

31921
86



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“ DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DE
LA DEPRESIÓN POSTPARTO ”

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S I N A

PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

SAYRA HUERTA LÓPEZ

ASESORES:

LIC. MARCO VINICIO VELASCO DEL VALLE

LIC. JUAN ANTONIO VARGAS BUSTOS

LIC. JUANA OLVERA MENDEZ

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

2002

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I DEPRESIÓN

1.1 ANTECEDENTES	3
1.2 DEFINICIÓN	5
1.3 ETIOLOGÍA	11
1.4 EVALUACIÓN	13
1.5 TÉCNICAS	21

CAPITULO II ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL EMBARAZO

2.1 DEFINICIÓN	26
2.2 ETAPAS DEL EMBARAZO	27
2.2.1 PRIMER TRIMESTRE	27
2.2.2 SEGUNDO TRIMESTRE	29
2.2.3 TERCER TRIMESTRE	31
2.3 PARTO	32
2.3.1 FASES INICIALES DEL PARTO	32
2.3.2 FASES DEL PARTO	32
2.4 POSTPARTO	34

CAPITULO III DEPRESIÓN POSTPARTO

3.1 DEFINICIÓN	37
3.2 SÍNTOMAS	43
3.3 ETIOLOGÍA	44
3.4 TRATAMIENTO	45

CAPITULO IV EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

4.1 ANTECEDENTES	48
4.2 TRATAMIENTOS Y EVALUACIONES	46
4.2.1 TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	47
4.2.2 TERAPIA FARMACOLÓGICA	48
4.2.3 TERAPIA SISTÉMICA	49
4.2.4 TERAPIA CONDUCTUAL	51
4.2.5 TERAPIA COGNITIVA	54
4.2.6 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	56
4.2.7 INSTRUMENTOS	61

CONCLUSIONES

62

REFERENCIAS

64

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B

Resumen

El trabajo que a continuación se presenta se consolida en cuatro capítulos.

El capítulo 1 comenta los antecedentes históricos del estudio de la depresión, su definición, su etiología, su evaluación y técnicas aplicadas a esta.

Así como también los diferentes tipos de depresión, algunos instrumentos de evaluación y algunas estrategias de cambio más comentadas en la literatura revisada.

En el capítulo II se define el embarazo, se hace una división en los tres trimestres que lo comprenden con el fin de mostrar los cambios psicológicos, sociales y biológicos comunes que llevan a la depresión.

El capítulo III habla del periodo postparto enunciando las consecuencias anatómicas y fisiológicas que se tienen; describe la lactancia y la reanudación de la actividad sexual. Describe cómo se vive las respuestas específicamente depresivas al postparto y cómo se puede contribuir a aceptarlas y a disminuirlas sin tener cabida a consecuencias desfavorables en la pareja y al nuevo integrante de la familia.

En el capítulo IV se hace referencia a los antecedentes de la evaluación y al tratamiento postparto desde diferentes enfoques. Se incluye la evaluación y tratamiento psiquiátrico, farmacológico y psicológico. Destacando en este último la terapia sistemática, conductual, cognitiva y cognitivo-conductual. Describiendo los instrumentos de evaluación y estrategias de intervención correspondientes a cada uno.

Finalmente se presentan las conclusiones obtenidas de la realización del presente escrito.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Introducción

¿Por qué estudiar la depresión?, se preguntarán algunos, mi respuesta se fundamenta básicamente en un punto que justifica plenamente la realización de la presente investigación.

Esta razón es que la depresión, a pesar de que todos la hemos vivido en algún momento de nuestra vida, no se le ha dado la importancia o el seguimiento adecuado para poder manejarla y salir de ella lo más pronto posible sin permitir que afecte de sobremanera a nuestra vida.

Sé que hay grupos o instituciones que brindan apoyo psicológico a las personas deprimidas y que cuentan con todo un programa de recuperación.

Pero, ¿cómo puede funcionar un programa sin que nadie lo conozca?

Este es el primer punto que podríamos abordar, ¿qué porcentaje de la población conoce las instituciones de apoyo a personas deprimidas?, ¿quién puede "aceptar" que está deprimido y que "necesita" a alguien que lo apoye?

Creo que las respuestas a todas estas preguntas las conocemos todos, un número muy reducido de personas puede identificar una depresión y de este pequeño número de personas muy pocas pueden aceptar que necesitan ayuda, ya que esto trae como consecuencia ser marginado por la sociedad y así se tiene como respuesta final

Todo esto los que están inmersos en el mundo de la Psicología lo pueden comprobar y esta tesina es una prueba más de que la depresión provocada por un embarazo tampoco es "conocida, comprendida ni apoyada" por los mismos protagonistas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I : DEPRESIÓN



1.1 Antecedentes.

La conducta del ser humano es motivada por pensamientos específicos y por la interpretación que cada uno de nosotros le da a las experiencias y eventos que nos rodean. Esta interpretación es un comportamiento funcional que nos permite apreciar las experiencias desagradables como parte del proceso de la vida, pero si las experiencias que se tienen son desagradables como resultado de una vida insatisfactoria emocionalmente, el individuo puede presentar algunas peculiaridades en su comportamiento que indica un tipo de trastorno que en este tipo de situaciones es conocido como **DEPRESIÓN**.

Desde que se tienen noticias acerca de la depresión los hombres han buscado una explicación que sea comprensible al porqué de la enfermedad ya que el cómo se da y la evolución de ésta es claramente observable (Calderón, 1998).

La depresión es uno de los desórdenes tanto psicológicos como médicos que tienen su origen desde los primeros registros de la humanidad. La primera descripción clínica objetiva de la depresión fue realizada por Hipócrates quién la calificó con el término de melancolía para dirigirse a la persona deprimida; su origen lo atribuyó a un exceso de atrabilis en el cerebro, así como la melancolía la vinculó con la epilepsia caracterizándola junto con la manía, el delirio y la paranoia que en su conjunto forman los principales tipos de enfermedad psiquiátrica. Es

importante tomar en cuenta estos registros ya que nos demuestran que la sintomatología del desorden afectivo ha sido esencialmente la misma hasta nuestros días, aunque hay que tomar en cuenta que precisamente con esta revisión histórica podemos ver que tanto la sintomatología, como las causas y los tratamientos sugeridos para la depresión se han ido modificando a través del tiempo como un reflejo de las tendencias etiológicas y teóricas de cada época.



Los autores que formaron el cuadro más completo y moderno de este desorden fue Areteo de Cappadocia, quien menciona que la depresión es causada por factores psicológicos sin dejar de lado la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la depresión; como se puede ver claramente Areteo se anticipó a Kraepelin cuando asocio la manía y la depresión. Por otro lado, Galeno en el mismo siglo desarrolló una teoría de la enfermedad mental que estaba basada en supuestos humores y que fue aceptada como doctrina hasta la Edad Media pero en el Renacimiento volvió a surgir el interés por la depresión con un nuevo enfoque ya que en Inglaterra aparentemente hubo una epidemia de melancolía por todos los trabajos aparecidos en ese tema por lo cual los médicos de Europa descubrieron que la melancolía y la manía están alternadas con el individuo mismo, más adelante Bonet, Scact y Herchel (1768), (en Arieti y Bemporad, 1990) fueron algunos de los que asociaron ambos desórdenes como parte de una entidad diagnóstica. Después con la revolución científica la psiquiatría consideró la enfermedad mental como causada por agentes fisiológicos más que por una posesión demoníaca, pero sus hallazgos carecían de un ordenamiento general ya que cada investigador decía haber descubierto un nuevo síndrome, esto se debía a que en esta época los estados patológicos eran descritos de forma exagerada.

Por otro lado, Falret hizo observaciones acerca del probable carácter familiar de la depresión recurrente y su mayor incidencia en las mujeres, es importante mencionar que el mayor interés que se tenía en esa época era en el desenlace

de una enfermedad para poder dar o certificar un diagnóstico. Por todo lo anterior fue que Kraepelin revolucionó en la psiquiatría ya que identificó los elementos comunes de entre la confusión de síndromes descritos individualmente y realizó tres categorías: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco depresiva; basándose tanto en la similitud de los síntomas como en el eventual desenlace de la enfermedad, dentro de esta última incluyó una gran variedad de desórdenes depresivos ya que los síntomas que se presentaban eran comunes a pesar de que existían diferencias superficiales.

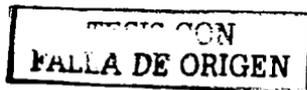


Uno de los principales críticos de Kraepelin fue Meyer ya que él descartó por completo el modelo de enfermedad, prefiriendo considerar los desórdenes psiquiátricos como reacciones específicas de un individuo ante una sucesión de circunstancias existenciales ya que para él la enfermedad mental debía ser explicada en función de los conocimientos sobre el comportamiento normal e integrada con éste en lugar de verla como otra forma de enfermedad física cuyos síntomas se pueden considerar de tal forma que puedan ser tabulados para un inventario (Arieti y Bemporad, 1990).

1.2 Definición.

Es muy común que cuando se habla de depresión algunas veces no se esté de acuerdo con la definición que puede dar cada persona al respecto ya que la forma que tienen de deprimirse es distinta, pero en lo que sí coinciden es que la depresión se manifiesta en un estado de desánimo que dura varios días y hace que las personas deprimidas difícilmente lleven a cabo sus actividades cotidianas.

La depresión ha sido definida por distintos autores, cada uno de ellos menciona los aspectos que la caracterizan de acuerdo a la perspectiva teórica de la que parten, sin embargo, la mayoría de ellos de están de acuerdo en la relación que existe entre la vida afectiva del sujeto y con una sensación de desagrado que tiene para él mismo (Calderón, 1998).



Valdés (en Calderón, 1998) define a la depresión en tres aspectos: a) síntoma: puede acompañar a otros trastornos psicopatológicos primarios como es la neurosis de angustia; b) síndrome: agrupó los procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital y c) enfermedad: visto desde el enfoque médico, se observa como un trastorno que tiene su origen biológico en el que se puede delimitar una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico. Valdés ve a la depresión como todo un cuadro complejo ya que su sintomatología puede adquirir diversas dimensiones sin que estas estén dentro de un cuadro característico de síntomas.

Otro autor que da una definición distinta de la depresión es Robbins (en Calderón, 1998) ya que menciona que es un efectivo desorden del humor que lleva a las víctimas a un mundo de constante reproche, confusión y desesperación; es un padecimiento tanto de la mente como del cuerpo. Es una mezcla compleja de actitudes, sentimientos e ideas.

Desde el enfoque médico la depresión se puede dividir en dos categorías:

* **DEPRESIÓN ENDÓGENA:** Sus causas son bioquímicas (hormonales, desequilibrio genético en ciertas sustancias neurotransmisoras).

Entre sus síntomas más importantes que a menudo se mencionan se encuentran la inhibición motora, sentimientos de culpa, delirios paranoides, despertarse temprano, depresión profunda, pérdida de peso, no reaccionar a los cambios en el medio, agitación e intento de suicidio. También se caracteriza por los ataques de depresión recurrentes a intervalos regulares (en un promedio de 2 a 3 ataques con una duración de 6 a 12 meses) y reacciona específicamente a agentes antidepresivos como son los fármacos y la terapia electroconvulsiva.

* **DEPRESIÓN EXÓGENA:** Ésta tiene sus causas psicológicas "sociales" (un suceso psicológico traumático). Entre los síntomas más importantes se encuentra la ansiedad, la autocompasión, también se culpa a otros, tienen dificultad para dormir, riesgo de suicidio y sobre todo existe una fijación por parte de la persona deprimida en un objeto precipitante específico y su depresión en pocas ocasiones dura más de 6 meses, reaccionando inadecuadamente a ciertos fármacos.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Es importante mencionar que los partidarios del enfoque médico emplean muchos conceptos distintos cuando se refieren a la depresión, así como también pueden cambiar de un país a otro.

El diagnóstico de la depresión endógena y exógena se basa principalmente en:

- a) Si hay depresión en la familia,
- b) El grado de depresión, si es grave o ligera,
- c) Reacciones motoras si son inhibidas o normales,
- d) Reacciones a agentes antidepressivos, y
- e) Si se encuentran presentes algunos factores desencadenantes.

Snezhneuski (1987) describe a la depresión como un estado de ánimo decaído, con abatimiento, inhibición de ideas y motoras; se señala como un angustia agobiante e insoluble, es percibida como un dolor espiritual, se tienen sensaciones físicas y penosas, se tienen sensaciones desagradables, pesadez en el cuerpo, dolores en la región cardíaca, lo que le rodea está tomado de forma sombría, su pasado es visto como una cadena de errores, sus movimientos son lentos y tienen la expresión afligida.

Fredén (1986) menciona que para poder que una persona pueda ser clasificada como deprimida tiene que cumplir con ciertas características: el sentirse realmente desanimado de tal forma que le fuera difícil salir adelante con su vida cotidiana esto debe tener una duración de 14 días por lo menos; además de que debe figurar como deprimido en una escala de graduación elegida (escala de evaluación de Zung) por la Organización Mundial de la Salud.

En el enfoque psicodinámico de la depresión, Freud la considera como un estado en que el sujeto vuelve la agresión hacia adentro, sobre sí mismo, en lugar de hacerlo sobre la persona que le está provocando esos sentimientos agresivos, uno de los motivos por los cuales no se hace esto es porque este tipo de sentimientos se han vuelto prohibidos, sin embargo, este sentimiento se debe de liberar de alguna forma por eso se acude a llevarlo hacia adentro.

Esta alteración de ánimo surge de la discrepancia entre las representaciones del yo y el ideal del ego (superego) o la imagen anhelada del yo.



TRES CON
FALLA DE ORIGEN

El origen principal del trastorno es interior: hay un **desequilibrio** entre los impulsos agresivos y los impulsos de la libido (amor por uno mismo y hasta cierto punto amor por el objeto).



Fredén (1986) menciona otra de las personas que aportó información al tema de la depresión, es Edward Bibring, representante de otra rama de la escuela psicodinámica. Él considera que la depresión es un fenómeno del ego pero aquí lo importante es la relación que existe entre el individuo y el medio social ya que todas las clases de depresión tienen sus raíces en la pérdida de la autoestimación, que puede hacer que los impulsos se vuelvan hacia adentro. La depresión se presenta cuando somos incapaces de vivir a la altura de nuestros propios ideales del ego.

Desde el **enfoque conductual** la depresión está considerada desde dos vertientes de la teoría del aprendizaje (Fredén, 1986):

- a) La depresión se ve como el resultado de un acceso limitado a acciones que proporcionan un refuerzo positivo (recompensa).
- b) La depresión se ve como el resultado de una pérdida de control sobre los medios de obtener un refuerzo positivo o negativo que es conocido también como desamparo aprendido, sin embargo, admiten que sólo corresponde a la depresión reactiva, es decir, cuando el sujeto carece de iniciativa, tiene una sensación de impotencia y sustenta una opinión desalentadora del futuro.

Snezhneuski (1987) es otro autor que hace una clasificación de la depresión, la divide en depresiones sencillas y complejas:

DEPRESIONES SENCILLAS: Se caracterizan por las alteraciones esenciales, propias de la depresión.

- Depresión **adinámica.** Se caracteriza por la debilidad, falta de fuerza, ausencia de impulsos y motivaciones, indiferencia hacia todo.
- Depresión **agitada.** Se presenta la **agitación motora** con ansiedad, ésta predomina en el cuadro clínico, estas personas no encuentran lugar para sí,

presentan desasosiego, se quejan con las mismas exclamaciones y palabras de su estado, se autoacusen por hechos incorrectos en el pasado, exigen su ejecución inmediata, durante el rapto que es una explosión melancólica son capaces de suicidarse.

- Depresión anestésica. Aquí prevalece la anestesia psíquica, la morbosa indiferencia (ausencia de reacción emocional adecuada a las impresiones y estímulos externos); los enfermos afirman que perdieron los sentimientos hacia los allegados, que no les son accesibles las emociones de tristeza y alegría, además de que su estado es muy atormentador.

- Depresión con delirio de autoacusación. Aquí los pacientes reprochan el haber cometido actos indecorosos, delitos, parasitismo, simulación, vida incorrecta, exigen juicios sobre ellos y castigos. En algunos casos las ideas de autoacusación se encuentran relacionadas con verdaderos errores en el pasado pero extraordinariamente exagerados en el período depresivo.

- Depresión disfórica (regañona). Es caracterizada por la irritabilidad, la sensación de angustia o insatisfacción hacia todo lo que está a su alrededor y también con respecto a su estado de salud, tiene tendencia a presentar explosiones de ira, agresiones contra las personas que están a su alrededor y contra sí mismas, aborrecen la vida.

- Depresión sonriente (irónica). Tiene presentes los signos de la depresión pero en la cara del enfermo se encuentra una vaga sonrisa; el paciente ironiza sobre su estado e impotencia. La depresión sonriente es un hallazgo poco frecuente y se puede acompañar con tendencias suicidas.

- Depresión llorosa. Aquí predomina la pusilanimidad y la astenia.

- Depresión estuporosa. Está acompañada por una inhibición motora generalizada hasta llegar a la completa inmovilidad que es lo que se conoce como estupor.

- Depresión ansiosa. Aquí predomina la ansiedad en la tristeza.



DEPRESIONES COMPLEJAS: Son aquellas en las que la depresión combina con otros síndromes o síntomas psicopatológicos.

- Depresión asténica. Tiene un exceso de fatiga y agotamiento, debilidad irritable, hiperestesia y mentismo sensorial.
- Depresión con delirio de inmensidad (síndrome de Cotard). Es el delirio nihilista megalomaniaco (grandioso), aquí los pacientes afirman que tanto el mundo como el universo, así como ellos mismos no existen, que ellos son acusados de graves crímenes por los cuales merecen las torturas más crueles, hasta la ejecución; ellos tienen que pagar por sus pecados con sufrimientos durante miles de años.
- Depresión con delirio nihilista (delirio de negación). En ellos surge la convicción de que perdieron la casa, la familia, los parientes, los seres allegados o que están podridas sus vísceras, que no tienen cerebro ni cuerpo.
- Depresión con delirio de autoacusación y reproche. Los pacientes consideran que son acusados de una acción impropia o un delito que ellos no cometieron pero que están dispuestos a recibir cualquier castigo.
- Depresión con delirio de perjuicio y de relaciones cotidianas. Aquí los pacientes están convencidos que sus bienes les han sido robados o estropeados por personas que conviven con ellos; por ejemplo, los vecinos, quienes atentan contra su bienestar, felicidad y salud, también a menudo piensan que los quieren envenenar.
- Depresión con trastornos vegetativos y somáticos. Aquí el paciente presenta crisis de taquicardia, oscilaciones de la presión arterial, sudoración y vómitos; la disminución del estado de ánimo es evidente, presentan quejas de tristeza, hay inhibición motora e intelectual, pero con frecuencia tienen variaciones en su estado de ánimo y en ocasiones tienen ausencias de los signos de depresión.
- Depresión con despersonalización y desrealización. Se caracteriza por la pérdida de sentimientos, en ocasiones este sentimiento es acompañado por un

doloroso sentimiento de indiferencia, irrealidad, percepción fantástica del mundo circundante, pérdida del amor a los seres allegados, desaparición de las reacciones emocionales y trastornos de la percepción del sueño.

- Depresiones con fenómenos de obsesividad. Tienen representaciones obsesivas imaginarias, depresivas por su contenido, tienen miedo al morir por un paro cardíaco, de contagiarse de alguna enfermedad incurable, etc. Otro de los motivos por los cuales se preocupan es por el futuro de sus seres queridos o allegados.

- Depresión hipocondríaca. Tienen un estado de ánimo decaído y diversas sensaciones somáticas desagradables, tienen la convicción de padecer una enfermedad grave e incurable y por eso demandan la constante atención de los médicos y especialistas.

1.3 Etiología.

Una de las causas de la depresión es la heredada, ya que se ha demostrado que la frecuencia de los trastornos depresivos endógenos entre familiares de primer grado como son: padres, hermanos e hijos va del 15% al 20%, esto es una cifra muy baja tomando en cuenta a toda la población pero es importante mencionar que estas personas tienen ciertas predisposición a sufrir trastornos depresivos que puede ser motivados por las causas ambientales, por lo tanto, cuando los hijos de las familias en las que ambos padres padecen algún trastorno afectivo tienen una posibilidad del 30% al 40% de que desarrollen estos trastornos también. Y si un gemelo idéntico tiene una depresión importante, ha una probabilidad del 70% de que el otro también la desarrolle.

Cuando se habla de las causas orgánicas nos remitimos directamente a aquellos estados que biológicamente hablando son agentes permisivos de la depresión y alteran el metabolismo de la persona a causa de un desequilibrio bioquímico cerebral, producido por los niveles de serotonina, noradrenalina, catecolaminas y la endolina, neurotransmisores neuronales responsables del estado anímico del organismo ya que cualquier alteración de estas sustancias puede causar deficiencias fisiológicas (Calderón, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Según estadísticas reunidas en varias partes del mundo confirman que existe una gran diferencia entre hombres y mujeres que sufren depresión esto se debe a que las mujeres son más propensas a percibir y reconocer los problemas depresivos así como a recurrir a tratamiento, lo cuál explica las diferencias encontradas.

Weissman y Klerman (en Arieti y Bemporad 1990) hicieron investigaciones sobre la desventaja de la condición social de la mujer y si esto trae consecuencias psicológicas conducentes a la depresión, de las cuales propusieron dos hipótesis:

- Hipótesis de la condición social. Se refiere a las discriminaciones sociales contra las mujeres que traen consigo una situación de indefensión legal y económica, dependencia de los otros y deterioro de las aspiraciones, así como de la autoestima, que con un tiempo termina en una depresión clínica.

- Hipótesis de la "indefensión adquirida", las imágenes estereotípicas socialmente condicionadas originan en la mujer una serie de ideas que no permiten la autoafirmación, oposición a la que se contribuyen las expectativas sociales, como son los valores de la feminidad que aparecen como una variante de la indefensión adquirida y es muy característico de la depresión.

En el caso del matrimonio, existe un factor importante que es el efecto protector de los hombres y que tiene efectos perjudiciales en la mujer ya que se encuentra sometida a la experiencia de una pérdida o un peligro eminente de pérdida, así como estar sometida al otro dominante, en vivir en función del otro así como obtener su aprobación para realizar determinadas cosas para obtener una gratificación; el patrón de dependencia en dónde el patrón de vida es el amor romántico como meta dominante. Arieti y Bemporad (1990) está de acuerdo con que la participación de la cultura consiste en dificultar que la mujer tome conciencia de la anomalía de su situación que es el adoptar una postura masoquista ya que en algunas clases sociales se confunde la feminidad con la dependencia por que el hombre suele definirse como el que gobierna, el pilar, el que toma las decisiones, teniendo esto como causa que la mujer termine en una depresión.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

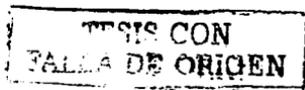
Por lo general, la mujer tiene un gran valor en dos aspectos: uno es de ser madre y el otro ama de casa, pero con el tiempo estos dos valores se han modificado ya que existen otros medios para lograr estas actividades como son las guarderías, las personas de limpieza, etc; pero todo esto trae como consecuencia que las mujeres se sientan insatisfechas ya que la sociedad les impide desarrollarse de acuerdo con el modelo masculino. La depresión llega cuando la mujer se hace consciente de este fracaso (Arieti y Bemporad, 1990).

Otros autores mencionan que la depresión es el resultado a menudo de un tipo de evento infeliz, como por ejemplo, la muerte de un ser querido o algún acontecimiento importante para la vida de la persona. En este caso el origen de la depresión es clara y la persona está consciente de ella, entonces el terapeuta puede esperar positivamente una reacción de madurez que le permita remediar los conflictos inmediatos en una cantidad razonable de tiempo. Pero también existen los sentimientos de depresión que aparentemente no tienen alguna causa justificada, aquí la persona se siente incapaz de entender porqué se siente de esa forma. Cuando la depresión es causa de un evento desagradable impide la capacidad de asimilación de la persona.

1.4 Evaluación.

Dueñas, M. y cols (1998) mencionan que la depresión como trastorno de la afectividad, es una de las enfermedades psicológicas más frecuentes que puede llegar a afectar entre el 3% y el 5 % de la población en general. Ellos proponen dos cuestionarios de autoevaluación específicos para la depresión, estos cuestionarios son utilizados con gran frecuencia en el área clínica por los profesionales de la salud, sometiendo a éstos a los procedimientos estadísticos de validación.

El enfoque cognitivo-conductual ha tomado en cuenta el trabajo de Aaron T. Beck ya que es considerado el representante de la terapia cognitiva en lo que respecta al campo de la depresión, esta terapia pretende dar cuenta a los pensamientos disfuncionales que afectan la conducta del individuo. De acuerdo con Beck la conducta depresiva es caracterizada por seis componentes cognitivos:



- a) Esquemas. Son estructuras cognitivas que regulan el proceso del pensamiento, tanto si están estimuladas o no por la situación ambiental.
- b) Reglas. Representan en el sujeto ciertas ecuaciones, fórmulas y premisas que le van a permitir ordenar esas representaciones de la realidad, de tal forma que se llegue a conclusiones específicas.
- c) Esfera personal. Implica el significado que se le da a los objetos tangibles e intangibles. Y representa la integración de todo lo que nos conforma y define.
- d) Pérdida. La consecuencia de ésta puede acarrear melancolía y un estado de ánimo doloroso o un desinterés por el mundo exterior como por ejemplo la capacidad de amar.
- e) Triada cognitiva. La visión de sí mismo, interpretación de su presente y futuro negativo, es decir, su visión negativa del pasado, del presente y del futuro en donde se descartan los logros positivos.
- f) Distorsiones cognitivas. Son errores sistemáticos de pensamiento que mantienen las creencias del paciente sobre la validez de sus conceptos negativos. Entre algunos de ellos se destaca la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre generalización, magnificar y minimizar, personalización y pensamiento absolutista, esto es algo que es algo completamente malo o bueno.

Todos estos componentes constituyen la respuesta del porqué la depresión.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DEPRESIVA



La depresión, a diferencia de otros síndromes comportamentales complejos, puede ser evaluada con bastante precisión a través de una serie de procedimientos. Los instrumentos que se encuentran disponibles para evaluar los factores causales y las conductas depresivas existen desde una aproximación metodológica como comportamental. La evaluación conductual integra estos dos aspectos. La mayor parte de la literatura de la evaluación lleva al uso de los autoinformes, entrevistas estructuradas, sistema de observación directa, instrumentos de autoregistro e indicadores biológicos.

a) Entrevistas estructuradas. Nos permiten contrastar la información recabada mediante otros procedimientos, siendo conveniente la utilización de éstos cuando está la duda de la fiabilidad de las apreciaciones del sujeto. Un ejemplo de este instrumento es el cuestionario que fue creado por Endicott y Spitzer (en Fernández, 1994) "Cuestionario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia" que abarca la evaluación de la depresión y otras categorías diagnósticas. También están las entrevistas semiestructuradas que fueron desarrolladas por Wing, Birley, Cooper en 1967, para evaluar las condiciones psicopatológicas que han acompañado al sujeto durante el mes que precede la entrevista, así como la ausencia, presencia y severidad de determinados síntomas.

b) Los autoinformes. Nos proporcionan datos sobre las respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas que son verificables independientemente del sujeto y acerca de su experiencia subjetiva en relación a sus respuestas manifiestas, psicofisiológicas o cognitivas. Dentro de estos se encuentra el inventario de la depresión de Beck (BDI) utilizada con mayor frecuencia por los clínicos e investigadores; está compuesto por 21 ítems que permiten apreciar el nivel global de depresión, así como los cambios emocionales globales a lo largo del tiempo, revalorar al sujeto cada vez que se crea conveniente y obtener la valoración precisa de las cuestiones que caracterizan a la depresión como son las emociones negativas, nivel de actividad, problemas de interacción, sentimientos de menosprecio, inadecuación y culpa así como síntomas físicos (Fernández, 1994).



La siguiente escala fue construida por Beck en 1961 y adaptada al castellano por el profesor Valentín Conde en 1974. Hace más referencia en los componentes cognitivos de la depresión que en los conductuales o somáticos (Dueñas, 1998).

**ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE
BECK**

Elija para cada uno de los siguientes veintiún apartados la expresión que mejor refleje su situación actual. Marque solo una opción por apartado.

1. No estoy triste _____

Estoy triste y siento desgano de vivir. _____

Siempre estoy triste y no lo puedo remediar _____

Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho _____

2. No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a
Mi futuro _____

Me siento desanimado con respecto a mi futuro _____

Creo que no debe de esperar ya nada _____

Creo que jamás me liberaré de mis penas y preocupaciones _____

Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi
situación _____

3. No tengo la sensación de haber fracasado _____

Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas

Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena _____

Si pienso en mi vida, veo que no he tenido más que fracasos _____

Creo que he fracasado por completo _____

4. No estoy particularmente descontento _____

Casi siempre me siento aburrido

No hay nada más que me alegre como me alegraba antes _____

No hay nada más en lo absoluto que me proporcione una
satisfacción _____

5. No me siento particularmente culpable _____

Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada

Me siento culpable _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada _____

Considero que soy muy malo que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada _____

6. No tengo la impresión de merecer un castigo _____

Creo que me podría pasar algo malo _____

Tengo la impresión de que ahora, o muy pronto, voy a ser castigado _____

Creo que merezco ser castigado _____

Quiero ser castigado _____

7. No estoy descontento de mí mismo _____

Estoy descontento de mí mismo _____

No me gusto a mí mismo _____

No me soporto a mí mismo _____

Me odio _____

8. No tengo la impresión de ser peor que los demás _____

Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos _____

Me hago reproches por todo lo que no sale bien _____

Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes _____

Me siento culpable de todo lo malo que ocurre _____

9. No pienso, ni se me ocurre, quitarme la vida _____

A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no lo haré _____

Pienso que sería preferible que me muriese _____

He planeado como podría suicidarme _____

Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese _____

Si pudiese, me suicidaría _____

10. No lloro más de lo conveniente _____

Lloro con mucha frecuencia, más de lo conveniente _____

Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo _____

Ahora ya no puedo llorar, aunque quiera, como lo hacia antes _____

11. No me siento más irritado que lo de costumbre _____

Me enfado o me irrito con más facilidad que antes _____

Estoy constantemente irritado _____

Ahora no me irritan ni siquiera las cosas que antes me enfadaban _____

12. No he perdido el interés por los demás _____

Me intereso por los demás menos que antes _____

He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas _____

Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente _____

13. Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones _____

Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro tomar decisiones _____

Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien hacerlo _____

Ahora me siento culpable incapaz de tomar ninguna decisión, sea lo que sea _____

14. No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre _____

Temo que mi aspecto cause mala impresión o parecer aviejado _____

Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto _____

Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo _____

15. Trabajo con la misma facilidad de siempre _____

Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar _____

Ya no trabajo tan bien como antes _____

Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa _____

Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea _____

16. Duermo tan bien como de costumbre _____

Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre _____

Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir _____

TESIS CON
DE LA DE ORIGEN

Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no pudo dormir más de cinco horas _____

17. No me canso antes que de costumbre _____

Me canso más pronto que antes _____

Cualquier cosa que haga me cansa _____

Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada por poco esfuerzo que haga _____

18. Mi apetito no es peor que de costumbre _____

No tengo tanto apetito como antes _____

Tengo mucho menos apetito que antes _____

No tengo en absoluto ningún apetito _____

19. No he perdido peso y si lo he perdido, es desde hace poco _____

He perdido más de dos kilos de peso _____

He perdido más de cuatro kilos de peso _____

He perdido más de siete kilos de peso _____

20. Mi salud no me preocupa más que lo de costumbre _____

Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares _____

Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa _____

No hago nada más que pensar en mis molestias físicas _____

21. No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por los asuntos sexuales _____

Me intereso menos que antes por cuestiones relativas al sexo _____

Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere a sexo _____

También existe la Autoescala de Depresión de Zung que evalúa la severidad de la depresión a través de 20 ítems que versan sobre el afecto predominante en el sujeto como son los aspectos psicológicos, ideas y los aspectos fisiológicos así como psicomotores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG

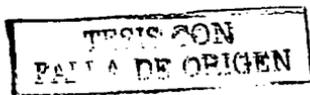
Para cada una de las siguientes veinte preguntas indique con qué frecuencia experimenta el síntoma o el sentimiento descrito.

- A = Muy poco tiempo/ muy pocas veces/ raramente.
 B = Algún tiempo/ algunas veces/ de vez en cuando.
 C = Gran parte del tiempo/ muchas veces/ frecuentemente.
 D = Casi siempre/ siempre/ casi todo el tiempo.

A B C D

1. Me siento triste y deprimido
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches
5. Ahora tengo tanto apetito como antes
6. Todavía me siento atraído por el sexo apuesto
7. Creo que estoy adelgazando
8. Estoy estreñido
9. Tengo palpitaciones
10. Me canso por cualquier cosa
11. Mi cabeza está tan despejada como antes
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro
15. Me siento más irritable que habitualmente
16. Encuentro fácil el tomar decisiones
17. Me creo útil y necesario para la gente
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena
19. Creo que sería mejor para los demás que muriera
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.

Dentro de la evaluación de la depresión se encuentra la lista de Adjetivos Depresivos de Lubin que nos sirve como estimación rápida del estado de humor y se utiliza para evaluar el modo emocional predominante, durante las veinticuatro



horas precedentes a la toma de información y no propiamente la depresión, pero si obtiene una puntuación muy alta refleja un estado de ánimo depresivo.

La escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff mide el nivel de depresión y la sintomatología depresiva en población general, centrándose en el componente afectivo, a través de 20 ítems seleccionados de entre otras escalas previamente validadas, esta escala constituye un medio para detectar entre la población general la sintomatología depresiva común.

La escala D del MMPI esta compuesta por 60 ítems diseñados para evaluar la depresión sintomática y asimismo las puntuaciones altas pueden sugerir un fondo caracterizado por falta de autoconfianza, tendencia a preocuparse, estrechez de intereses e introversión al enfrentarse a una situación crítica.

Por último, está la Escala Diagnóstica de la Depresión (IDD) consta de 22 ítems e incluye ítems específicos para diagnosticar la melancolía y la depresión endógena, siendo un buen instrumento para medir los diferentes grados de severidad de la depresión, así como los cambios clínicos experimentados.

Las escalas de observación: se emplean para confirmar el diagnóstico de la depresión y seguir su evolución a lo largo del tratamiento. Dentro de ellas se encuentra la Escala de Depresión de Hamilton (HRS-D) es la más utilizada y proporciona un índice de la severidad de la depresión a través de 24 ítems que abordan los contenidos cognitivos, conductuales y fisiológicos que se encuentren asociados con la depresión y otros síndromes psicopatológicos no propiamente depresivos (Fernández, 1994).

1.5 Técnicas.



Durante muchos años se ha insistido en tener un modelo científico que permita una evaluación objetiva y que no pueda ser interpretado de distintas formas.

En el caso de la depresión, las bases fisiopatológicas se implantaron al mismo tiempo que se estableció el tratamiento farmacológico, como es el uso de antidepresivos. Estos pueden dividirse en tres categorías: los antidepresivos

heterocíclicos, los inhibidores de la monoaminaoxidosa y los nuevos depresivos, como la fluoxetina y la fluvoxamina .

Los antidepresivos deben elegirse de acuerdo a los síntomas de cada persona y las reacciones que pueden ocasionar éstos. Si su reacción es positiva se va incrementando gradualmente hasta que desaparezcan por completo los síntomas de la depresión, los cuales tienen una duración aproximada de 4 a 8 semanas.

Otros factores que deben tomarse en cuenta para determinar el tipo de antidepresivo que se utilizará son: antecedentes depresivos en la familia, si los hay y es la primera vez que la persona los toma antidepresivos y si ha tomado algunos otros.

Los pacientes que asisten a este tipo de tratamientos deben conocer las reacciones secundarias de los antidepresivos como son:



- Sequedad en la boca.
- Estreñimiento.
- Sudoración excesiva.
- Molestias al orinar.
- Midriasis (dilatación de pupilas).
- Palpitaciones o taquicardias.
- Disminución del deseo sexual, retraso en la eyaculación y anorgasmia.

Es importante que el paciente conozca todas estas reacciones para que no tenga consecuencias contraproducentes.

Otra alternativa en el tratamiento de la depresión es la psicoterapia. De forma general, existe un conjunto de medidas psicoterapéuticas básicas, las cuales son:

- Apoyar al paciente para que comprenda el carácter transitorio de su estado depresivo y ayudarlo a suprimir los sentimientos de culpa que tenga.
- Hacerle ver que sus esfuerzos para salir del problema son importantes.

- Como en los pacientes depresivos su autoimagen y autoestima se encuentran deteriorados, es importante trabajar en los comportamientos positivos que los lleven a lograr metas, por pequeñas que éstas sean y prestar poca atención a los aspectos negativos de la situación.
- Es recomendable que después de los primeros días del tratamiento, el usuario asista a reuniones sociales para que establezca relaciones interpersonales.



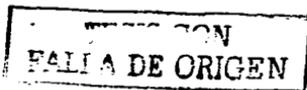
También existen algunas medidas terapéuticas que deben evitarse como: no obligar al usuario a esforzarse más de lo necesario para lograr las metas, además de que no se debe de alentar en él una actitud dudosa acerca de las culpas que tenga.

Uno de los tratamientos que se han utilizado para las depresiones "graves", como las que implican un alto riesgo de suicidio y en los casos de depresiones psicóticas es el tratamiento con electrochoques. Este tratamiento puede traer consigo reacciones secundarias como afectar la memoria reciente, lo cual varía de acuerdo a la edad del usuario, sin embargo, después de unas seis semanas se recupera en su totalidad (Sabanés, 1993).

Dentro de los tratamientos para la depresión que ofrece el enfoque cognitivo conductual, se encuentra la Terapia Cognitiva de Beck para la depresión.

Linn y Garske (1988) mencionan que para Beck los trastornos psicológicos como los de la depresión son el resultado de la manera en que las personas han llegado a pensar de sí mismas ya que supone que existen pensamientos contraproducentes típicos, o distorsiones cognitivas que son características de la persona deprimida.

El método cognitivo aplicado a la depresión toma en cuenta las ideas deprimentes, reconoce también una multitud de síntomas adicionales de la depresión como es el estado de ánimo triste y sombrío, dificultad para conciliar el sueño o ya sea para permanecer dormido pese a la sensación de cansancio,



pérdida de apetito, sensación de impotencia, falta de satisfacción, dificultad para tomar decisiones y una imagen de sí mismo generalmente negativa.

Beck menciona que la persona deprimida debe reconocer los pensamientos y las autoevaluaciones negativas y debe corregirlas sustituyéndolos con pensamientos más apegados a la realidad. El primer paso del tratamiento es una evaluación precisa de los pensamientos negativos que están influyendo en el cliente; este tipo de pensamientos se encuentran en tres categorías que son descritas por Beck y que también tienen el nombre de "Triada Negativa": ideas negativas respecto al mundo; pensamientos negativos acerca de sí mismo y percepciones negativas del futuro.



En seguida el terapeuta dirige al cliente hasta una postura más atenta, reflexionando sobre los pensamientos del cliente mientras se están produciendo acontecimientos penosos. Aquí se instruye al cliente para que corrija sus pensamientos negativos por otros más positivos y adecuados a la realidad; esto se puede hacer con la técnica de doble columna ya que se le pide al cliente que anote los pensamientos negativos automáticos en la primer columna y los pensamientos corregidos (es decir, los pensamientos positivos) en la segunda columna. Este método proporciona al terapeuta datos muy valiosos para la evaluación, así como también indica los progresos del cliente en la terapia.

Otra estrategia que es utilizada por el terapeuta es la de "el empirismo de colaboración" en donde tanto el terapeuta como el cliente hacen un esfuerzo por identificar los problemas y obtener datos para poner a prueba lógica y la racionalidad de los pensamientos y creencias del cliente. En la autovigilancia se le pide al cliente que vigile cuidadosamente sus experiencias de tal forma que el terapeuta pueda determinar si el cliente es excesivamente exigente o es incapaz de poder destacar las experiencias agradables, así como si es incapaz de sentir

placer. La autovigilancia es una aptitud importante que se le enseña al cliente por los estados de ánimo, las actividades y los pensamientos autovigilados son los que el terapeuta y el cliente examinan juntos.

La programación de actividades también es un instrumento valioso en este tratamiento debido a que las personas deprimidas se retiran de sus actividades y hacen una reflexión acerca de su falta de interés. En esta técnica el terapeuta dirige al cliente en la planeación y participación en algunos eventos que le sean al cliente muy agradables. Y en las actividades rutinarias pasa algo similar nada más que aquí el terapeuta y el cliente trabajan juntos para establecer actividades que se trabajan en pequeños pasos y de forma separada de tal modo que el cliente pueda realizar la ejecución de estas actividades de forma escalonada. A lo largo de esta técnica el terapeuta debe hacer que el cliente vigile por sí mismo sus pensamientos, los cuales deben ser anotados en un registro para que posteriormente sean evaluados por el terapeuta junto con el cliente. En este proceso se le enseña al cliente nuevas aptitudes cognitivas para evaluar las situaciones futuras (Linn y Garske, 1988).

Como puede verse, existen diversas explicaciones para la depresión. Éstas varían de acuerdo al enfoque desde el cual se analiza. Al igual que las explicaciones, las estrategias para afrontarla, también varían dependiendo del tipo de depresión del que se trate.

La depresión es el resultado del un tipo de evento infeliz, como la muerte de un ser querido. En las mujeres, es muy común la depresión postparto, la cual se presenta durante las primeras semanas después del alumbramiento. Este tipo de depresión afecta a un alto porcentaje de mujeres, por lo cual es importante que se informen de los cambios físicos y psicológicos que pueden presentarse durante el embarazo y después del nacimiento del bebé, para que en caso de que se presente, se tenga conocimiento cómo afrontarlo.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO II: ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL EMBARAZO



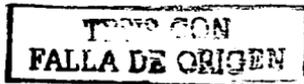
2.1 Definición.

En los seres humanos el embarazo sólo puede producirse después de que el espermatozoide ha fecundado al óvulo. Para esto es necesario que éste se deposite en la vagina en un momento cercano a la ovulación.

Después de la eyaculación en la vagina, los espermatozoides sanos se abren paso por el sistema reproductor femenino de la mujer en una carrera en la que quedan pocos sobrevivientes.

La fertilización es un proceso complejo que dura alrededor de veinticuatro horas. Comienza con el primer contacto entre el espermatozoide y el óvulo y se considera que termina cuando el material genético del óvulo y el espermatozoide se combinan. Este hecho marca el principio de la etapa preembrionaria, la cual dura hasta que ocurre la individualización biológica.

La fecundación origina un cigoto, célula que contiene veintitrés cromosomas aportados por el espermatozoide y veintitrés del óvulo. Después de aproximadamente treinta horas de la fecundación, la célula empieza a dividirse. La primera división consiste en dos células que a su vez se fragmenta en cuatro, luego en ocho y así sucesivamente. Este conjunto de células es llamado mórula y durante los siguientes tres o cuatro días después de la fecundación desciende por la trompa de Falopio y penetra en la cavidad uterina. En estos momentos la mórula forma una cavidad interior y es llamada blastocito. Después de unos días el blastocito empieza a fijarse o adherirse al revestimiento del útero.



La implantación culmina alrededor de cinco a nueve días después de la fertilización (Masters, Johnson y Kolodny; 1995). Es a partir de la implantación del cigoto que se puede hablar de un embarazo.

El periodo de gestación dura en promedio 266 días. Para facilitar el estudio de la gestación, de los cambios específicos que acontecen es que normalmente se divide en tres periodos de tres meses cada uno.

2. 2. Etapas del embarazo.

2.2.1. Primer trimestre.

Desarrollo fetal: Durante esta primer etapa el blastocito se transforma en la placenta y en las membranas fetales (amnios y corion).

Al final del primer mes de embarazo el embrión posee un tosco corazón y aparato digestivo además de un cerebro, médula y sistema nervioso incipientes. En la cabeza se perfilan los ojos. Durante la quinta semana se observan las protuberancias de los brazos y las piernas. Empieza también a formarse la parte posterior de la boca y se observan escotaduras en la zona que corresponde a las orejas y se perfila el cordón umbilical (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). El feto es grisáceo, mide entre uno y medio a dos y medio centímetros de largo y tiene forma de medialuna (Crooks y Baurk, 2000).



Entre la sexta y la séptima semana se desarrollan los ojos y las orejas y se empiezan a formar los dientes y los músculos faciales. Puede verse el cuello y hay formaciones óseas incipientes. En los embriones masculinos se presenta ya el tejido testicular en el caso de los femeninos, no empieza todavía la formación de los ovarios (Masters, Johnson y Kolodny; 1995). Es evidente un par de riñones primitivos (Gotwald y Golden, 1995).

A partir de las ocho semanas el embrión presenta claramente delimitados las manos y los pies, las cuales aparecen en forma de paleta las cuales poco a poco se transformarán en un conjunto de dedos de manos y pies (Masters, Johnson y Kolodny, 1995; Gotwald y Golden 1995). Al mismo tiempo de constituyen los vasos sanguíneos. En este momento el embrión pesa alrededor de 1 gr. y mide 3cm. de largo.

A lo largo del tercer mes continúa el crecimiento fetal y aparecen las uñas, los folículos pilosos y las pestañas. Las extremidades adquieren proporción de acuerdo al resto del cuerpo y pueden apreciarse los genitales masculinos y femeninos (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

El esqueleto se encuentra en proceso de formación y algunos huesos comienzan a endurecerse (Gotwald y Golden, 1995).

La madre: Durante los primeros meses las reacciones en las madres son diversas. Algunas mujeres parecen revitalizadas, radiantes y llenas de salud. Otras, presentan fatiga, pérdida de apetito y sensación de apatía y pesadez. Sin embargo, lo más común es que el estado físico y mental de la madre fluctúe a diario.

El cansancio es considerado un síntoma que se presenta durante el primer trimestre del embarazo. Otro síntoma son los vómitos o náuseas, los cuales aparecen aproximadamente al final del primer mes. También son comunes las micciones más frecuentes de lo normal, la defecación irregular, el aumento del tamaño y sensibilidad de los pechos y el incremento del flujo vaginal (Masters, Johnson y Kolodny, 1995; Crooks y Baurk, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El padre. A pesar de que normalmente no se toman en cuenta los cambios o sentimientos del padre durante el embarazo, éste juega un papel importante en la situación. La primera reacción de un hombre al enterarse de que su pareja está embarazada puede ser de sorpresa, incertidumbre o preocupación. Puede también inquietarse por el bienestar de la mujer y la salud del niño. Puede ser que también se preocupe por la economía familiar. Incluso hay hombres que tienen náuseas de embarazo, al mismo tiempo que su compañera (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).



2.2.2 Segundo trimestre.

Desarrollo fetal. Durante el cuarto mes el feto desarrolla los labios, las yemas de los dedos y el pelo en la cabeza. Empiezan los movimientos de succión e ingiere pequeñas cantidades de líquido amniótico. También comienza a moverse y a girar frecuentemente dentro del saco amniótico.

A partir del quinto es posible percibir los latidos del corazón y el cuerpo entero se cubre de un fino vello. El feto responde a los sonidos y pasa parte del tiempo dormido y parte despierto.

Cuando llega el sexto mes el feto abre los ojos y tiene pelo largo en la cabeza. Al final de este trimestre su tamaño es de 30 cm. de largo y pesa entre 600gr y 700gr. Si naciera en este momento tendría muy pocas posibilidades de sobrevivir (Gotwald y Golden, 1995; Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

TESIS CON
PALLA DE ORIGEN

La madre: Durante este trimestre la mujer pasa por un periodo de múltiples alteraciones físicas. Masters, Johnson y Kolodny (1995) mencionan que la cintura empieza a colgar, el abdomen se hincha, la línea del busto se expande y la ropa ya no le queda. Debido a esto puede ser que se sienta feliz y deseosa de que todos se enteren de que está embarazada.

Al terminar el cuarto mes advierte el movimiento del feto y siente la presencia de otra vida en su interior. Esto origina novedad y asombro haciendo desaparecer las sensaciones molestas.

En esta segunda etapa el útero se agranda considerablemente y se eleva en el interior del abdomen, lo cual suele originar mala digestión y estrefimiento. La piel del abdomen se estira; aumenta considerablemente el tamaño de los pechos, los pezones se agrandan y su tonalidad es más intensa, la areola se ensancha y a veces fluye de los pezones el calostro, un líquido claro y amarillento, precursor de la leche.

Algunos otros cambios pueden provocar pequeñas anomalías. Debido a la presión que el útero ejerce empiezan a formarse algunas varices en la piernas y hemorroides. El mayor volumen de sangre puede provocar hemorragias nasales. Puede presentarse hinchazón en las manos, muñecas, tobillos y pies debido a la retención de líquidos. También desaparecen las náuseas y la mujer suele tener más apetito.

Se pueden observar también cambios psicológicos, la mayoría de las mujeres ya se han hecho a la idea de su embarazo y se sienten con más ánimos.

El padre: Debido a que en esta etapa el momento del alumbramiento todavía es lejano, el padre no participa en la situación que crea el embarazo pero el poder sentir los movimientos de su futuro hijo le proporciona una sensación de contacto. La energía y vitalidad de su compañera lo tranquiliza y ocasiona que la pareja pase más tiempo junta.

ESTE CON
FALLA DE ORIGEN

2.2.3 Tercer trimestre.

Desarrollo fetal. Es durante el séptimo mes que se termina de formar el cerebro y el sistema nervioso, el tejido adiposo crece debajo de la piel y el manto veloso desaparece.

El niño que nace durante el séptimo mes de gestación tiene 10% de posibilidades de sobrevivir, sin embargo, un mes más tarde estas posibilidades alcanzan un 70%.

Durante el octavo mes la piel del feto se alisa y adquiere un tono rosáceo. Empieza a girar hasta colocarse con la cabeza hacia abajo preparándose para el parto. Durante el noveno mes suele ser menos activo en parte por su tamaño y lo restringido del espacio. El niño ha adquirido anticuerpos de la madre que lo protegerán de infecciones y enfermedades.

En este momento, el feto mide alrededor de unos 50cms. y pesa entre 3.1kgs y 3.4kgs.

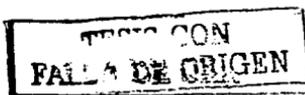
La madre: Es evidente ya la firmeza y el creciente tamaño del útero, cuando la mujer se pone de pie, éste se inclina hacia delante, alterando el centro de gravedad de la madre.

El útero comprime los vasos sanguíneos de la parte superior del cuerpo ocasionando calambres en las piernas, frecuentes ganas de orinar y la respiración anhelante, debido a que el diafragma es empujado hacia arriba.

Especialmente en este tercer trimestre, las mujeres tienen dificultad por controlar el aumento de peso. Si la ganancia de peso es demasiada el feto podría sufrir daño. Otro rasgo característico de esta etapa es el aumento de las contracciones del útero.

El padre. Debido a los cambios en la figura de la mujer y las molestias físicas, el hombre puede no sentirse sexualmente atraído por ella o que su compañera no experimente el mismo interés sexual que él.

Al mismo tiempo las mujeres se sienten más unidas a su pareja (Masters, Johnson y Kolodny; 1995).



2.3 Parto.

2.3.1 Fases iniciales del parto.

El parto consiste en la contracción rítmica y regular de los músculos del útero y culmina con el alumbramiento y la expulsión de la placenta y las membranas.

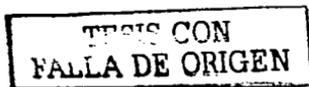
No se sabe con certeza qué es lo que ocasiona el parto. Durante muchos años se consideró que la liberación de oxitocina probablemente desencadenaba el trabajo de parto. Actualmente hay datos de que la cantidad de esteroides que elabora la corteza suprarrenal fetal puede jugar un papel importante para provocar algún fenómeno en la placenta y que culmina con el comienzo del trabajo de parto. Lo más aceptado es que la liberación intermitente de oxitocina por la neurohipófisis materna es importante para regir la potencia y la duración de las contracciones uterinas una vez que se ha establecido el trabajo de parto (Moore, 1988).

Antes del parto propiamente dicho, tiene lugar una serie de episodios conexos. Unas semanas antes de dar a luz, las mujeres primerizas experimentan el encajamiento del feto en los huesos pélvicos. Otros dos eventos comunes son el afinamiento o borrado del cérvix y la dilatación o abertura de la entrada de éste (Masters, Johnson y Kolodny; 1995).

Anderson, Camacho y Stark (1979) explican el borrado del cérvix como el acortamiento progresivo del conducto cervical hasta el punto de quedar obliterado (obstruido) mientras que el cuello uterino se ve atraído hacia la porción inferior del útero. Mencionan que la dilatación se produce cuando el orificio externo comienza a estirarse y se abre, debido a la presión ejercida por el feto, el saco amniótico y la acción de las contracciones uterinas.

2.3.2 Fases del parto.

Primera fase. Esta fase se inicia cuando las contracciones uterinas son muy intensas, duraderas y frecuentes para dar paso al afinamiento y dilatación del cérvix. Al término de este proceso, el grosor del cérvix ha disminuido alrededor de 2 cm. Cuando el agrandamiento del cérvix alcanza los 10 cm ha concluido la dilatación pues esta es la anchura necesaria para el paso del niño.



Esta primer fase es la más larga. Si se trata del primer embarazo de la madre, la duración es de aproximadamente 13 horas y en posteriores gestaciones disminuye a 8 horas.

Cuando la dilatación es mínima, las contracciones son moderadas (de 20 a 40 segundos cada una) y muy espaciadas (a intervalos de 10 a 20 minutos). Generalmente la mujer se siente bien y puede levantarse de la cama, pero una vez que el cérvix se ha dilatado 4cm o 5cm, las contracciones duran aproximadamente de 30 a 60 segundos y tienen lugar cada 2 a 4 minutos y tal vez sea necesario tomar algún fármaco para calmar los dolores.

Muy frecuentemente la última parte de esta primer fase, es decir, cuando el cérvix se halla dilatado entre 8cm y 10cm, es la más molesta para la madre. Las contracciones duran de 45 a 60 segundos y el intervalo entre cada una de ellas es de 2 minutos aproximadamente.

En caso de que se trate del primer embarazo de la madre, esta última parte dura alrededor de 40 minutos y en posteriores gestaciones disminuye a 20 minutos (Masters, Johnson y Kolodny; 1995).

Segunda fase. La segunda fase del parto abarca desde el instante de máxima dilatación hasta el momento del nacimiento. En caso de que la madre sea primeriza tiene una duración de 80 minutos si no fuera así dura 30 minutos (Masters, Johnson y Kolodny; 1995). En esta fase la madre puede quejarse de dolores en la parte inferior de la espalda (Anderson, Carnacho y Stark; 1979).

En cuanto emerge la cabeza del recién nacido es necesario limpiarle la sangre y el moco y aspirarle la boca y la nariz para facilitarle la respiración. En el momento en que sale el resto del cuerpo, debe sostenerse al recién nacido debajo del nivel del cuerpo de la madre y se repite la aspiración de la boca y la nariz.

El siguiente paso es atar el cordón umbilical para cortarlo unos 3 cm por encima del cuerpo del niño. Para evitar infecciones oculares se ponen al niño unas cuantas gotas en los ojos o una pomada antibiótica. También se le inyecta vitamina K con el fin de evitar una hemorragia pues el niño no puede elaborar esta vitamina inmediatamente después del nacimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por último, se coloca al bebé una pulsera de identificación, se le toman las huellas de los pies y se practica un examen médico para detectar posibles anomalías de nacimiento (Masters, Johnson y Kolodny; 1995).

Tercera fase. La tercera parte del parto acaece enseguida del nacimiento del niño. La placenta se separa de la pared uterina y es expulsada con las membranas fetales, lo cual recibe el nombre de alumbramiento, que normalmente dura solamente de 10 a 12 minutos (Masters, Johnson y Kolodny; 1995).

Anderson, Camacho y Stark (1979) sugieren una cuarta fase, que abarcaría la primera crítica que sigue a la expulsión de la placenta. Opinan que es una etapa crítica para la madre y para el bebé. La madre puede sufrir alguna hemorragia en el útero por lo cual es necesario que se examine este órgano para comprobar su firmeza.

2.4 Postparto.



El periodo postnatal o la etapa que sigue al nacimiento del niño implica múltiples adaptaciones en todos los individuos afectados por la situación.

El cuerpo de la madre poco a poco se va ajustando; la pareja debe asimilar la presencia de un nuevo ser, adaptarse a las responsabilidades y funciones que adquieren como padres.

Después del parto, el útero se encoge hasta alcanzar su tamaño normal, pasando de unos 1.000 gr. de peso después del alumbramiento a 50 – 70 gr. al final de la sexta semana del puerperio.

Cuando la placenta se separa del útero, los niveles de algunas hormonas disminuyen notablemente. Algunos especialistas consideran que este hecho provoca las fluctuaciones emocionales que se presentan al inicio del puerperio.

Inmediatamente después del alumbramiento, el cérvix está colapsado y flácido, al cabo de una semana recupera el tono y su abertura es de apenas 1 cm. También, durante estas dos primeras semanas, conforme se regenera el revestimiento del útero, éste expulsa los llamados loquios, una mezcla de sangre y moco cuyo color cambia del rojo al rosa pardo y al blanco amarillento. La vagina también se va estrechando pero generalmente no recupera el tamaño que tenía antes (Masters, Johnson y Kolodny; 1995).

Es importante que durante las primeras 48 horas del puerperio se haga una evaluación cuidadosa de la ingesta y la excreta de la madre ya que puede tener dificultades para orinar debido, generalmente, a la insensibilidad de la vejiga.

Otro aspecto importante es que la madre lleve a cabo ejercicios postnatales lo cual le ayudará al mantenimiento de las funciones circulatorias además de que aceleran la recuperación del tono muscular del abdomen y del perineo. Se trata de ejercicios graduales, específicos para cada necesidad (Anderson, Camacho y Stark; 1979).

La lactación o secreción de leche tiene lugar dos o tres días después del nacimiento, sustituyendo al calostro que fluía previamente de los pechos. Para que esto suceda, la hipófisis produce grandes cantidades de prolactina durante la segunda mitad del embarazo.

Con respecto a la reanudación de la activación sexual, la mayoría de los médicos recomiendan a las mujeres que no realicen el coito, hasta después de varias semanas pasando el parto, para dar tiempo a que cicatricen las huellas de la episiotomía y que la vagina y el útero vuelvan a su estado anterior. Sin embargo, la decisión también depende de factores físicos y psicológicos. Con frecuencia, después de tres o cuatro semanas muchas mujeres vuelven a sentir deseo y pueden reanudar la actividad sexual.

Durante el primero y segundo días después del nacimiento del bebé, la mamá experimenta dicha y alivio, se siente plena y los amigos y familiares tienen atenciones con ella. Pero al tercer o cuarto día, muchas mujeres experimentan un cambio de humor, son proclives al llanto o tienen pensamientos y sueños

turbadores, es lo que se conoce como depresión postparto (Masters, Johnson y Kolodny; 1995).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO III: DEPRESIÓN POSTPARTO.



3.1. Definición

Existen algunas definiciones de lo que es la depresión posparto, por ejemplo, se dice que es un estado anímico que se presenta después de dar a luz.

Hay varios niveles de depresión posparto. La reacción de cada mujer en su adaptación al postparto es distinta. La condición más leve y la que afecta al mayor porcentaje de las mujeres se denomina etapa melancólica o baby blues. Generalmente entre el 40% y el 50% de las mujeres presentan melancolía que es un estado emocional transitorio que se manifiesta las primeras 24 horas después del parto y en promedio se extiende hasta 72 horas, y coincide con el brusco descenso de estrógenos, que acompaña el inicio de producción de leche. Cuando los síntomas persisten más allá de las cuatro semanas posteriores al parto se puede considerar como depresión posparto y la reacción más severa se llama psicosis posparto (Salazar, 2000; Portlanth, 2001; William, 2001).

Los científicos hallaron que los recién nacidos de las mujeres crónicamente deprimidas presentaban concentraciones elevadas de las hormonas del estrés asociadas con la depresión, como el cortisol y la norepinefrina y concentraciones menores de dopamina. Los bebés de las mujeres crónicamente deprimidas también presentaban anomalías en las ondas cerebrales que imitaban a las de un

adulto con depresión., y fueron más propensos a estar irritables y dormir de manera irregular.

Los bebés nacidos de madres con depresión sólo durante el embarazo también mostraron signos de elevación de las hormonas del estrés y actividad anormal de las ondas cerebrales, pero en un grado menor que los de las madres crónicamente deprimidas. No obstante, incluso los bebés nacidos de mujeres que reportaron sufrir sólo una depresión postparto mostraban algunos signos de hábitos de sueño irregular, lo que indicaba que la conducta de la madre o los factores genéticos podrían aún jugar un papel que contribuyera a la conducta de los recién nacidos.



Otro estudio que se llevó a cabo con la participación de 7000 hombres, cuyas esposas también habían dado a luz indicó que el 10% mostraba notorios síntomas depresivos. Los papás no tienen la excusa de los desajustes hormonales que se vinculan con la ya clásica depresión postparto en la mujer.

Para saber por qué los varones presentaban depresión postparto los investigadores consultaron a diversos especialistas cuyas respuestas fueron dibujando la precaria condición del varón contemporáneo: si no superó los celos con el hermanito o quedó atrapado en el vínculo con el propio padre, se deprimirá o angustiara, pero si logró armar una moderna pareja con una mujer activa, también tendrá paradójicos motivos para sufrir. Y los especialistas registran un "antidepresivo" típicamente argentino: las relaciones extra conyugales (González, 2000).

Mediante cuestionarios se procuró detectar síntomas depresivos en 7018 hombres: "La prevalencia de la depresión fue del 10% en las seis semanas posteriores al parto y el 5% a los seis meses. Los síntomas depresivos también prevalecen entre los hombres cuyas parejas eran a su vez mujeres deprimidas". También hay evidencia de que en algunos hombres " la salud física y psíquica declina luego del nacimiento de un hijo, en especial si son expertos en el cuidado

de niños". Las tasas de depresión fueron mayores en hombres desempleados, con relaciones de pareja más conflictivas y que contaban con menos sostén emocional de familia y amigos. Otro estudio reciente verificó que el 13 % de las mujeres experimentan depresión en el período postnatal, y que esta tasa se mantiene en variedad de grupos étnicos y culturales.



En el caso del varón, los psiquiatras admiten una depresión " de tipo situacional, el hombre debe de ubicarse en una nueva situación y compartir el tiempo de la mujer con otro ser; se deprimirán aquellos que tengan cierta sensibilidad con el tema del abandono o el desplazamiento" dice Marietán, para quien la paternidad es una situación de estrés: una presión externa que se agrega a la presión estándar, así como hay individuos que soportan menos presión social que otros, se produce una reacción desadaptada que puede llegar a trastornos fisiológicos puros, como los problemas cardíacos. Son casos poco frecuentes, de todos modos, y en la mayoría de los casos de la paternidad conduce a cierta perplejidad moderada.

Según Diana Rizzatto, coordinadora del área asistencial de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar, " si bien no es común encontrar en los hombres, por el parto, síntomas típicos de la depresión, como tristeza, insomnio, dificultades en la alimentación o falta de ganas de hacer las cosas, existen las llamadas depresiones enmascaradas; actuaciones que pueden encubrir una depresión".

También se dice que es la depresión que sufren las madres tras el embarazo y el parto también es conocida en ocasiones como depresión puerperal o depresión postnatal, su forma más grave en la que se puede denominar es psicosis posparto. Se debe de distinguir de la "tristeza por el bebé" que aparece tras el nacimiento del niño y suele durar unas dos semanas; es mucho es mucho menos grave que la depresión y se caracteriza por crisis de llanto frecuentes.

Por el contrario, la depresión postparto suele comenzar a las dos semanas después del parto y puede durar meses o años. Se cree que afecta a una de cada diez mujeres en el Oeste de Europa en una forma u otra. Aunque su reconocimiento y diagnóstico han sido más amplios en los últimos años, fue descrita ya entonces por Hipócrates y se cree que su atribución es mundial (Alfaro, 2001).

La etapa de melancolía se caracteriza por las siguientes reacciones emocionales que la madre puede sentir (Urefña, 2000):

- Soledad.
- Tristeza.
- Pérdida de confianza en sí misma.
- Pérdida de la propia identidad.
- Aumento de sensibilidad y vulnerabilidad.
- Irritabilidad.
- Sexualidad disminuida.

En cambio, las mujeres que presentan depresión postparto se caracterizan por que presentan (Alfaro, 2001; Uribe, 2001; William, 2001):

- Llanto sin motivo aparente.
- Tristeza.
- Nerviosismo.
- Irritabilidad.
- Trastornos del sueño y del apetito.
- Un alto nivel de tensión emocional.
- Ánimo profundamente decaído.
- Sensación de que nadie le presta atención.
- Serias dificultades en el manejo del bebé (aversión a tocar al bebé).
- Sentimientos de pérdida de control.
- Temor de hacer daño al bebé.
- Frases negativas respecto a las situaciones cotidianas del hogar.

Diversos autores concuerdan en que el origen de la depresión postparto viene dado por varios factores:

- **Hormonal.** Después del parto el cuerpo sufre bruscas variaciones de los niveles hormonales, la baja de los estrógenos que cumplen una función estimulante y antidepressiva, es por esto, que muchas mujeres después del parto sienten una gran necesidad de llorar, motivadas por sentimientos de angustia, tristeza y enojo.

- **Físicos.** Agotamiento que produce el trabajo de parto.

- **Psicológicos.** Los psicólogos consideran que es normal que después de nueve meses de llevar al bebé en el vientre, el nacimiento genera sensaciones de pérdida, de separación, de alejamiento (el bebé ya no está dentro de una misma), en especial cuando otros originan la depresión postparto son por:

- * Cambios hormonales en la sangre.
- * Estrés.
- * Dietas deficientes.
- * El embarazo.
- * El trabajo de parto.

La perspectiva que tiene la madre con respecto a como criar, atender, educar y hacer una persona de provecho al nuevo bebé "temores relacionados con el cuidado del bebé" (Fernández, 2001;William, 2001):

- * Grado de madurez de la madre.
- * Fatiga emocional.
- * Problemas mentales antes del parto.
- * La carencia o ausencia total de apoyo afectivo.
- * Severos problemas de comunicación con el marido.
- * Inseguridad con respecto a la relación de pareja.
- * Falta de colaboración.
- * Falta de ayuda doméstica.

La depresión postparto a menudo desaparece con descanso y recibiendo



ayuda de sus familiares y amigos. La asesoría psicológica o los medicamentos son de gran ayuda para tratar la depresión. Además es recomendable la hospitalización para recibir un tratamiento mucho más completo (Lizardy, 2001).

Después de la alegría inicial por la llegada del bebé, sobreviene una especie de decaimiento ya que las madres pueden llegar a sentir una increíble responsabilidad y lamentar la pérdida relativa de su libertad, lo cual puede causarle culpabilidad. Es posible que sienta que su esposo no la ama, de que no es digna de que nadie la ame. La fatiga y la falta de sueño pueden jugar un papel importante en estas sensaciones (Arteaga, 2001).

Por otra parte se ha encontrado que las mujeres que sufren de depresión crónica durante el embarazo pueden pasar el trastorno a sus hijos, según una investigación presentada recientemente en la reunión anual de la Asociación de Psicología de Estados Unidos. "En las mujeres que están deprimidas durante el embarazo, hay una transmisión al feto de alguna de las hormonas del estrés", dijo Tiffany Field, directora de los Institutos de Investigación Touch, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Miami, en Miami, Estado de Florida (Castro, 2000).

Los investigadores ya tenían conocimiento de que las mujeres deprimidas, que pueden que no estén emocionalmente disponibles para sus bebés, a menudo tienen hijos más irritables, que presentan dificultades con los hábitos del sueño y que son menos receptivos a los demás. Sin embargo, los investigadores indicaron que el desequilibrio bioquímico de la madre deprimida y el momento del comienzo de su depresión pueden jugar también un papel en estos síntomas. Los analistas examinaron un grupo de recién nacidos de una semana, de 80 madres que reportaron o bien haber estado deprimidas antes y después del embarazo, o

deprimidas sólo durante el embarazo, o deprimidas sólo después del embarazo, o no deprimidas en lo absoluto.



Estudios internacionales no lo mencionan pero ninguno de los especialistas consultados dejó de mencionar lo que uno de ellos definió como una especie de "actividad antidepresiva" muy frecuente: las relaciones extraconyugales. La infidelidad durante el embarazo es relativamente frecuente, en especial cuando el futuro padre se coloca en posición fraterna y siente celos como si fuese a nacer un hermanito. Y, a veces, son infieles de manera humillante para la mujer. "Hay vínculos extraconyugales que son con dedicatoria", en la clase media es frecuente que los hombres pongan reparos en tener relaciones con sus mujeres embarazadas, sobre todo en los meses finales.

Sin embargo, una asociación de prostitutas hizo una estadística que su presidenta resumió así: "Cuando estamos embarazadas trabajamos cada vez más, incluso en el noveno mes". Quiere decir que el embarazo como tal no inhibe la atracción. Salvo que sea el de la propia esposa.

3.2 Síntomas

Los síntomas de la depresión postparto, la cual puede durar desde semanas hasta un año, pueden ser muy intensos y aterradores, la mujer inclusive puede llegar a sentir que no puede hacerse cargo de la criatura o demasiado avergonzada como para hablar de estos sentimientos con su pareja, familia o amigos por que piensan que la considerarían incapaz de ser madre. Sin embargo, con ayuda profesional, la mayoría de las mujeres que pasan por este período lo podrían superar y cuidar a sus bebés y cuidarse a sí mismas (Urrutia, 2001).

Las mujeres que tienen mayores probabilidades de padecer de esta enfermedad son aquellas que cuentan con un historial clínico de depresión o ansiedad o que han padecido de depresión postparto en otro embarazo.

Los factores que incrementan estos riesgos son los siguientes:

- Un historial clínico de síndrome premenstrual.
- Tener un bebé con problemas físicos o de conducta.
- Un acontecimiento estresante como la muerte de un ser querido, separación o mudanza, etc.
- Expectativas poco realistas con respecto a las responsabilidades maternas.
- Imposibilidad de dormir suficientes horas.
- Depresión o ansiedad durante el embarazo.
- Un embarazo largo o difícil.
- Un embarazo no deseado.

3.3 Etiología



Hay muchos factores diferentes implicados en la depresión postparto. Todos en conjunto o una combinación de los mismos pueden ser la causa en los distintos casos. Se cree que las enfermedades depresivas son desencadenadas por un suceso vital; el nacimiento de un bebé es un acontecimiento vital, éste puede ser el desencadenante de la depresión. El descenso de los niveles de progesterona en sangre materna tras el parto puede tener un papel en la depresión puerperal, y por esta razón algunas mujeres reciben suplementos de progesterona.

Otros factores son la genética, las posibles dificultades económicas, las complicaciones durante el parto, el temperamento o el aspecto del bebé, la relación de la madre con sus padres, el cambio que significa ser madre, o la esperanza de que tener un bebé le va hacer feliz (Aguirre, 2001).

Algunos médicos han sugerido que el aumento en la incidencia de depresión postparto se debe a cambios en el papel de la mujer en la sociedad moderna, o la hospitalización para el parto, pero esto sólo refleja un aumento en la eficacia del diagnóstico más que un verdadero aumento actual de su incidencia (Urefia, 2000).

3.4 Tratamiento

El tratamiento suele ser responsabilidad del médico de familia, pero en los casos graves puede ser necesario consultar con un psicólogo o psiquiatra. Incluye el uso de fármacos antidepresivos, suplementos de progesterona, consejos o grupos de apoyo postparto (Salazar, 2000). Muchos profesionales de la salud consideran que los cambios hormonales que se producen durante el embarazo y luego después del parto son los responsables de esta enfermedad. El estrógeno y la progesterona, las hormonas reproductivas femeninas, incrementan considerablemente durante la gestación y luego disminuyen de la misma manera después del parto; estos cambios aparentemente son los que dan lugar a la depresión postparto.

Cuanto antes se detecta la depresión postparto, más fácil resulta sobrellevarla y recuperarse. Es importante recurrir a un profesional en materia y no tratar de resolver todo sola.

Si se experimenta estos síntomas, el médico en primer lugar determinará si corre el riesgo de causar daño al bebé e incluso a la madre. También se asegurará que la tiroides de esta se encuentre funcionando ya que el hipotiroidismo puede enmascarar los mismos síntomas que la depresión postparto. La mayoría de las mujeres que se tratan con medicamentos y terapia tienen resultados favorables.

La psicoterapia también se prescribe comúnmente para combatir este desorden emocional. Su doctor posiblemente la refiera a un psicólogo que se especialice en depresión postparto. El terapeuta puede brindarle apoyo emocional y ayudarla a comprender sus síntomas.

Existen además grupos de apoyo donde reúnen las madres para conversar sobre su depresión y compartir sus experiencias. Estos grupos están por lo general encabezados por un terapeuta que dirige las charlas y brinda consejos y asesoramiento. Según los médicos también es importante que la mujer retome su rutina habitual cuanto antes, que salga, frecuente familiares y amigos y, si es posible, que haga ejercicio físico (Arteaga, 2001; Uribe, 2001).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO IV: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO



4.1 Antecedentes.

Como se ha mencionado anteriormente la depresión posparto se ha definido como un estado anímico que se presenta después de haber dado a luz, por lo que la inmensa mayoría de las mujeres experimentan la "depresión posparto", la cual puede ser pasajera o bien extenderse por periodos prolongados, de tal manera que puede llegar a convertirse en un trastorno depresivo severo, ya que después de la llegada del bebé sobreviene una especie de decaimiento pues muchas mujeres presentan periodos de depresión, los cuales ocurren desde los primeros días del nacimiento del bebé.

Si esto sucede las madres pueden presentar sentimientos de culpabilidad esto debido a la responsabilidad que va adquirir de ahora en adelante, además, de sentir que ha perdido su libertad. Es por ello, que actualmente 140 millones de personas en el mundo, de acuerdo a los informes de la O.M.S., sufren depresión. De tal manera que es casi imposible no reconocer la magnitud del problema. Y es

por esto que en los últimos años, varios centros académicos del mundo se han dedicado a investigar la depresión posparto. Es así como nacieron varios enfoques clínicos, de los cuales tres son los que en este momento han mostrado ser los más efectivos. Uno es el Modelo Cognitivo de Beck, el otro, el Modelo de Desamparo Aprendido de Seligman y últimamente el Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico de Guidano, entre otros (Aguirre, 2001).

4.2 Tratamientos y evaluaciones.

4.2.1 Tratamiento Psiquiátrico.



Como sea como se defina (síntoma, síndrome, enfermedad o espectro de diferentes manifestaciones) la depresión es en la actualidad el trastorno psiquiátrico más frecuente, tanto en los países desarrollados como los que están en vías de desarrollo. Harper (en Calderón, 1998) reporta que entre el 13% y el 20% de cualquier población presentan síntomas depresivos y aproximadamente el 2% y el 3% de la población se encuentra hospitalizada o gravemente deteriorada por una enfermedad de carácter afectivo.

Para este enfoque la persona más indicada para dar el tratamiento es el psiquiatra, además de ser el único autorizado para prescribir medicamentos y realizar exámenes físicos completos. A este respecto se puede mencionar que la mayoría de los médicos especializados en esta área, no realizan un examen físico y biológico de los pacientes canalizados, ya que sólo sustentan su diagnóstico con el reporte verbal del paciente y por el escrito del médico familiar, dejando a un lado la posibilidad de descartar otros agentes biológicos imitadores de la depresión tales como enfermedades de tipo crónico.

En la mayoría de los casos es en la primera sesión cuando el psiquiatra realiza la terapia de tipo farmacológica basada en el diagnóstico del DSM-IV (Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales), así como en la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Sus códigos de diagnóstico son utilizados por la mayoría de los profesionales. Una vez identificado el síntoma de acuerdo a la escala de Clasificaciones, se debe realizar la elección del fármaco conocido normalmente como agente antidepresivo (Calderón, 1998).

Handal (en Calderón, 1998) menciona que los antidepresivos son drogas que pueden afectar adversamente a diferentes organismos, es por esto, que se debe de comenzar con una dosis pequeña e ir aumentándola gradualmente hasta llegar a las dosis terapéutica aceptada para que el organismo empiece a tener los efectos requeridos.

4.2.2 Terapia Farmacológica.



En cambio para la terapia farmacológica la depresión es considerada una enfermedad de alteraciones químicas cerebrales y como tal debe tratarse. Es por esto, que la terapia se apoya en el suministro de medicamentos para controlar las crisis depresivas.

Los medicamentos más conocidos dentro de la práctica farmacológica son: los de carácter heterocíclico, también llamados tricíclicos, cuya función es influir sobre los dos neurotransmisores básicos causantes de la depresión, la serotonina y la noradrenalina. Es importante señalar que el medicamento antidepresivo debe de ser suministrado por lo menos un año para poder estabilizar el sistema nervioso (Calderón, 1998).

Por otra parte, Goldman (1994) menciona que existe otro grupo de antidepresivos, los cuales son los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) que son una alternativa de los tricíclicos cuando éstos no han funcionado en el paciente. Los heterogéneos son otro tipo de fármacos mucho más efectivos que los antidepresivos tricíclicos para tratar la depresión por sus propiedades

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

especiales relacionadas con sus efectos colaterales o por las características clínicas del paciente.

Los estabilizadores del estado de ánimo son otro tipo de fármacos que se consideran muy efectivos cuando se usan sólo para tratar episodios depresivos, sin embargo, pueden emplearse en combinación con un antidepresivo para potenciar sus efectos o para evitar recurrencias de la depresión.

Otra alternativa es el **tratamiento electroconvulsivo (TEC)** ya que ha demostrado su eficacia para las depresiones por desilusión y endógenas graves. Su efecto se inicia rápidamente disminuyendo a su misma velocidad los síntomas de casos que no responden previamente a tratamiento por pastillas, sin embargo, existe un alto índice de recaídas después del TEC a menos que se administre medicación antidepresiva de mantenimiento.

Se a encontrado que la TEC no es efectiva en depresiones leves, en cambio, será mucho más efectiva cuando en el paciente exista peligro de suicidio; es decir, cuando la depresión es muy severa. El tratamiento consiste en que se le suministre al paciente una corriente eléctrica de poca potencia a uno o ambos lados del cerebro, éste deberá de encontrarse relajado y dormido, por lo que se emplean relajantes musculares y anestesia de corta duración, además, de que se le proporciona oxígeno. La dosis terapéutica dependerá y es única en cada paciente por las características personales de cada uno de ellos (Calderón, 1998).

4.2.3 Terapia Sistémica



En contra punto la **Terapia Cognitiva Procesal Sistémica de Guidano**, es una técnica en la cual el objetivo central es conseguir el cambio en la forma como la persona procesa su significado personal, en este sentido el proceso de cambio es flexibilizarla, hacerla más abstracta y generativa en las explicaciones que se da de sus experiencias emocionales. Para lograr esto es fundamental que el paciente aprenda una metodología de auto observación.

La psicoterapia se caracteriza porque le dan gran importancia a la comunicación ya que la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente es mucho más importante que en otras relaciones psicológicas. La personalidad del terapeuta influye en el paciente y puede ser utilizada de modo deliberado para conseguir determinados objetivos terapéuticos (transferencia) así, mismo la personalidad del paciente puede influir en el terapeuta, desencadenando emociones y reacciones de cualquier tipo (contratransferencia). Es a esta altura de la discusión en donde podemos recurrir a la Semiótica, como ciencia que estudia todos los procesos culturales como procesos de comunicación para definir un concepto práctico de lo que es la Psicoterapia.

Así por ejemplo para Guidano, la depresión se produce en aquellos individuos cuyas características centrales de su organización de personalidad son una marcada tendencia a responder a los eventos de la vida cotidiana, aún los mínimamente discrepantes, en la forma de desamparo/tristeza y rabia como resultado de una activa construcción de estos eventos en términos de pérdida, rechazos, fracasos y decepciones, lo que lleva a una explicación del mundo en términos de una imagen de sí mismo globalmente negativa.

En estas personas la posición central que adquieren las experiencias de pérdida se pueden rastrear en la etapa del desarrollo evolutivo especialmente en la primera infancia, de modo que ya a esa edad se estabiliza en el niño un conjunto de escenas nucleares cargadas de afecto conectadas con eventos de pérdida afectiva real o imaginaria con las figuras parentales. Estas experiencias son recurrentes y se mantienen durante toda la vida y se constituyen en su organización de significado personal

De tal manera, que el tipo de enfoque Psicodinámico de la terapia emplea el inconsciente y todo lo que ello conforma, para el análisis de la conducta humana; ya que se apoya en gran medida del estudio de experiencias anteriores. Este tipo de investigación se fundamenta en el psicoanálisis Freudiano. Es por esto, que en ocasiones se le ha considerado como una terapia anacrónica, esto porque algunos psicólogos clínicos aún la emplean en la práctica profesional (Phares, 1999). La importancia de la terapia psicoanalítica radica en el hecho de que gracias a ella se

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

crea un formato de cómo se debe de ser llevada el tipo de terapia con la cual se va a trabajar, pues en este tipo de terapia se emplea el intercambio verbal entre paciente y psicólogo.

4.2.4 Terapia Conductual.

A pesar de que diferentes corrientes han hecho estudios sobre la depresión, la terapia conductual propone que el estudio de ésta deberá de ser a un nivel multi e interdisciplinario del comportamiento humano, pues al contar con un mayor conocimiento de la enfermedad, más amplias serán las perspectivas de diseñar modelos estratégicos de prevención y rehabilitación de sus síntomas para quién la padece (Calderón, 1998). Así, estas técnicas que se han desarrollado desde perspectivas cognitivas y conductuales han demostrado su utilidad en el tratamiento de diversos "problemas" psicológicos y de la conducta, en general. Desde la perspectiva de la terapia de la conducta, se han desarrollado diversas explicaciones teóricas e hipótesis acerca de la génesis y mantenimiento de la depresión.

Dichos planteamientos teóricos, concuerdan en enfatizar que los individuos deprimidos manifiestan una disminución de la tasa de reforzamiento social, el empleo frecuente del auto-castigo y pérdida del control sobre el ambiente. Con base en ellas se han desarrollado diversas estrategias terapéuticas para incrementar la tasa de reforzamiento social, la percepción de control del ambiente y de la manera en que se valora el mismo por la persona, el futuro y a ella misma, todo con la finalidad de remitir los diversos comportamientos que se han considerado dentro del término depresión.

El primer intento de un análisis conductual de la depresión está contenida en el libro de "Ciencia y Conducta Humana" de Skinner (en Aguirre, 2001), en el cual se define a la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como baja frecuencia de emisión de conducta positivamente reforzada ha sido centrada a todas las posiciones conductuales.

Por ejemplo, Fester (en Aguirre, 2001) ofreció más detalles sugiriendo que diversos factores como son los cambios súbitos en el ambiente, el control aversivo y el castigo, así como cambios en las tasas de reforzamiento pueden dar surgimiento a la depresión, la cual, típicamente, se caracteriza por la reducción en la tasa de conducta. Esta conceptualización posee implicaciones para el tratamiento, suponiendo que la depresión es precedida por una reducción en el reforzamiento, debe haber mejora como producto del incremento en el reforzamiento positivo. De aquí que la principal meta del tratamiento deba ser restaurar un programa adecuado de reforzamiento positivo para la persona, alterando la calidad y cantidad de sus actividades e interacciones interpersonales.

Aplicando el término "reforzamiento" a la depresión, Lewinsohn, Youngren y Grosscup (Lewinsohn, Youngren y Grosscup, 1979, cit. en 13) elaboraron varias hipótesis. La hipótesis inicial estableció que la baja tasa de reforzamiento contingente constituye un antecedente crítico de la ocurrencia de la depresión. De esta manera, se supone que la conducta de las personas deprimidas no produce reforzamiento positivo en el nivel suficiente para mantener su conducta.

Consecuentemente, las personas deprimidas tienen dificultad para iniciar o mantener su conducta haciéndose cada vez más pasivas; también, se supone que la tasa baja de reforzamiento es la causante de los sentimientos de disforia, que son centrales a la fenomenología de la depresión.

Otra hipótesis supone que una alta tasa de experiencias castigantes (por ejemplo, interacciones aversivas, estresantes, desagradables o trastornantes) también causan depresión. La ausencia de eventos reforzantes que son relevantes a la depresión puede ser de varias clases como: las experiencias sexuales, relaciones sociales, actividades recreativas en el hogar, soledad y experiencias en donde se compete. Los eventos castigantes que se relacionan más a la depresión abarcan: discordia marital, excesivo trabajo del hogar, la llegada de un bebé (depresión posparto) y las reacciones negativas de otros (Lewinsohn y Talkington, 1979 en Aguirre, 2001). De tal manera que para combatir la depresión en todas sus dimensiones, entre ellas la depresión posparto, se han creado diversos tratamientos que van desde los fármacos hasta las terapias cognitivas

conductuales; es por ello que a continuación trataremos de dar una breve explicación de cada una de las alternativas así como lo que buscan cambiar a partir de la intervención.

Por otro lado, se encuentra **el modelo de depresión del desamparo aprendido de Seligman** el cual nos señala que la depresión sería el resultado de la expectativa individual ante la ocurrencia de eventos negativos, sobre los cuales la persona carece de control. Para entender el modelo de depresión de Seligman es necesario examinar dos conceptos claves: el desamparo aprendido y el estilo explicativo. Ambos se encuentran indisolublemente asociados entre sí. El desamparo aprendido, de acuerdo a Seligman, es la reacción a darse por vencido, a no asumir ninguna responsabilidad, a no responder, como consecuencia de tener la creencia de que cualquier cosa que hagamos, ya sea en ese momento o posteriormente, carecerá de toda importancia. El estilo explicativo es la forma que por lo general elegimos para explicarnos a nosotros mismos por qué suceden las cosas que nos pasan, en el caso de la depresión posparto, como ya se ha venido señalando uno de los pensamientos que tienen las madres es la de saber si serán capaces o no de cuidar a su bebé, etc., es decir existe la idea de que no se pueda ser responsable.

Para Seligman, el estilo explicativo es el gran modulador del desamparo aprendido. Así, un estilo explicativo optimista bloquea la experiencia de desamparo; por el contrario, un estilo explicativo pesimista permite que la misma experiencia de desamparo que la persona experimenta, continúe, se agrande y se propague a otras situaciones de vida. En otras palabras, la intensidad y el tiempo de la experiencia de desamparo, como también los espacios en que se disemine, dependerán de la forma como uno elige el explicarse las cosas que le suceden.

Por otro lado, Rehm (en Aguirre, 2001) propone la teoría del "auto-control" de la depresión en la cual las auto-evaluaciones negativas y las bajas tasas de auto-reforzamiento y las altas tasas de auto-castigo producen bajas tasas de conducta. Propone a tres procesos como los más importantes en el auto-control: el auto-monitoreo, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento. Así, Rehm sugiere que las personas deprimidas atienden selectivamente a los eventos negativos de tal

manera que los toman como criterios para hacer su auto-evaluación produciéndose que se utilicen altas tasas de auto-castigo en combinación con una baja en las tasas de auto-recompensas.

4.2.5 Terapia Cognitiva.

Por otra parte *las técnicas cognitivas* en sí, constituyen una parte muy importante dentro del tratamiento de la practica cognitiva, pues motivan al individuo a contemplar situaciones pasadas desde otro punto de vista, con ayuda de su propio repertorio de pensamiento. Algunas de las técnicas más empleadas son: **La Técnica de retribución**, este método se emplea cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o de esfuerzo. El paciente como el terapeuta deberán revisar los acontecimientos relevantes y aplicarán leyes orgánicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente corresponda. Lo importante no es liberar responsabilidad a quien verdaderamente corresponda, sino definir los múltiples factores que puedan intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando en objetividad, el paciente no sólo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su incidencia futura (Beck, Rush, Shaw y Emy, 1983; Caballo y Buela, 1991).

La **búsqueda de soluciones alternativas** permite hacer una investigación activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente, además constituye la base fundamental de la resolución adecuada de los problemas. También permite que el paciente llegue espontáneamente a las soluciones para problemas que antes consideraba irresolubles.

Y por último se encuentra **el registro de pensamientos inadecuados o técnica de triple columna**, con este tipo de técnica se pretende que el paciente haga más y mejores inferencias respecto a las conclusiones, pensamientos automáticos e ideas que le asalten con frecuencia. Consiste en darle al paciente una hoja que contenga tres columnas, con los bloques dispuestos de izquierda a derecha de la siguiente manera: situaciones, pensamientos negativos, respuesta

racional. Además el terapeuta debe de preparar al paciente para que cuestione la veracidad de sus cogniciones y descubra sus errores cognitivos (Caballo y Buela, 1991).

Y entre las técnicas de corte conductual más utilizadas dentro del modelo de Beck, se encuentran las siguientes; **Planificación de actividades** es una técnica que tiene importantes implicaciones cognitivas. Su finalidad es la de luchar contra la pérdida de motivación y la carencia de actividad típicas del paciente deprimido y evitar que el paciente se preocupe por las ideas negativas que le asaltan constantemente. El objetivo de la técnica es establecer cierto tipo de actividad en el paciente, intentando realizar o llevar a cabo ciertas tareas que se realizaban sin dificultad antes de la crisis. Por otra parte, se expone al cliente a afrontar las razones por las cuales se evitan ciertas actividades, para posteriormente contrastar su veracidad. En general esta técnica trata de mantener el paciente en movimiento, ya que ayuda a que el paciente a que evite sentimientos que agudicen el problema (Caballo y Buela, 1991).

La técnica de maestría y agrado de la cual su objeto de es la de luchar contra los pensamientos absolutistas. Además permite complementar la planificación de actividades, ya que al registrarse las actividades más cotidianas se va valorando en que medida se realiza la actividad, tanto las más cotidianas como aquellas que proporcionen al paciente ciertas sensaciones de agrado. Caballo y Buela (1991) recomiendan organizar hojas de registro en las cuales se describan las actividades a realizar y al lado de la actividad se describa el nivel de satisfacción (de 0 a 5) o de agrado de (0 a 5) que ha experimentado el paciente al realizarla. Por otro lado, Beck, Rush, Shaw y Ermy (1983) recomienda que es necesario explicarle al paciente los conceptos de dominio y agrado, ya que los mismos tienen la tendencia de comparar la perfección conseguida de la tarea con su nivel de logro previo a la depresión. Esta técnica es una de las más importantes, ya que además de ser de corte conductual implica un carácter cognitivo al registrar las sensaciones del paciente, ya sean positivas o negativas al ejecutar ciertas actividades.

TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN

Después de que los pacientes han logrado realizar con éxito algunas actividades, se suele experimentar mejorías (aunque sean transitorias) que los motiva a realizar otro tipo de tareas con un grado de dificultad mayor, siempre y cuando el terapeuta esté atento para poder detectar y refutar la inclinación del paciente a menospreciar sus logros, a esto se le llama **Asignación de tareas graduales** (Beck, Rush, Shaw y Emy, 1993).

La **práctica cognitiva** consiste en solicitarle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los casos que componen la ejecución de una tarea. Este procedimiento obliga al paciente a prestar atención a los detalles esenciales de las actividades que lleva a cabo, a la vez contrarresta su tendencia a divagar. Además al practicar la secuencia de pasos de una actividad, el paciente dispondrá de un sistema preprogramado para realizarla (Calderón, 1998).

Entrenamiento en asertividad y Role-playing, básicamente este procedimiento consiste en tratar de que se actúe o se represente situaciones problemáticas para el paciente con ayuda del terapeuta que intente retroalimentar al paciente de sus ejecuciones de temor, ira, enojo y angustia (Calderón, 1998).

4.2.6 Terapia Cognitivo-Conductual.

Ahora bien como Beck lo manifiesta en sus últimos informes científicos "el dividir la psicopatología en campos opuestos, es decir biológicos vs. psicológicos; o psicofarmacología vs. psicoterapia, puede ser conveniente en algunos casos y servir para ciertos propósitos prácticos, en rangos estrechos. No obstante, debe ser reconocido que este enfoque es limitado y, finalmente, contraproducente. Los trastornos mentales, como la depresión, no pueden ser considerados ni psicogénicos o bioquímicos, ni reactivos o endógenos".

Por lo tanto, como lo indica Beck, la manera más sofisticada de considerar la depresión es reconociendo que los fenómenos psicológicos (como la depresión) y bioquímicos son sólo diferentes caras de la misma moneda; dependiendo de las unidades de observación y de las técnicas que se estén usando.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, es crucial tener en consideración que siempre que hay un proceso psicológico, al mismo tiempo hay un proceso bioquímico que lo acompaña. Entonces, de acuerdo con Beck, si hay un proceso psicológico anormal -como la depresión-, podemos decir que el proceso bioquímico también es anormal. En consecuencia, sería muy estricto presumir que la bioquímica causa el trastorno psicológico y viceversa.

Lo señalado anteriormente queda bien ejemplificado con las investigaciones de Seligman, quien demostró que, después de un shock inevitable, los animales permanecían inmóviles y no hacían nada para evitar nuevos estímulos nocivos, de los cuales ellos podían escapar. Este fenómeno se denomina "desamparo aprendido", que desde un punto de vista psicológico, puede ser llamado depresión; y desde un punto de vista biológico se le denominaría "depresión" (baja de niveles de las catecolaminas). De este comentario se desprende, por lo tanto, que la conducta del animal no puede ser explicada por una causa única, ya sea la biológica o la psicológica.

De lo recién señalado podemos concluir que no es útil ni práctico seguir hablando de la depresión endógena. Y por este motivo la clasificación psiquiátrica norteamericana no la incluyó más en su nosología. En ella se distingue el episodio depresivo mayor, la melancolía y la depresión bipolar.

El nuevo sistema de clasificación de los trastornos mentales es meramente descriptivo: define la depresión por los síntomas que presenta la persona, es decir por lo que hace, lo que piensa o lo que siente. Esto tiene la gran ventaja de que, a nivel de especialistas, es muy fácil ponerse de acuerdo, pues solamente tienen que cumplirse los criterios. Y, por último, también permite definirla en mucho mejor forma. De tal manera que los síntomas o signos de la depresión se clasifican en cuatro áreas básicas: conductual, afectiva, cognitiva y neurovegetativa.

a. La persona depresiva pierde el interés en casi todas las actividades usuales, y en las que antes le ocasionaban placer.

b. Prefiere estar triste, desesperanzada, desanimada. A menudo recurre a expresiones como: "me siento dentro de un hoyo", "creo que toqué fondo".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c. Hay trastornos del apetito, generalmente por disminución del mismo, junto con una pérdida significativa del peso. Otras personas por ejemplo muestran un aumento del apetito o de la ingestión de alimento. En el caso de los niños, tienden a dejar de comer, estancándose en su proceso de crecimiento.

d. Son comunes los trastornos del sueño: dificultades para quedarse dormido, sueño interrumpido, demasiado sueño (hipersomnía).

e. El aspecto psicomotor sufre alteraciones: la persona puede sufrir episodios de agitación, incapacidad para permanecer tranquila, estallidos de queja o de gritos. En el otro extremo, hay lentificación psicomotora, que se traduce en un hablar muy pausado y en movimientos corporales lentos. Y en los niños se observa una importante disminución de la actividad.

f. Casi invariablemente decae la energía. La persona experimenta una fatiga constante, hasta la tarea más pequeña puede parecer una tarea difícil o imposible de lograr.

g. A esto se agrega un sentimiento de minusvalía. El individuo cree que todo lo ha hecho mal; y recuerda sus errores, magnificándolos. Se reprocha, incluso, detalles mínimos, y busca en el ambiente cualquier signo de que refuerce la idea de ella no vale nada. Hay sentimientos de culpa, igualmente exagerados, sobre situaciones presentes o pasadas.

h. Es frecuente que la persona tenga dificultades para concentrarse, y que le cueste tomar decisiones o recordar las cosas pasadas.

i. Se presentan pensamientos constantes acerca de la muerte, que incluso llevan a elaborar ideas suicidas. Aunque puede sentir miedo de morir; no obstante estar convencido de que él y los demás estarían mejor si falleciera.

También se presentan síntomas como: llanto frecuente, sentimientos de angustia, irritabilidad, mal genio, preocupación excesiva por la propia salud física, ataques de pánico y fobias.

Y aunque las aproximaciones cognitivas y conductuales al tratamiento de la depresión difieren con relación al aspecto causal de la misma, es importante reconocer que existen similitudes. Tanto las aproximaciones conductuales como cognitivas asumen que los pacientes deprimidos han adquirido patrones de reacción "mal-adaptativos" que pueden ser desaprendidos. Los síntomas son considerados como importantes en sí mismos y no como manifestaciones de conflictos subyacentes. Consecuentemente, los tratamientos se diseñan con el objetivo de modificar conductas y cogniciones relativamente específicas, y/o enseñar otras que permitan un mejor ajuste del individuo en su relación con el medio ambiente. También, una característica común es que todos los tratamientos cognitivos y conductuales son estructurados y limitados en tiempo. Los principales tratamientos de la depresión, que se derivan de las aproximaciones antes esbozadas, son (Dueñas, 1998):

1. Decremento en eventos desagradables e incremento en actividades placenteras. La meta de esta aproximación, basada en la aproximación del reforzamiento, es enseñar a las personas deprimidas habilidades que pueden usar para cambiar sus patrones de interacción problemáticos y las habilidades necesarias para mantener esos cambios después de la terminación de la terapia. Se utiliza una gama amplia de estrategias conductuales y cognitivas como es la asertividad, entrenamiento en relajación, planeación diaria de actividades, administración del tiempo y procedimientos cognitivos que permita a la persona encarar más adaptativamente situaciones aversivas.

2. Terapia cognitiva. La terapia cognitiva busca ayudar al paciente a identificar los pensamientos y esquemas que sostienen patrones recurrentes de pensamientos negativos estereotipados y en encontrar errores de estilo en el pensamiento. Las sesiones terapéuticas, regularmente, conjugan técnicas conductuales como son los programas de actividad, clasificación y ejecución de actividades placenteras, el entrenamiento asertivo, el juego de roles con el fin de atacar la pérdida de la motivación del paciente, la inactividad y la preocupación con ideas depresivas. De igual manera, se hace énfasis en que el paciente reconozca sus éxitos parciales, sus grados pequeños de placer y se le ayuda a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO HA
DE LA BIBLIOTECA

revalorar sus creencias negativas; además, la terapia se enfoca a examinar la relación cercana entre sentimiento, conducta y pensamientos.

3. **Terapia de auto-control.** La teoría del auto-control de la depresión de Rehm (en Aguirre, 2001) enfatiza la importancia del reforzamiento y el castigo auto-administrado. El tratamiento consiste de sesiones en donde se le enseña a los sujetos habilidades como el auto-monitoreo, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento.

Las tres terapias anteriores suelen ser las predominantes en el tratamiento de la depresión y poseen elementos comunes, como podemos haber notado; sin embargo, existe aun controversia acerca de los componentes de las mismas que son críticas al éxito. Después de una extensa revisión de los resultados con dichas terapias concluyen en que toda terapia de corto plazo deben incluir lo siguiente:

1) La terapia debe comenzar con una fundamentación racional de los componentes a implementar y su planeación.

2) La terapia debe aportar habilidades que el paciente puede utilizar para sentir más efectividad y control en el manejo de su vida diaria.

3) La terapia debe enfatizar el uso independiente de esas habilidades por el paciente, fuera del contexto de la terapia, con una estructura que permita el desarrollo de otras habilidades al paciente de manera independiente también.

4) La terapia debe estimular la atribución del paciente en que la mejora en su estado de ánimo, así como el incremento de su actividad es el resultado del desarrollo de sus habilidades y esfuerzo y no por la obra y gracia del terapeuta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2.7 Instrumentos.

-Inventario de depresión de Beck (Dueñas, 1998) como índice de sintomatología depresiva aplicado al iniciar la segunda sesión de entrevista.

-Registro de Auto-monitoreo de pensamientos automáticos de depresión con columnas de izquierda a derecha de: Situaciones, Pensamientos, Emociones. Las principales situaciones de auto-monitoreo.

-Un registro de conductas sociales y asertividad tanto para el entrenamiento como para asignación de tareas y post-evaluación. A través de este registro se obtiene información relacionada con: situaciones, personas, eventos de la interacción, respuesta de la paciente

-Escala de Asertividad de Rathus utilizando los reactivos como indicadores específicos de habilidades e inhabilidades de asertividad.

-Registros de frecuencia de: tiempo de estar llorando, durmiendo en el día, dolores de cabeza, ensueños ; registro del nivel tensión.

CONCLUSIONES

El objetivo de la presente exposición fue presentar una revisión general de las principales aproximaciones teóricas que han tratado de explicar el fenómeno de la depresión postparto. Siendo muy importante no dejar de lado la relevancia de los factores fisiológicos en la misma, al señalar que en casos de depresión mayor recurrente (de acuerdo a la clasificación psiquiátrica) existe cierta base biológica, principalmente en la depresión endógena, que se manifiesta en la alteración noradrenérgica del sistema nervioso central, por lo tanto requiriéndose valoración y atención médica antes o concurrentemente con el trabajo psicológico.

Un indicador de la necesidad de una intervención médica en el tratamiento de la depresión es la presencia de síntomas agudos persistentes por más de 3 años y con respuesta pobre a la terapia breve. También, habría que tener en cuenta que antes de instrumentar un proceso de terapia es necesario descartar, en el paciente, la presencia de alteraciones físicas (por ejemplo, casos como insuficiencia renal, hiperactividad adrenal, epilepsia, síndrome cerebral orgánico, etcétera) y el uso de algunos fármacos como son psicotrópicos, barbitúricos, uso de antihipertensivos ya que se asocian a síntomas depresivos.

Por otro lado, se ha encontrado que la depresión postparto no sólo la presentan las mujeres sino que los hombres también pueden llegar a padecerla, sin embargo, esto último no ha sido abordado por muchos autores, pues la mayoría considera que los orígenes de la depresión postparto están en los cambios hormonales e incluso psicológicos, lo cual dejaría entrever que los estudios enfocados hacia la depresión postparto en hombres no han sido explotados, ya que al igual que la histeria se tiene la creencia que por presentar ciertas características fisiológicas las mujeres son las únicas que pueden llegar a padecerla.

Con respecto a lo antes mencionado la terapia cognitivo-conductual ha sido una de las más empleadas para tratar la depresión postparto, esto debido a su eficacia ya que no sólo trabaja cuestiones sobre la conducta de la persona, sino que también va encaminada hacia los pensamientos, emociones y sentimientos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que ésta presenta durante la depresión, en este caso la depresión posparto. Todo esto permitirá resolver con mayor rapidez y eficacia el problema.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

REFERENCIAS

-  Aguirre, M. (2001) www.intenco.cl/temas/t0009a5.htm
-  Alfaro, J. (2001) www.sbpep.org/evspan.htm
-  Anderson, B; Camacho, M.; Stark, J (1979). Embarazo y la salud en la familia. México: Trillas.
-  Arieti y Bemporad, J.(1990). Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós.
-  Arteaga R. (2001) www.elnuevodiario.com.ni/archivo/2000/octubre/06-octubre-2000
-  Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, F. B. y Emy, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Descleé de Brouwer.
-  Caballo, V. E. y Buela, C. G. (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo Veintiuno.
-  Calderón, A. S. (1998). La depresión. Tesina de Licenciatura. U.N.A.M. E.N.E.P. Iztacala.
-  Castro, J. (2000) www.argentinasalud.org/enfermedades/alfabeto/letra_d/depresión_postparto.htm
-  Crooks, R., Baur, K. (2000) Nuestra sexualidad. México: International Thomson.
-  Dueñas, M y colaboradores. (1998). El libro de los test. Autoconocimiento, personalidad y trastornos psicológicos, México: Planeta Mexicana.
-  Fernández, B. R. (1994). Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid. Ediciones Pirámide.
-  Fernández, E. (2001) www.plezabebe.com/sicologia/depresiónpostparto
-  Fredén, L. (1986). Aspectos Psicosociales de la depresión. México: Fondo de Cultura Económica.
-  Goldman, H.(1994). Psiquiatría general. México: El manual Moderno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

-  González, A. (2000) www.sasharg.com.ar/bibliovaronesdespuesparto.htm
-  Gotwald, W.; Golden, G. (1995) Sexualidad: La experiencia humana. México: El Manual Moderno.
-  Linn, S.J. y Garske, J.P. (1988). Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos. Bilbao: Desclee de Brower.
-  Lizardy, J. (2001) www.biocentro.com.ar/Estrés.htm
-  Masters, W.; Johnson, V. y Kolodny, R. (1995) La sexualidad humana Tomo I Barcelona: Grijalbo.
-  Moore, K. (1988) Embriología clínica. México: Interamericana.
-  Portlanth, W. (2001) www.tubebehoy.com/tuembarazo/depresión.shtml
-  Sabanés, F (1993) La depresión. México: INGRAMEX
-  Salazar, V. (2000) www.aupec.nivalle.edu.co/informes/mayo98/deprepos
-  Snezhneuski, P. (1987). Manual de Psiquiatría. Moscú: MIR
-  Uribe, A. (2001) www.planetamama.com/parto/depresiónpostparto.htm
-  Ureña, E. (2001) www.mediben.com/Not101001.htm
-  Urrutia, S. (2001) www.intuitivas.com/salud/depresión_posparto.htm
-  William, P. (2001) www.geocities.com/langdon_2001/introducción.htm

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**