



FACULTAD DE PSICOLOGIA Y CIENCIAS SOCIALES

Niveles de depresión en mujeres amas de casa y mujeres
con trabajo remunerado

Estudiante: Lopez, María de los Angeles

Legajo: 24044

Director/es: Nieri, Liliana

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciada en Psicología

2023

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

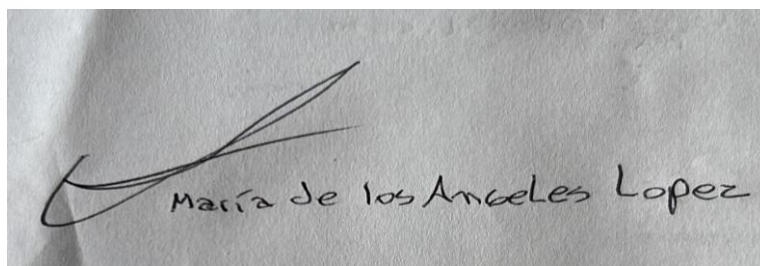
Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha [X]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: C.A.B.A. 12/09/2023



Handwritten signature of María de los Angeles Lopez on a piece of paper.

Firma y aclaración del autor:

Índice

Resumen	2
Delimitación del objeto de estudio	4
Definición del problema.....	5
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Hipótesis	8
Marco teórico	9
Depresión.....	9
Factores de riesgo que inciden en la depresión.....	12
Depresión en mujeres	14
Trabajo no remunerado	18
Antecedentes	23
Método	33
Definición operacional de las variables de estudio	33
Participantes	34
Instrumento	34
Procedimiento	35
Constancia de la utilización del consentimiento informado.....	35
Análisis estadísticos:.....	35
Resultados	36
Discusión	39
Referencias	44
Anexo	54

Niveles de depresión en mujeres amas de casa y mujeres con trabajo remunerado.

Resumen

Tradicionalmente las mujeres desempeñaban tareas del hogar como amas de casa, en los últimos años ha habido un aumento de mujeres en el mercado laboral. Por lo cual, el objetivo principal de la presente investigación es determinar si existen diferencias significativas en los niveles de depresión de: aquellas que tienen trabajo remunerado y aquellas amas de casa en exclusiva (trabajo no remunerado).

Para ello, se utilizó un método de estudio descriptivo correlacional, de diseño no experimental de corte transversal. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de recogida de datos sociodemográficos y el inventario de Depresión de Beck (BDI-2) publicado por primera vez en 1996. Con una muestra conformada por 152 mujeres discriminadas en dos grupos: (94) aquellas que tienen trabajo remunerado y (58) aquellas amas de casa (trabajo no remunerado), con un rango etario de 25 a 55 años, todas ellas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Gran Buenos Aires.

Los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas, lo cual indica que las mujeres amas de casa tienden a tener mayores niveles de depresión que las mujeres con trabajo remunerado. Respecto a las variables sociodemográficas edad, hijos, estado civil y nivel de estudios alcanzados, los datos indican que no existe diferencia significativa.

Palabras claves: depresión, amas de casa, trabajo remunerado, trabajo no remunerado

Abstract

Traditionally, women performed housework, as housewives, in recent years there has been an increase in women in the labor market. Therefore, the main objective of this research is to determine if there are significant differences in the levels of depression of: those who have paid work and those who are housewives exclusively (unpaid work).

For this, a descriptive correlational study method was used, with a non-experimental cross-sectional design. The instruments used were: Questionnaire for the collection of sociodemographic data and the Beck Depression Inventory (BDI-2) published for the first time in 1996. With a sample made up of 152 women discriminated into two groups: (94) those who have paid work and (58) those housewives (unpaid work), with an age range of 25 to 55 years from the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) and Greater Buenos Aires.

The results showed statistically significant differences, indicating that housewives tend to have higher levels of depression than paid women. Regarding the sociodemographic variables age, children, marital status and educational level achieved, the data indicate that there is no significant difference.

Keywords: depression, housewives, paid work, unpaid work

Delimitación del objeto de estudio

En la actualidad, la depresión es reconocida como un problema de salud pública y, la Organización Mundial de la Salud (2023) señala que se caracteriza por la presencia de tristeza, irritabilidad, sensación de vacío, pérdida de interés del mundo, baja autoestima, culpa, problemas somáticos como en el apetito y/o sueño, cansancio, falta de concentración y pensamientos suicidas. En un episodio depresivo la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del placer o del interés por actividades y se diferencia de las variaciones habituales del estado de ánimo. Estos episodios abarcan la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas y pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona (OMS, 2023).

En cuanto a los factores que inciden en el desarrollo de sintomatología depresiva, las variables sociales y estructurales tienen un gran dominio explicativo, siendo las personas de más de 34 años, las que tienen hijos, las casadas o separadas, las de bajo nivel de estudios y en las de empleo manual, las que aumentan la probabilidad de depresión (Matías *et al.* 2006).

Lo cierto es que la depresión es la consecuencia de interacciones complejas entre factores psicológicos, sociales y biológicos (Del Cid, 2021). Se puede decir que habitualmente existe una multicausalidad, siendo frecuente encontrar que a partir de cierta predisposición biológica como la hereditaria, alteraciones hormonales o bioquímicas y, la biográfica, como el estilo de personalidad depresiva, factores de crianza, estructura familiar pueden predisponer a una depresión (Retamal, 1998).

Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, eventos traumáticos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas la padecen, siendo un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. En todo el mundo, más del 10% de las embarazadas y de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan depresión (OMS, 2023).

En este sentido, los factores biológicos, particularmente los relacionados con el funcionamiento de las hormonas reproductivas (estrógenos y progesterona) indican que la tasa de trastornos depresivos en mujeres se produce a la par con el incremento de estas hormonas en la pubertad y tiende a disminuir en la postmenopausia, aunque no se han

logrado evidencias concluyentes (Rutter *et al.*, 2003, citado en Solar, 2005). En la misma línea, algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de una misma familia, lo cual sugiere la existencia de un factor genético que se puede heredar, sin embargo, no todas las personas que tienen una predisposición genética la van a padecer. Aunque es mayor la participación genética en la depresión grave que en la leve, en el trastorno bipolar y en las personas jóvenes, aun así, generalmente se necesita un suceso estresante para precipitarla (San Molina y Marti, 2010).

En cuanto a los factores psicosociales que predisponen la depresión en la mujer, Dio Bleichmar (1992) considera que se engloban en el espíritu mismo del estereotipo de feminidad, que se asocia a los roles emocionales en la mujer en contraposición del hombre, que se asocia al rol instrumental tal como está concebida en nuestra cultura. Los rasgos “femeninos” forman parte de una cultura que limita la participación y desarrollo de la mujer que, junto con otros factores sociales y biológicos, provocan que las mujeres sean las más afectadas por este trastorno mental (Martínez-Herrera, 2007).

Los factores psicosociales son un dato relevante a la hora de establecer las causas de la depresión, si bien la carga genética y la biológica representan un factor predisponente, el contexto social incide en la precipitación del trastorno, por lo cual, la depresión se presenta como una problemática multidimensional que demanda un análisis de la causalidad compleja, sin dejar de lado lo que subyace del padecimiento.

Existen pocos estudios actuales que aborden la temática específica. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es determinar si existen diferencias en los niveles de depresión de: Aquellas mujeres que tienen un trabajo remunerado y aquellas mujeres amas de casa en exclusiva (trabajo no remunerado).

Definición del problema

La depresión se caracteriza por un conjunto de síntomas que dan lugar a un cuadro clínico, este se manifiesta con el predominio recurrente de un estado de tristeza, la pérdida de interés en actividades que antes la persona realizaba gustosamente, culpa, pérdida de autoestima, perturbaciones en el dormir y la alimentación, cansancio y dificultad en la concentración (DSM-V, 2013). Todo esto puede convertirse en algo frecuente y hasta transformarse en algo crónico llegando a afectar el rendimiento laboral, así como el académico, social y familiar resultando un impedimento para encarar la vida cotidiana. Su forma más leve podría ser tratada con psicoterapia, sin embargo, una vez

que tiene el carácter moderado o grave puede necesitar medicamentos y psicoterapia. (OMS, 2023)

Además, la depresión es un trastorno mental común y se estima que en todo el mundo el 5% de los adultos la padecen. Asimismo, es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy significativa a la carga mundial general de morbilidad, inclusive puede llevar al suicidio incrementando esta tasa (OMS, 2023).

En Argentina, 1 de cada 3 personas presenta un problema de salud mental a partir de los 20 años, siendo una de las problemáticas más frecuentes los trastornos del estado de ánimo (12,3%), con mayor frecuencia el episodio Depresivo Mayor (8,7%) y se estima que en Argentina para el 2020 la depresión va a ser uno de los trastornos con mayor presencia en la población en general (UBA APSA OMS MSAL – 2015).

También es sabido que la depresión afecta más a la mujer que al hombre, existen varias teorías respecto a la causa de esta prevalencia (OMS, 2023).

Por otra parte, con la incorporación de la mujer al campo laboral se han creado nuevos estilos de vida, multiplicándose así los roles que desempeña (Adelmann *et al.*, 1994). Por un lado, la mujer que se dedica al hogar, realiza actividades como cuidar a los hijos, atender al marido y hacer la limpieza de la casa, por otro lado, aquella que realiza actividades abocadas al desarrollo y crecimiento laboral exclusivamente y, aquella cuyas actividades laborales son fuera del hogar, quien tiene que cumplir un horario, con las actividades inherentes a su puesto de trabajo y además cumplir con su rol de madre y ama de casa. Esto puede repercutir en su comportamiento y estado de ánimo (Trujano y Aguilar, 2017).

En cuanto a la jornada de trabajo doméstico, se distingue del trabajo formal fuera del hogar por no tener remuneración y una estructuración rígida de las actividades ni de los tiempos que demanda (Andrade, 2001). En términos de Batthyány (2015), el trabajo doméstico incluye una pluralidad de actividades tales como: limpieza del hogar, adquisición y preparación de alimentos, lavado y cuidado de la ropa, entre otras. A su vez, implica tareas de gestión fuera del hogar como realizar compras o gestionar trámites. Además, consiste en un trabajo de cuidados, este implica la atención cotidiana de personas dependientes, asistiendo en actividades como la educación, alimentación, vestimenta, aseo y el cuidado personal. Aquí se hace referencia a las poblaciones con mayor demanda de cuidados: niños/as, adultos/as mayores y personas con discapacidad.

En relación al proceso de salud enfermedad Andrade (2001) considera que muchas veces resulta difícil mostrar la relevancia que tiene el trabajo doméstico en ello, pues

al asumirse como parte de la identidad del ser mujer, como si hubiera una capacitación de nacimiento y además ser una expresión de amor, no reconocen que es resultado de un esfuerzo y lo consideran poco importante en la generación de enfermedades o malestares. En apariencia, en muchas mujeres que asumen el trabajo doméstico como opción personal, equivale a no salir a trabajar (Andrade, 2001).

Por otra parte, distintas investigaciones han mostrado que las mujeres que trabajan perciben el empleo como gratificante, esto constituye una diferencia en la incidencia de depresión, ya que un trabajo gratificante puede ayudar a disminuir el riesgo de la mujer a deprimirse, aunque solo si ella ha elegido trabajar, más que sentirse forzada a hacerlo por presiones económicas (Bebbington *et al.*, 1998).

La relevancia que tiene esta investigación es conocer si la depresión varía según la situación laboral de la mujer. Existen pocas investigaciones actuales que aborden la problemática específica, por lo cual, contribuirá al fortalecimiento de la línea de estudio.

En resumen, el interés de la presente investigación es conocer si las mujeres amas de casa (trabajo no remunerado) tienen mayores niveles de depresión que las mujeres que tienen trabajo remunerado. Asimismo, se busca identificar factores de riesgo psicosociales que favorezcan al desarrollo de la depresión en mujeres.

Es por ello, que este trabajo tiene como objetivo conocer las diferencias en los niveles de depresión en ambos grupos de mujeres: 1) con trabajo remunerado y 2) amas de casa, para dar cuenta si existen diferencias significativas. Guiado por la pregunta: ¿Las mujeres amas de casa tienen mayor incidencia de depresión que las mujeres que trabajan fuera de la casa y obtienen una remuneración por ello?

Objetivo general

Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de depresión de:
Aquellas que tienen trabajo remunerado y aquellas amas de casa (trabajo no remunerado)

Objetivos específicos

1. Describir los niveles de depresión en mujeres que tienen un trabajo remunerado y aquellas mujeres amas de casa (trabajo no remunerado)
2. Analizar si existe diferencia en los niveles de depresión de las amas de casa según variables sociodemográficas (si tienen hijos, estado civil, niveles de estudio alcanzados, edad.)

Hipótesis

1. El grupo de mujeres amas de casa tendrá mayores niveles de depresión que las mujeres con trabajo remunerado.
2. Las mujeres amas de casa que están separadas presentan mayores niveles de depresión que las que están en pareja.
3. Las mujeres que tienen hijos presentan mayores niveles de depresión que las que no tienen hijos.
4. Las mujeres de mayor edad presentan niveles de depresión mayores al compararlas con las de menor edad.
5. Las mujeres sin estudio o con bajo nivel de estudios alcanzados presentan mayores niveles de depresión que las que tienen niveles de estudios altos.

Marco teórico

Depresión

La depresión a lo largo de la historia ha tenido, tres nombres primordiales, melancolía, acedia y depresión, que representan una misma realidad: el abatimiento, la postración, el hundimiento, la distonía, la declinación a la lobreteza vital y a la muerte (Baztán, 2016).

El origen del término acedia fue utilizado por autores griegos como Homero (Iliada 1,145), Esquilo (Agamenón, 699), entre otros (citado en Rivas, 2011) y la describen como: la privación del cuidado por la sepultura del otro, o ausencia del duelo. La renuncia al trabajo del duelo es tomada por los griegos como un signo de desánimo en el hombre, como una duda dramática acerca de su verdadera identidad, como una angustia manifiesta acerca de sus orígenes, su emergencia, su naturaleza, sus ambiciones y su destino. (Rivas, 2011, p.5)

El concepto Acedia posee varios matices difícilmente traducibles con un solo término, es entendido como aburrimiento, torpeza, pereza, hastío, laxitud, abatimiento, languidez, flaqueza, dejadez, indolencia, etc., incluso, provoca malestares físicos como dolores de cabeza o estómago (Rivas, 2011).

Por su parte, Freud en su obra Duelo y Melancolía, proponía una conceptualización de la depresión como una patología similar al duelo, en donde muchos de sus síntomas se asemejan, excepto por el rebajamiento en el sentimiento hacia sí mismo, señala a la pérdida o el abandono del objeto amado como causa psicógena de lo depresivo y postula que la melancolía:

Se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. (Freud,1915, p.242)

Sin embargo, el término depresión hace su aparición en la psiquiatría moderna con Emil Kraepelin que la diferenció como un polo de la psicosis maníaco depresiva y describe como signos esenciales la tristeza y las dificultades, enlentecimiento del pensar y el actuar, caracterizados estos síntomas por la desesperanza, pérdida de interés por las cosas, el desencanto y el deseo de acabar con la existencia (citado en León *et al.*, 2021).

Por su parte, Adolf Meyer fue quien planteó eliminar absolutamente el término melancolía y sustituirlo por el de depresión (citado en Korman, 2011).

En la actualidad, la depresión es reconocida como un problema de salud pública, y la Organización Mundial de la Salud (2023) señala que se caracteriza por la presencia de tristeza, irritabilidad, sensación de vacío, pérdida de interés del mundo, baja autoestima, culpa, problemas somáticos como en el apetito y/o sueño, cansancio, falta de concentración y pensamientos suicidas. Además, considera que es un trastorno mental común y se estima que en el mundo el 5% de los adultos la padecen, siendo la principal causa mundial de discapacidad, afectando en mayor medida a la mujer que al hombre (OMS, 2023).

A menudo, el término depresión es utilizado para referirse a períodos transitorios de tristeza o desánimo tras experimentar la pérdida de un ser querido, de la salud, de pertenencias personales, tras la frustración de expectativas anheladas, o ante problemas cotidianos (Mingotee, 2009). Sin embargo, en psicopatología las depresiones son trastornos mentales con síntomas y signos característicos, aunque no específicos, de suficiente intensidad y duración como para dañar el funcionamiento y la calidad de vida de la persona afectada.

En este sentido, para hablar de un episodio depresivo mayor se deben cumplir ciertos criterios diagnósticos, estos son: la presencia de cinco (o más) síntomas que han estado presentes durante un período de dos semanas, donde la persona cambia respecto al funcionamiento anterior del padecimiento; siquiera uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer, acompañado por problemas para comer y dormir, sentimientos de culpa, poca energía, dificultad para concentrarse y pensamientos en torno a la muerte (DSM-V, 2013).

De este modo, el término médico depresión refiere a un conjunto de síntomas que tienen una presentación cercana y caracterizan al cuadro patológico, este síndrome constituye el núcleo principal de este trastorno alterando el área afectiva del sujeto y, puede llegar a teñir todas las esferas de la vida disminuyendo el rendimiento en el trabajo y/o la actividad vital cotidiana. Además, puede estar acompañada de afecciones de tipo somáticas y/o cognitivas.

Desde la clínica médica, el vocablo depresión se utiliza en tres direcciones: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede escoltar a otros trastornos psíquicos, como el trastorno de angustia; como síndrome reúne unos procesos distinguidos por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida de la vitalidad y como

enfermedad, se examina como un trastorno de origen biológico en el que puede determinarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico (Vallejo Ruiloba, 2011). La tristeza vital y profunda que cubre al sujeto hasta afectar a todas las áreas de sus relaciones intra e interpersonales constituye el eje afectivo de la depresión. Así pues, la depresión desde la clínica agrupa cinco amplias áreas: “afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos que se describen en el siguiente cuadro”. (Vallejo Ruiloba, 2011, p.625)

Afectividad	Tristeza-apatía-ansiedad-anhedonia total o parcial – anestesia afectiva (15%)
Pensamiento - cognición	Enlentecimiento – monotemático negativo – pérdida de autoestima – desesperanza (ideas suicidas) – ideas (culpa, ruina, hipocondría)- déficit de concentración y atención
Conducta	Abandono personal – hipotonía general – inhibición/agitación- aislamiento – llanto – intentos de suicidio
Ritmos biológicos (melancolías)	Inicio en primavera/otoño – mejoría vespertina – Despertar precoz
Trastornos somáticos	Anorexia - pérdida de peso – Insomnio/hipersomnia – trastornos digestivos – estreñimiento – algias – astenia – disfunciones sexuales

Nota. Adaptado de *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (p.625), por Vallejo Ruiloba, 2011, Elsevier.

Existen diferentes maneras de pensar la depresión, desde un enfoque clínico, puede ser definida como un trastorno de la personalidad de carácter afectivo, cognitivo y comportamental, desde la perspectiva conductual, se entiende la depresión como la consecuencia de la falta de refuerzo o de la no contingencia entre conducta y refuerzo, en tanto, la teoría cognitiva concibe la depresión como el resultado de pensamientos inadecuados, en otras palabras, el individuo distorsiona la realidad de forma negativa (Álvaro *et al.*, 2010). Asimismo, plantea que el trastorno depresivo surge en aquellos sujetos que poseen una visión errónea y deformada de la realidad, o sea, hay en los cimientos de la depresión una distorsión cognitiva, por la cual, se realiza siempre una

interpretación negativa sobre el yo, sobre el mundo y sobre el futuro (Beck, 1976 citado en Ramos, 2005). Además, enfatiza el potencial que tienen los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodea. Para Beck (2005) estas distorsiones parten de tres patrones cognitivos principales que denominó triada cognitiva, estos inducen a la persona a valorarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo peculiar. La visión negativa del paciente acerca de sí mismo es el primer componente de la tríada cognitiva: el sujeto se siente desdichado, poco asertivo, lento, sin valor, tiende a endilgar lo malo que le sucede a un defecto propio y se resta valor por pensar que no tiene las cualidades necesarias para lograr la felicidad (Beck, 2005).

En cuanto a la tendencia de las personas deprimidas a interpretar sus experiencias de manera desfavorable es el segundo elemento de la triada cognitiva, como si el mundo les impusiera demandas exageradas u obstáculos infranqueables para lograr sus objetivos. Entiende sus interacciones con el mundo en términos de derrota o frustración, aun cuando pudieran hacerse otras interpretaciones alternativas más verosímiles. Por último, la visión negativa acerca del futuro es el tercer componente de la triada cognitiva y consiste en la anticipación de dificultades, sufrimientos, penas, frustraciones, privaciones que no tienen fin. De tal forma, que las personas depresivas tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida (Beck, 2002).

En relación todo lo mencionado anteriormente, la depresión no es un problema de debilidad emocional, de falta de voluntad y de falta de poner de su parte (Rivas Nieto y de Lili, 1997), sino que es la manera de pensar de la persona lo que contribuye a crear y mantener un estado depresivo (Álvaro *et al.*, 2010).

La presente investigación se fundamenta sobre la base de esta teoría.

Factores de riesgo que inciden en la depresión

Se ha propuesto una variedad de factores de riesgo cuya relevancia causal pareciera ser endeble, entre ellos se encuentran los factores sociodemográficos, que incluyen la clase social baja, residencia urbana, separación o divorcio, escaso soporte social y pertenencia a las generaciones más próximas (Fava, 2002).

En el campo de la epidemiología psiquiátrica se ha reconocido una lista sustancial de factores de riesgo, entre otros, se nombran cuatro por su preponderancia en virtud del grado de asociación con el trastorno depresivo mayor y, la cantidad de evidencia que sugiere que parte de la asociación es de hecho causal, estos son: género, eventos estresantes de la vida, experiencias adversas en la infancia y algunos rasgos de

personalidad (Fava y Kendler, 2000; Silva, 2002). En cuanto a los rasgos de personalidad, el neuroticismo es un rasgo estable que refleja la predisposición a desarrollar trastornos emocionales bajo estrés (Fava y Kendler, 2000).

Una vasta pluralidad de adversidades ambientales, como la pérdida del trabajo, los problemas maritales y la pérdida de vínculos cercanos, se asocian con un aumento importante de riesgo para desarrollar una depresión (Kessler, 1997). Asimismo, la aparición de una enfermedad física puede provocar sentimientos de baja autoestima y falta de confianza, lo que puede predisponer al trastorno, enfermedades tales como Parkinson, autoinmunes, cáncer, enfermedades hormonales, diabetes, entre otras, frecuentemente se acompañan de depresión (San Molina, 2010).

Meng *et al.* (2017) en un estudio poblacional longitudinal a gran escala, examinó las modificaciones de los factores de riesgo sobre la incidencia de la depresión durante 4 años de seguimiento. Estos factores fueron: ser adulto joven, mujer, viuda, separada o divorciada, caucásica, pobre, bebedor ocasional, tener antecedentes familiares de problemas de salud mental, tener menos educación y vivir en áreas con tasas de desempleo más altas y proporciones más altas de minorías visibles, todas se asociaron consistentemente con un mayor riesgo de incidentes de trastorno depresivo mayor.

En cuanto a los factores psicológicos se señala la incapacidad del individuo para encontrar un sentido a la vida, así como la existencia de esquemas cognitivos que conducen a una lectura distorsionada de la realidad, partiendo de una serie de creencias erróneas, siempre de carácter negativo (Machado, 2016).

Respecto al factor género, existen hallazgos consistentes en la investigación sobre el trastorno depresivo, que dan cuenta de una mayor probabilidad de presentación del trastorno en las mujeres que en los hombres (OMS, 2023). Esta disparidad por sexo aparece en el inicio de la adolescencia, alcanzando una razón de 2 a 1 en la adolescencia media y persiste al menos hasta al final de la etapa adulta (Hankin, 2001; Kessler, 2003, citado en Veytia López *et al.*, 2012).

Otro factor importante al que se ha brindado particular atención es el papel que juega la exposición a diversos factores estresantes, los cuales tienen un impacto negativo en el bienestar psicológico de las personas, inclinando la balanza a padecer cuadros depresivos o mismo son la causa directa. Estos factores pueden sobrevenir en etapas tempranas de la vida, colocando a la persona en un lugar de vulnerabilidad a padecer cuadros depresivos en la edad adulta o presentarse en los 12 meses previos a la aparición del trastorno (Bradley *et al.*, 2008, Danese *et al.*, 2008).

En este sentido, se asocia la depresión a una baja tolerancia al estrés, parece ser un factor sustancial para desencadenar la depresión, desde la perspectiva biomédica puede activar las catecolaminas y los glucocorticoides adrenales que producen alteraciones en el cuerpo (Curto, 2011).

Algunos tipos de depresión pueden afectar a integrantes de una misma familia, lo cual sugiere la existencia de un factor genético que se podría heredar, sin embargo, no todas las personas que tienen una predisposición genética van a desarrollar una depresión. No obstante, “es mayor la participación genética en la depresión grave que en la leve, en el trastorno bipolar y en las personas jóvenes, aun así, generalmente se necesita un suceso estresante para precipitarla” (San Molina y Martí, 2010, p. 17).

De acuerdo a lo anterior, un dato relevante a la hora de establecer las causas de la depresión son los factores psicosociales, si bien la carga genética representa un factor predisponente, el ambiente social participa como desencadenante del trastorno, por lo que la depresión se establece como una problemática multidimensional que demanda un análisis integral del sujeto, sin dejar de lado lo que subyace del padecimiento.

Depresión en mujeres

En cuanto a la depresión en las mujeres, algunos factores entre ellos la edad, el nivel ocupacional, el número y edad de los hijos, el estado civil, las situaciones de duelo (en especial la pérdida de la madre o de un hijo), la violencia de género, son algunos de los considerados con más frecuencia riesgosos para la salud mental femenina (Burin, 2012). Otros factores han resultado ser controvertidos, como si el pertenecer a un sector socioeconómico bajo constituyera un factor de riesgo para las mujeres (Burin, 2012).

La clínica ha tenido diferentes formas para explicar la depresión en la mujer, estas son la depresión premenstrual, la depresión postparto, la menopausia, el síndrome del nido vacío, incluso la depresión del ama de casa (Duval *et al.*, 2010).

En relación a ello, la mujer se mueve en un clima hormonal que no pasa desapercibido en su equilibrio psicológico, por lo que es comprensible que las modificaciones o desajustes hormonales, especialmente de las hormonas sexuales, en el curso del ciclo de la vida hormonal de la mujer, tengan efectos en la regulación de los procesos implicados en el humor, la cognición y el comportamiento. En tal sentido, la vida reproductiva de la mujer, que comprende al período premenstrual, del embarazo y del postparto, inclusive de la menopausia está asociado al aumento en la prevalencia de los trastornos tímicos, estos son períodos sensibles (o vulnerables) a la depresión. Las

hormonas tienen en la mujer un papel que representa una fuente de vulnerabilidad biológica (Duval *et al.*,2010). Se estima que entre el 10 al 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, presentan depresión durante el embarazo o el puerperio (OPS, 2023).

De igual modo, Pastorino (s/f) coincide en que las mujeres tienen una particular y mayor susceptibilidad a los trastornos depresivos durante la edad reproductiva, siendo esta entre los 15 y 44 años de edad, aunque, no solo se debe a la mayor vulnerabilidad o riesgos biológicos, sino a una serie de desigualdades de salud que tienen que ver entre otros, con el papel del género.

En cuanto al síndrome del nido vacío, se considera que afecta especialmente a la madre tradicional, quien se ha dedicado casi por completo al cuidado de sus hijos y cuya identidad, sueños y autoestima están estrechamente relacionados con el papel de madre que desempeña, quienes experimentan un profundo sentimiento de pérdida que podría hacerlos más sensibles a la depresión (Luna, 2016).

Por otro lado, los factores psicosociales parecen afectar a las mujeres de distintas maneras haciéndolas más vulnerables, la mujer se enfrenta a más factores psicosociales derivados de la doble jornada de trabajo (empleo y trabajo no remunerado) que las afectan de manera específica, como el estrés derivado del embarazo (más aún si es no buscado), el parto, la crianza de los hijos, inequidad en la relación de pareja (dependencia económica, obediencia al esposo); en el caso de ruptura de pareja por lo general le corresponde quedarse con los hijos, muchas veces sin sustento económico (Machado, 2016). Particularmente entre las mujeres, la presencia de trastorno depresivo está relacionada con la falta de pareja, desventajas económicas; por ejemplo, ingresos familiares bajos, pertenecer a una familia extendida numerosa y desempeñar el rol social de cabeza de familia, lo que implica una mayor responsabilidad (Berenzon y Medina, 2005).

En relación a los factores de riesgo psicosocial, la Doble presencia, que refiere a la jornada extensa de trabajo que implica el trabajo doméstico y el trabajo extradoméstico, es uno de los factores de riesgo más estudiados en las últimas décadas (Güilgüiruca Retamal *et al.*, 2015), y que afecta en mayor medida a la salud laboral de las mujeres, ya que ellas poseen el rol de cuidadoras y hacedoras del hogar, siendo los síntomas más frecuentes el estrés, la ansiedad y la depresión. (Sorbara *et al.*, 2021; Lopez *et al.*, 2018; Güilgüiruca Retamal *et al.*, 2015; Moreno *et al.*, 2010; Estevan Reina *et al.* 2014; Torns *et al.*,2002; García Cuesta, 2008)

Sin embargo, trabajar fuera del hogar, aunque implique una doble jornada de trabajo, ha cambiado la calidad de vida de muchas mujeres, debido a que en muchos casos pueden aumentar sus redes sociales, así como su estatus social con la posibilidad de desarrollo profesional y personal (Trujano, 2017; Cubillos y Monreal, 2019), mejoran su autoestima y sufren menos depresión que las amas de casa en exclusiva (Hochschild, 2021). No obstante, un importante factor para la salud tanto de la empleada como del ama de casa en exclusiva, lo constituyen sus condiciones de trabajo (en casa y en el empleo). (Izquierdo, 2000)

Por otra parte, Curto (2011) reflexiona que aquellas depresiones menos graves definidas por los clínicos como neuróticas, que tienen mayor componente social, son las que afectan en mayor porcentaje a las mujeres, mientras que, en aquellas depresiones más graves, con un componente genético importante, no son tan evidentes la disparidad entre los sexos.

En relación a la depresión de las amas de casa, Buenaventura (1988) considera que la depresión emergente de los roles conservadores de madre, esposa y ama de casa y, que se caracteriza por un conjunto de síntomas como el abatimiento, tristeza, desesperación persistente, juntamente a pensamientos de desvalorización, culpa, desamparo, ansiedad, llanto, pérdida de interés por cualquier tipo de actividad cotidiana, trastornos vegetativos acompañadas ocasionalmente por un trastorno psicossomático. (citado en Curto, 2014)

Resulta importante hacer una distinción en relación a la ama de casa, ya que Bethencourt y Matud (2000) dan cuenta de dos patrones: el de las amas de casa con salud, que se distingue por su elevada autoestima, satisfacción con su rol de ama de casa, que cuentan con apoyo social y cuyas estrategias de afrontamiento del estrés no se dirigen hacia la emoción y, el patrón opuesto, que sería el de las amas de casa con problemas de ansiedad, depresión y sintomatología somática.

En este sentido, la distribución inequitativa de las tareas del hogar contribuye al hecho de que muchas mujeres desempeñen múltiples roles, sin recibir apoyo de los demás miembros de la familia, en especial de la pareja, lo que puede generar fuentes de estrés y depresión (Lazarich y Mora, 2008, citado en Trujano y Aguilar, 2017), por lo que el apoyo social alto constituye un factor protector sobre el riesgo de padecer depresión en mujeres con múltiples roles (Gómez, *et al.*, 2015).

En razón a todas aquellas características que implican las tareas domésticas, cabe hacer una mención, ya que con frecuencia se utiliza de forma indistinta los términos

trabajo y empleo como referencia a una misma actividad, al expresar: “no tener trabajo” en realidad se hace alusión a la falta de empleo, este comprende una actividad económicamente remunerada y extra doméstica. Es interesante como en censos o encuestas se considera al ama de casa, desde esta perspectiva centrada en el empleo, como inactiva, lo cual reafirma la idea propuesta respecto a la falta de reconocimiento social y económico del trabajo de las amas de casa (Aguirre, 2009).

En cuanto a la inclinación de la mujer para desarrollar una depresión, Dio Bleichmar (1992) en una recopilación de estadísticas disponibles en España, realiza una revisión de los factores predisponentes de orden psicosocial y, examina la superposición existente entre los factores dinámicos que balizan el camino a la depresión y las condiciones de estructuración de la subjetividad femenina. De este modo, plantea que los acontecimientos biográficos significativos para el desencadenamiento de una depresión son la muerte de la madre durante la infancia, situaciones de aislamiento social (migración, exilio, mudanza), tener más de dos hijos pequeños a su cuidado y la carencia de una red de apoyo (Dio Bleichmar, 1992). No hay duda de que estos factores tienen una gran relevancia, pero no son suficientes para explicar las razones invocadas por las mismas mujeres para explicar su malestar, que por lo general se relacionan a experiencias cotidianas de la vida corriente (Dio Bleichmar, 1992). En este sentido, algunas mujeres del campo de salud mental vienen sosteniendo, que los factores psicosociales que conducen a la depresión están englobados en el espíritu mismo del estereotipo de feminidad tal como está concebida en nuestra cultura, que se asocia a los roles emocionales en contraposición del hombre que se asocia al rol instrumental (Dio Bleichmar, 1992).

Históricamente el trabajo doméstico ha sido vinculado al rol del ama de casa como figura característica del espacio del hogar y enmarcadas dentro de relaciones de la maternidad y la conyugalidad (Vega, 2007). La mujer que se ocupa de las tareas del hogar o trabajo doméstico es considerada ama de casa (Durán, 1988, citado en Curto, 2014).

En relación a ello, se ha estudiado cómo los roles asignados a las mujeres promueven el bajo reconocimiento social y la baja autoestima, es así, que el estereotipo de la feminidad representa esencialmente cualquier falta de ambición y confianza en sí mismo (Curto, 2014; Lara, 1991). Todos estos rasgos de feminidad se enlazan en el imaginario social que ha llevado a la determinación de que el trabajo de cuidados es exclusivo de las mujeres. Si bien han ido ingresando al mercado laboral, aun así,

continuaron enfrentándose a enormes obstáculos en términos de reconocimiento. Estos roles aprendidos son responsables de que las mujeres experimenten estrés crónico, peor salud mental y depresión (Curto, 2014; Lara, 1991).

A propósito de estos roles, Brazelton (1996) considera que las mujeres que adoptan roles masculinos, tales como trabajar fuera de casa y ser abastecedoras, presentan niveles más bajos de depresión, aunque mayor estrés, y de manera opuesta, aquellas mujeres con una feminidad acentuada, es decir, que se dedican más a las labores propias del hogar, presentan menor nivel de estrés, pero mayor depresión (citado en Garay López y Farfán; García, 2007).

En tal sentido, Friedan (1963) plantea que la mujer que ha quedado relegada al ámbito doméstico y al cuidado, cumpliendo con el modelo de “mujer y madre perfecta” asociado a la felicidad y a la realización personal tiene, sin embargo, un gran efecto en el malestar psicológico, ya que estas padecían a menudo una profunda tristeza que, lejos de solucionarse en la consulta psiquiátrica, precisaban un proceso subjetivo que rompa con el modelo de feminidad propuesto en la época (i Llombart *et al.*, 2020). Existen numerosos estudios de género, abordados desde la psicología y psiquiatría que relacionan la mayor morbilidad psíquica de la mujer a la situación de sometimiento e inferioridad en que vive y, todos concuerdan en que los roles de género producen mayor depresión en las mujeres (Matud *et al.*, 2002; Montero *et al.*, 2004; Curto *et al.*, 2011; Matias y Matud, 2006). Se ha planteado que la mayor vulnerabilidad a la depresión del género femenino, deviene de los condicionantes generados por su menor estatus social y poder, así como de la interiorización de las expectativas ligadas a los roles femeninos tradicionales (Matias y Matud, 2006).

A razón de todo lo expuesto en esta investigación, se abordará a la depresión como un problema psicológico y social, caracterizado por un sentimiento de malestar afectivo y físico, dado que se trata de un problema social porque es el contexto del individuo donde dicha experiencia cobra sentido y psicológico, porque es la persona quien la padece (Álvaro *et al.*, 2010).

Trabajo no remunerado

Al trabajo que se encuentra fuera del mercado laboral y que se realiza en los hogares, se lo ha nombrado de diversas maneras: “trabajo doméstico no remunerado, trabajo de cuidado, trabajo reproductivo, trabajo doméstico y de cuidados, trabajo de cuidados” (Sandoval-Carvajal y Cordero, 2022), economía del cuidado para la Comisión

Económica para América Latina (CEPAL, 2011), trabajo reproductivo y trabajo por amor (Vega Montiel, 2007), lo cierto es que, indistintamente el término que se utilice, todos ellos versan sobre la invisibilidad del trabajo, como aquel que no se ve (Vega Montiel, 2007).

En cuanto a la jornada de trabajo doméstico no remunerado, se distingue del trabajo formal fuera del hogar por no tener una estructuración rígida de las actividades ni de tiempos que demandan, se puede decir, que se caracteriza por tres aspectos fundamentales el primero, porque representa un trabajo continuo ya que se realiza todos los días y noches, durante toda la vida el segundo, por ser complejo, porque muestra una trama atravesada por tareas de diferente orden que deben realizarse simultáneamente y muchas de ellas de manera imprevista y, la tercer característica es su heterogeneidad, porque las actividades simples y complejas están enlazadas por los afectos (Andrade, 2001).

En palabras de Andrade (2001) son cuatro los tipos de tareas según sus características y se agrupan en las tareas de: 1) de reproducción aquellas que derivan directamente de la maternidad, 2) de ejecución, vinculados a servicios y bienes que demandan tiempo y esfuerzo físico, y que el sentido común entiende como trabajo doméstico, 3) de gestión, concernientes a trámites en instituciones, pagos, etc. y que en ocasiones son especialmente complejos. Se puede decir de forma amplia que las tareas ejecutadas en su mayoría se caracterizan por ser rutinarias, de todos los días e indispensables para la vida cotidiana e implican alto compromiso, especialmente de las mujeres (Batthyány *et al.*, 2015).

Por su parte, Batthyány (2015) plantea que el trabajo no remunerado exhibe cuatro componentes: trabajo doméstico, de cuidados, voluntario y trabajo para otros hogares. En relación al trabajo doméstico, incluye una pluralidad de actividades tales como: limpieza del hogar, adquisición y preparación de alimentos, lavado y cuidado de la ropa, entre otras. Además, implica tareas de gestión fuera del hogar como realizar compras o gestionar trámites. En cuanto al trabajo de cuidados, entrama una variedad de tareas que consisten en la atención cotidiana de personas dependientes, asistir en actividades como la educación, alimentación, vestimenta, aseo y el cuidado personal. Aquí se hace referencia a las poblaciones con mayor demanda de cuidados: niños/as, adultos/as mayores y personas con discapacidad. El tercer elemento es el trabajo no remunerado que se hace para otros hogares sin recibir retribución económica a cambio, que se cumplen en el marco de redes de familiares o personas de la comunidad. Finalmente, el

trabajo voluntario destinado a la comunidad a través de una organización sin fines de lucro, club barrial, entre otros (Batthyány, 2015).

Históricamente el trabajo doméstico ha sido vinculado al rol del ama de casa como figura característica del espacio del hogar y enmarcadas dentro de relaciones de la maternidad y la conyugalidad (Vega, 2007). Además, no reciben ningún tipo de remuneración económica debido a que el intercambio de bienes y servicios se encuentra fuera de la esfera mercantil. Otro elemento a resaltar es la jornada inacabable, pues no existe una regulación sobre el tiempo que se dedica a ello, el mismo va a depender de las necesidades de los miembros del hogar; de tal modo, que implica una variedad innumerable de tareas ya que no cuenta con una definición concreta de ellas, donde se puede distinguir:

administración de recursos y del consumo, cuidado y socialización de los niños, limpiar, cocinar, planchar, coser, atender a enfermos y ancianos, transportar a los miembros de la unidad familiar a recibir servicios educativos, recreativo y de salud, reparar y dar mantenimiento al espacio doméstico, cuidar del jardín y de los animales. (Vega, 2007, pp. 180-181)

A razón de ello, se puede pensar que la ama de casa se caracteriza por su disponibilidad constante para los miembros de la familia, lo cual hace que los límites entre el tiempo de ocio y trabajo doméstico sean confusos (Vega, 2007).

Durán (2000) por su parte, refiere a un significado más delimitado al afirmar que “el trabajo doméstico es el realizado por mujeres, dentro de la casa, sin percibir remuneración por ello, y con exclusividad para sus familiares” (p. 61).

Vega (2007) delimita el trabajo doméstico como el conjunto de actividades que se realizan en el ámbito hogareño y que tiene como fin satisfacer las necesidades de los miembros del hogar, su función es elevar la calidad de vida de los sujetos atendiendo el consumo individual, asegurando la reproducción y reposición de la fuerza de trabajo, asimismo, se caracteriza por su condición de obligatorio y gratuito.

En relación a ello, a pesar de la importancia de las innumerables tareas que debe ejecutar la ama de casa en beneficio del cuidado y desarrollo de otros, se puede decir que, llamativamente la invisibilidad del trabajo doméstico relacionado al proceso salud-enfermedad muchas veces, se debe a que la mujer amas de casa al asumir las tareas del hogar como parte de la identidad femenina, como si fuese innato en ella y además una expresión de amor, no examina que es resultado de un esfuerzo por lo que no se considera como relevante en la generación de enfermedad o malestar (Andrade, 2001).

Lo cierto, es que existen estudios que describen el trabajo de ama de casa como una actividad que propicia una subjetividad vulnerable, proclive a padecer estados depresivos (Santos, 1995 citado en Curto, 2014). Esto tiene que ver con que las tareas dentro del hogar, la procreación, la crianza y la educación de los hijos socialmente no son consideradas trabajo, sino más bien, de carácter natural, como una cooperación al mantenimiento del núcleo familiar (Santos, 1995, citado en Curto, 2014).

Además, son varios los artículos e investigaciones que exponen que las mujeres con trabajo no remunerado tienen un nivel más alto de depresión, al compararlas con aquéllas que tienen trabajo remunerado (Cantu, 2018; Garay, 2007; Lara, 1999; Lara, 2004; Trujano, 2021).

Se ha dado cuenta de muchos de los factores y características que engloban el trabajo doméstico que tienen gran relevancia en la incidencia de depresión en las mujeres amas de casa (Andrade, 2001; Batthyány, 2015; Vega, 2007; Santos, 1995, citado en Curto, 2014). Por el contrario, existen estudios con el interés de conocer aquellos factores protectores de la salud mental y física de las mujeres, mediante la observación de las correlaciones entre la salud física y la mental, el desequilibrio, el esfuerzo y la recompensa; el distrés, la autoeficacia, la autoestima y la integración familiar. Los resultados dan cuenta que las mujeres profesionales (trabajo remunerado) sin responsabilidad del hogar exhiben mejores puntuaciones, mientras que las mujeres dedicadas en exclusividad al hogar presentaron puntuaciones menores (Pineda, 2014; Izquierdo, 2000).

Por otra parte, en investigaciones sobre diferencias de género en los trastornos depresivos realizadas por Bebbington (2001), se ha evidenciado el beneficio del trabajo remunerado en el estado de salud percibido por las mujeres y la relevancia de los factores sociales de carácter estructural, superior a los conductuales, como determinantes de la salud (citado en Solar, 2005).

A pesar de ello, Mirowsky (1996) considera que, pese a los cambios en las vidas de las mujeres en las últimas tres o cuatro generaciones, no se ha evidenciado indicios claros de que estén desapareciendo las diferencias de género en depresión, esto se debe a que a pesar de los cambios, continúan las desigualdades en salario, poder y autonomía, en casa y en el empleo, así como en las responsabilidades familiares y del hogar, lo que explicaría que persistan las diferencias en depresión en función del género.

Aun así, Gómez *et al.* (2000) en un estudio analizaron la relación entre indicadores de salud física y psicológica en un grupo de mujeres cuyas profesiones eran ejecutivas,

enfermeras, secretarias y obreras con ciertas variables sociodemográficas, las condiciones laborales, el número y la calidad de los roles desempeñados, lo interesante de los resultados fue que a pesar del porcentaje de personas que reportaban síntomas tales como dolores de cabeza, tensión muscular, angustia o dificultades de concentración, de igual modo, presentaron un alto nivel de autoestima. Ésta se relacionó con las gratificaciones que el trabajo transmitía a otras áreas de la vida.

En base a las últimas investigaciones que se han citado en este estudio, las cuales consideran que los diferentes estilos de vida, así como los diferentes roles desempeñados influyen en el comportamiento de las mujeres predisponiéndolas o no a la depresión, es que se ha tenido como hipótesis principal que el grupo de mujeres amas de casa tendrá mayores niveles de depresión que las mujeres con trabajo remunerado.

Antecedentes

Trujano y Medina (2023) realizaron un estudio exploratorio descriptivo, cuyo objetivo fue evaluar depresión y autoestima en mujeres con doble jornada de trabajo en dos etapas del ciclo vital. La muestra fue de 225 mujeres de la Ciudad de México o del área metropolitana. Se formaron grupos: 1) 75 mujeres con hijos/as pequeños; 2) 75 mujeres con un/a hijo/a adolescente con un problema de conducta; y 3) 75 mujeres con un adolescente sin esta característica. Se emplearon el Inventario de depresión de Beck y la Escala Rosenberg de autoestima. Los resultados señalan que la mayoría de las participantes no exhibió depresión con niveles medios o bajos de autoestima. En conclusión, es posible que, las mujeres participantes, al contar con ingresos económicos, pudiesen recibir ayuda de una empleada del hogar que las apoyara llevando a cabo las tareas domésticas y/o del cuidado de los/as hijos/as y ello funcionara como factor atenuante de la presencia de depresión.

Başcillar y Uslu Ak (2022) realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar la relación entre las características sociodemográficas, la depresión y los niveles de satisfacción con la vida de las amas de casa. Para ello, los instrumentos utilizados en el estudio fueron: 'Ficha Sociodemográfica' elaborada por el investigador; 'Escala de satisfacción con la vida' y la 'Escala de Depresión'. La población de estudio fue de 294 amas de casa que viven en Estambul, Turquía con una edad media de $38,49 \pm 8,54$ (media \pm desviación). El 28,8% de las amas de casa expresaron que no trabajaban por el cuidado de los hijos, el 8,4% no trabajaban porque sus maridos no les daban permiso. Como resultado del estudio se obtuvo una correlación negativa significativa entre la depresión y los niveles de satisfacción con la vida de las amas de casa. Además, se encontró que el nivel de depresión era significativamente más bajo en los participantes casados, los participantes que manifestaron que no trabajaban porque sus parejas no se lo permitían, y los que no encontraban trabajo los niveles de depresión fueron significativamente más altos. No hubo una relación significativa entre el nivel educativo, el número de hijos, la depresión y la satisfacción con la vida.

Por otro lado, con el objetivo de comparar estrés, malestar psicológico, bienestar psicológico y satisfacción con la vida en función de la modalidad de trabajo en madres de familia, Valle Pico y Larzabal Fernández (2022) llevaron a cabo un estudio descriptivo y comparativo, con diseño no experimental, enfoque cuantitativo y de corte transversal. La muestra fue de 436 madres ecuatorianas, segmentadas en tres grupos: trabajo

presencial, teletrabajo y trabajo no remunerado. Los instrumentos utilizados fueron: 1) Ficha sociodemográfica, 2) Escala de Estrés Percibido, 3) Escala de Malestar Psicológico, 4) Escala de Bienestar Psicológico y 5) Escala de Satisfacción con la Vida. Los resultados develaron que el grupo de trabajo no remunerado presentó niveles más altos de estrés al aumentar las horas de seguimiento educativo. En conclusión, la modalidad de trabajo se relaciona con el malestar psicológico, bienestar psicológico y satisfacción con la vida. Los niveles de estrés varían en función de la modalidad y aumentan cuando se destinan más horas de seguimiento educativo.

Este estudio realizado por Trujano y Mata (2022) tuvo por objetivo evaluar la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres con hijos/as pequeños. La muestra fue de 300 mujeres discriminadas en dos grupos: 150 mujeres con trabajo remunerado (doble jornada de trabajo) y 150 amas de casa con una media de 29 años de Ciudad de México. Para cumplir el objetivo se utilizó el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados obtenidos indicaron que las participantes de ambas muestras reportaron datos muy similares: la mayoría de empleadas remuneradas con doble jornada de trabajo, y de amas de casa, no presentó depresión; la quinta parte de cada muestra obtuvo puntaje de depresión leve; y pocos casos se detectaron con depresión moderada o severa. En conclusión, es posible que la ausencia de depresión se deba a que en ambas muestras el esposo pudo haber colaborado en las labores domésticas y/o cuidado de los/as hijos (as). En cuanto a los casos con presencia de depresión, es posible que las participantes no tuviesen las habilidades necesarias para afrontar las situaciones estresantes del cuidado de los/as hijos/as y del hogar, así como que no contaran con apoyo social, entre otros factores.

Otro punto es que, a consecuencia de la pandemia provocada por la COVID-19 las mujeres han visto afectada su salud mental. Por ello, Astudillo Bianchi *et al.* (2022) realizaron un estudio de enfoque cuantitativo, con diseño observacional descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue detectar la presencia de sintomatología depresiva en mujeres adultas. La muestra fue de 528 mujeres, cuya edad promedio fue de 43 años, de la región de Valparaíso. La recolección de datos se realizó a través de una encuesta de autoreporte en formato online sobre antecedentes sociodemográficos y sintomatología depresiva evaluada a través de PHQ-9. Los resultados fueron que el 96,8% de la muestra presenta algún nivel de sintomatología depresiva; producto de la pandemia el ingreso económico empeoró para un 31,6% de las mujeres y la condición laboral para un 41%. El 13,4% de la muestra reportó ser víctima de violencia intrafamiliar (VIF). Al observar los

resultados de este estudio sobre la presencia de SD moderadamente grave a grave (MGG), es mayor en aquellas mujeres sin trabajo remunerado (34,6%) en comparación a aquellas que sí tienen trabajo remunerado (20,5%).

Además, la depresión es un trastorno afectivo que se relaciona con los rasgos de personalidad, estos son patrones de conducta y comportamientos que definen a la persona, tienden a ser estables a lo largo de la vida. Por tal razón, Terrones y López (2021) realizaron un estudio con el objetivo de analizar las diferencias de los rasgos de personalidad y los síntomas depresivos en mujeres con trabajo remunerado y trabajo no remunerado. Para ello, participaron 200 mujeres de la ciudad de México y zona metropolitana, con un rango de edad 20 a 70 años, con hijos de uno a dos. Con trabajo remunerado 112 y sin trabajo remunerado 79. La muestra fue no probabilística por conveniencia. Se utilizó el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de los cinco grandes rasgos de la personalidad. Entre los resultados se encontraron diferencias en el rasgo de personalidad Extraversión y en depresión. Las mujeres con trabajo remunerado son más extravertidas y con menores síntomas depresivos que las mujeres con trabajo no remunerado. Los resultados sugieren que con los síntomas depresivos aumentan el Neuroticismo, disminuyendo la Amabilidad y la Responsabilidad, pudiendo ser un factor de riesgo para la salud de las mujeres con trabajo remunerado y no remunerado.

El objetivo de Lopez (2021) fue analizar la incidencia que tiene una serie de factores (sexo, edad, estrato socioeconómico, ansiedad y condición laboral) sobre el incremento en las probabilidades de la población mexicana de experimentar depresión. Para ello, se realizó una regresión logística con información cuantitativa obtenida de la Encuesta Nacional de Hogares 2017, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018). La encuesta está dividida en tres subconjuntos de datos: vivienda (estrato socioeconómico), hogares y personas (frecuencia de la depresión, del nerviosismo, edad, sexo y si se trabajó la última semana). Se encontró que todos estos factores son significativos para explicar el aumento en las probabilidades de padecer depresión; sin embargo, la presencia de ansiedad y el ser mujer son los de mayor incidencia en el incremento. Además, se identificó que trabajar disminuye las probabilidades de sufrir el padecimiento. La explicación interpretativa de estos resultados se basó en la teoría de las representaciones sociales; se llegó a la conclusión de que los niveles de depresión en la población mexicana son preocupantes y que la combinación de los factores agudiza la problemática.

A continuación, esta investigación realizada por Chávez Torrejón (2021) tuvo por objetivo determinar los factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión y ansiedad en gestantes que acudieron al Centro de Salud “Baños del Inca”, Cajamarca 2019. Para ello, se realizó un estudio no experimental, de corte transversal, descriptivo y correlacional; se incluyó una muestra de 189 gestantes. Los instrumentos utilizados fueron una ficha de recogida de datos, Escala de depresión de Zung y Escala de ansiedad de Zung. Los resultados arrojaron que los factores sociales asociados al riesgo de depresión fueron estado civil, ocupación y apoyo familiar. No se encontró relación significativa entre factores sociales y obstétricos con riesgo de depresión y ansiedad en gestantes

La investigación realizada por Uculmana (2021) tuvo como objetivo determinar cuáles son los factores asociados a la depresión en pacientes mayores de 60 años atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital Rezola de Cañete de enero a diciembre del 2019. Para ello, se realizó un estudio de corte transversal, retrospectivo, analítico, enfoque cuantitativo, nivel relacional dirigido a una muestra de 150 individuos. Como instrumento fue utilizada una ficha de recolección de datos y para la prueba estadística fue utilizado chi cuadrado. Como resultados se encontró la asociación entre la depresión y los factores sexo, ocupación, diabetes, hipertensión, obesidad. Por lo cual se pudo concluir, que los pacientes del sexo masculino, ocupación ama de casa, con enfermedades crónicas hipertensión, diabetes, obesidad estuvieron asociados con una mayor frecuencia de depresión.

Por otra parte, este estudio realizado por Jiménez-Molina *et al.* (2021) tuvo por objetivo estimar la asociación entre nivel socioeconómico y síntomas depresivos en Chile y estimar las brechas de género en esta asociación. La muestra fue de 2.984 entre 18 y 75 años que corresponden a la primera ola del Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC) (2016-2025). Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) que establece la gravedad de los síntomas, cuestionario de salud del paciente (PHQ)-9, ítem 9 con la escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS) y para la valoración de la posición socioeconómica se utilizaron como indicadores el ingreso familiar per cápita, nivel educativo y estado ocupacional. Los resultados muestran que el género femenino con un nivel socioeconómico bajo, el hecho de no trabajar ni estudiar, un bajo apoyo social percibido y los acontecimientos vitales estresantes aumentan la probabilidad de presentar sintomatología depresiva. En conclusión, los resultados sugieren un efecto sinérgico entre desigualdades

socioeconómicas y de género: las mujeres de nivel socioeconómico bajo representan un grupo doblemente desfavorecido, lo que explica, indirectamente, la brecha de salud mental entre hombres y mujeres. Las mujeres pobres sentirán un menor control sobre sus vidas, o podrían verse afectadas en su autoestima, favoreciendo la aparición de sintomatología depresiva.

Según Chona *et al.* (2020) existen varios estudios que concluyen que el entorno del hogar es un foco de riesgos físicos, psicológicos y químicos para la salud de las mujeres. Por ello, realizó una investigación cuyo objetivo fue identificar a qué riesgos, enfermedades o patologías se pueden llegar a enfrentar las amas de casa en el trabajo realizado en el hogar. Las conclusiones fueron que la realización de tareas en el ámbito doméstico no es considerada socialmente un trabajo, como tampoco lo consideran los medios sanitarios como las organizaciones, los entes de control y el grupo de personas dedicadas a este tipo de actividades. Más del 50% de las amas de casa se han visto afectadas por los factores de riesgo dentro del hogar, dicho factores se ven asociados a patologías psicológicas como estrés, depresión y ansiedad, y patologías físicas como artritis, hipertensión arterial y obesidad entre otras.

Este estudio realizado por Rivas Bocanegra *et al.* (2020) tuvo por objetivo determinar la prevalencia de depresión y su severidad, según variables sociodemográficas, en un grupo de mujeres en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. Mediante un diseño transversal en una muestra de 113 mujeres. Para ello, se elaboró un instrumento para la recolección de las variables sociodemográficas y otro para identificar la depresión y su grado de severidad a partir de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el adulto, que toma criterios diagnósticos del CIE-10 (OMS) y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados muestran una prevalencia de 33.2%, la mayor parte de las mujeres, cursaban con una depresión severa (52.6%), seguida por las que presentaban depresión moderada, (36.8%). En cuanto a la severidad de la depresión según las diferentes variables sociodemográficas; si bien los resultados no fueron significativos para ninguna de las variables, se constató que presentaban depresión severa: el 54.5% de las mujeres de 15 a 40 años, el 86.7% de aquellas que refirieron no saber leer y escribir, el 65.2% de las mujeres con educación básica, el 66.7% de las que vivían con una pareja y el 61.1% que refirió dedicarse a las actividades del hogar.

A continuación, este estudio realizado por Rodríguez Díaz (2020) tuvo por objetivo identificar los factores internos de riesgo psicosocial en las madres amas de casa. Para

ello, se estableció una metodología de enfoque cuantitativo de tipo correlacional con una muestra de 40 mujeres. Para la recolección de datos se construyó un instrumento tomando un fragmento de la Batería de Riesgo Psicosocial del Ministerio de Protección Social (2010), que mide el riesgo en la población trabajadora y remunerada, adaptada a las actividades realizadas por las madres amas de casa en su quehacer diario. Los resultados obtenidos permitieron identificar que existen algunas demandas psicosociales en las labores diarias como amas de casa. Entendiéndose a éstas como factores internos de riesgo psicosocial inherentes a las tareas domésticas y de crianza, entre estas demandas se analizaron algunas mencionadas en la tabla de dominios y dimensiones intralaborales que presenta la batería de riesgo psicosocial, tales como: demandas cuantitativas, de carga mental, ambientales y de esfuerzo físico, de la jornada de trabajo, reconocimiento, compensación, oportunidades de desarrollo de habilidades y conocimiento.

Además, el conflicto trabajo-familia (CTF) indica el impacto del doble rol como proveedora y cuidadora en las mujeres que trabajan, lo que podría estar asociado a la mayor prevalencia de depresión en este sexo. Por ello, González-Medina *et al.* (2020) realizaron un estudio de tipo transversal y de alcance correlacional basado en datos secundarios. Con el objetivo de establecer si existen diferencias de género de depresión en la población trabajadora, con similar nivel de CTF. Se utilizó la base de datos de la Encuesta ENCAVI (2015-2016) y el cuestionario CIDI-SF utilizado para estimar la prevalencia de sintomatología depresiva en la Encuesta Nacional de Salud (2003, 2010, 2016). La muestra fue de 2.259 hombres y mujeres entre 25 y 55 años, activos laboralmente de Chile. Los resultados revelaron que la presencia de CTF incrementaría en 3,28 veces más las posibilidades de tener sintomatología depresiva, siendo la variable con mayor grado de asociación. En conclusión, la mayor prevalencia de sintomatología depresiva está asociada a dificultades económicas y carga de trabajo, y que estos factores estresores son más frecuentes en mujeres que en hombres. Se destaca la importancia que tendría el conflicto trabajo-familia para explicar las diferencias en la sintomatología depresiva, aunque al comparar mujeres y hombres con niveles de conflicto de moderado a muy alto, la diferencia en la prevalencia no fue significativa.

En otro orden de ideas, este estudio realizado por Lozano y Lizbeth (2019) tuvo por objetivo analizar la desigualdad de género en la realización de actividades del hogar, y su relación con la presencia de depresión en la población ocupada. El método utilizado fue un estudio transversal. Los instrumentos utilizados fueron la Encuesta Condiciones de

Vida 2014, sexta ronda con mujeres 21.919 y hombres 26.262 de Ecuador, para determinar la presencia de depresión se utilizó la escala de CESD y se diagnosticó con un punto de cohorte de 20 puntos. Los resultados fueron que el total de mujeres que se desempeñan en actividades profesionales es apenas el 35.4%, a diferencia del género masculino quienes declaran que alrededor del 50.5% se encuentran desempeñando funciones como manuales cualificados. Lo cual pone de manifiesto la desigualdad de oportunidades que tienen las mujeres para desarrollarse en el campo laboral productivo. Los porcentajes obtenidos de este estudio apuntan a que las mujeres aún son las que deben hacerse cargo de la responsabilidad de las actividades extralaborales y en el cuidado de niños, ancianos, enfermos y personas con discapacidad. Además, cerca de la mitad de mujeres que realizan actividades domésticas y de cuidado presentan depresión, esto se puede deber a la dificultad que presenta para combinar actividades remuneradas y las exigencias en el hogar.

Por otro lado, Smadi (2019) realizó una investigación cuyo objetivo fue identificar los niveles de desgaste psicológico en una muestra de mujeres trabajadoras y amas de casa en la etapa de la menopausia. La muestra fue de 50 mujeres trabajadoras y 50 amas de casa en un rango de edad de 45-55 años. Se utilizó un método de investigación comparativo. El instrumento utilizado fue la escala de desgaste psicológico de elaboración propia. Los resultados mostraron diferencias significativas, el desgaste psicológico fue mayor en las amas de casa que en las mujeres trabajadoras, lo que indica el efecto positivo del trabajo en la vida de las mujeres.

Este estudio realizado por Bautista Lopez (2019) tuvo por objetivo determinar los factores sociodemográficos determinantes de la depresión en mujeres tomada de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015 de Perú. Para ello, realizaron una investigación cuantitativa, de nivel correlacional, diseño no experimental de corte transversal. La muestra fue de 13763 mujeres peruanas de 15 a 49 años. Los instrumentos utilizados fueron la ENDES que incluye en el cuestionario de salud el instrumento Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) para diagnosticar depresión en Perú. Los resultados determinaron que los factores sociodemográficos que inducen a la depresión son: la edad de 35 a 49 años, estado civil viuda o divorciada, estudios hasta nivel secundaria de la pareja, ser pobre, tener dos o más parejas sexuales con diabetes o hipertensión, haber fumado en los últimos 12 meses, haber bebido alcohol alguna vez. El factor de mayor riesgo para sufrir depresión es haber sufrido violencia por parte de su pareja.

Por otro lado, el Síndrome de Burnout en amas de casa, está vinculado con el trabajo repetitivo y tedioso al cual se enfrentan, lo que puede producir patologías. Por ello, esta investigación realizada por Olarte Moreno y Vargas Villada (2019) tuvo por objetivo identificar la prevalencia del Síndrome Burnout, a través de la aplicación del Cuestionario de Burnout para amas de casa (CUBAC) junto con una ficha sociodemográfica, en una muestra de 30 mujeres entre 18 y 40 años de edad, amas de casa y madres exclusivamente, estudiantes del colegio Jorge Eliecer Gaitán de la ciudad de Villavicencio. Los resultados evidenciaron que el 37% de las mismas presentan el Síndrome de Burnout, de las cuales el 88% sufre las consecuencias del Síndrome. En cuanto a los factores sociodemográficos, la edad y el estado civil se convierten en factores determinantes.

A continuación, este estudio realizado por Cabrera Rodríguez (2018) tuvo por objetivo determinar la prevalencia de síntomas de depresión y factores asociados que se presentan con más frecuencia, en mujeres de 20 a 49 años de edad en la consulta de primer nivel de atención. Para ello, utilizó un método de estudio cuantitativo, descriptivo de tipo transversal. La muestra fue de 330 mujeres. Los instrumentos utilizados fueron los Cuestionarios CES-D y Goldberg, para una mejor identificación de las condiciones de las mujeres participantes, se incluyeron preguntas adicionales. Los resultados muestran una prevalencia por encima de otras poblaciones de mujeres con edades semejantes, como los realizados en el Distrito Federal. En cuanto a los factores asociados a esta prevalencia, se observa que el grupo de edad donde es mayor es el de 20 a 29 años, el grupo de solteras, separadas y viudas, aunque no hay diferencia significativa. Un factor de riesgo marcadamente mayor para aquellas pacientes con educación básica, lo que indica que tener un alto grado académico es de importancia significativa para tener una baja prevalencia de síntomas de depresión. En cuanto a la situación laboral, si bien no hay una relación significativa entre el tener un trabajo y síntomas depresivos, hay una mayor proporción en los resultados para aquellas pacientes que no trabajan en comparación con las que trabajan.

Este estudio realizado por Caraballo Espitia y Fernández Abad (2018) tuvo por objetivo identificar los factores que influyen en los trastornos depresivos en la mujer. El instrumento utilizado fue el SRQ de la Organización Mundial de la Salud. Para ello, realizaron un estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo. La muestra fue de 60 mujeres de 55 familias del Programa Salud Familiar, residentes en el barrio Edmundo López, de la ciudad de Montería, se tomaron datos sociodemográficos de la historia

clínica y el instrumento SRQ adjuntos en la carpeta del programa de salud familiar. Los resultados indican que algunos factores, que en conjunto pueden favorecer en mayor medida la aparición de los síntomas, siendo algunos de estos como la edad, la escolaridad o la tipología familiar.

Con el incremento de las mujeres en el mercado laboral ha crecido el interés de los investigadores por conocer las consecuencias psicosociales del empleo en las mujeres. En este sentido, Dibaji *et al.* (2017) realizaron un estudio donde se comparó una muestra de 94 amas de casa y 94 mujeres trabajadoras en términos de estrés, depresión y percepción de exigencias cuantitativas, mentales y emocionales del hogar. Todas ellas de Isfahan. Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario de estrés percibido, Beck Depression II y Cuestionario de demandas del hogar Peters *et al.* Los resultados fueron que las mujeres trabajadoras percibían más depresión y exigencias cuantitativas y mentales del hogar, pero sin diferencias entre mujeres trabajadoras y amas de casa en términos de estrés y demandas emocionales del hogar. De acuerdo con el modelo de esfuerzo-recuperación, parece que, a pesar del papel positivo del trabajo remunerado, los factores presión del trabajo, rol familiar, especialmente la presión del tiempo, hacen que ellas sean psicológicamente vulnerables debido a la multiplicidad de tareas. Los resultados destacan la importancia de la cultura en cuanto al papel del hombre en la casa, especialmente en el caso de las familias que identifican a las mujeres trabajadoras.

Para Trujano y Aguilar (2017) las mujeres que realizan las tareas del hogar, como amas de casa o empleadas domésticas, se enfrentan a diario con sobrecarga de trabajo y a condiciones que pueden poner en riesgo su bienestar físico y psicológico. Por ello, realizaron un estudio exploratorio descriptivo donde se evaluaron 400 participantes de Puebla o Ciudad de México. El objetivo fue medir la depresión y hábitos de salud en mujeres amas de casa y en mujeres que se desempeñan como empleadas domésticas y amas de casa; para analizar las posibles diferencias entre estas muestras. Los instrumentos utilizados fueron el Perfil de Estrés de Kenneth Nowack y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados mostraron que la tercera parte de la muestra total reportó depresión y predominó el nivel medio de hábitos de salud. Además, se pudo observar que, con base en el lugar de residencia, las amas de casa del Estado de Puebla representó una mayor porción con depresión que las de la Ciudad de México, con niveles moderado y severo. En lo que respecta a las empleadas domésticas, se encontraron más mujeres del Estado de Puebla sin depresión y menos con niveles leve, moderado y severo en comparación con las mujeres de la Ciudad de México.

En el mismo orden de ideas, la psicología del trabajo y la administración del capital humano no se han ocupado de las amas de casa, como si no trabajaran. Así pues, Galicia (2017) realizó una investigación para comparar el capital humano de varias categorías de féminas. Participaron 353 mujeres de la ciudad de Cuernavaca, estado de Morelos, México. Se midieron las siguientes variables: esfuerzo físico y mental, recompensas, desequilibrio esfuerzo-recompensa, salud física y mental, integración familiar, autoestima, auto eficacia, distrés y sentido de la vida. Los instrumentos utilizados fueron: 1) Modelo de Esfuerzo -Recompensa; 2) cuestionario WHOQOL-Bref desarrollado por OMS (1997); 3) Escala de Autoestima; 4) escala de Autoeficacia; 5) Cuestionario de Cohen, Karmarck y Mermelstein (1983), 6) cuestionario de Integración familiar e 7) inventario de vida significativa. Los resultados en términos generales indicaron diferencias significativas entre los diversos grupos laborales de las mujeres, particularmente las profesionistas que no se ocupan de labores hogareñas exhibieron mejores puntuaciones, aunque desde el ángulo práctico las desigualdades fueron mínimas. Las conclusiones van en el sentido de que los factores protectores equilibran los aspectos considerados como desfavorables.

Método

Se hizo uso del enfoque cuantitativo, por lo cual, se hará una medición numérica y análisis estadístico de los datos recopilados. La investigación realizada corresponde a un estudio descriptivo correlacional, de diseño no experimental de corte transversal (Hernández Sampieri *et al.*, 2014), que permite analizar los datos de ciertas variables, que se recopila en un período de tiempo determinado y en la base de una población o muestra de la misma, por lo cual, el investigador observará los datos sin condicionar los efectos de las variables.

Definición operacional de las variables de estudio

Depresión

Desde el Modelo cognitivo de Beck (2005) la depresión ha sido considerada no como un desorden afectivo, sino un error (cognitivo) en el procesamiento de la información que se evidencia en la evaluación negativa del sujeto acerca de sí mismo, del mundo y de su futuro, que además puede conducir a la persona a adoptar conductas que de riesgo para su salud o el extremo de tener ideas suicidas. El individuo depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa, estas distorsiones parten de tres patrones cognitivos principales que inducen a la persona a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de manera negativa. La visión negativa del paciente acerca de sí mismo es el primer componente de la tríada cognitiva: el sujeto se siente desdichado, poco asertivo, lento, sin valor. Tiende a endilgar lo malo que le sucede a un defecto propio. A razón de pensar que es defectuoso termina concluyendo que es inútil y se resta valor por pensar que no tiene las cualidades necesarias para lograr la alegría y felicidad (Beck, 2002).

La tendencia de las personas deprimidas a interpretar sus experiencias de manera desfavorable, como si el mundo les impusiera demandas exageradas u obstáculos infranqueables para lograr sus objetivos es el segundo elemento de la tríada cognitiva. El sujeto entiende sus interacciones con el mundo sobre la base de relaciones de derrota o frustración, aun cuando pudieran hacerse otras interpretaciones alternativas más verosímiles (Beck, 2002).

Por último, la visión negativa acerca del futuro es el tercer componente de la triada cognitiva y consiste en la anticipación de dificultades, sufrimientos, penas, frustraciones, privaciones que no tienen fin. De tal forma, que las personas depresivas tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida (Beck, 2002).

Ama de casa

“En términos formales, la ama de casa es definida como trabajadora por cuenta propia del sector doméstico y como la encargada de asumir la gestión y la producción doméstica del hogar” (Durán, 1988, citado en Vega Montiel, 2007).

Participantes

La muestra de participantes fue seleccionada de manera intencional, no probabilística. La muestra estuvo conformada por 152 mujeres de las cuales el 61,8 % ($f=94$) tenían un trabajo remunerado y el 38,2 % ($f=58$) eran amas de casa, en un rango de edad de 25 a 55 años y un promedio de 41,9 %. De las cuales el 3,3 % tenía el primario completo ($f=5$), el 42,8 % el secundario completo ($f=65$), el 18,4% el terciario completo ($f=28$), el 26.3% posee estudios universitarios completos ($f=40$) y el 9,2 % otros ($f=14$).

En relación a la cantidad de hijos, el 25,0 % de la muestra no tiene hijos ($f=38$), el 24,3 % tiene un hijo ($f=37$), el 34,9 % tiene 2 hijos ($f=53$) y el 15,8 % tiene 3 o más hijos ($f=24$). En cuanto al estado civil, el 39,5 % de la muestra es soltero ($f=60$), el 50,7 % de la muestra es casado ($f=77$) y el 9,9 % está separado ($f=15$). En cuanto a la edad, con un promedio de edad de 25 a 55 años y una media de 41.86 ($DS= 8.23$), todas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Gran Buenos Aires.

Instrumento

-Cuestionario sociodemográfico: Para obtener la información requerida para la realización de la presente investigación se realizó un cuestionario sociodemográfico que indaga sobre: edad, nivel educativo alcanzado, si tiene hijos o no, estado civil y tipo de ocupación (trabajo doméstico o trabajo remunerado).

-Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) adaptación argentina (Brenlla y Rodríguez, 2006). Este inventario fue diseñado por Beck *et al.* (1996) con el objetivo de medir la severidad de la sintomatología depresiva a través de 21 ítems agrupados en dos dimensiones denominadas somático-afectivo y cognitivo para la muestra de población clínica, y cognitivo-afectivo y somático para estudiantes. El BDI-II tiene cuatro opciones en escala de tipo Likert, donde 0 denota una menor gravedad del síntoma y 3 una mayor gravedad de este. La puntuación del DBI II se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems. Cada ítem es evaluado según una escala de cuatro puntos,

de 0 a 3, y el puntaje directo oscila entre 0 y 63 puntos. La puntuación total determina el rango de severidad: de 0-20 puntos, nivel mínimo; 21-30 puntos, nivel moderado; 31-40 puntos, nivel grave y más de 40 puntos, nivel extremo.

Procedimiento

Todos estos instrumentos fueron enviados vía web a través del Google Forms a las 152 mujeres potenciales, en un formato de cuestionario. Se adjuntó una carta informativa con el objetivo general de la investigación, su carácter voluntario y anónimo.

Constancia de la utilización del consentimiento informado.

Se enviaron los consentimientos informados a cada participante por medio de los correos registrados dentro del Google Forms.

<https://docs.google.com/forms/d/1KnsVcHbpbz3pVgr92Gx9ilbJ5Jogj2T3aptRnfbPIIU/edit>

Análisis estadísticos:

Para el objetivo principal se utilizó prueba *t* de diferencia de grupos. En relación al objetivo específico 1 se utilizaron pruebas de análisis descriptivos (medias, desvíos, mínimo y máximo).

Finalmente, para el objetivo específico 2 se utilizó prueba *t* de diferencia de grupos. Para llevar a cabo el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.

Resultados

Para responder al **objetivo principal** de esta investigación, el cual fue: determinar si existen diferencias significativas entre los niveles de depresión según el tipo de trabajo (trabajo remunerado y trabajo no remunerado), se utilizó la prueba *t* de Student para grupos independientes. En la tabla 1 se puede observar que se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t = -2,337^*$; $p = 0,021$), lo cual indica que las mujeres amas de casa ($me = 15,14$) tienden a tener mayores niveles de depresión que las mujeres con trabajo remunerado ($me = 11,79$).

Tabla 1. *Diferencias en los niveles de depresión según su ocupación*

	Trabajo remunerado N= 94 Me (ds)	Ama de casa N= 58 Me (ds)	Prueba $t_{(152)}$
Niveles de depresión	11,79 (7.66)	15,14 (9.9)	, -2,337*

Nota * $p < 0,05$ significativo

Con respecto al **Objetivo específico 1**, el cual buscaba describir los niveles de depresión en mujeres que tienen trabajo remunerado y aquellas mujeres amas de casa (trabajo no remunerado). Se utilizó estadística descriptiva para el análisis del mismo.

La muestra de mujeres ($n = 152$) ha reportado una media de 13,07 ($SD = 8,711$) en relación a los niveles totales de depresión. En la tabla 2 se presentan los resultados de medias, desvíos, valores máximos y mínimos para el puntaje total de los niveles de depresión de la muestra total.

Tabla 2. *Objetivo específico 1*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
Suma de niveles de depresión	152	1	37	13,07	8,711	75,890

Finalmente, para responder el **objetivo específico número 2** de esta investigación, se segmentó la muestra según variables demográficas.

En cuanto a conocer si existía diferencia en los niveles de depresión por edad se dividió la muestra en dos grupos: grupo 1: mujeres de 25 a 40 años y grupo 2: mujeres de 41 a 55. Luego se realizó una *prueba t* para muestras independientes, la muestra de mujeres de 25 a 40 años reportó una media de $me=16,35$ en relación al grupo de mujeres de 41 a 55 años que reportó una media de $me=14,34$. Como se puede observar en la tabla 4, no existen diferencias estadísticamente significativas ($t = 0,228_{Ns}$), lo cual indica que la edad no incide en los niveles de depresión.

Tabla 4. *Diferencias de los niveles de depresión en mujeres amas de casa según la edad.*

	25 a 40 años N= 23 Me (ds)	41 a 55 años N= 35 Me (ds)	Prueba $t_{(58)}$
Niveles de depresión	16,35 (9,9)	14,34 (9,9)	0,228 _{Ns}

Ns= no significativa

En segundo lugar, para conocer si existía diferencia en los niveles de depresión según tengan o no hijos, se dividió la muestra en dos grupos: grupo 1: mujeres sin hijos y grupo 2: mujeres con hijos. Luego se realizó una *prueba t* para muestras independientes, la muestra de mujeres sin hijos ha reportado una media de $me=20,33$ en relación a los

niveles de depresión del grupo de mujeres con hijos que ha reportado una media de $me=14,18$. Como se puede observar en la tabla 5 no existen diferencias estadísticamente significativas ($t=0,08_{Ns}$), lo cual indica que el hecho de tener o no hijos no incide en los niveles de depresión.

Tabla 5. *Diferencias de los niveles de depresión en mujeres con y sin hijos*

	Con hijos N= 49 Me (ds)	Sin Hijos N= 9 Me (ds)	Prueba t ₍₅₈₎
Niveles de depresión	14,18 (9,5)	20,33 (10,79)	0,08 _{Ns}

Ns= no significativa

En tercer lugar, se buscó analizar si existe diferencia en los niveles de depresión de las amas de casa según su estado civil. Para ello, se dividió la muestra en dos grupos: grupo 1: mujeres solteras o separadas y grupo 2: mujeres casadas. Luego se realizó una prueba t para muestras independientes, la muestra de mujeres solteras o separadas ha reportado una media de $me=18,69$) en relación a los niveles de depresión del grupo de mujeres casadas que ha reportado una media de $me=14,44$). En la tabla 6 se puede observar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t =0,09_{Ns}$), lo cual indica que el estado civil no incide en los niveles de depresión.

Tabla 6. *Diferencias de los niveles de depresión en mujeres según el estado civil.*

	Soltero o Separado N= 15 Me (ds)	Casado N=43 Me (ds)	Prueba t ₍₅₆₎
Niveles de depresión	18,69 (11,3)	14,44 (9,4)	0,09 _{Ns}

Ns= no significativa

Por último, con el fin de, analizar si existe diferencia en los niveles de depresión de las amas de casa según los niveles de estudios alcanzados. Para ello, se dividió la muestra en dos grupos: grupo 1: mujeres con primario y secundario completo y grupo 2: mujeres con terciario, universitario y otros. Luego se realizó una prueba *t* para muestras independientes, la muestra de mujeres con primario y secundario completo ha reportado una media de $me=11,00$ en relación a los niveles de depresión del grupo de mujeres con terciario, universitario y otros que ha reportado una media de $me=14,84$. En la tabla 7 se puede observar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t=0,09_{Ns}$), lo cual indica que el nivel de estudios alcanzado no incide en los niveles de depresión.

Tabla 7. *Diferencias en los niveles de depresión según el nivel de estudios alcanzados.*

	Primario y secundario <i>comp.</i> <i>N= 3</i> <i>Me (ds)</i>	Terciario Universitario y otros <i>N=38</i> <i>Me (ds)</i>	Prueba $t_{(41)}$
Niveles de depresión	11,00 (14,0)	14,84 (9,3)	0,09 _{Ns}

Discusión

El objetivo principal de este estudio, fue determinar si existen diferencias significativas en los niveles de depresión de aquellas mujeres con trabajo remunerado y aquellas mujeres amas de casa en exclusiva. De acuerdo con los resultados obtenidos al aplicar la prueba *t* de Student para grupos independientes, se encontró una diferencia estadísticamente significativa, las amas de casa en exclusiva (trabajo no remunerado) presentaron mayores niveles de depresión. Por tanto, la evidencia empírica hace énfasis en la fuerte asociación entre el tipo de trabajo que realizan las mujeres de la muestra (trabajo no remunerado) y los niveles de depresión, lo cual confirma nuestra primera hipótesis: El grupo de mujeres amas de casa tendrá mayores niveles de depresión que las mujeres con trabajo remunerado. La información obtenida en este estudio fue congruente con la literatura revisada, son varios los artículos e investigaciones que exponen que las

mujeres con trabajo no remunerado tienen un nivel más alto de depresión, al compararlas con aquéllas que tienen trabajo remunerado (Cantu, 2018; Garay, 2007; Lara, 1999; Lara, 2004; Trujano, 2021).

Esto se puede deber a que la ama de casa desempeña actividades rutinarias donde no existe reconocimiento de ninguna naturaleza, que le permiten constantemente traer a la mente pensamientos negativos predisponiéndola a la depresión, como mencionan Batthyány *et al.* (2015) y Santos (1995, citado en Curto, 2014). Asimismo, se confirma, por un lado, lo expuesto por Brazelton (1996, citado en Garay López y Farfán García, 2007); Buenaventura (1988, citado en Curto, 2014); Curto (2014); Dio Bleichmar (1992) y Lara, (1991), quienes plantean que la mujer tradicional dedicada solamente a las actividades del hogar tiene más estereotipos femeninos, haciéndola más vulnerable a la depresión. Y, por otro lado, lo mencionado por Brazelton (1996) quien considera que las mujeres que adoptan roles masculinos, tales como trabajar fuera de casa y ser abastecedoras, presentan niveles más bajos de depresión (citado en Garay López y Farfán García, 2007) y, lo mencionado por Bebbington *et al.* (1998) y Gómez *et al.* (2000), quienes plantean que la mujer que desempeña múltiples roles se mantiene activa y alejada de pensamientos negativos, lo que la protege de la depresión. Además, pueden aumentar sus redes sociales, así como su estatus social con la posibilidad de desarrollo profesional y personal, aunque ello, en muchos casos implique una doble jornada de trabajo. (Trujano, 2017; Cubillos y Monreal, 2019), ya que una porción mayor de la muestra de estudio, tenía trabajo remunerado. Por lo cual, en coincidencia con lo que menciona Rodríguez Díaz (2020), se puede pensar que las mujeres de la muestra que trabajaban fuera del hogar, pudiesen recibir ayuda de una empleada doméstica o bien que el esposo pudo haber colaborado en las labores domésticas y/o cuidado de los/as hijos (as) (Trujano y Mata, 2022), ello funcionaría como factor atenuante de la presencia de depresión.

En cuanto al objetivo específico 1 de este estudio, el cual fue describir los niveles de depresión en aquellas mujeres que tienen un trabajo remunerado y aquellas mujeres amas de casa en exclusiva (trabajo no remunerado). Con base en lo reportado, se obtuvo que la muestra de mujeres con trabajo remunerado ha reportado un nivel de depresión menor en relación a las mujeres amas de casa que ha reportado un nivel de depresión mayor.

En lo que respecta al objetivo específico 2 de este estudio, el cual fue analizar las diferencias de los niveles de depresión en aquellas mujeres amas de casa en exclusiva

(trabajo no remunerado) según variables sociodemográficas: si tienen o no hijos, estado civil, edad y nivel de estudios alcanzados.

En base a lo reportado, los resultados obtenidos, dan cuenta que no se encontraron diferencias significativas, lo cual rechaza nuestras siguientes hipótesis:

Esto significa que de acuerdo a lo planteado en la hipótesis número dos de esta investigación, que las mujeres amas de casa que están separadas presentan mayores niveles de depresión que las mujeres que están en pareja. En base a los resultados obtenidos, se puede pensar que el estado civil no incide en los niveles de depresión, esto es apoyado por lo que plantean Berenzon y Medina, (2005); Fava, (2002) y Meng, *et al.* (2017). No obstante, por lo general en el caso de ruptura de pareja la mujer es quien se queda con los hijos, muchas veces sin sustento económico posicionándolas en un lugar de mayor vulnerabilidad (Machado, 2016). Sin embargo, se puede formular una hipótesis alternativa y complementaria para interpretar este resultado, que existiría un mayor número de mujeres que cuentan con apoyo social en función de que el mayor porcentaje de la muestra tiene hijos. Para reforzar esta hipótesis alternativa, Bethencourt y Matud (2000) consideran que las amas de casa con salud, que se distinguen por su elevada autoestima, satisfacción con su rol de ama de casa, que cuentan con apoyo social y cuyas estrategias de afrontamiento del estrés no se dirigen hacia la emoción son menos propensas a la depresión.

En cuanto a la hipótesis número tres de esta investigación, que las mujeres que tienen hijos presentan mayores niveles de depresión que las que no tienen hijos. De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede decir que, el hecho de tener o no tener hijos no incide en los niveles de depresión. Esto es reforzado por lo que plantea Başçillar y Uslu Ak (2022) quienes en un estudio realizado confirman que no existe asociación entre depresión y el hecho de tener o no hijos. Sin embargo, se puede formular una hipótesis alternativa y complementaria para interpretar este resultado, que existiría un mayor porcentaje de mujeres que cuentan con apoyo social. En este sentido, Kenneth Nowack (2002) menciona que el apoyo social y una distribución equitativa de responsabilidades domésticas entre los miembros de la familia funcionan como factor protector de la depresión.

En relación a la hipótesis número cuatro, que las mujeres de mayor edad presentan niveles de depresión mayores al compararlas con las de menor edad. En base a los resultados obtenidos, se puede decir que la edad no tiene efecto en los niveles de depresión. Sin embargo, la literatura señala que hay edades donde las mujeres son más

vulnerables ante la depresión. De ahí que Duval *et al.* (2010) menciona que la vida reproductiva de la mujer, que comprende al período premenstrual, del embarazo y del postparto, inclusive de la menopausia está asociado al aumento en la prevalencia de los trastornos tímicos, estos son períodos sensibles (o vulnerables) a la depresión. De igual modo, Pastorino (s/f.) coincide en que las mujeres tienen una particular y mayor susceptibilidad a los trastornos depresivos durante la edad reproductiva, aproximadamente entre los 15 y 44 años de edad.

Por último, en relación a la hipótesis número cinco, que las mujeres sin estudio o con bajo nivel de estudios alcanzados presentan mayores niveles de depresión que las que tienen niveles de estudios altos. De acuerdo con los resultados obtenidos, el nivel de estudios alcanzados no tiene incidencia en los niveles de depresión. Esto coincide con los resultados de estudios realizados por Başcillar y Uslu Ak (2022) y Jiménez-Molina *et al.* (2021). De igual modo, es importante mencionar que la mayoría de las mujeres amas de casa que conforman la muestra son académicas. Esto permite relacionar los resultados aquí encontrados con un estudio realizado por Cabrera Rodríguez (2018) y Meng *et al.* (2017), donde dan cuenta que un factor de riesgo marcadamente mayor es el de la educación básica o bajo nivel de estudio, lo que indica que tener un alto grado académico es de importancia significativa para tener una baja prevalencia de síntomas de depresión.

Aportes y contribuciones de la investigación

En términos generales, una vez analizados los resultados con mujeres en diferentes condiciones laborales y personales, se pudieron observar diferencias en el comportamiento de estos dos grupos de mujeres en cuanto a sus niveles de depresión, que permiten detectar aquellas mujeres más vulnerables respecto a dichas condiciones; para que, de esta forma, como parte de la práctica psicológica se puedan crear programas específicos de intervención, con el fin de que dichas mujeres puedan adaptarse a las situaciones actuales de vida con una mejor salud mental.

Asimismo, existen pocos estudios actuales que aborden la temática específica, por lo cual, contribuirá al fortalecimiento de la línea de estudio.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Dentro de las limitaciones de este estudio, además del menor tamaño muestral de las amas de casa en exclusiva en comparación con aquellas mujeres con trabajo remunerado, una variable importante en la precipitación de trastorno depresivo no fue

evaluada, como el antecedente de apoyo social, ya que esta puede echar a luz sobre su efecto en cuanto a los factores: tipo de ocupación y el hecho de tener hijos.

Otro dato importante que no se tuvo en cuenta a la hora de recoger los datos sociodemográficos para este estudio, fue el nivel socioeconómico de las participantes, teniendo en cuenta que según la literatura revisada algunos autores sostienen que el nivel socioeconómico percibido puede ser un factor importante en la incidencia de síntomas depresivos. Por lo cual, sería interesante poder incluir esta variable en futuras investigaciones.

Asimismo, sería importante considerar otras variables psicológicas como satisfacción con la vida, bienestar psicológico y autoestima, considerando que algunos autores sostienen que la modalidad de trabajo correlaciona significativamente con ellas.

Para finalizar, se sugiere que en estudios venideros se amplíe la muestra y sea equivalente, es decir, que tenga la misma cantidad de mujeres con trabajo remunerado y mujeres amas de casa (trabajo no remunerado), con el objetivo de ampliar el conocimiento en este campo de estudio.

Futuras investigaciones pueden considerar estos antecedentes y enriquecer estos resultados.

Referencias

- Adelmann, P. K. (1994). Multiple roles and psychological well - being in a national sample of older adults. *Journal of Gerontology*, 49, 5277 – 5285.
- Álvaro-Estramiana, J. L., Garrido-Luque, A., & Schweiger-Gallo, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista internacional de Sociología*, 68(2), 333-348. <https://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08>
- Andrade, M. D. L. A. G. (2001). Para estudiar la relación entre el trabajo doméstico y la salud de las mujeres. *Salud de los Trabajadores*, 9(1), 35-43.
<https://acortar.link/p5FWBO>
- Asociación, AP (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA. <https://acortar.link/gEMC5>
- Astudillo Bianchi, M. G., Negrete Adaro, J. S., & Skewes Fredz, I. A. (2022). *Sintomatología depresiva en mujeres adultas en periodo de pandemia COVID-19, en la región de Valparaíso a través de una encuesta online*. Universidad Andrés Bello). <https://acortar.link/SuaCKF>
- Başcillar, M., & Uslu Ak, B. (2022). Evaluación de la depresión y satisfacción con la vida de las amas de casa en Estambul, Turquía. *Revista Universidad y Sociedad*, 14(2), 540-546. <https://acortar.link/d0Fp9R>
- Batthyány, K., Genta, N., Perrotta, V., Aguirre, R., & Ferrari, F. (2015). Avances en la medición del uso del tiempo y el trabajo no remunerado en la región en *Los tiempos del bienestar social: Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay*. (MIDES, p. 19-22). <https://acortar.link/usmxX4>
- Bautista López, L. (2019). Factores sociodemográficos determinantes de la depresión en mujeres de 15 a 49 años–Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11739>
- Baztán, Ángel A. (2016). Antropología de la depresión. *Revista Subjetividades*, 8(3), 563–601. <https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/4878>
- Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, *et al.* (1998). La influencia de la edad y el sexo en la prevalencia de estados depresivos: informe de la Encuesta Nacional de Morbilidad Psiquiátrica. *Psicología Med.*;28(1) pp.9-19.
<https://acortar.link/KrTEFb>
- Beck, AT, Steer, RA y Brown, G. (1996). Inventario de depresión de Beck–II. *Evaluación psicológica*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

- Beck, A. (2005). Visión General. En A. R. Beck. *Terapia cognitiva de la depresión* (16º Ed. ed., págs. 11 - 39). Desclée De Brouwer.
- Bayona, G. H. (2007). Fenomenología de algunos síntomas de la depresión. *Universitas Médica*, 48(3), 228-248. <https://acortar.link/YBXidE>
- Berenzon Gorn, S., Tiburcio Sainz, M., & Medina-Mora Icaza, M. (2005). Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*, 28 (6), 33-40. <https://acortar.link/JpSfx1>
- Bethencourt, J. M., & Matud, M. P. (2000). Ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos en una muestra de amas de casa. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(1), 91-106. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80532105.pdf>
- Bradley, RG, Binder, EB, Epstein, MP, Tang, Y., Nair, HP, Liu, W., ... y Ressler, KJ (2008). Influence of Child Abuse on Adult Depression Moderation by the Corticotropin-Releasing Hormone Receptor Gene. *General psychiatry archives*. 65 (2), 190-200. <https://acortar.link/KW9WLG>
- Brenlla, M., & Rodríguez, C. (2006). *Manual del Inventario de Depresión de Beck BDI II*. Adaptación argentina. Editorial Paídos.
- Brugulat, P., Séculi, E., & Fusét, J. (2001). Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles. *Gaceta Sanitaria*, (15,1, pp. 54-60). [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71518-X](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71518-X)
- Burin, M. (2012). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. <https://acortar.link/z1nAEh>
- Cabrera Rodríguez, G. F. (2018). Detección de síntomas de depresión en mujeres de 20 a 49 años en la consulta externa de UFM No. 11. <https://hdl.handle.net/20.500.12371/7899>
- Calderón, M., Cortés, A., Durán, E., Martínez, T., Ramírez, L., & Garavito, C. (2013). *Depresión: Recorrido histórico y conceptual*. <https://acortar.link/ENZdA3>
- CANTU, M. A. L. (2018). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. <https://acortar.link/Cwj9x8>
- Caraballo Espitia, M. C., & Fernández Abad, D. J. (2018). Factores influyentes en trastornos depresivos en mujeres del barrio Edmundo López de Montería. <https://core.ac.uk/download/pdf/322624338.pdf>

- Cubillos, S., & Monreal, A. (2019). La doble jornada de trabajo y el concepto de doble presencia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 15(1), 17-27. <https://sodepsi.cl/wp-content/uploads/2020/09/GPU-2019-1.pdf#page=17>
- Curto, P. M. (2014). La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, (8, pp. 105-126)
<http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.8.6>
- Curto, P. M., Grau, C. F., Fortuño, M. L., Riobóo, N. A., & Vidal, C. E. (2011). Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Anuario de Hojas de Warmi*, (16). <https://revistas.um.es/hojasdewarmi/article/view/156831>
- Chavez Torrejón, Y. V. (2021). Factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión y ansiedad en gestantes. <http://hdl.handle.net/20.500.14074/4051>
- Chona, F., Fajardo, H. & Casas, M. (2020). *Condiciones y efectos para la salud en el trabajo de ama de casa*. <https://hdl.handle.net/10656/11714>
- Danese, A., Moffitt, TE, Pariante, CM, Ambler, A., Poulton, R. y Caspi, A. (2008). Elevated inflammation Levels in Depressed Adults With a History of Childhood Maltreatment. *General Psychiatry archives*, 65 (4), 409-415.
<https://acortar.link/UODNpl>
- Dibaji, S. M., Oreyzi, S. H. R., & Abedi, M. R. (2017). Occupation or home: comparison housewives and working women in the variables of stress, depression and perception of quantitative mental and emotional home demands. *Rev. Eur. Stud.*, 9, 268. <https://acortar.link/LzXXXX>
- Dio Bleichmar, E. (1992). La depresión en la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 11(39), 283-289. <https://acortar.link/Gsejv>
- Duval, Fabrice, Martine Jautz-Duval, MA, González, Félix, & Rabia, Hassen. (2010). Bases neurobiológicas de vulnerabilidad psiquiátrica a lo largo de las etapas de la vida hormonal de la mujer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 292-306. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500005>
- Durán Heras, M. Á. (2000). La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas. <http://hdl.handle.net/10261/276614>
- Estevan Reina, L., Rodríguez Sánchez, R. M., Romero González, B., Rodríguez López, Á., & Romo Sola, M. (2014). Doble presencia: un riesgo psicosocial que evidencia la desigualdad entre hombres y mujeres en la conciliación de la vida familiar y laboral. DOI: 10.30827/Digibug.32323

- Fava, M. y Kendler, KS (2000). Major depressive disorder. *Neuron*, 28 (2), 335-341
<https://www.cell.com/action/showPdf?pii=S0896-6273%2800%2900112-4>
- Falú, A., Aguirre, R., Betthyani, K., Scuro Somma, L., & Salvador, S. (2009). Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado en *Las bases invisibles del bienestar social: el trabajo no remunerado en Uruguay*.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/9604>
- Freud, S. – OBRAS COMPLETAS – Tomo XIV. Buenos Aires – Amorrortu Editores – 1993. Duelo y melancolía (1917 [1915]).
<https://www.bibliopsi.org/docs/freud/14%20-%20Tomo%20XIV.pdf>
- Galicia, L. F. A. (2017). El trabajo de amas de casa, microempresarias, empleadas y profesionistas y algunos aspectos psicológicos en Cuernavaca, México en Arias en *Calidad de vida en las organizaciones, la familia y la sociedad*. (6),245-726.
<https://acortar.link/bVipup>
- Garay López, J., & Farfán García, MDC (2007). Niveles de Depresión, Autoestima y Estrés en Mujeres que tienen un Trabajo Remunerado y Mujeres que tienen un Trabajo no Remunerado (amas de casa). *Psicología Iberoamericana*, 15 (2),22-29.
<https://doi.org/10.48102/pi.v15i2.309>
- García Cuesta, S. (2008). Mujeres en trayectorias periféricas de carrera: las abogadas en doble presencia. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/14262>
- Gili, M., Campayo, J. G., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. <https://acortar.link/6m5w8b>
- Gómez, C. O., Agudelo, A. F. C., & Carmona, N. D. M. (2015). Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual?. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(1), 113-135. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5123749>
- Gómez, V., Pérez, L. A., Feldman, L., Bajés, N., & Vivas, E. (2000). Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles. *Revista de Estudios sociales*, (06), 27-38.
<https://journals.openedition.org/revestudsoc/29334>
- González-Medina, G. A., Letelier-Fuentes, N. E., & Aguirre-Iduya, D. (2020). Un enfoque social sobre las diferencias de género en depresión en trabajadores: la importancia del conflicto trabajo-familia. *Revista de psicología (Santiago)*, 29(2), 15-25.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2020.55335>
- Güilgüiruca Retamal, M., Meza Godoy, K., Góngora Cabrera, R., & Moya Cañas, C. (2015). Factores de riesgo psicosocial y estrés percibido en trabajadores de una

- empresa eléctrica en Chile. *Medicina y seguridad del trabajo*, 61(238), 57-67.
<https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2015000100006>
- Hochschild, A. R. (2021). La aceleración familiar en *La doble jornada*. CAPITÁN SWING LIBROS. <https://acortar.link/qewcZZ>
- i Llombart, M. P., Calatayud, M., & Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología*, 78(2), e155-e155. <https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113>
- Izquierdo, M. E. E., & HERRÁNZ, J. S. (2000). Trabajo y salud en la mujer: análisis comparativo de mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Clínica y salud*, 11(2), 195-229. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618250003.pdf>
- Jiménez-Molina, Á., Reyes, P., & Rojas, G. (2021). Determinantes socioeconómicos y brechas de género de la sintomatología depresiva en Chile. *Revista médica de Chile*, 149(4), 533-542. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000400533>
- Kessler, RC (1997). Los efectos de los eventos estresantes de la vida en la depresión. *Revista anual de psicología*, 48 (1), 191-214.
- Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145. <https://acortar.link/YjIAm5>
- Lara, M. A., Acevedo, M., & Berenzon, S. (2004). La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 818-828.
<https://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n3/19.pdf>
- Lara, M. A. (1999). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. *Salud Mental*, 22(Esp), 121-127. <https://acortar.link/VRtaCq>
- Leon, N. (2021). El devenir de la melancolía. Antecedentes para un estudio de la melancolía en psicoanálisis. In *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://n2t.net/ark:/13683/even/boe>
- López, A. D. (2021). Factores de incidencia en el padecimiento de depresión en la población mexicana. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 13 (1), 61-74. <https://acortar.link/2x5rBv>
- López, P. R., Tapia, P. P., Parra, C. A. P., & Zamora-Sánchez, R. (2018). La doble presencia en las trabajadoras femeninas: equilibrio entre el trabajo y la vida

- familiar. *Revista de Comunicación de la SEECI*, (44), 33-51.
<https://doi.org/10.15198/seeci.2017.44.33-51>
- Lozano, C., & Lizbeth, A. (2019). Trabajo doméstico, género y salud mental en población ocupada del Ecuador. <https://acortar.link/1IMXbF>
- Luna, I. (29 de noviembre 2016). Síndrome del nido vacío. Reconocerlo y hacerle frente. *Phronesis el arte de saber vivir*. <https://acortar.link/bVtkCi>
- Machado, A. V. (2016). Depresión. Diferencias de género. *Multimed*, 17(3).
<https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319/445>
- Machado, A. V. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. *Multimed*, 20(3), 586-602. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul163j.pdf>
- Martínez-Herrera, M., (2007). La construcción de la feminidad: la mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo. *AEP*. Vol. 21. Pp. 79-95.
<https://acortar.link/yr7ZvG>
- Matías, R. G., Guerrero, K., & Matud, M. P. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
<https://www.redalyc.org/pdf/337/33760101.pdf>
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, 25(2), 32-37.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam022e.pdf>
- Meng, X., Brunet, A., Turecki, G., Liu, A., D'Arcy, C., & Caron, J. (2017). Risk factor modifications and depression incidence: a 4-year longitudinal Canadian cohort of the Montreal Catchment Area Study. *BMJ open*, 7(6), e015156.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015156>
- Mingote Adán, J. C., Gálvez Herrer, M., Pino Cuadrado, P. D., & Gutiérrez García, M. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina y seguridad del trabajo*, 55(214), 41-63. <https://acortar.link/C7Rswi>
- Mirowsky, J. (1996). Age and the gender gap in depression. *Journal of health and social behavior*, 362-380. <https://www.jstor.org/stable/2137263>
- Montaño, S. (2011). Relación de la crisis con el desempleo y significado del desempleo en *Una mirada a la crisis desde los márgenes*, (96). CEPAL.
<https://acortar.link/AgGope>
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo

- cambiante. *Gaceta sanitaria*, 18(supl 1), 175-181.
<https://www.scielosp.org/pdf/gs/v18s1/05saludmental.pdf>
- Moreno, N., Moncada, S., Llorens, C., & Carrasquer, P. (2010). Doble presencia, trabajo doméstico-familiar y asalariado: espacios sociales y tiempos. *New Solutions*, 20(4), 23-41. <https://acortar.link/Yy1SUn>
- Obando Rosero, M. I. (2011). Determinantes de la salud/enfermedad de las mujeres que realizan trabajo doméstico no remunerado en el Ecuador, 2004: alcances y perspectivas. <https://acortar.link/sjFkQc>
- Olarte Moreno, J. A., & Vargas Villada, C. L. (2019). Prevalencia del Síndrome de Burnout en madres amas de casa, de los estudiantes del grado transición, del Colegio Jorge Eliecer Gaitán de Villavicencio, 2019. <https://acortar.link/SQWhUi>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Temas de Salud: *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2023). *Salud Mental*.
<https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Pastorino, M. S. Género y depresión: contribuciones a la investigación y la atención en el campo de la salud. *Investigación en ciencias de la salud en Centroamérica: estado del arte, redes internacionales y perspectivas*, (8) 115. <https://acortar.link/5O9mra>
- Pichot, P. (1979). Hipócrates, Aristóteles, Galeno y la psiquiatría antigua. *Salud Mental*, 2(4), 21-27. http://132.247.16.48/index.php/salud_mental/article/view/47/47
- Pineda, A. E. L. (2014). El esfuerzo laboral, la autoestima y la salud mental en mujeres trabajadoras de Lima Metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 17(1), 139-155. <https://acortar.link/Fvv5Co>
- Ramos, A. V. (2005). Agresión a la mujer como factor de riesgo múltiple de depresión. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 5(1), 75-86.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2382715>
- Retamal, P. (1998). Depresión. *Colección Orientaciones en ciencia, tecnología y cultura*. Editorial Universitaria (85). <https://acortar.link/1uHpdx>
- Retana, A. D. L. (2021). Factores de incidencia sobre el padecimiento de depresión en la población mexicana. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, Nueva Época 13(1). <https://acortar.link/uvOMoZ>
- Rivas Bocanegra, M. G., Durán García, R. M., Jonapá Carrillo, V. H., & Ruiz Balbuena, F. (2020). La Depresión. Un problema de salud pública de las mujeres en Chiapas.

- RESPYN Revista Salud Pública Y Nutrición*, 19(2), 19–25.
<https://doi.org/10.29105/respyn19.2-3>
- Rivas Nieto, J. C., Vidal Roa, F., & de Lili, F. V. (1997). La depresión.16(1)
<https://acortar.link/1y6g7l>
- Rivas, R. P. (2011). Acedia y depresión. Aportes para una reconstrucción histórica. *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 3(1), 333-344. <http://www.ea-journal.com/art3.1/Pereto-Rivas-Acedia-y-depresion.pdf>
- Rodríguez D. (2020). Identificación de los factores de riesgo interno a los que pueden estar expuestas las madres amas de casa en su labor doméstica.
<http://hdl.handle.net/10654/36762>
- Rodríguez Vidal, M., Badilla Aguilera, E., & Cruz Pedreros, M. (2019). Salud mental y su relación con las características biosociodemográficas en pacientes hemodializados. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(1), 79-93.
<https://doi.org/10.22235/ech.v8i1.1801>
- San Molina, L., & Martí, B. A. (2010). *Comprender la depresión*. Editorial AMAT.
<https://acortar.link/i4WCEH>
- Sandoval-Carvajal, I., & Cordero, S. C. (2022). Opiniones y percepciones de las mujeres amas de casa sobre el trabajo de cuidados en Costa Rica 2017. *Estudios*, (45).
<https://doi.org/10.15517/re.v0i45.53326>
- Silva, Hernán. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40 (1), 9-20. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002>
- Smadi, EY (2019). Psychological Burnout of Women Working and Housewives at the Menopausal Stage in Amman City / Jordan. *Ciencias sociales asiáticas* , 15 (2), 124-132. <https://acortar.link/LFOXrT>
- Solar, F. C. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia psicológica*, 23(1), 43-56.
<https://acortar.link/PNIVGx>
- Sorbara, S. E., Baró, S., del Carmen Greco, R., Preiti, M. P., & Quinteros, M. E. (2021). Doble presencia, entre la familia y el trabajo. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 6. <https://doi.org/10.32351/rca.v6.251>

- Terrones, Y. Y. A., & López, B. A. R. (2021). Rasgos de personalidad y depresión en mujeres con trabajo remunerado y trabajo no remunerado. *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 23(1-2), 49-56. <https://acortar.link/BhOH11>
- Torns, T., Carrasquer, P., Borràs Català, V., & Roca de Torres, C. (2002). El estudio de la doble presencia: una apuesta por la conciliación de la vida laboral y familiar. <https://acortar.link/B6q6FX>
- Trujano, M. R. S., & Medina, S., (2023), Depresión y autoestima. Mujeres con doble jornada de trabajo en dos etapas del ciclo vital. *Alternativas en psicología*. (50) <https://acortar.link/ZHARVf>
- Trujano, R. S., & Mata, S. M., (2022). DEPRESIÓN EN MUJERES CON HIJOS/AS PEQUEÑOS Y DOBLE JORNADA DE TRABAJO. https://alfepsi.org/ixcongreso/wp-content/uploads/2022/03/M4_7_CARTEL-DEPR-Rocio-Soria-Alfepsi-2022.pdf
- Trujano, R. S., & Badillo, F. Y. R. (2021). Depresión en parejas heterosexuales con un hijo adolescente con problemas de conducta. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(2), 832-854. <https://acortar.link/hduVYA>
- Trujano, R. S., & Aguilar, A. A. M. (2017). Depresión y hábitos de salud en mujeres empleadas domésticas y amas de casa. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20(1), 95. <https://acortar.link/FSLGmW>
- UBA APSA OMS MSAL (2015). <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/que-es>
- Uculmana, E. (2021). Factores asociados a la depresión en pacientes mayores de 60 años atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital Rezola de Cañete enero a diciembre del 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.14308/3509>
- Vallejo, J. (1998). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría: *Finales del siglo xviii y siglo xix* (4ª Ed.). Masson <https://acortar.link/QiKlmj>
- Vallejo Ruiloba, J., Bulbena Vilarrasa, A., & Menchón Magriña, J. M. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Elsevier. <https://acortar.link/bCiU0R>
- Valle Pico, M. I., & Larzabal Fernández, A. (2022). Estrés, malestar psicológico, bienestar psicológico y satisfacción con la vida según modalidades de trabajo en madres de familia. *Ciencias Psicológicas*, 16(2). <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2794>
- Vega Montiel, A. (2007). Por la visibilidad de las amas de casa: rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico. *Política y cultura*, (28), 181-200. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26702808>

Veytia López, M., González Arratia López Fuentes, N. I., Andrade Palos, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43. <https://acortar.link/sYXhpA>

Anexo

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.