdida de interés de todo tipo de actividad o diversión, sentimientos de culpa, disminución de energía para arreglarse, asearse, malestares físicos, alteraciones gastrointestinales, disminución del deseo sexual y pensamientos fuertes y recurrentes de suicidio y la mayoría ya no trabajan, dichos síntomas, se encuentran claramente enfatizados y desarrollados en la *depresión grave*; al ser el rango más alto de la depresión, es importante realizar una inmediata intervención psicológica para evitar que este cuadro se pueda agravar aún más.

A manera de resumen se puede decir que la mayoría de las mujeres que fueron parte del presente trabajo de investigación presentan niveles llamativos de depresión, lo cual refleja que las adversidades que implica el ser madre soltera afectan significativamente la salud mental de estas mujeres.

## VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. CONCLUSIONES.-

Después de haber realizado un minucioso análisis e interpretación de la información recabada, se elaboran las debidas conclusiones en base a las diferentes hipótesis planteadas y posteriormente una conclusión haciendo referencia al objetivo general de la presente investigación:

- En relación a la hipótesis de: *“Las madres solteras presentan una personalidad caracterizada por la inestabilidad emocional, inseguridad, falta de confianza en sí misma”*. Se puede concluir que nuestra hipótesis no se confirma, 50% de nuestra población de estudio presenta el rasgo de *inestabilidad emocional* la que se caracteriza por presentar un estado de ánimo que fluctúa del desánimo al optimismo, se enfadan y pierden el control con facilidad; los otros indicadores están presentes pero en un menor porcentaje como es el de *sensibilidad* con un 45% de la muestra, lo que indica que son personas propensas al llanto fácil, sentirse afectados por momentos difíciles que les puedan suceder y un 25% que presentan *falta de confianza en sí mismas*, evidenciando que son mujeres muy inseguras y con tendencia a la baja autoestima.
- Con referencia a la segunda hipótesis que es: *“El nivel de autoestima de las madres solteras es baja”*, se puede concluir que la hipótesis no se confirma porque los niveles de autoestima exceden de lo que es una autoestima baja ya que los porcentajes indican que el 45% de la población estudiada posee una autoestima *muy baja*, el 30% posee una autoestima *deficiente* y sólo un 15% de la población presenta una autoestima *baja*, lo que lleva a pensar que estas mujeres poseen actitudes de tipo *“autodestructivas”* con pensamientos deformados, careciendo muchas veces de control sobre sus vidas y de la falta de confianza en sí mismas.

Así mismo, es preciso mencionar que un 10% de la población estudiada presenta una autoestima regular, lo preocupante de este porcentaje es que si no se refuerza de alguna manera esa autoestima, puede trasladarse a un nivel más bajo.

- En cuanto a la hipótesis “*Las madres solteras presentan un nivel de ansiedad muy grave*”. Se puede concluir que la hipótesis no se confirma porque la mayor parte de la muestra constituye el 45% presenta una ansiedad de tipo *ligera*, lo que indica que estas mujeres se encuentran en un estado más o menos constante de preocupación así como también presentan inquietud o impaciencia. En cuanto al 40% de la población estudiada presentan un nivel de *ansiedad normal* lo que indica que estas madres en lo cotidiano pueden sentir alguna preocupación pero que no afecta de sobre manera su desenvolvimiento diario.

De la misma manera es importante destacar que un 10% de las mujeres evaluadas presentan un nivel de ansiedad moderada manifestando en la mayoría de los casos una sensación de preocupación desbordante, temor indefinido, miedo a perder el control y dificultades para concentrarse lo que puede acarrear graves daños en sus relaciones afectivas y amistosas.

- En lo que concierne a la última hipótesis que es: “*El nivel de depresión que presentan las madres solteras es grave*”, se puede decir de manera general que la hipótesis no se confirma porque de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se evidenció que el 50% de las madres solteras presentan depresión de tipo *leve*, lo que indica sufren una depresión común que incluyen síntomas que no perjudican tanto el bienestar de la persona, así mismo se evidenció que el 40% de la población se encuentra en un nivel de depresión *moderada* con episodios más intensos de melancolía, tristeza, sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y en algunos casos sentimientos

recurrentes de suicidio y finalmente se tiene un 15% de mujeres que se encuentran *sin depresión*.

- Finalmente se concluye el trabajo indicando el objetivo general de este trabajo de investigación: “IDENTIFICAR Y DESCRIBIR LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE SE PRESENTAN EN MADRES SOLTERAS DE 26 A 30 AÑOS DE LA CIUDAD DE TARIJA”, se concluye que se identificó que los tres efectos psicológicos que se manifestaron sobre estas mujeres al ejercer su rol de madres en soltería, son; *depresión leve, autoestima muy baja y ansiedad ligera*, estos tres factores aunque no se presentaron con significativos porcentajes se dirá que si existen y que tienen una repercusión significativa en el diario vivir de estas madres solteras.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

Concluido el tema de investigación “Efectos Psicológicos en Madres Solteras de 26 a 30 Años de la Ciudad de Tarija” se recomienda lo siguiente:

- Se sugiere a las madres solteras que están atravesando por este tipo de conflictos psicológicos y que cuenten con medios económicos para hacerlo, buscar ayuda profesional especializada en tratar este tipo de problemas y de la misma manera aprender habilidades para elevar su autoestima manejo de la ansiedad y pautas para dominar los niveles de depresión.
- Dentro del entorno familiar es muy importante el apoyo hacia la madre soltera para que esta supere los conflictos psicológicos, se sugiere a la familia que considere la disminución de las sobrecargas familiares, la constante recriminación por su estado, el maltrato psicológico a la que son sometidas muchas de ellas y tomar en cuenta que el cariño y la comprensión de los familiares y personas próximas, son decisivos para afrontar y eliminar cualquier tipo de problema.
- Se sugiere que las madres solteras traten de formarse o aprender un oficio que les ayude a minimizar las cargas económicas de los padres y así conseguir mayor autonomía y sobre todo un equilibrio emocional, que les permita llevar una vida normal y tranquila.
- Se sugiere a la carrera de Psicología brinde apoyo psicológico gratuito a este tipo de madres solteras, ya que es una población que muchas veces no tiene acceso, ni recursos económicos para realizarlo de manera particular.
- Se sugiere para próximas investigaciones tomar en cuenta al momento de la toma de pruebas considerar el tiempo y la predisponibilidad para realizar el trabajo de manera más efectiva.

- Se sugiere también a futuros investigadores, indagar sobre cómo estos efectos psicológicos influyen o repercuten en la crianza de los hijos de madres solteras, sobre todo en su crecimiento y desarrollo integral como personas.