

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR ACUERDO No. 3213-25 CON
FECHA DE 13-VI-1997 DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES DE 18 – 35 AÑOS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

REYES VELASCO ANGIE JULIANNA



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.

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR ACUERDO No. 3213-25 CON
FECHA DE 13-VI-1997 DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES DE 18 A 35 AÑOS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

REYES VELASCO ANGIE JULIANNA

ASESOR DE TESIS:

LIC. MARÍA DEL CARMEN SEGURA MENDEZ
CÉDULA PROFESIONAL No. 2484990

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

Sé que no existirá una forma de recompensar toda una vida de sacrificios, con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional, que es para mí la mejor herencia.

A MI MAMÁ:

Eres el ser más maravilloso del mundo, gracias por darme la vida, por ser mi mejor amiga, por tu apoyo moral, cariño y comprensión que desde pequeña me has brindado, por guiar mi camino y estar siempre junto a mí en los momentos en que te he necesitado. Que dios te bendiga y te cuide siempre mamita, te quiero mucho.

A MI PAPÁ:

Porque desde pequeña has sido para mí un hombre grandioso y maravilloso, al que siempre he admirado. Gracias por guiar mi vida con firmeza, esfuerzo y sabiduría, esto es lo que ha hecho de mí lo que soy. Gracias por todo lo que me has dado. Con amor, respeto y admiración, te quiero mucho papá.

A MIS HERMANOS:

Espero que mi experiencia profesional los aliente en la vida para seguir adelante, y tengan el valor para distinguir el bien del mal, y así obtener las habilidades y capacidades que les permitirán el día de mañana enfrentar la vida con éxito.

A ERIK:

Este presente simboliza mi gratitud por todo el responsable e invaluable cariño y cuidado que siempre me has proporcionado, espero ser un ejemplo en tu vida profesional, te recuerdo que en todo momento tendrás mi apoyo y cariño incondicional, te quiero mucho hermanito. ¡Sigue adelante!

A DANIEL:

Es una dicha tenerte como hermano, eres una persona noble y capaz de lograr todo lo que te propongas, recuerda que la vida no es fácil, pero si miras positivamente la carga se reduce, eres grande, sorpréndenos con lo que puedes lograr, recuerda que te quiero mucho y cuentas conmigo para lo que necesites. ¡Tú puedes!

¡GRACIAS! A todas aquellas personas (amigas y familiares) que contribuyeron de alguna manera en la participación de este proyecto tan importante en mi vida, no tengo como recompensar su apoyo en todo momento, por lo que lo único que les puedo ofrecer es mi cariño incondicional, los quiero.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	II
CAPÍTULO I LA PSICOLOGÍA Y SU APLICACIÓN	
1.1 Definición de Psicología	2
1.2 Antecedentes de Psicología	4
1.3 Objeto de Estudio de la Psicología	7
1.4 Áreas de la Psicología	8
1.4.1 Psicología Organizacional	9
1.4.1 Psicología Social	10
1.4.2 Psicología Educativa	11
1.4.3 Psicología Experimental	12
1.4.4 Psicología Clínica	13
1.5 Problemas que se abordan en la Psicología Clínica	15
1.5.1 Estrés	16
1.5.2 Fobias	17
1.5.3 Somatización	18
1.5.4 Depresión	19
CAPITULO II DEPRESIÓN	
2.1 Definición de la Depresión	23
2.2 Características de la Depresión	24
2.3 Tipos de Depresión	26
2.3.1 Exógena	26

2.3.2 Endógena	27
2.3.3 Somática	28
2.4 Consecuencias de la Depresión	29
2.5 Personas afectadas por la Depresión	31
2.5.1 Depresión Infantil	31
2.5.2 Depresión en Adolescentes	33
2.5.3 Depresión en Adultos	35
2.5.4 Depresión en personas de Tercera Edad	36
2.5.5 Depresión en mujeres embarazadas	39

CAPITULO III DEPRESIÓN POSPARTO

3.1 Definición de Depresión Posparto	41
3.2 Epidemiología de la Depresión Posparto	42
3.3 Síntomas de la Depresión Posparto	43
3.4 Consecuencias de la Depresión Posparto	44
3.5 Influencia Social como generadora de la Depresión Posparto	47
3.6 Investigaciones acerca de la Depresión Posparto	49
3.7 Tratamiento de la Depresión Posparto	62

CAPITULO IV DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR LA DEPRESIÓN POSPARTO

4.1 Importancia de la medición en Psicología	66
4.2 Pasos para elaborar un instrumento de medición	68
4.2.1 Elegir indicadores para el instrumento	68
4.2.2 Definiciones conceptual, consensual, indicadores y operacional	69
4.2.3 Elaboración de reactivos y establecimiento de norma de calificación	71
4.2.4 Piloteo	73

4.3 Análisis de reactivos	73
4.3.1 Validez	73
4.3.2 Confiabilidad	79
CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El notable desarrollo que ha tenido la ciencia en conjunto con la accesibilidad de la medicina, los libros y la tecnología han anticipado el progreso en la detección de la salud física y mental de los seres humanos, por lo que han hecho posible que las grandes masas reciban una mejor atención.

Sin embargo a pesar de la constante y creciente información que se tiene de las enfermedades que se presentan antes y después del periodo de embarazo, en la mayoría de los hogares, se observa una negligencia o despreocupación, tanto para su prevención como para su tratamiento.

Esto es especialmente importante en cuanto se refiere a la información suministrada con relación a la depresión que sufren las madres tras el embarazo y parto, también denominado en ocasiones “Depresión Puerperal” o “Depresión Postnatal”, la cuál se presenta una o dos semanas después del nacimiento del niño y suele prolongarse por meses o incluso hasta años. Aunque su reconocimiento y diagnóstico han sido más amplios en los últimos años, fue descrita ya entonces por Hipócrates (padre de la medicina) y se cree que su distribución abarca un gran porcentaje de la población.

Cuando una mujer concibe un hijo es un acontecimiento que implica nuevas experiencias de las que solo ésta es partícipe. Durante nueve meses, se gesta una nueva existencia la cuál provoca un sentimiento de ilusión y esperanza, adoptando una nueva identidad: la de ser madre. No importa que

la experiencia se repita en más de una ocasión, cuando llega un nuevo ser, la madre experimentará siempre la misma mezcla de sentimientos: alegría, tristeza o soledad.

Es completamente normal presentar esta homogeneidad de sensaciones durante los primeros días o las siguientes semanas posteriores al parto, sin embargo la situación puede deteriorarse cuando estos síntomas se alargan incluso hasta meses posteriores al parto, con lo cuál pueden devenir situaciones críticas. Esta situación es la llamada **Depresión Puerperal**, la cuál se presenta mayoritariamente entre mujeres de 18-35 años (Etapa Fertil), por lo que es de suma importancia que se diagnostique a tiempo.

La depresión es el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y mujeres de cualquier edad, profesión e incluso de clase social indistinta, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas. La presencia de Depresión en los hogares puede ocasionar divorcios, violencia, falta de comunicación y desintegración familiar entre hijos y madres; por lo que este instrumento beneficiará a las madres que se encuentran en el rango de edad antes mencionado.

Se han elaborado una serie de investigaciones en donde se pretende estudiar determinadas variables en la actitud de la mujer ante el embarazo, e incluso enfermedades fisiológicas tanto de la madre como del hijo; pero son escasas las pruebas que se han diseñado para medir las patologías de la madre en la Etapa de Puerperio.

Por ello es necesario elaborar un instrumento de medición que pueda servir como una herramienta para el diagnóstico de las madres que se encuentran en etapa de puerperio y que podrían sufrir algún tipo de Depresión, y en caso de presentar el cuadro clínico, brindarle el tratamiento adecuado dependiendo del nivel de trastorno en que se encuentre cada persona.

Si tomamos en cuenta la falta de información en el tema de Depresión Posparto, así como las diferentes formas de medición que pueden ayudar a muchas mujeres a identificar este padecimiento podríamos disminuir el porcentaje existente en la población que presenta la Depresión Posparto, y así identificar de la forma más viable dicha enfermedad por medio de un instrumento de medición que facilite una mejor intervención para brindar el apoyo que requieren este tipo de mujeres que sufren Depresión Posparto.

Es importante aceptar que la actual inexactitud de la información acerca de esta patología, tiene que ver y se refiere a la falta de valores intelectuales, sociales y culturales que presentan las personas que no tienen la orientación e información adecuada para poder manejar esta clase de complicaciones. De lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los indicadores que se deben considerar para elaborar un instrumento que mida Depresión Posparto en mujeres de 18-35 años de edad?

La presente investigación se realizó con un enfoque sistémico, en el cual se estudia al ser humano y su entorno para visualizar aquellos aspectos que intervienen en una depresión. Por lo que el objetivo general de este proyecto es: diseñar un instrumento de medición que ayudará a detectar

este padecimiento, y esto pueda servir como apoyo al diagnóstico en el área de la psicología clínica, y entonces se les brinde el tratamiento adecuado.

Esta investigación de Campo pretende aportar a la Psicología Clínica un instrumento que nos permita medir la Depresión Posparto, por medio de éste se podrá detectar a aquellas mujeres que pueden padecer este problema y así obtener beneficios de forma individual, psicológica y social.

Esta investigación busca apoyar a estudiantes de la carrera de Psicología, debido a que no existen pruebas para medir Depresión Posparto y es de suma importancia la elaboración de un instrumento que facilite la detección de este padecimiento, para que sus consecuencias no sean irreparables.

Para elaborar al instrumento de medición es necesario establecer el tipo de preguntas o reactivos que voy a utilizar. Asignar normas de calificación, haciendo un análisis de reactivos a través de la validez y confiabilidad y por último una revisión documental y de campo, por medio del apoyo de autores para elaborar el documento.

Esta investigación, se conforma de cuatro capítulos los cuales abarcan y explican con detalle la realización de este proyecto, en el primer capítulo “La psicología y su aplicación” se expone la definición, antecedentes, objeto de estudio y diferentes áreas de la psicología, así como los diversos problemas que se manifiestan si la enfermedad no es detectada a tiempo, lo que corresponde a una de las principales áreas de la psicología, la que se ocupa de las enfermedades, nos referimos a la psicología clínica.

En lo que respecta al segundo capítulo “Depresión”, se detalla la definición, características, los diferentes tipos de depresión que se presentan, las consecuencias y las personas afectadas por este tipo de enfermedad psicológica (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores).

El tercer capítulo “Depresión Posparto” es el de mayor relevancia dentro de esta investigación, ya que define, menciona los síntomas, consecuencias, la influencia social como generadora de esta patología, las investigaciones y tratamientos para prevenir a la depresión posparto.

No menos importante el capítulo cuatro “Diseño de un instrumento para medir la Depresión Posparto”, expone la importancia que tiene la medición en psicología, los pasos que se deben seguir para elaborar un instrumento de medición, eligiendo los indicadores necesarios para éste, utilizando definición conceptual, consensual y operacionalmente, posteriormente se explica cómo se elaboraron los reactivos, y se estableció la norma de calificación y el piloteo, para finalmente analizar los reactivos en lo que respecta a validez y confiabilidad del instrumento.

Todos estos componentes, explican al lector cuál es el procedimiento por el cuál se llevó a cabo dicha investigación, con la finalidad de brindar la información necesaria sobre la Depresión Posparto y aclarar todas aquellas dudas que pudieran surgir tanto en las personas que la padecen como en las cercanas a ellas, esperando que sea de utilidad para todas aquellas personas que consulten esta tesis.

CAPÍTULO I

LA PSICOLOGÍA Y SU APLICACIÓN

1.1 Definición de Psicología

Existen diversas definiciones acerca de la psicología, a continuación se describen algunas de ellas.

Se dice que “la Psicología es la ciencia que estudia la vida psíquica. Hasta el s. XIX fue considerada una rama de la filosofía, pero posteriormente, con el constante aumento de prestigio de las ciencias positivas, los psicólogos empezaron a utilizar los mismos métodos de éstas, basados en la experimentación y en la medición.

A partir del siglo XIX la Psicología centra su interés en el estudio de los fenómenos observables, constituyéndose así una Psicología empírica, la cual se transforma en experimental cuando la observación se ha establecido en un determinado sistema de medición.”(Salvat, 1982, p. 2751, 2752)

La palabra psicología viene del vocablo griego *logos* que significa estudio de la mente o del alma. En nuestros días se define a la Psicología como la ciencia que estudia la conducta y los procesos mentales en todos los animales. Hay una serie de palabras claves en esta definición: ciencia, conducta y procesos mentales. En lo que respecta a *ciencia*, ésta ofrece procedimientos racionales y disciplinados para llevar a cabo investigaciones válidas que construyan un cuerpo de información coherente. Los psicólogos utilizan la palabra *conducta* de forma vaga; para muchos, la conducta abarca prácticamente todo lo que la gente y los animales hacen: acciones, emociones, modos de comunicación, procesos mentales y procesos del desarrollo.

“El término *procesos mentales* incluye formas de cognición o modos de conocer como percibir, poner atención, recordar, razonar y solucionar problemas; además de soñar, fantasear, desear, esperar y anticipar.

La psicología tiene otra característica que la define y que es necesario aclarar. Como científicos, los psicólogos generalmente están tratando de descubrir principios universales”. (Davidoff, 1990, p.6)

“La psicología se define como una disciplina única, sin embargo, el campo que abarca en realidad es un colección de subcampos. Cada uno tiene sus propias características y formalidades; al conjunto de éstos podría llamársele estudios psicológicos, en vez de psicología.”(Morris, 2001, p. 8)

De lo anterior podemos mencionar que es de suma importancia recalcar que la definición más completa es la de Morris (2001, p. 8) ya que plantea que: “la psicología es la ciencia de la conducta y de los procesos mentales, aunque los psicólogos comparten el interés de todos nosotros por la conducta y por los procesos mentales invisibles que la moldean, aplican el método científico para describir, entender, predecir y obtener cierto grado de control sobre lo que estudian con la finalidad de buscar respuestas a sus preguntas. Recogen datos mediante observaciones meticulosas y sistemáticas; para explicar lo que han observado formulan teorías; hacen nuevas predicciones basándose en ellas; después prueban sistemáticamente sus predicciones mediante más observaciones y experimentos para determinar si son correctos.”

Después de identificar lo que es la psicología es necesario exponer cómo surgió y bajo qué parámetros se inició la aplicación de dicha área.

1.2 Antecedentes de Psicología

Para la elaboración de esta investigación es necesario conocer los antecedentes de la psicología para identificar su inicio, historia, método de investigación e incluso la evolución que ha tenido desde sus inicios hasta el momento. Con la finalidad de indagar algunas de las cuestiones básicas de la psicología que aún hoy son objeto de estudio, como por ejemplo habilidades, aptitudes, nivel de inteligencia e incluso patologías que podrían afectar al ser humano, por mencionar las más importantes.

“Desde que nuestros antepasados aparecieron sobre la Tierra hace unos cuatro a diez millones de años, es probable que los seres humanos hayan tratado de entenderse a sí mismos y a sus semejantes. A pesar de que Aristóteles (384-322 a.c.) en ocasiones llamado el *padre de la Psicología*, fue de los primeros filósofos de los que se tiene conocimiento que trataba preguntas sobre conducta humana cientos de años antes; la especulación escrita de asuntos psicológicos no empezó con la filosofía griega.

Los fisiólogos apenas comenzaban a usar los métodos científicos para estudiar el cerebro, los nervios y los órganos de los sentidos. Quizá lo más importante fue que Gustav Fechner (1801-1887), filósofo y físico, empezaba a encontrar la forma en que los métodos científicos podían utilizarse en la investigación de los procesos mentales.

A principios del siglo XX se originaron y desarrollaron movimientos rivales en la psicología. Cada uno de ellos contribuyó a dar forma a nuestro campo actual, unido de manera bastante flexible. Aunque los psicólogos contemporáneos no pertenecen a movimientos específicos, muchos se identifican con una de las cuatro principales enfoques: conductista, cognoscitivista, psicoanalista y humanista.

El conductismo nació en 1912 cuando Watson, una personalidad fuerte y llamativa, empezó a dar conferencias y a escribir para difundir sus opiniones. El conductismo atrajo muchos seguidores y, de una forma u otra, dominó la psicología durante 30 años, desde 1930 a 1960. Hoy día continúa ejerciendo una profunda influencia.”(Morris, 2001, p. 16)

“Hasta la década de 1960 la psicología estuvo inspirada de consideraciones de índole eminentemente práctica; los psicólogos intentaron aplicar la psicología en la escuela y en los negocios, interesándose muy poco por los procesos mentales y haciendo hincapié exclusivamente en la conducta. Este movimiento, conocido como conductismo, fue en un primer momento liderado y divulgado por el psicólogo estadounidense John B. Watson.” (Morris, 2001, p. 23)

En los años setenta, una gran cantidad de psicólogos rechazaron el modelo estímulo-respuesta de los conductistas; insistían que los psicólogos debían entender lo que sucedía en el interior de la caja negra, en especial, las operaciones de la mente.

Por otro lado, está el enfoque psicoanalista, el cuál es muy reconocido por Freud quien lo dio a conocer por vez primera en su trabajo Estudios sobre la histeria (1893), elaborado en colaboración con el médico vienés Josef Breuer, que dos años después se publicaría con mayor extensión. Se consideraban los síntomas de la histeria como manifestaciones de energía emocional no descargada, asociada con traumas psíquicos olvidados.

El procedimiento terapéutico consistía en sumir al paciente en un estado hipnótico, para forzarle a recordar y revivir la experiencia traumática origen del trastorno, con lo que se descargarían por catarsis las emociones causantes de los síntomas. La publicación de esta obra marcó el comienzo de la teoría psicoanalítica, formulada sobre la base de las observaciones clínicas.

La teoría Psicoanalítica (el nombre de las ideas freudianas sobre personalidad, anormalidad y tratamiento) fue creada por Sigmund Freud con la meta de ayudar a gente con sufrimiento, adoptando la hipnosis durante una época, pero finalmente la encontró poco satisfactoria, los resultados solo eran curas temporales, poco a poco elaboró un nuevo procedimiento, la asociación libre, los pacientes se relajaban en un diván y se les animaba para que dijeran lo que se les viniera a la mente; también se les pedía que hablaran de sus sueños. Freud analizaba todo el material que surgía, buscando deseos, miedos, conflictos, impulsos y recuerdos que estuvieran más allá de la conciencia del paciente.

En lo que respecta al enfoque cognoscitivo es probablemente el modelo dominante en la psicología contemporánea y los temas cognoscitivos son los principales en la mayor parte de las áreas; “el concepto de cognición se refiere al conjunto de los procesos por los cuales una persona adquiere información sobre sí misma y sobre su medio, y las asimila para regular su comportamiento, consiste en la adquisición, la organización y la utilización del saber.

Los progresos realizados en el marco del enfoque cognoscitivista son resultado del desarrollo simultáneo de la investigación clínica en el campo de las terapias cognoscitivas. Conforme a ese paradigma, el funcionamiento humano puede ser conceptualizado y comprendido en términos de cómo la información proveniente del medio y la información interna son tratadas y utilizadas (Ingram y Kendal, 1986). Así, el sujeto es concebido como un sistema de tratamiento de la información.”(Serban, 1994, p. 95, 98)

Además existe el enfoque humanista que utilizan los psicólogos los cuales se encuentran unidos por una meta en común: enfocar *lo que significa existir como ser humano*; la mayoría de los psicólogos humanistas se adhieren a la filosofía europea denominada fenomenología, la cual sostiene que las personas ven el mundo desde su propia y particular perspectiva.”(Serban, 1994, p. 95, 98)

Se puede definir el humanismo indicando: un mínimo de convicciones comunes sobre las que se articula la opción humanista, es decir, el hombre entendido así, como ser personal, es efectivamente libre, su libertad no es solo un ilusorio ejercicio de elección, sino un acto por el cual se expresa y se afirma a sí mismo, es decir se posee a sí mismo y puede autodeterminarse.

Sin importar lo que estudien los psicólogos investigadores quieren registrar de manera precisa y sin preferencias; al mismo tiempo, desean representar conducta funcional y realista, el tipo que se observa en la vida diaria; por lo que su objeto de estudio es la pauta para la explicación de la psicología en nuestros días.

1.3 Objeto de estudio de la Psicología

La principal tarea de los psicólogos es el estudio científico de la conducta y aunque algunos están interesados ante todo en la investigación fisiológica, otros mantienen una orientación clínica, y algunos, una minoría, intentan desarrollar un enfoque más filosófico. No obstante cada vez son más los psicólogos que están de acuerdo en que la experiencia y la vida mental como son los trastornos mentales entre los que destaca la Depresión, son objeto de estudio válido para la psicología científica.

La psicología abarca una amplia gama de temas que van desde las anormalidades hasta padecimientos personales.

Por otro lado los psicólogos también se encargan del estudio de funciones básicas, como el aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, emociones y motivos. También se interesan por temas de relevancia social; entre ellos el divorcio, violación, racismo, sexismo, violencia, conservación y contaminación; se investiga el desarrollo de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Se involucran en la salud, mental y física y en los cuidados sanitarios.

Tratan de entender de qué manera los sentimientos propician enfermedades físicas como el cáncer y los problemas cardiacos. Rehabilitan alcohólicos, víctimas de infartos y personas con lesiones de la médula espinal. Atienden gente con dificultades emocionales e incluso diseñan máquinas que interactúen con las personas.

Cabe mencionar que la psicología se mezcla con otras ciencias sociales especialmente la sociología; sin embargo, mientras que los sociólogos dirigen su atención hacia los grupos, procesos y fuerzas grupales, los psicólogos sociales enfocan la mirada hacia las influencias sociales y del grupo sobre el individuo. El interés de la psicología está puesto en el ser humano individual.”(Serban, 1994, p.6)

“De especial importancia para la Psicología aplicada es la psicometría y los instrumentos que utiliza: los tests y el análisis factorial. Aparte de esta división de la Psicología en filosofía o teórica y empírica, existe otra división según la esfera de lo que se pretende estudiar.”(Salvat, 1982, p. 2751, 2752)

Las principales áreas de investigación de la psicología moderna dependen del objeto de estudio de cada área por lo que es de suma importancia explicarlas a continuación.

1.4 Áreas de la Psicología

La psicología se divide en áreas, las cuales pueden también describirse en términos de aplicación, las cuales se describen a continuación:

1.4.1 Psicología Organizacional

La psicología organizacional se refiere al desarrollo y aplicación de principios científicos en el lugar de trabajo. El campo de la psicología organizacional tiene dos divisiones principales: la industria (o de personal) y la organizacional.

“La psicología organizacional combina la investigación, la consulta y el desarrollo de programas para fortalecer el ánimo y la eficiencia en el trabajo. Es la aplicación de diversas técnicas psicológicas a la selección y adiestramiento de los trabajadores de una organización empresarial y a la promoción de condiciones y técnicas de trabajo eficientes, así como a la satisfacción laboral de los propios trabajadores.”(Davidoff, 1990, p.7)

“La psicología organizacional es un invento del siglo XX, cuyas raíces se encuentran en la parte final del siglo XIX y principios del siglo XX; ha existido casi desde los orígenes del campo de la psicología.

Los psicólogos que empezaron a realizar un trabajo organizacional fueron los experimentales, quienes estaban interesados en aplicar los nuevos principios de la psicología a los problemas de las organizaciones; los primeros trabajos se enfocaron en asuntos de desempeño laboral y eficiencia organizacional.

Dos psicólogos son acreditados como los principales fundadores del área. Hugo Münsterberg y Walter Dill Scott; ambos psicólogos experimentales y profesores universitarios, se involucraron en la aplicación de la psicología a los problemas de las organizaciones. Münsterberg estaba interesado en particular en la selección de personal y el uso de nuevas pruebas psicológicas; Scout estaba interesado en la psicología de la publicidad, cada uno de ellos escribió diversos libros que incursionaron en estos temas.

La mayor parte del esfuerzo de los psicólogos organizacionales se dirige al fortalecimiento de la efectividad y funcionamiento de las organizaciones. Eso lo logran enfocándose en varios aspectos, incluyendo la selección de personas que puedan hacer un trabajo mejor, capacitándolas para un buen desempeño, configurando puestos que faciliten la tarea, o diseñando organizaciones que funcionen de manera más óptima. Los psicólogos organizacionales también pretenden cambiar a las organizaciones, de manera que éstas se conviertan en lugares más adecuados para que la gente trabaje, aun cuando la efectividad de la organización no mejorase.

La base en una empresa u organización son los recursos humanos, los cuales están dirigidos por psicólogos organizacionales que se encargan de dar los mejores beneficios y servicios a los integrantes de la compañía con la meta de que la organización cumpla con sus objetivos establecidos.

1.4.2 Psicología Social

Los psicólogos sociales estudian cómo las personas influyen entre sí. Analizan las primeras impresiones y la atracción interpersonal, así como la manera en que se forman las actitudes y en qué se mantienen o cambian, y también el hecho de que nos comportamos de modo diferente cuando formamos parte de un grupo o multitud a cuando lo hacemos si nos encontramos solos. (Morris, 2001, p. 6)

“Estudia como influye la gente sobre los demás. Los psicólogos sociales en su búsqueda de información acerca de los procesos y principios sociales, estudian cómo interactúan entre sí y se influyen de modo recíproco los animales, en especial las personas. Para iniciar se proyecta una mirada de cerca de un incidente que sugiere que los individuos se encuentran mezclados en una red de criterios y reglas sociales o normas.”(Morris, 2001, p. 646)

“Algunos psicólogos sociales estudian instituciones sociales como la familia, el sistema legal, la iglesia, el gobierno y similares. Otros trazan el desarrollo político, económico o cultural de las sociedades. También existen quienes buscan los principios subyacentes de la organización de la sociedad y del cambio y la interacción social. Estos científicos abordan y analizan de forma específica fenómenos sociales, fenómenos que estén definidos por la interpelación afiliativa, comunal y societal de las acciones humanas y que, a la vez, surgen de ella.”(Morales, 1999, p. 2)

La psicología social se encarga de ayudar al ser humano a adquirir los conocimientos que le permitan comprender la naturaleza de los fenómenos psicosociales y el papel que desempeña en las relaciones sociales, así como comprender el papel de la interacción social en el desarrollo de la personalidad.

1.4.3 Psicología Educativa

La psicología educativa es un campo de gran diversidad, como disciplina ha estado presente por más de un siglo. Ya en 1880, Louisa Parsons Hopkins escribía acerca de reconocer la importancia de la psicología de la educación.

“La psicología educativa se define como el conocimiento obtenido de la psicología que se aplica al salón de clases. En consecuencia se define a los psicólogos educativos como expertos que aplican los principios de la psicología a la educación y que dedican su vida profesional a entender a los aprendices, al proceso de aprendizaje y las estrategias instruccionales que lo facilitan.

Los psicólogos educativos desempeñan muchas funciones diferentes; algunos diseñan el contenido de los programas de estudio y evalúan el efecto de los cambios curriculares en la conducta y el aprovechamiento académico de los estudiantes; otros, se interesan por el empleo en el aula de la tecnología manejada y apoyada por computadoras. Muchos trabajan en programas para la formación

de maestros. Por lo general, sus responsabilidades se dividen entre la enseñanza y la investigación de las variables que determinan 1) la eficacia de los métodos de enseñanza, 2) la forma en que aprenden los estudiantes, 3) la mejor manera de interactuar con los demás y 4) la mejor forma de enseñar a otros.” (Kenneth, 1999, p. 4)

“Desarrolla, diseña y evalúa materiales y procedimientos para programas educativos. Es la aplicación del método científico al estudio del comportamiento de los individuos y grupos sociales en los ambientes educativos. La psicología de la educación no sólo se ocupa de la conducta de profesores y estudiantes, sino que también se aplica a otros grupos como los ayudantes de los profesores, primera infancia, inmigrantes y tercera edad.” (Kenneth, 1999, p. 7)

Por otro lado los objetivos de la psicología educativa reflejan los problemas actuales y futuros de la educación, un claro ejemplo es la falta de orientación vocacional que existe en los alumnos que intentan ingresar a alguna institución, por lo que en el futuro, los problemas de los maestros y la función de la psicología educativa tendrán que conjuntarse para lograr cambios más complejos en este aspecto.

1.4.4 Psicología Experimental

Los psicólogos experimentales realizan investigaciones sobre los procesos básicos: aprendizaje, memoria, sensación, percepción, cognición, motivación y emoción. Desean contestar preguntas como las siguientes ¿Cómo recordamos las cosas y por qué las olvidamos?, ¿De qué manera tomamos decisiones y resolvemos problemas?, ¿Los resuelven de distinta manera los varones y las mujeres?, ¿Por qué algunas personas están más motivadas que otras?; en general los psicólogos experimentales querrán saber exactamente cómo difiere su estilo de pensamiento de otros.

“Los psicólogos experimentales utilizan la aplicación de técnicas de laboratorio, semejantes a las de las ciencias naturales, para el estudio del comportamiento y los fenómenos psíquicos, entre los que se incluyen elementos de estudio tradicionales de la psicología, como la percepción, la memoria, el pensamiento, el aprendizaje y la resolución de problemas. La psicología experimental englobaba ya desde sus inicios una considerable diversidad de métodos, intereses y puntos de vista que le han permitido encontrar multitud de aplicaciones prácticas en la industria, la educación y la terapia, entre otras áreas.” (Morris, 2001, p. 4)

La psicología experimental es una clave importante en la investigación de la conducta humana debido a que es la herramienta del psicólogo para poder describir cada una de las conductas que se presentan en las diferentes etapas por las que pasa tanto el ser humano y como los animales.

1.4.5 Psicología Clínica

Para abordar a la Psicología Clínica, será necesario conocer algunas definiciones con la finalidad de entender mejor esta área de la psicología.

“La psicología clínica es una disciplina que se fundamenta en la investigación. Los programas de evaluación y tratamiento que utiliza están basados en teorías psicológicas y han sido probados en condiciones controladas y con criterios objetivos. Por ejemplo, enfermedades importantes a tratar por la psicología clínica son: el estrés, las fobias, la somatización o incluso la depresión, el mayor padecimiento.

La psicología clínica pretende ser un campo, una disciplina, una ciencia y una profesión que cubra en rango y totalidad la conducta humana. El trabajo de

los psicólogos clínicos es cubrir eventos desde las células del cerebro hasta las celdas. La división de psicología clínica de la APA publicó un folleto con esta definición:

El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas, y en todos los niveles socioeconómicos.

Quizá entonces no sea ninguna sorpresa que la psicología clínica tenga gran atractivo para las personas que están interesadas en la ciencia y que tengan la curiosidad de saber cómo se desarrolla, se mantiene y se cambia la conducta humana. La psicología clínica también es llamativa para las personas que desean una profesión altruista y cuyas metas son aliviar el dolor y mejorar la condición humana.”(Cullari, 2001, p. 1,2)

“El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza y servicios relacionados con las aplicaciones de principios, métodos y procedimientos para la comprensión, predicción y alivio de la desadaptación, discapacidad e incomodidad intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una amplia gama de poblaciones de clientes.

Según Resnick, las áreas de habilidad que se consideran esenciales para el campo de la psicología clínica incluyen: evaluación y diagnóstico, intervención o tratamiento, consultoría, investigación y aplicación de principios éticos y profesionales. Asimismo, Resnick afirma que los psicólogos clínicos son únicos en cuanto a su pericia en las áreas de personalidad y psicopatología y en su integración de ciencia, teoría y práctica.” (Phares, 1990, p. 4)

“La psicología clínica contribuirá a expandir el campo de la psicología y de la ciencia de la conducta, y, también, servirá a las necesidades de la gente sólo si sus esfuerzos se someten a las bases científicas. Aunque son pocos los psicólogos clínicos que asumen por igual las funciones de científicos y de practicantes, la psicología clínica es un campo donde ambas funciones contribuyen al conocimiento básico de la psicología y se benefician de él, los psicólogos clínicos aspiran a mejorar el funcionamiento mental y el bienestar de los individuos, se orientan hacia las personas que experimentan significativa aflicción emocional, que padecen de angustia y cuyo comportamiento es motivo de preocupación para los otros, o cuyos problemas se manifiestan en un trastorno psicológico identificable.”(Compas, 2003, p. 6)

Debido a la importancia que presenta en la actualidad la función de la Psicología clínica es necesario conocer cuáles son las patologías que tiene como objetivo abordar esta importante área de la Psicología.

1.5 Problemas que se abordan en la Psicología Clínica

El número y tipos de problemas que aborda la psicología clínica son tan amplios que solo mencionaremos algunos: depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, psicosis, deficiencia mental, adicciones, problemas de aprendizaje, delincuencia juvenil, problemas vocacionales, desviaciones ó disfunciones sexuales, por nombrar sólo unos cuantos.

A continuación se presentan algunos trastornos evaluados por la psicología clínica tomando en cuenta la patología que afecta a un gran porcentaje de la población.

1.5.1 Estrés

El estrés es considerado como un proceso físico, químico o emocional productor de una tensión que puede llevar a la enfermedad física. Al momento que el cuerpo reconoce el estrés y se prepara para la acción, ya sea de agresión o de fuga. Las glándulas endocrinas liberan hormonas que aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, elevan el nivel de azúcar en la sangre, incrementan la transpiración, dilatan las pupilas y hacen más lenta la digestión. El cuerpo permanece alerta y no puede reparar los daños, lo que conlleva al agotamiento, cuya consecuencia puede ser una alteración producida por el estrés. La exposición prolongada al estrés agota las reservas de energía del cuerpo y puede llevar en situaciones muy extremas incluso a la muerte.

Cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede producir estrés. Esto incluye tanto situaciones positivas (el nacimiento de un hijo, matrimonio) como negativas (pérdida del empleo, muerte de un familiar). El estrés de igual forma surge por agitaciones mínimas, como esperar demasiado en el tráfico; es importante mencionar que situaciones que provocan estrés en una persona pueden ser insignificantes para otra.

El estrés afecta órganos y funciones de todo el organismo. Los síntomas más comunes son depresión o ansiedad, dolores de cabeza, insomnio, indigestión, sarpullidos, disfunción sexual, nerviosismo, palpitaciones rápidas e incluso, diarrea o estreñimiento.

Frente a la falta de respuesta al tratamiento físico, el doctor puede recomendar algún tipo de psicoterapia. También puede recetar tranquilizantes, antidepresivos como medida a corto plazo. Sin embargo, en general el uso de medicamentos no se confía como solución a largo plazo. En estos casos no se exhorta al uso de bebidas alcohólicas.

1.5.2 Fobias

La costumbre ha llevado a usar el vocablo *fobia* para designar ciertos trastornos en los cuales, estrictamente considerados, el miedo solo es la nota más destacada de la modalidad psicopatológica subyacente.

“Las primeras manifestaciones de tipo fóbico, delante de personas extrañas, sobrevienen desde los ocho meses, pero, no son todavía, propiamente hablando, fobias. Sin embargo, no tendremos que esperar mucho tiempo, porque las primeras fobias nacen de los primeros temores nocturnos, alrededor del vigésimo mes. Aparecen, entonces, dos órdenes de síntomas que son, sin duda, complementarios uno de otro, y que tiene cada uno su propia estructura.

Existen diversos tipos de fobias debido a que no es igual la fobia que se tiene ante un animal grande, a la misma estructura de la fobia a la oscuridad, y la diferencia no se reduce a la presencia de un objeto malo en un caso, reemplazada en el otro por la ausencia de un objeto bueno. Con la fobia a la oscuridad veremos emparentarse la claustrofobia y algunas agorafobias.

En cuanto al terror nocturno infantil, madre de las fobias, es una neurosis actual, a la vez neurosis de angustia y neurosis traumática. Las sensaciones de mordedura, de ser devorado, etc, que aparecen en él, son más bien los fenómenos terminales de procesos muy “fisiológicos” desencadenados por la interrupción de pulsiones genitales.” (Sauri, 1984, p. 7, 52)

“Las fobias son temores irracionales que están fuera de proporción con cualquier peligro real para el individuo. Muchos teóricos del aprendizaje creen que las fobias específicas se adquieren a través de condicionamiento clásico. Mientras que algunas fobias específicas se desarrollan de alguna manera general cuando ocurren sin ninguna experiencia atemorizante previa con la situación. Ni

siquiera es claro que la investigación de las fobias específicas se lleve a cabo en entornos suficientemente reales como para que los investigadores puedan afirmar que el laboratorio se asemeja a la vida real.” (Sauri, 1984, p. 85)

Es un miedo intenso y persistente hacia un objeto, situación o actividad específica, debido al cual el individuo lleva una vida limitada. La ansiedad que se sufre suele ser desproporcionada con las situaciones reales, y las víctimas son conscientes de que su miedo es irracional.

1.5.3 Somatización

Otro de los principales problemas que aborda la psicología clínica es la somatización la cual se explica a continuación.

“La característica esencial del trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se considera que un síntoma somático es clínicamente significativo si requiere tratamiento médico o causa un deterioro evidente de la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas somáticos deben empezar antes de los 30 años y persistir durante varios años.

Los múltiples síntomas no pueden explicarse completamente por la presencia de alguna enfermedad conocida o por los efectos directos de una sustancia. Si aparecen en el transcurso de una enfermedad médica, los síntomas o el deterioro de las relaciones sociales, laborales o en otras áreas importantes de la actividad del individuo son mucho mayores de lo que cabría esperar a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio. Debe existir una historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas diferentes o con diversas funciones. La mayoría de los individuos con este trastorno refieren la presencia de náuseas e hinchazón abdominal. Los vómitos, la diarrea y la

intolerancia a ciertos alimentos son menos habituales. Los síntomas digestivos a menudo conducen a múltiples exámenes radiográficos, pudiendo llegar incluso a comportar intervenciones quirúrgicas que *a posteriori* se demuestran totalmente innecesarias”.(DSM-IV, P. 546, 547)

El trastorno de somatización es un problema que tiene consecuencias delicadas y puede generar problemas que alteren el ritmo de vida de las personas que lo padecen, por lo que es importante que después de su detección se lleve un tratamiento de forma inmediata.

1.5.4 Depresión

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.

Existen diversas definiciones que hablan de la depresión, por ejemplo, es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, indefensión y desesperanza profundo. Es un desconsuelo sin razón aparente que lo justifique, y además grave y persistente, puede aparecer acompañada de varios síntomas, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

“En psicopatología se reconocen dos grandes categorías dentro de la depresión, aunque en ambos la perturbación del estado de ánimo es el síntoma principal. En la primera, el trastorno depresivo, aparecen sólo episodios de depresión. En la segunda, depresión bipolar o síndromes maníaco-depresivos, se alternan periodos depresivos con otros de ánimo exaltado y euforia (manía).

En las depresiones simples o en las fases depresivas de las bipolares, domina el ánimo depresivo, aunque el paciente puede no ser consciente de su tristeza. Suele haber pérdida de interés y abandono de las actividades habituales, y los síntomas pueden incluir: perturbaciones del sueño, pérdidas de apetito o apetito desmedido, incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, lentitud de ideación y energía decaída, sentimientos de inutilidad, culpa, desesperación y desprecio de uno mismo, disminución del interés sexual e ideas recurrentes de suicidio y muerte, que en ocasiones pueden llevar efectivamente al suicidio.

En la fase maníaca, el ánimo del paciente es elevado, exaltado, expansivo o irritable. El comportamiento es extravagante y en ocasiones ofensivo. Otros síntomas son el exceso de locuacidad, la fuga de ideas, las ideas de grandeza, una actividad sexual, social y laboral excesiva, incapacidad de concentración, pérdida del juicio y disminución desmedida del sueño.” (Castilla, 2000, p. 66, 67)

“Al parecer, los trastornos depresivos pueden tener una cierta predisposición de tipo genético, por lo que el riesgo de sufrir un trastorno de este tipo es mayor en las familias de pacientes depresivos. La mayor proporción que se da en las mujeres quizá dependa de causas orgánicas, pero también parece estar condicionada por la adquisición de roles sociales más pasivos e incapacitantes, y por el hecho de que, al exteriorizar la necesidad de ayuda con más facilidad que el hombre, es probable que las depresiones masculinas pasen más desapercibidas.

Los estudios realizados hasta la fecha han sugerido también que la predisposición genética a la depresión puede estar ligada a una sensibilidad anormal ante un neurotransmisor, la acetilcolina, en el cerebro. Los receptores de esta sustancia se han encontrado en mayor número en la piel, por ejemplo, de quienes sufren depresiones.” (Bonilla, 2001, p.76)

Debido a la importancia que presenta el tema de la Depresión en este momento, así como para la construcción del instrumento, en el siguiente capítulo se abordarán de manera más detallada los puntos más importantes sobre este tema que perturba a la sociedad, con la finalidad de que se expongan las principales características que ayudaran a conocer más a fondo este padecimiento.

CAPÍTULO II
DEPRESIÓN

2.1 Definición de la Depresión

En la actualidad, el incremento de la depresión, su tendencia a traspasar impulsos, como el de la propia subsistencia, el gregario y el maternal, así como las consecuencias que bloquean las necesidades biológicas como el hambre, el sueño y el apetito sexual han hecho que los investigadores amplíen sus esfuerzos a fin de conocer mejor este problema.

Es conveniente considerar algunos criterios para definir la depresión, por lo que a continuación se exhibirán algunas definiciones con el objetivo de abordar este problema desde varios ángulos.

“El concepto de *depresión*, que identifica un estado de ánimo dominante de tonalidad triste o sombría.”(Vallejo, 2000, p. 165)

“La gente emplea la palabra *depresión* en su lenguaje cotidiano para referirse a síntomas. Estos pueden ser el resultado de un estado emocional, una reacción ante una situación o el estilo de comportamiento característico de una persona, el sentimiento de la depresión por lo general se conoce como *melancolía*.”(Sarason, 1996, p. 287)

“Disminución del interés y el placer obtenido en todas o casi todas sus actividades, sentimiento de incompetencia y cansancio durante todo el tiempo, teniendo sentimientos de muerte recurrente.”(Katschnig, 2000, p. 131)

De los axiomas antes mostrados sobre Depresión la definición más completa es la del Autor Sarason, (1996) el cual la define como: Sentimiento penetrante de tristeza que puede comenzar después de alguna pérdida o un suceso estresante, pero que continúa mucho tiempo después. Son característicos los patrones de pensamiento inapropiados que generalizan todos los eventos como una calamidad.

La palabra depresión es una palabra que suena muy simple para una enfermedad tan importante, tiene muchos significados, los cuales ya se explicaron con anterioridad, pero la importancia que presenta conlleva a un mismo estado de ánimo ya que ésta afecta el concepto de sí mismo disminuyendo la sensación de autoestima. A continuación se explicarán las características de esta enfermedad.

2.2 Características de la Depresión

La depresión ha existido siempre, las descripciones de las enfermedades depresivas pueden encontrarse en textos de civilizaciones antiguas. A través de los siglos se ha intentado comprender y reconocer la depresión, sus características pueden ayudar a identificar de una mejor manera esta enfermedad.

“Sus síntomas pueden sobreponerse a los síntomas de otras enfermedades, o pueden atribuirse a pesar, estrés, problemas de sueño, envejecimiento o exceso de trabajo.

La enfermedad depresiva, en su forma más frecuente, se caracteriza por lo siguiente:

- Tiene una duración de dos semanas por lo menos, a menudo mucho más.
- Presenta síntomas específicos relacionados con el estado de ánimo, el comportamiento, el pensamiento y la visión del futuro.
- Deteriora su capacidad para funcionar en la vida diaria.

- Requiere tratamiento médico o psicológico, o en ocasiones ambos.

Debido a la magnitud que presenta la depresión en la actualidad se han detectado varios niveles que nos brindan las características primordiales dependiendo de la gravedad y la incidencia de la enfermedad lo que ha permitido abordar de una mejor manera esta patología.

La característica esencial de un *trastorno depresivo mayor* es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) no los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Asimismo, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.”(DSM-IV, p. 345)

“El *episodio depresivo grave con síntomas psicóticos* se describe con la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, enlentecimiento psicomotriz o insensibilidad suficientemente graves que imposibilitan las actividades sociales ordinarias. La vida del paciente puede estar en peligro por riesgo de suicidio, deshidratación o debilidad. Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo.”(CDI-10, p. 100)

“El *trastorno depresivo recurrente* se trata de un trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, sin antecedentes de episodios independientes de elevación del estado de ánimo o aumento de energía (manía).

No obstante, puede haber breves episodios de elevación leve del estado de ánimo y actividad excesiva (hipomanía) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces producidos por el tratamiento antidepressivo. Las formas más graves de trastorno depresivo recurrente tienen mucho en común con los conceptos clásicos de depresión maníaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena. El primer episodio puede producirse a cualquier edad, desde la infancia a la edad tardía; el inicio puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración varía de pocas semanas a muchos meses.”(CDI-10, p. 101)

Es importante acentuar que la depresión se encuentra en varias señales, de modo que su sola presencia no significa que la persona padece un trastorno del estado de ánimo. El término depresión se puede referir a un síntoma o a un trastorno.

2.3 Tipos de Depresión

A lo largo de los años se han propuesto cantidad de explicaciones diferentes para explicar este trastorno, lo que ha traído como consecuencia que se presenten diversos tipos de depresión, entre los más importantes destacan: la depresión exógena, endógena y la somática; las cuales se explican a continuación.

2.3.1 Depresión Exógena

También denominadas “Las depresiones reactivas, se les limita al carácter de un desorden precedido por un acontecimiento sin duda traumático.

Esto deja el diagnóstico a criterio de quien lo elabora y, más aún, a su particular opinión sobre lo que constituye un suceso traumático.”(Bar, 1989, p. 12)

La depresión exógena significa que un evento identificable durante el transcurso de la vida propició que la persona se encuentre deprimida.

La situación actual que puede llevar a una depresión es por lo general un fracaso amoroso, pérdida del trabajo, situaciones de cambio, pérdida de un ser querido, etc. Sin embargo se sabe que no todas las personas ante una situación así caen en una depresión, sino que le ocurre a quién ante esta situación actual ha revivido algo que ya le había ocurrido en la infancia, que permanece olvidado en el inconsciente porque le resultó intolerable.(Bar, 1989)

Otras causas de la depresión exógena son: anormalidades del sueño, la privación del sueño o la alteración de los ritmos cardiacos por trabajar en distintos turnos o por viajar en avión por diferentes husos horarios, conducen a cambios del estado de ánimo y a otros síntomas de depresión. Las personas que presentan insomnio por más de doce semanas sin evidenciar otros síntomas de depresión, corren mayor riesgo de sufrir algún episodio de depresión mayor. Es poco claro si el sueño es un factor causal o un marcador de la depresión. (Sue, 1995)

2.3.2 Depresión Endógena

Se presenta debido a alteraciones en la producción de las sustancias cerebrales que regulan el estado de ánimo (serotonina) y sensaciones placenteras (dopamina), las cuales son denominadas neurotransmisores.

Es un tipo de enfermedad cuya causa es desconocida, es decir, no es culpa del paciente padecerla, aunque es de suma importancia preguntarse en estos casos qué hace el sujeto para contribuir a su depresión y qué debe hacer para cambiarlo.

“La depresión endógena significa que la persona que la sufre es un individuo normal que lleva una vida normal y que la depresión surgió sin una causa externa,

por consiguiente representa una depresión para la cual no se puede encontrar una causa en la vida del paciente.”(Rowe, 1998, p. 167)

“Se refiere a ausencia de desencadenantes, historia familiar de trastornos afectivos y escasa influencia ambiental de la sintomatología. El término endógeno, cuya utilización semántica ha sido variada y abundante: origen interno, hereditario, autónomo, sin desencadenantes, desconocido, complejo sintomático determinado. El concepto inicial de endogenicidad, referido a la ausencia de factores psicosociales precipitantes, es cuestionable si se considera la elevada proporción de pacientes endógenos cuyo cuadro se inicia a partir de un estrés ambiental; se tiende a la utilización del término endógeno más desde el punto de vista fenomenológico como constelación sintomática que en función de la presencia o ausencia de desencadenantes.”(Vallejo, 2000, p. 194)

“Los datos característicos de endogenicidad son: personalidad adecuada, ausencia, en general, de factores psicogenéticos desencadenantes, tristeza profunda y persistente, constitución pícnica, despertar precoz, pérdida de peso, variaciones diurnas (empeoramiento matutino) y estacionales del humor, fases depresivas anteriores, inhibición psicomotriz e ideas deliroides de ruina, culpa o hipocondrías, curso fásico, pronóstico favorable y respuesta satisfactoria a las terapéuticas biológicas.”(Vallejo, 2000, p. 195)

2.3.3 Depresión Somática

Es aquella secundaria a la administración de algunos medicamentos y a diversas enfermedades, como afección en glándula tiroides, anorexia y bulimia, anemia, infecciones por virus o cáncer, entre otras.

“Este tipo de depresiones cursan con mascarás somáticas (equivalentes depresivos) y/o con máscaras psíquicas, como la seudoneurosis, seudopsicopatía, seudoesquizofrenia, seudodemencia y adicciones.

En la depresión enmascarada o somatoforme están ausentes, en forma evidente, el autorreproche y la inhibición que se presentan en el cuadro depresivo, pero hay una preocupación más o menos constante por el esquema corporal, con una importante tendencia al auto observación y una errónea interpretación de los signos y síntomas físicos.

A la depresión somática se le ha dado en llamar el síndrome del mostrador de especialistas, dado que la queja del paciente hará que se investigue el origen orgánico del padecimiento y no existirán resultados positivos. Los síntomas más habituales son los dolores, por lo habitual errantes, semiagudos, suelen tener respuestas caprichosas a los analgésicos, difícilmente descriptibles y con estudios no demostrativos de patologías orgánicas.”(Bernstein, 1999, p. 40)

El diagnóstico de la depresión somática habitualmente es tardío, por lo general investigado por un clínico de experiencia, refiriendo en forma más habitual dolor o molestias en la zona a partir de un momento que le es difícil de definir, la respuesta a la medicación antidepresiva suele ser excelente, desaparecen el humor irritable, la inhibición y el desgano.

2.4 Consecuencias de la Depresión

En el mundo pueden vivir más de cien millones de sujetos deprimidos y existe el riesgo de que en el futuro las cifras aumenten, por lo que es de suma importancia conocer cuáles son las secuelas que puede dejar esta enfermedad, para que las consecuencias no sean destructoras ya que esta enfermedad puede ocasionar

divorcios, violencia, falta de comunicación y desintegración familiar entre hijos y madres.

Aunque la depresión es frecuente, aproximadamente una gran parte de la gente con depresión no sabe que la tiene, y de aquellos que la reconocen, la gran mayoría no buscan un tratamiento adecuado.

Pueden existir diversas secuelas dependiendo de la fase de la depresión que sufra la persona, en la depresión simple domina el ánimo depresivo, aunque el paciente puede no ser consciente de su tristeza. Suele haber pérdida de interés y abandono de las actividades habituales, y los síntomas pueden incluir: perturbaciones del sueño, pérdidas de apetito o apetito desmedido, incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, lentitud de ideación y energía decaída, sentimientos de inutilidad, culpa, desesperación y desprecio de uno mismo, disminución del interés sexual e ideas recurrentes de suicidio y muerte, que en ocasiones pueden llevar efectivamente al suicidio.

“Un deprimido no puede hacer una provisión positiva y activa. La pérdida de esperanza, la incapacidad de prever y de proyectarse positivamente al porvenir pueden conducir al acto suicida, impulsivo durante un paroxismo de ansiedad, o planeado y ejecutado a sangre fría. El paso al acto suicida, cuando es el primero, puede constituir una total sorpresa para quienes rodean al sujeto. Con frecuencia el sujeto lo menciona de manera alusiva o explícita; las ideas suicidas se presentan a 80% de los deprimidos en algún momento de su evolución; evaluar el riesgo del suicidio, es difícil, tanto más cuanto que el sujeto disimula sus intenciones, otros, para burlar la perspicacia del médico, niegan todo proyecto de suicidio, alegando un sentimiento religioso o el amor a sus hijos.”(Loo y Gallarda, 2001, p. 19, 20)

Es importante detectar en qué fase de depresión se encuentra la persona para que a partir de ello se puedan buscar las soluciones precisas para satisfacer las necesidades de la población.

2.5 Personas afectadas por la Depresión

La edad puede modificar el cuadro clínico de las enfermedades depresivas. Reconocer la existencia de enfermedades depresivas en el niño, el adolescente, el adulto, las personas de la tercera edad e incluso las mujeres embarazadas son un dato relativamente reciente que posee importantes implicaciones terapéuticas, por lo que a continuación se analizarán de manera más profunda.

2.5.1 Depresión Infantil

Superados los problemas, insinuaciones y discusiones iniciales, actualmente es algo comúnmente aceptado por quienes se dedican al estudio del tema que la depresión infantil existe, tal afirmación carece de sentido si no se tiene en cuenta que esto es así desde hace poco.

“Se ha comprobado que uno de cada diez niños de entre seis y doce años sufren depresión, es decir, que en ellos los sentimientos negativos persisten por un largo período y ocurren sin una causa identificable.”(De la Fuente, 1992, p. 109)

“La concepción de la depresión infantil como aspecto del desarrollo sostiene que la depresión puede surgir en cualquier momento del desarrollo infantil, pero su sintomatología se dispersaría en función de la edad. Lo que pone de manifiesto esta alternativa es que los síntomas de la depresión pueden variar a través de los distintos estadios de desarrollo y por tanto no hay que confundir los síntomas que son comunes al desarrollo normal y aquellos que son más específicos de un desorden depresivo.”(Jiménez, 1995, p. 99)

“Existe una correspondencia entre las distintas edades y los diferentes síntomas que caracterizan a la depresión en sus distintas etapas evolutivas:

- Edad preescolar: rechazo del juego, agitación, timidez, crisis de llanto, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse.
- Edad escolar: irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, timidez, dificultades en el aprendizaje, terrores nocturnos, crisis de llanto y gritos.

La depresión se puede dar en la infancia, debido a múltiples factores entre lo que destaca, la poca interacción personal que tienen los niños con las figuras representativas para ellos, en ese momento tan crucial en su vida (familia, amigos, maestros, etc.) y los aspectos esenciales del desorden son similares en infantes, adolescentes y adultos”. (Jiménez, 1995, p. 24, 25)

“En el niño la verbalización es reducida y las enfermedades depresivas pueden adoptar la máscara de trastornos del carácter o del comportamiento; por otra, la exageración del diagnóstico, pues algunos cambios psicológicos son inherentes y necesarios para el desarrollo y ciertos momentos depresivos parecen fisiológicos, especialmente cuando el niño asimila, hacia los siete u ocho años, el concepto de muerte en su aspecto necesario.

En el primer caso la indicación de un tratamiento antidepressivo debe ser planteada para los niños sin manifestaciones depresivas patentes. En el segundo caso la decisión de inhibición terapéutica deberá ser revaluada regularmente, tomando en consideración el déficit funcional relacionado con los trastornos, así como las consecuencias a largo plazo (dificultades de aprendizaje y baja del rendimiento escolar, dificultades relacionales familiares y con los amigos).”(Loo y Gallarda, 2001. p. 24, 25)

Es necesario atender la depresión infantil con la finalidad de que el niño deprimido no se convierta en un adolescente o adulto con esta enfermedad, ya que

las consecuencias podrían ser devastadoras tanto para el sujeto que la sufre como para familiares y personas cercanas a él.

2.5.2 Depresión en Adolescentes

La época de la vida comprendida entre los 12 y los 18 años se caracteriza por el crecimiento acelerado y la intensificación de los impulsos sexuales y agresivos. Entonces los conflictos con los padres y otras personas que presentan autoridad son en cierto grado inevitables; los logros, los fracasos escolares y las ligas con maestros y compañeros son la clave para identificar el estilo de vida del puberto.

Puesto que la adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos, puede pensarse que se trata de una población de alta vulnerabilidad; de aquí que la depresión en los adolescentes sea considerada como objeto de estudio en diversas investigaciones, mismas que han resaltado algunos factores relacionados con la formación de esta entidad que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades, asumiéndola como un padecimiento multifactorial.

“En el adolescente el trastorno depresivo del humor puede no ser enteramente manifiesto. La depresión puede revestir distintas formas clínicas, por ejemplo, un conflicto declarado con las autoridades o las figuras parentales o, asimismo, el comienzo de comportamientos de riesgo (abuso de drogas o de alcohol, trastornos de las conductas alimentarias, fugas, prácticas sexuales riesgosas). Cuando la depresión se ha mentalizado, el cuadro clínico se asemeja al que se encuentra en el adulto.”(Loo y Gallarda, 2001. p. 24, 25)

“La mayoría de los adolescentes clasificados como deprimidos(as), sugieren la presencia de depresión severa y la posibilidad de que se presenten ideación suicida o inclusive el suicidio. La identificación de una frecuencia tan elevada de

sintomatología compatible con depresión y su vinculación con la violencia o alcoholismo intrafamiliar, apuntan a la necesidad de una intervención multisectorial orientada a prevenirla violencia intrafamiliar y atender el problema de consumo de alcohol, a la vez que detectar y atender oportunamente a los y las adolescentes que presenten sintomatología depresiva, disminuyendo así la frecuencia de este padecimiento que cobra cada vez mayor importancia como un problema de salud pública.”(Craig, 2000, p. 97)

“Es importante investigar si el enfermo ha sufrido en épocas anteriores estados depresivos semejantes al actual y si estos han alternado o no con episodios de actividad excesiva, energía desmesurada y deseo de emprender demasiadas tareas o de hacer cambios radicales en su vida, todo lo cual indicaría que el trastorno es de carácter cíclico o recurrente.

Identificar el trastorno depresivo no es siempre fácil porque algunos enfermos lo enmascaran o lo ocultan. Puede ser que dominen el cuadro de la ansiedad y la irritabilidad exageradas o algún otro síntoma acompañante de la depresión o indicador de otro padecimiento que coincide con ella. La gama de posibles síntomas equivalentes de los estados depresivos es muy extensa e incluye dolores, disfunciones viscerales, fobias, obsesiones, cambios importantes en la conducta, agudización de conflictos interpersonales y abuso de alcohol o de otras drogas estimulantes o sedantes.”(De la Fuente, 1992, p. 243, 244)

La depresión en adolescentes es una de las más difíciles de tratar debido a que las personas en esta etapa de madurez se enfrentan a diversos cambios que pueden afectar el ritmo del tratamiento, es decir, que ya no acudan a terapia por que creen que ya no la necesitan y esto afecte o empeore la enfermedad llevando al sujeto a ser un adulto deprimido con grandes problemas existenciales.

2.5.3 Depresión en Adultos

La gente que sufre de depresión tiende a pensar en las malas experiencias de una manera que hace que resulten aun más difíciles de manejar. Al tener malas experiencias en el pasado que no se han podido manejar, se desarrolla una manera desesperanzada de pensar. Sentirse atrapado en una situación difícil o experimentar un sentimiento de humillación también puede llevar al pensamiento negativo y a la depresión.

“Los síntomas de la depresión en los adultos son: tristeza, desesperanza, sentimiento de devaluación personal, cambios en el apetito, pérdida de interés en las actividades cotidianas, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, pérdida de energía, fatiga, incapacidad para concentrarse y cambios en el sueño.”(De la Fuente, 1992, p. 110)

“La depresión es un serio problema de salud mental que se encuentra bastante generalizado y otra de las causas es cualquier problema de salud prolongado que evita que una persona haga su vida normal, por lo que al verse incapacitado al realizar sus actividades de manera habitual los porcentajes de deprimirse aumentan”. (De la Fuente, 1992, p. 110)

“Uno de los orígenes de la depresión en los adultos se denota cuando un hombre se ve incapacitado para lograr y mantener una erección satisfactoria por motivos físicos, esto puede producir depresión. En el mismo sentido, cuando un hombre sufre sólo bajo ciertas circunstancias, los factores psicológicos, como la depresión, son a menudo la causa del problema.

La reacción a las tensiones de la edad madura depende de factores personales idiosincrásicos: la capacidad de adaptación flexible en contraste con la rigidez del carácter, la naturaleza de la relación con la pareja, la relación con los hijos, otros

parientes y amigos, el sentimiento de utilidad, y la naturaleza de los intereses en el mundo externo.

Conforme más débil es la capacidad de adaptación, las relaciones interpersonales son más limitadas, el sentimiento de ser útil es más precario, el rango de interés es más estrecho, y se es más vulnerable al impacto de la involución biológica.

La depresión se encuentra frecuentemente enmascarada por alguno o algunos de los síntomas que la acompañan. Por otra parte, la depresión hace posible la aparición de síntomas tales como obsesiones, fobias, miedos hipocondríacos, síntomas conversivos.”(De la Fuente, 1992, p. 142, 143)

Si el adulto es capaz de confrontar con éxito los peligros de este período crítico del desarrollo, el desenlace es la integración a un nuevo nivel: una dimensión de madurez, advertencia de sí mismo y de los demás.

2.5.4 Depresión en Personas de Tercera Edad

Con la edad avanzada, la personalidad cambia. Estos cambios son comprensibles como una exageración de los rasgos negativos de carácter y también como defensas del anciano ante sus deficiencias cognitivas, las cuales advierte, y ante las actitudes de los demás hacia él. Una reorganización de los recursos psicológicos ocurre en la senectud y se traduce por una concentración del interés en sí mismo y la inclinación a atribuir hostilidad a los demás.

“Hay viejos que son infelices porque son viejos, pero no siempre ocurre esto. De hecho hay muchos viejos que conservan el humor y la salud. La depresión, que en el curso de su vida afecta a uno de cada diez habitantes, es condición patológica muy frecuente en los ancianos, ya sea como un estado endógeno o como una

reacción ante situaciones adversas de la vida. En el primero de los casos, es común que la persona haya sufrido un episodio similar en épocas anteriores.

Hay datos para pensar que diez por ciento de la población de personas de más de sesenta y cinco años sufre un trastorno depresivo. La depresión se caracteriza por una alteración disfórica del humor, una pérdida de interés de calidad diferente a la pena del duelo y que debe ser distinguida de la baja transitoria del humor consecutiva a la frustración o al desengaño.”(De la Fuente, 1992, p. 149)

“El incremento proporcional de ancianos en la población general tiene gran significado para los profesionales de la salud, debido al aumento de las tasas de perturbaciones psicológicas y médicas propias del proceso de envejecimiento. Una persona de edad mayor no implica una época de calma y estabilidad. Estos años son un periodo de cambio y ajuste, y con frecuencia se dificultan más por la pérdida tanto de la flexibilidad psicológica como de los sistemas de apoyo social que ayudan a los más jóvenes a enfrentar los cambios.

Si bien la mayoría de aquellos que rebasan los sesenta y cinco años de edad parece manejar dichos cambios con alteraciones mínimas, una cantidad significativa de individuos sucumbe ante esta tensión y manifiestan tanto depresión como pérdida de autoestima.

Es difícil obtener estadísticas precisas de la incidencia de depresión entre los adultos de edad mayor, y ellas se basan en gran medida en el método con que se valoran los estados depresivos. Desafortunadamente, las influencias de las condiciones de salud, la tendencia cada vez mayor a la hipocondría, así como la disminución y los cambios naturales en el deseo sexual y patrones de sueño, se combinan con la inclinación de estas personas a negar o no reconocer a menudo sus sentimientos de depresión.”(Yost, 1991, p. 13)

Son numerosos los cambios en la vida a que está expuesto el individuo en la senectud, la muerte de un ser querido es uno de los que con más frecuencia genera depresión. El proceso normal de duelo que sigue a la pérdida de un ser querido incluye muchos rasgos de depresión clínica. De hecho es un duelo prolongado, los síntomas pueden adquirir todas las características de depresión mayor y dar lugar a tasas notablemente altas de mortalidad y morbilidad.

La muerte de un ser querido contribuye a incrementos de depresión, malestares somáticos, enfermedades físicas, tasas de hospitalización y consumo de medicamentos, así como a cambios en patrones de sueño, pérdida de contactos sociales y menor participación dentro de la sociedad. Estos inconvenientes se complican en los ancianos, debido a cambios relativos al envejecimiento normal.

De modo similar, los adelantos tecnológicos, tan rápidos e incomprensibles, los hacen tristemente conscientes de su incapacidad para ir a la par con la sociedad y contribuir a ella. Para complicar aún más las cosas, es común que los ancianos no identifiquen sus síntomas (interacciones sociales cambiantes, pérdida de interés por su contorno, salud deteriorada y mayor tendencia a la perturbación) como depresión.

El significado cultural asignado a los cambios de salud y la pérdida de allegados agudiza la desesperación en la senectud y puede disminuir la eficacia del tratamiento de la depresión.”(Yost, 1991, p. 16, 17)

Este punto de vista en retroceso de la vida puede imposibilitar la empatía en personas de menos edad, ubicadas al futuro, que corresponden al sistema de soporte social del cliente. Una incongruencia semejante de puntos de vista podría igualmente plantear problemas de aceptación a quienes representan el sistema de cuidados de la salud.

2.5.5 Depresión después del parto

Antes de tratar de evaluar el impacto de la depresión en mujeres embarazadas en el desarrollo de sus vidas, es indispensable mencionar que la salud del niño depende de la salud de la madre por lo que es importante conocer el tratamiento de esta enfermedad.

La depresión que sufren las mamás después del embarazo suele comenzar a las dos semanas del parto y puede durar meses o años. Aunque su reconocimiento y diagnóstico han sido más amplios en los últimos años, fue descrita ya entonces por Hipócrates y se cree que su distribución es mundial.

Debido a la importancia que presenta el tema de depresión posparto en la actualidad y a la falta de información que tanto las personas que la padecen como familiares, amigos y gente cercana desconocen, así como para el diseño del instrumento que mida este padecimiento en el siguiente capítulo se abordará el tema de forma más detallada con la finalidad de prevenir este trastorno mental.

CAPÍTULO III

DEPRESIÓN POSPARTO

3.1 Definición de Depresión Posparto

El término melancolía puerperal designa una depresión leve, transitoria y bastante frecuente en la primera semana después del parto, limitada en su duración, y que requiere únicamente sostén emocional. El vocablo depresión puerperal denota un estado francamente psicótico, cuya gravedad origina su diagnóstico. (Danforth, 1994)

El puerperio es la etapa de mayor vulnerabilidad psicológica. La depresión puerperal es una secuela frecuentemente del embarazo y puede resultar debilitante. (Danforth, 1994)

Después de tener un hijo muchas mujeres tienen cambios de temperamento. Una característica común es que pueden sentirse felices por minutos y posteriormente comienzan a llorar. Pueden sentirse un poco deprimidas, tener dificultad para concentrarse, perder el apetito o descubrir que no pueden dormir bien aún si el bebé está dormido. Estos síntomas usualmente comienzan más o menos a los tres o cuatro días después de haber dado a luz y pueden durar varios días.

En ocasiones la depresión suele confundirse con la melancolía, la cuál designa un estado emocional que se caracteriza esencialmente por una profunda tristeza, sin embargo la depresión es un trastorno que puede aparecer después de un período prolongado de melancolía.

La melancolía de la maternidad se considera una parte normal de la maternidad temprana y usualmente desaparece a los diez días después del parto.

Sin embargo, algunas mujeres tienen síntomas peores o síntomas que duran más. Esto se llama depresión posparto.

La situación puede agravarse cuando estos síntomas se alargan incluso hasta meses posteriores al parto, en los cuales pueden devenir situaciones devastadoras. Ésta es la **Depresión Puerperal**, la cuál se presenta mayoritariamente entre mujeres de 20-30 años de edad, por lo que es de suma importancia diagnosticarla a tiempo.

La depresión posparto se define como una enfermedad, que puede ser como la diabetes o la enfermedad del corazón, se manifiesta en muchas madres después de haber dado a luz, es una condición muy tratable, cabe mencionar que sin tratamiento, puede afectar la salud y el bienestar de la madre, el hijo y otros familiares, por lo que esta patología debe tratarse con terapia, redes de apoyo y medicamentos tales como antidepresivos.

La depresión posparto puede explicarse como un tipo de depresión que padecen las mujeres después del embarazo y parto. También suele denominarse depresión puerperal o depresión postnatal. Cuando los síntomas suelen ser más graves se puede denominar psicosis posparto. (Milgrow, 1999)

A continuación se expondrán los principales síntomas que llevarán a identificar esta enfermedad, así como las señales primordiales que se presentan en la detección de la depresión posparto.

3.2 Epidemiología de la Depresión Posparto

La depresión postnatal está causada en parte por la gran disparidad que muchas mujeres experimentan entre sus expectativas de cómo será su vida tras el parto y la

realidad de tener que hacerse cargo de niños indefensos que requieren su continua atención.

“Los mayores riesgos en comparación con las que tienen una vida estable (familia, economía, relación de pareja, etc.) los corren las madres de escasos recursos con poca preparación intelectual, solteras, inmigrantes e insatisfechas con su matrimonio o con las condiciones de vida, y aquellas que tienen hijos con temperamento difícil o limitados físicos y no tienen familia ni amigos a quienes recurrir.” (Papalia, 1997, p. 170).

Se encuentra en riesgo aumentado de presentar depresión posparto si tiene antecedentes, como por ejemplo, presentar síntomas de depresión durante el embarazo o tener problemas matrimoniales o vivir eventos difíciles durante el embarazo y no tener un sistema de apoyo social.

Un episodio de depresión posparto aumenta la probabilidad de tener episodios recurrentes de depresión después de los partos o en otras ocasiones, por lo que es primordial detectar las causas que originan este tipo de depresión con la finalidad de no tener consecuencias significativas.

3.3 Síntomas de la Depresión Posparto

Alrededor del veinte por ciento de las nuevas madres sufre depresión después del parto, este tipo de estado emocional se caracteriza por la tristeza y otros síntomas como falta de apetito, sueño y concentración que perdura seis u ocho semanas (Zuckerman y Beardslee, 1987). Las madres deprimidas tienden a castigar a sus hijos, a considerarlos fastidiosos y difíciles de cuidar, y a sentir como si sus vidas estuvieran fuera de control (Papalia, 1997, p. 170).

Los principales indicios para identificar la depresión posparto en mujeres son: “pérdida de interés o no disfrutar de la vida, pérdida del apetito, menos energía y motivación para hacer cosas, dificultad para dormir o mantenerse dormida, dormir más de lo usual, llanto aumentado o lloroseo, sentirse sin valor alguno, sin esperanza o demasiado culpable, sentirse agitada, irritable o ansiosa, pérdida o aumento de peso inexplicable, sentir que no vale la pena vivir, pensar en hacerse daño, preocuparse de hacerle daño a su bebé. A pesar de que muchas mujeres se deprimen inmediatamente después del parto, algunas mujeres no se sienten "por el suelo" sino hasta después de varias semanas o meses.”(American Academy of Family Physicians, 2005)

Otras señales de la depresión posparto incluyen: sentirse inquieta o irritable, sentirse deprimida, triste o llorar mucho, no tener energía, tener dolores de cabeza, dolor en el pecho, palpitaciones (latidos rápidos del corazón y sentir que se brinca latidos), adormecimiento de las partes del cuerpo o hiperventilación (respiración rápida y superficial.), no poder dormir o estar muy cansada, o ambos, no poder comer y bajar de peso, comer demasiado y aumentar de peso, tener problemas para concentrarse, recordar o para tomar decisiones, estar extremadamente preocupada por el bebé, no tener ningún interés en él, sentirse inútil y culpable, tener miedo de lastimar al bebé o a sí misma y no sentir interés o placer por las actividades, incluyendo el sexo. (Papalia, 2005)

3.4 Consecuencias de la Depresión Posparto

Tener un hijo es un evento atemorizante y gozoso, es frecuente que las mujeres presenten una amplia gama de emociones después del nacimiento de su bebé, se sienten tristes, enojadas, irritables, o ansiosas, pueden llorar sin razón aparente e incluso tener pensamientos negativos de su hijo. Estos sentimientos son normales y

generalmente desaparecen en una semana aproximadamente, si estos síntomas duran más de una semana se hace referencia a la depresión posparto, enfermedad que se tiene que tratar con la finalidad de que sus consecuencias no dejen secuelas en la vida de estas madres y de sus hijos.

“Los hijos de madres deprimidas a menudo dejan de enviar señales emocionales y tratan de consolarse ellos mismos refugiándose en comportamientos como el arrullo y la succión.

Los hijos tratan de restablecer la interacción, pero ante los repetidos fracasos acudirán a sus propios recursos. Si esta reacción defensiva se convierte en hábito, puede causarles graves problemas: se sentirán incapaces de obtener respuestas de los demás y pensarán que no pueden confiar en sus madres ni en el mundo.

En consecuencia, los hijos se entristecerán, no como resultado de la depresión de la madre, sino de la interacción interrumpida, es decir ellos no perciben que su madre se encuentra en un estado emocional poco conveniente para cuidarlos, observan un rechazo, distinguiéndose una marcada disminución en la interacción madre-hijo.” (Papalia, 1997, p. 350)

Este ciclo podría explicar por qué los hijos de las madres deprimidas corren riesgo de sufrir perturbaciones emocionales y cognoscitivas. En la infancia son más propensos a ser soñolientos, sufrir tensiones (que muestran al retorcerse o arquear la espalda) y llorar con frecuencia. En la etapa de los primeros pasos tienden a participar poco en juegos simbólicos. Posteriormente, es probable que tengan un desarrollo cognoscitivo deficiente, un bajo rendimiento en las pruebas cognoscitivas, sufran accidentes y presenten problemas de comportamiento que con frecuencia llegan hasta la adolescencia (Field et. al., 1985; Zuckerman y Beardslee, 1987).

“Los hijos de madres deprimidas parecen preocuparse menos cuando se separan de éstas que los de madres no deprimidas (Dawson et al., 1992), debido a que estos reciben pocos cuidados y atenciones por parte de sus madres. Esos infantes también se ven menos motivados a explorar sus alrededores y prefieren las tareas fáciles (Redding, Harmon y Morgan, 1990). Entre 45 niños de dos años de edad, estudiados para observar sus reacciones frente a la rotura de una muñeca o el derrame de un vaso de jugo, los hijos de madres deprimidas tendían a reprimir su frustración y tensión (Cole, Barret y ZahnWaxler, 1992). Es evidente que estos niños reaccionan de modo diferente al de los otros niños de edad temprana, en apariencia como respuesta directa a los cambios que la depresión causa en el comportamiento de la madre.

Además, los hijos de madres deprimidas están en peligro de convertirse en deprimidos. La región frontal izquierda del cerebro humano parece estar especializada en emociones de aproximación, como la alegría, en tanto que la región frontal derecha está especializada en las emociones de separación, como la angustia. En un estudio de la actividad cerebral, realizado con niños entre once y diecisiete meses, los hijos de madres deprimidas mostraron menos actividad en la región frontal izquierda que los otros niños. Esto puede indicar que están predispuestos a sufrir depresión (Dawson et al., 1992).” (Papalia, 1997, p. 170)

La depresión posparto es una enfermedad que puede ser transmitida por lo que es importante identificar si la madre o el padre sufren esta patología, con la intención de evitar que existan más personas depresivas en la actualidad, ya que si el hijo vive en un ambiente donde la familia la mayor parte del tiempo está deprimida, él tiene altos porcentajes de ser una persona retraída, poco sociable, irritable, desconfiada y con una baja autoestima e incluso puede adquirir este comportamiento aprendido. (Nicolson, 1998)

3.5 Influencia Social como generadora de la Depresión Posparto

Se requieren tantas adaptaciones de los padres primerizos que consideran la transición una tensión única y una crisis principal. Por lo general existen reajustes económicos; las familias tienen que compensar el ingreso perdido de la mujer, cuando deja de trabajar de manera temporal o permanente. Al mismo tiempo existirán gastos que incrementarán. (Ionescu, 1994)

“El nacimiento, los desembolsos de servicios médicos y las necesidades del bebé son costosos, y los gastos continuarán. Con la llegada del bebé, es probable que ocurran reajustes sociales. Conforme las familias juegan el papel de instituciones de cuidado continuo existe más trabajo que anteriormente.” (Larissa y Larissa, 1981).

Alguna persona tiene siempre que estar pendiente para satisfacer los requerimientos de niño. En los momentos libres existen actividades del hogar que antes del nacimiento del hijo no existían (más lavandería, compras y la preparación de alimentos). La llegada de los bebés, por lo común, establece un patrón tradicional de división del trabajo, el padre trabaja fuera del hogar mientras que la madre cuida los niños y el hogar. Las mujeres con orientación profesional experimentan mucha angustia. (Ionescu, 1994)

Puede parecer como si todo el esfuerzo que les ha costado se decayera, a medida que las amas de casas posponen su adiestramiento o ambiciones de un ascenso. Cuando las madres deciden regresar al trabajo, con frecuencia presentan problemas internos con respecto al descuido del hijo, así como disminuciones de tiempo considerables (Ionescu, 1994).

Durante el transcurso de las primeras semanas después del nacimiento del neonato, es probable que los dos progenitores piensen qué constituye un buen padre o madre y de qué manera relacionar el papel de un esposo sensitivo y un miembro productivo de la sociedad. A los hombres les preocupa perder la atención de su esposa, debido a los conflictos entre las exigencias del empleo y de la maternidad y por las presiones para ganar más solvencia económica. Junto con los reajustes vienen cambios de poder; como consecuencia de la adopción del papel del principal encargado del niño, las mujeres con frecuencia se convierten en el miembro de la familia más importante. (Ionescu, 1994)

Los días que siguen al primer nacimiento a menudo están cargados de presiones, muchos progenitores se preocupan acerca del bienestar del bebé y de sus habilidades como padres mientras se adaptan al nuevo estilo de vida; asimismo, la mayoría de los progenitores primerizos descubren que su libertad y movilidad se ven afectadas.

Las madres se sienten aisladas en un momento por lo que será de utilidad el apoyo adicional de gente cercana a ellas.

Con todos estos ajustes, no es de sorprenderse que los padres que lo son por primera vez denoten que tienen que trabajar muy duro para adaptarse al nuevo hijo. Los sentimientos negativos son inevitables luego de la alegría inicial del nacimiento, aún cuando hay actividad. (Jiménez, 1994)

Es posible que algunos tipos de depresión posparto tengan una base fisiológica; existen descensos importantes de estrógeno y progesterona en la primera semana posterior al parto; sin embargo, las tensiones y apoyos sociales parecen influir semanas después. (Cutrona, 1984).

“Es un poco menos probable que las mujeres sufran depresiones si tienen una relación marital íntima u otros vínculos sociales de apoyo y cuando encuentran satisfactorio el papel maternal.” (Davidoff, 1990, p.490, 491)

Es importante que después de haber identificado qué fue lo que ocasionó la depresión en la madre que acaba de dar a luz, se busquen las soluciones posibles así como los tratamientos necesarios para ayudar y curar a la madre que sufre depresión posparto con la finalidad de que no se tengan consecuencias desgarradoras, tanto para el bebé como para la madre o incluso a los familiares.

3.6 Investigaciones acerca de la Depresión Posparto

Existen diversas indagaciones acerca de la depresión posparto, en donde se plantean las características y puntos de vista con respecto a dicho padecimiento dependiendo del criterio de cada autor.

Betty Ann Anderson (2000) en su publicación **Trastornos de la Salud Familiar durante el embarazo** indica que el objetivo de su trabajo es identificar factores que pueden conducir al desarrollo de afecciones psicológicas durante el periodo posterior al parto. Además identificar signos, síntomas y cambios conductuales que se producen como resultado de una psicosis durante el periodo postnatal e igualar las medidas de intervención de enfermería que se deben tomar durante ese tiempo.

Muchas adaptaciones psicológicas y sociales necesitan las madres durante el ciclo de embarazo. Como regla general, los procesos de identificación de sus roles, las adaptaciones psicológicas y todas las molestias emocionales que se asocian a un embarazo, se han resuelto ya poco después de la llegada de su bebé.

No obstante, los conflictos derivados de métodos neuróticos profundamente enraizados para afrontar las situaciones, se pueden exacerbar por el embarazo y el parto mismo; los mecanismos de defensa utilizados por la madre y útiles hasta esos momentos para afrontar las dificultades psicológicas cotidianas, pueden hacerse insuficientes o no funcionar para mantener la integridad de la personalidad, por lo que pueden producirse interrupciones psicológicas.

Se han hecho muchas investigaciones sobre la naturaleza y los factores que contribuyen a un episodio psicótico, ya sea durante el embarazo mismo o después del parto.

Sin embargo, se cree que los rasgos existentes de personalidad, los conflictos inconscientes y las necesidades de maduración no satisfechas ni resueltas, pueden provocar la aparición de dificultades psicológicas en un momento de tensión. Durante el periodo del puerperio o al año siguiente, las nuevas necesidades de adaptación de este periodo pueden precipitar una crisis psicológica. En un lugar de ser el agente causal, el nacimiento del hijo parece actuar como catalizador para desencadenar la aparición de un episodio psicótico.

Es muy difícil predecir qué madres pueden tener trastornos psicológicos graves que den como resultado el estado de crisis de la psicosis. Se debe tomar en cuenta la importancia del equilibrio homeodinámico de la madre, que puede verse afectado por tensiones tales como trastornos físicos o presiones familiares, psicosociales o económicas. Una madre que ha tenido un embarazo agitado y un parto difícil, puede pasar cómodamente por el periodo del puerperio, mientras que otra con embarazo relativamente tranquilo y un parto sencillo, puede sentirse abrumada por sus nuevas responsabilidades y sentimientos y volverse psicótica, porque sus mecanismos de adaptación son ineficaces en el periodo posterior al parto. El tiempo, el número y la intensidad de las tensiones que afectan al

equilibrio homeodinámico de la madre pueden agotar de tal modo sus recursos o inmovilizar sus respuestas emocionales que se produzca una crisis psicótica.

Por lo común, los primeros signos y síntomas de ambas cosas aparecen a los dos o tres días del parto. Mientras que algunas madres pueden sentir melancolía y tener crisis normales de llanto sin causa definida, suelen responder bien al reposo adicional, a la seguridad de que todo ello es normal; sin embargo, una madre que tenga una reacción prepsicótica o psicótica será cada vez más incapaz de encontrar consuelo dentro de la situación realista.

Las tensiones psicológicas y los conflictos que afectan a la madre se expresan por medio de su conducta; se vuelve cada vez más irritable, no puede dormir, puede sufrir anorexia, dejarse llevar por sentimientos extremos de depresión y, en general presentar síntomas de agitación y tensión, otros signos conductuales que se observan son su rechazo total y los sentimientos de hostilidad hacia el bebé. Puede llegar al delirio y negar la existencia del bebé, y evitar cualquier contacto o cualquier intercambio interpersonal con éste.

El efecto que tendrá esa interrupción de la salud de la madre sobre su familia es muy grande. En la mayoría de los casos, puede suponerse que los miembros de la familia esperaban un periodo posterior al parto sin incidentes y la reanudación de la vida familiar. (Anderson, 1980, p. 399, 405)

Jeannette Milgrom (1999) en su libro “**Treating Postnatal Depresión**” menciona que tradicionalmente, el neonato es visto por la sociedad como acontecimiento alegre, no solamente en los países de Westernised, sino también en otras culturas. Es una época para la celebración, el cumplimiento y la esperanza.

La experiencia privada del neonato está a menudo en contraste rígido a esta imagen idealizada, con un número desalentador de las mujeres que experimentan humos bajo y emocional. En vez de la tranquilidad prevista, muchas mujeres luchan con: el nuevo sistema de demandas que un hijo trae, para quién tiene la preparación y ayuda inadecuadas; la pérdida de orden y de rutina; las noches sin dormir; los cambios en su papel, incluyendo decisiones de la carrera; la relación con las dificultades posibles del ajuste de su socio a parientes, o a su ausencia debida a trabajar demandas o la interrupción de la relación.

Concurrentemente, las tensiones en sus vidas pueden presentar, dificultades financieras o un nacimiento inesperado difícil. Esta agitación emocional en mujeres vulnerables puede conducir a la experiencia depresiva desde grados que varían.

Una proporción pequeña de mujeres incorpora un episodio depresivo psicopático completo: sensaciones de tristeza, culpabilidad y de ansiedad; pensamientos sobre suicidio, muerte, dificultades en la toma de concentración, decisión, disturbios del apetito, sueño, carencia del interés y energía.

Estos síntomas no son transitorios y pueden persistir en los grados que varían en número de años. Una de las características más llamativas de PND (Posnatal Depresión) es el impacto que tiene, no solamente en la mujer, sino también en su infante y su pareja.

Las dificultades que se presentan en estas relaciones, accionadas a menudo por episodio depresivo, significan que los efectos nocivos de PND pueden persistir incluso después de la resolución de los síntomas maternos.

Por lo menos una de cada 10 mujeres sufre Depresión Posparto sin características psicópaticas, Las tarifas del predominio han variado dependiendo de la población estudiada, método del gravamen usado y la longitud del período del posparto bajo evaluación. El predominio de PND en la comunidad, y la proporción significativa de las mujeres que sufren ya de la depresión cuando llegan a estar embarazadas, destacan la necesidad de desarrollar medidas preventivas.

Sin embargo, hay actualmente poca evidencia sobre si la intervención prenatal reducirá la incidencia de PND. A continuación se mencionan como se han utilizado:

1. Usando procedimientos de investigación para detectar éstos en el riesgo de la depresión o ya sufriendo de la depresión.
2. Tipos que exploran las intervenciones que son probables para reducir PND o su ocurrencia.
3. Diagnósticos de intervención para acortar la longitud de la enfermedad.

Es importante acentuar la magnitud del problema que representa la Depresión Posparto, una proporción significativa de mujeres la ha experimentado, pero las repercusiones dependerán de su cultura y su historia, por lo que su sufrimiento afecta sus vidas, la de sus bebés y su pareja.

Todavía, hasta hace poco tiempo, poca atención se había dedicado a este padecimiento, se ha limitado la investigación a identificar a la Depresión Posparto, por lo que los cuidados médicos han sido poco favorables. Es necesario ofrecer un modelo de Depresión Posparto probado por un programa de tratamiento, que contribuya tanto al apoyo de las mujeres que sufren este trastorno cómo a sus familias. (Milgrow y Martín, 1999)

Existen otros autores que explican que en cada embarazo ocurren situaciones diferentes, por ejemplo la autora **Lucía Arranz Rico** (1998) en su artículo **Emociones en la mujer que ahora es madre** explica: son muchos los cambios que se producen durante el embarazo, el parto y el posparto como para pasar por ellos indemne de toda emoción. La etiqueta “Depresión Posparto” circula con soltura entre las bocas del pueblo. Sin embargo no en todas las mujeres es aplicable, y lo que ocurre en muchas de ellas es lo que suele ocurrir ante una situación nueva de semejante envergadura.

Tener un hijo puede ser una alegría, pero produce en la mujer un cierto grado de estrés, al que hay que enfrentarse y afrontar con los recursos de que dispone cada cuál. Se produce una situación de estrés por varias razones:

1. La mujer durante nueve meses vivió un estado que cambió del día a la noche, para muchas es la dulce espera, e incluso aquéllas que no lo sienten así se encuentran igualmente con la ilusión que generan las restantes mujeres (familiares y desconocidas que se encuentran en la calle se emocionan ante la llegada del nuevo ser). Cuando se tiene el bebé desaparece todo el esfuerzo que acompañaba al embarazo, todo el interés que despertaba en los demás. Las mujeres ahora miran a su hijo, para recordar a la mujer (que se encuentra en el estado de posparto) lo gorda que se ha quedado. Hablamos entonces del físico, de la estética, algo que siempre ha importado mucho a las mujeres.

2. Durante esos nueve meses ha llevado consigo a su hijo, algo que también cambia del día a la noche. Ya no es ella la que lo cuida en exclusiva, sino muchas otras personas, que puede que lo hagan de manera diferente a como ella lo haría. La madre, sometida a múltiples consejos que no pide y saturada a demás por la información recibida en cursos y libros que ha leído durante su embarazo, puede

que cuando llegue el momento de actuar no sepa ni qué hacer por miedo a equivocarse. Además da igual lo que haga, siempre habrá alguien a su lado que opine algo, y la mujer puede que se sienta cuestionada como madre. La responsabilidad es muy grande, estamos ante una tarea difícil y comprometida en la que además, hay mil opiniones sobre cómo se hacen las cosas.

3. La ausencia de conductas de apego (no llora ante la ausencia de la madre, no pide estar en brazos de su mamá, etc.) que al principio presenta el bebé recién nacido le recuerda a la madre que ella como tal es prescindible y que cualquier otra persona podría ocupar su lugar, a pesar de ser ella la que concibió a su hijo. El parto entonces, que tanto esfuerzo físico ha costado a la madre, también pierde valor, apareciendo tal vez sentimientos de vacío como muchas mujeres expresan con esas mismas palabras (me siento vacía).

4. Por otro lado, en algunas ocasiones puede que el posparto de la madre tenga sus complicaciones y ello conlleve que ésta no se pueda hacer cargo de su hijo desde el principio, lo que añade más dificultades emocionales (sentimientos de culpa, de impotencia, etc.).

5. Ahora se enfrenta con el hecho de ser madre y no sólo mujer. Su pareja se encuentra a su lado, pero ella en esos momentos se siente primero madre, y la pareja, al menos al principio de una forma más acusada, pasa a situarse en un segundo plano.

6. En relación con el punto anterior, la mujer empieza a valorar a su pareja no como hombre, sino como padre, y también aquí aparecen emociones que hay que aceptar. La pareja (el hombre en este caso) presenta comportamientos nuevos, que nunca había tenido antes, lógicamente claro, ya que no había tenido la oportunidad al no haber bebé alguno en casa. Estos comportamientos, cuanto menos, son nuevos, y la mujer se cuestiona si son los mejores o más adecuados. En definitiva,

se pregunta si ha elegido la persona correcta como padre de su hijo. La madre puede que evalúe de una forma continua a su pareja para ver si cumple con su papel de padre, exigiéndole inconscientemente ciertas conductas que como hemos dicho son desconocidas para el hombre, que también está aprendiendo a ser padre y también necesita tiempo. Todo esto generará tensiones en la pareja.

7. No se puede pasar por alto el desgaste físico y mental que ha soportado la mujer, tanto en el embarazo como en el parto, y este último, sea como fuere, no deja de ser algo traumático. Esto derivará en un posparto donde la mujer se siente cansada y sin embargo tiene sobre ella una gran exigencia, que es cuidar a su hijo. Para ello se pasa las 24 horas observándolo. Además, hay muchas exigencias sociales sobre ella, especialmente recibir visitas, que llegan a resultar agotadoras hasta para la mujer más paciente, añadiendo el hecho de que entre medias tiene que dar el pecho, en ocasiones en situaciones que ella no ha elegido.

8. La pareja, desde que tiene un hijo, pierde la intimidad que tenía hasta ese momento. Su hogar, que podía ser su cobijo, se convierte en un hogar familiar, donde pueden entrar padres, suegros, cuñados, hermanos y tíos cuando quieran, porque al fin y al cabo pasan a ver a sus nietos, sobrinos, etc., y esto justifica cualquier cosa. Esta invasión atenta contra la estabilidad de la pareja que, en estos primeros momentos, necesita su tiempo para adaptarse a su nueva situación.

9. A partir del momento de la concepción del hijo aparece la idea de la finitud del ser humano. La mujer se plantea cuestiones existenciales que quizás hasta ese momento apenas le habían preocupado. Dar vida conlleva un cambio generacional. Un hijo aparece para recordarte que la madre no estará para verle siempre. Enfrentarse con la idea de su propia muerte le asusta y angustia, pero muy especialmente cuando sabe que deja a alguien aquí que le importa mucho.

La mujer debe también concederse tiempo a sí misma, no alarmarse por su estado de ánimo, no asustarse por la aparición de llanto o pensamientos negativos hacía su pareja, hacía su hijo, hacía su madre, etc. Debe considerar que todo está dentro de la normalidad y se pasará en los primeros meses.

Durante casi un año han ocurrido muchas cosas, no es posible, por tanto, adaptarse a la nueva situación en un mes, La adaptación es paulatina, se tiene la vida por delante para ello. Así que lo mejor es aceptar lo que ocurra y vivir cada día con máxima intensidad, ya que el cambio que dará nuestro hijo del primer mes al segundo y sucesivos es irrepetible. Además, la mujer descubrirá que se irá adaptando y cambiando ante su nueva situación tan rápido como cambia su bebé.

Es de suma importancia que la mujer se escuche a sí misma y trate de actuar en consecuencia. Utilizar el sentido común es lo mejor para ser madre, porque es la única manera de ser consecuente con uno mismo y a su vez la única para transmitir al hijo seguridad en nuestras acciones.

Un hijo es para toda la vida y por eso la mujer debe encontrar sus propios criterios a la hora de actuar, porque a lo largo del tiempo se encontrará con su hijo a solas y tendrá que tomar decisiones, no podrá llamar a la persona que le dio no sé qué consejo. No hay una única verdad sobre las cosas, por eso cada uno debe buscar la suya.

Se debe transmitir positividad frente a lo que ocurre, ya que se sabe que cuando se supera una crisis se sale más fortalecido y maduro que cuando empezó dicha crisis. Esto se aplica de forma individual a la mujer como mujer y como madre, y también a la pareja, puesto que, aunque inicialmente se tambalea en algunos aspectos por el nuevo miembro de la familia que ha descolocado la

armonía que había en la casa, posteriormente, el hecho de compartir un hijo, que es un proyecto deseado en común, se vive con mucha alegría e ilusión. La entrega diaria a este hijo se vive continuamente en forma conjunta, compartiendo muchos momentos, lo que favorece de una forma constante la generosidad de la pareja, el dar otro. Todo esto es muy enriquecedor para la pareja.

Otra autora que explica acerca de la depresión posparto es **Nancy Berchtold** (2001) con su artículo **Depresión después de la entrega**; ella menciona que después de experimentar sus propias complicaciones del posparto, investigó a mujeres afectadas por los obstáculos que presenta la enfermedad, en conjunto con profesionales, comenzaron el camino al conocimiento, la esperanza, recuperación, y prevención.

Cualquier mujer embarazada, que tiene un bebé, un aborto o un embarazo interrumpido dentro del último año, se puede afectar, sin importar cuántas complicaciones, embarazos y/o ajustes del posparto haya tenido previamente. La mayoría de las mujeres nunca han experimentado algo similar en cualquier otro momento de su vida.

Durante el embarazo y después del nacimiento de un bebé, una amplia gama de emociones es posible. En ocasiones las sensaciones previstas de entusiasmo y alegría, junto con sensaciones de ansiedad y preocupación. Las madres pueden también sentirse abrumadas, inciertas, y frustradas. La etapa del embarazo puede ser difícil. El cuidar a un infante es trabajo duro. Sin importar qué tan preparada se encuentra y de qué forma idealiza su embarazo y el nacimiento del bebé, esta vez puede incluir algunos “colmos inesperados” y “puntos bajos”. El tiempo, la ayuda de familiares y amigos son el mejor apoyo durante este período de ajuste.

Hay causas múltiples para los desórdenes del humor y de ansiedad; desequilibrio hormonal, alteración en la química del cerebro, la tensión, el aislamiento etc. Actualmente, las hormonas están recibiendo la atención en la búsqueda para las causas de los desórdenes del embarazo, del humor y de ansiedad del posparto.

Los investigadores han sugerido que los cambios rápidos en niveles de hormonas tales como estrógeno, progesterona y tiroides parecen tener un efecto fuerte en los humores de las mujeres. Aunque pueden ser familiares los términos tales como “azul del bebe” y “depresión del posparto”, los cuáles aplican en el período después del parto, algunas mujeres experimentan estos síntomas no solamente después de parto sino a veces durante el embarazo después de un aborto.

El tratamiento varía para los desórdenes asociados a la depresión después de la entrega, dependiendo del tipo y de la severidad de los síntomas. Todos los síntomas, del suave al más severo, son temporales y tratables con ayuda profesional experta. Una mujer que experimenta cualquiera de los síntomas descritos debe entrar en contacto con un profesional del cuidado médico.

El plan ideal del tratamiento incluye: evaluación médica (eliminar las causas fisiológicas, es decir tiroides), evaluación psicológica, participación en un grupo de ayuda para el apoyo de su educación emocional, con el fin de obtener la ayuda apropiada en un paso tan importante cómo lo es la recuperación.

El propósito de esta publicación fue proporcionar ayuda para las mujeres que sufren depresión posparto. Ha ampliado su foco para incluir la educación, la información y la remisión para las mujeres y las familias que hacían frente a las ediciones mentales de la salud asociada a maternidad, durante embarazo y posparto. (Instituto Científico Pfizer, 2004)

La autora **Yolanda Rojas** (1997) de igual manera expone en su artículo: **Efectos de la Depresión Posparto**, que la vida es un milagro de la naturaleza y las mujeres participan en ese proceso creativo cuando dan a luz. Sin embargo, semanas o meses después de haber nacido el bebé, entre 8 y 15 % de ellas son víctimas de una alteración psicológica conocida como depresión posparto. Así, lo que para algunas podría significar un motivo de júbilo, para otras se convierte en un periodo de lágrimas y tristeza que, si no se trata de inmediato, puede prolongarse por años.

De acuerdo con los expertos, es normal que luego del embarazo las mujeres entren en una depresión leve o transitoria llamada comúnmente *baby blues* o *maternity blues*, debido a cambios hormonales (bajos niveles de estrógeno y progesterona), cansancio, falta de sueño y dolor corporal propio del proceso de parto; pero, cuando la depresión no desaparece al paso de los días, la madre puede mostrar fatiga constante, pérdida de la felicidad, insomnio, ansiedad, llanto, aislamiento, descuido personal e inapetencia sexual, síntomas que del 1 al 3 % de los casos conllevan a la aparición de psicosis, enfermedad patológica caracterizada por alucinaciones, delirio de persecución, carácter irracional, miedo y pensamiento suicida.

Entre las causas que originan la depresión posparto leve figuran la pronta responsabilidad de cuidar al hijo o atender el hogar, sentirse imposibilitada de continuar con sus actividades (receso en la carrera profesional), inconformidad con la figura corporal adquirida después del embarazo, sentimiento de culpa al carácter del “instinto maternal”, y que el bebé haya nacido con el sexo opuesto al deseado o le parezca feo. Mientras que en la depresión profunda los factores pueden ser más complicados, entre ellos el hecho de procrear un hijo no deseado, ser madre soltera, tener conflictos conyugales o familiares, sufrir dificultades económicas y, por supuesto, padecer algún trastorno psicológico.

Hasta hace poco, los trastornos psiquiátricos presentes en el puerperio no constituían, ni siquiera en el mundo desarrollado, una preocupación de peso para los profesionales de la salud. Hoy, en cambio, reviste una mayor importancia por las consecuencias que traen la relación de pareja y el entorno familiar. Incluso, la depresión posparto puede producir problemas irreparables en el proceso de vinculación temprana con el hijo, afectando las funciones emocionales, conductuales, biológicas y cognitivas de una madre. (American Academy of Family Physicians, 2004)

Asimismo, estudios realizados en diversas partes del mundo han demostrado que los hijos de madres deprimidas presentan resultados psicológicos y de comportamientos desfavorables, acompañados de bajo peso al nacer, quejas somáticas, accidentes, retardo en el crecimiento y problemas de aprendizaje. Por esa razón, los médicos insisten en que la depresión posparto debe ser diagnosticada y tratada oportunamente. (American Academy of Family Physicians, 2004)

En ese sentido, las mujeres afectadas deben hablar con su pareja, conservar la calma y darse tiempo para ajustarse a su nueva vida. Si después de ello no revelan mejoría, deberán pedir auxilio a un psicoterapeuta, quién le ayudará a sacar sus temores y preocupaciones.

A las mujeres que se sienten deprimidas después del parto, se les recomienda las siguientes medidas que ayudarán tanto a las enfermas cómo a sus hijos: debe tratar de pedir ayuda en las actividades domésticas, descansar cuando su hijo duerme, buscar ayuda en su familia y amistades, especialmente si tiene otro niño, integrar a su esposo con la alimentación del niño por las noches, dedicar tiempo para salir fuera de casa, caminar, visitar amistades y conversar con otras madres que han dado a luz recientemente, tomar tiempo para conversar con su pareja y

decir cómo se siente, buscar ayuda psicológica si lo requiere, recordar que la maternidad no es instintiva, es una condición que se aprende con el tiempo.

El niño que llega no necesariamente es el hijo soñado (en lo físico y en comportamiento), de ahí que no debe presionarse tratando de ser la madre perfecta. Pensar que lo contrario, puede influir en la aparición de cuadros depresivos difíciles de erradicar.

Es de suma importancia identificar la Depresión Posparto, se debe explicar de forma definida tomando en cuenta el punto de vista de cada autor, con el objetivo de que se tenga una información más detallada y precisa, para poder llegar a dar el mejor de los tratamientos.

3.7 Tratamiento de la Depresión Posparto

Aunque es común tener un carácter difícil y ratos de tristeza después del parto, cuando los síntomas son más severos al menos por más de una semana o dos, entonces se debe procurar ayuda. Puede ser muy serio para la madre y por aditamento para él niño. Este desorden puede ser tratado con medicamentos antidepresivos y o terapia hormonal, aunque existen otros tratamientos que son de apoyo para curar este tipo de depresión.

Las personas que sufren de Depresión Posparto, deben tener algún tratamiento médico, un espacio donde expresen sus inquietudes, ya que no todos los médicos pueden darse cuenta del trastorno denominado Depresión Posparto, debe pedir una remisión a un profesional de salud mental que se especialice en el tratamiento de este tipo de depresión, es aconsejable hablar con otras madres para que pueda aprender de sus experiencias, y unirse a un grupo de apoyo para

mujeres con este trastorno, llamar a una línea directa o buscar información y servicios en su directorio telefónico.

El tratamiento de la depresión posparto puede incluir, como se mencionó anteriormente, medicamentos antidepresivos, psicoterapia o en algunos casos ambos; una preocupación de las madres que amamantaban a su bebé es que tomar antidepresivos puede poner en riesgo a su bebé. Los estudios no han encontrado efectos adversos en los lactantes alimentados al seno materno, pero se requiere una mayor investigación para valorar posibles efectos a largo plazo. Algunos investigadores creen que los suplementos de estrógenos pueden ser eficaces también para tratar la depresión posparto. De igual manera se requiere una mayor investigación en esta área.

“La mayoría de las madres depresivas saben que sus sentimientos afectan a sus hijos, y con frecuencia se sienten culpables de su depresión. Tales mujeres y sus bebés pueden beneficiarse de un programa en que los trabajadores sociales ayudan a las familias para acceder a los recursos de la comunidad, moldear y reforzar la interacción positiva con los bebés, y ofrecen a las madres la oportunidad de pertenecer a grupos de padres o a tener una hora de vista social (Lyons-Ruth, Connell y Grunebaum, 1990). Después de visitar 47 hogares en un período de 13 meses, los bebés de 18 meses cuyas familias habían sido visitadas obtuvieron mejores puntajes en la escala intelectual de Bayley que el grupo de control conformado por hijos de familias no visitadas. Además, los infantes visitados tenían el doble de probabilidades de tener vínculos de seguridad con sus madres: al mostrar mejor salud emocional.”(Papalia, 1997, p. 170)

Es importante mencionar que como medida de prevención se sugiere leer antes del parto todo lo que consiga sobre la depresión postnatal, para reconocer

cualquier síntoma que pueda aparecer. Una vez en casa, a solas con el bebé, las interrupciones nocturnas y las necesidades de un ser humano imprescindible pueden llegar a denominar su tiempo, planifique las cosas para que no se produzca una acumulación de estrés y cansancio.

Si sufre cualquier tipo de depresión, no importa lo leve que sea, pida ayuda a su médico, partera u organización comunitaria.

Su médico iniciará el asesoramiento y apoyo por parte de profesionales, familiares y amigos que ayudarán a organizar un método que alivie sus tensiones reales o imaginarias.

Con la información recabada durante la investigación de este capítulo se hace evidente la importancia del diseño del instrumento para evaluar la depresión posparto en mujeres de 20- 30 años de edad. En el siguiente capítulo se expondrán con detalle los elementos que anteceden la elaboración de dicho instrumento, que servirá de apoyo a la psicología clínica para identificar la Depresión Posparto.

CAPÍTULO IV

DISEÑO DEL INSTRUMENTO

4.1 Importancia de la medición en Psicología

Una de las metas de la psicología es evaluar los fenómenos de su interés, por lo que debe dirigir una parte de sus acciones hacia la recolección y comparación de datos buscando por medio de estas actividades establecer correlaciones y explicaciones que fundamenten la teoría. En este proceso de construcción epistemológico, la medición es un componente fundamental que hace posible tender nexos de comunicación entre los conceptos teóricos y los empíricos, esto es, entre el lenguaje teórico y el lenguaje observacional. (Edna y Silva, 2002)

“El campo de conocimiento de la psicología que tradicionalmente se ocupa de la elaboración y corrección de las mediciones es la *psicometría*, que permite desarrollar modelos cuantitativos, principalmente y cualitativos, a partir de los cuales las acciones de los individuos se traducen a datos. La psicometría tiene también la misión de proporcionar métodos idóneos que permitan utilizar modelos en la asignación de valores numéricos o no numéricos a los sujetos, con base en sus respuestas o la presencia de ciertos estímulos en la evaluación.

La distinción entre sujetos y estímulos delimita de cierta forma la visión existente sobre el interés de la psicometría, ya que postula que su atención puede dirigirse a cuantificar las diferencias individuales, considerando un atributo o un rasgo, o en el nivel conductual a las diferencias mostradas por el sujeto en las distintas fases de la intervención, o, por otra parte, a cuantificar las propiedades de los estímulos presentes en la situación.” (Edna y Silva, 2002, p. 3)

Las primeras dos direcciones tienen que ver propiamente con la evaluación psicológica en el ámbito clínico, ya sea para asignar números a rasgos o atributos,

o para demostrar la efectividad de la intervención aplicada al paciente. La última, por estar vinculada con la construcción de procedimientos para la medición de estímulos, se identifica con el escalamiento, cuyos orígenes son derivados de la psicofísica y la psicología experimental.

La psicología, como todas las ciencias, está constituida por un cuerpo sistemático de conocimientos que abarca la construcción de teorías y modelos, así como por la observación experimental y menos formal de hechos o acontecimientos. Las teorías y los modelos utilizan símbolos lingüísticos naturales y matemáticos, conjuntamente con reglas lógicas que establecen las condiciones para su manejo; además, permiten organizar las experiencias sensibles dentro de un orden más amplio, y mediante la representación simbólica hacen posible elaborar una idea de lo que aún no ha sido observado. (Edna y Silva, 2002)

“Los constructos teóricos forman uno de los pilares centrales del conocimiento científico; lejos de ser entidades independientes, están vinculados con un modelo formal que les proporciona una estructura concreta. Las conexiones entre los conceptos teóricos son materializadas por medio de *definiciones sintácticas*, las cuales generalmente se expresan mediante relaciones formales (lógicas); sin embargo, las estructuras conceptuales no solo navegan en el mundo de las relaciones formales, sino también tienen vínculos sistemáticos con fenómenos directamente observables. Los vínculos entre los constructos teóricos y la base empírica cristalizan en *definiciones semánticas*, las cuales constituyen reglas de correspondencia en las que intervienen los constructos teóricos y la base empírica, que en el campo de la psicología atañe a la conducta. Las definiciones sintácticas, que constituyen la teoría, permiten deducir las propiedades de los constructos que pueden interpretarse para predecir sucesos futuros. (Edna y Silva, 2002, p. 3, 4)

La medición es un factor indispensable en Psicología debido a que éste permite asignar un valor a la conducta humana, con la finalidad de poder describir de una manera más clara, precisa y concisa las patologías o desórdenes que pueden presentar las personas sujetas al diagnóstico.

4.2 Pasos para elaborar el instrumento de medición

Para la elaboración del instrumento fue necesario definir tanto a la depresión posparto, como a los indicadores que se manejaron, elaborar los reactivos, así como obtener la validez y confiabilidad del instrumento en base a la realización del piloteo.

4. 2. 1 Elegir indicadores para el instrumento

Para el diseño de este instrumento de investigación que tiene como finalidad medir Depresión Posparto en mujeres de 18-35 años de edad, se elaboraron reactivos utilizando cinco indicadores (Pérdida de Interés, Trastorno de Sueño, Trastornos Alimenticios, Ansiedad y Autoestima Baja), teniendo como base el marco teórico que se encuentra en los capítulos anteriores.

Los indicadores se dividieron en módulos para poder manejar una proporción equitativa en cuanto al número de reactivos de cada módulo, y no dar mayor preferencia a un indicador que a otro, por lo que aunque el número de reactivos no fue idéntico para cada módulo se trató que estuvieran lo más equilibrados.

Para el módulo I, Falta de Interés, se realizaron 12 reactivos, en el módulo II que corresponde a Trastornos Alimenticios se elaboraron 11 reactivos, en lo que se refiere al módulo III Ansiedad se diseñaron 10 reactivos, el penúltimo módulo el número IV que se refiere a Trastornos del Sueño, solo se fabricaron 7 reactivos,

debido a que este indicador únicamente evalúa si el sujeto presenta problemas para permanecer dormido o despierto y por ello no necesita de tantos reactivos como en los demás indicadores. En el último módulo, que pertenece al número IV, Baja Autoestima, se construyeron 11 preguntas; obteniendo como suma final 51 reactivos que se separaron de cada módulo y se revolvieron con el fin de que las personas encuestadas no manipularan el instrumento y no pudieran identificar qué se pretende medir en cada cuestión. (Ver anexo 1)

4. 2. 2 Definiciones conceptual, consensual, de indicadores y operacional.

Para poder iniciar la redacción de los reactivos del instrumento fue necesario definir los siguientes términos:

- **Depresión Posparto**

Tipo de depresión y enfermedad que sufren las madres tras el embarazo y parto, se caracteriza por llanto frecuente, suele comenzar a las dos semanas del nacimiento del bebé y puede durar meses o años si no existe un tratamiento adecuado.

Algunos autores proporcionan una definición para esta enfermedad, como definición consensual:

* Estado emocional que sufren las madres después del parto, perdura seis u ocho semanas, las madres deprimidas tienden a castigar a sus hijos a considerarlos fastidiosos y difíciles de cuidar, y a sentir como si sus vidas estuvieran fuera de control. (Papalia, 1997, p. 170)

* También denominada depresión puerperal comienzan cuando la madre vuelve al hogar y consiste en preocupación excesiva por el bebé, dificultad para realizar las

actividades de la vida normal, trastornos del sueño, sentimiento de culpabilidad o autocensura, y rechazo del bebé. (Bar, 1989, p. 12)

* Enfermedad que se manifiesta en muchas mujeres después de haber dado a luz, es caracterizada por melancolía que dura meses o años. (Davidoff, 1990, p. 490)

De igual manera se definen los indicadores que se utilizaron en este instrumento.

- **Pérdida de Interés**

Disminución de vínculos que una persona establece con alguna cosa, persona o grupo, necesario para la satisfacción de sus deseos particulares para obtener beneficios.

- **Trastorno de Sueño**

Incapacidad para lograr un estado de reposo uniforme de un organismo.

- **Trastornos Alimenticios**

Anorexia: Pérdida de apetito

Bulimia: Desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de provocación del vómito.

- **Ansiedad**

Temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce.

- **Autoestima Baja**

Sentimiento poco valorativo de nuestro ser

Para entender cada variable, se define la manera en que se va medir cada indicador que tiene el estudio:

- **Pérdida de Interés**

Se elaboraron reactivos, los cuales medirán cómo una mujer en etapa de posparto establece vínculos con personas, grupos e incluso con personas.

- **Trastorno de Sueño**

Se realizarán preguntas acerca de cómo las madres en etapa de puerperio logran o no un estado de reposo en su cuerpo.

- **Trastornos Alimenticios**

Se ejecutarán interrogaciones sobre cómo las madres deprimidas presentan algún desorden alimenticio, como la falta de apetito, el exceso de consumo de alimentos o el vómito durante los primeros días del nacimiento de su bebé.

- **Ansiedad**

Se fabricaron cuestiones a cerca de cómo las mujeres que finalizan la etapa del embarazo reaccionan ante sucesos desconocidos que tengan que ver con el futuro y que sean difíciles de manejar, lo cual provoque un estrés en la misma.

- **Autoestima Baja**

Se elaborarán reactivos sobre el sentimiento poco valorativo que tienen las mujeres que presentan depresión posparto.

4. 2. 3 Elaboración de reactivos y establecimiento de la norma de calificación

La elaboración de reactivos se basó en un marco teórico, teniendo un banco de interrogaciones suficiente como para ir eliminando los reactivos poco confiables que no median lo que se pretendía medir.

Norma de Calificación

Las respuestas a las preguntas serán de forma dicotómica, en las cuales se les pide que se responda con SÍ o NO. La ventaja principal de las preguntas dicotómicas es su simplicidad, toma poco tiempo el hacerlas y proporcionan respuestas muy claras que son fácilmente registradas y tabuladas. Estas preguntas son útiles para el público en general. (Ver anexo 2)

Para poder construir el instrumento fue necesario considerar los siguientes aspectos:

- a) Asegurar que el vocabulario y la sintaxis son las adecuadas. Es decir, que los sujetos entienden lo que se les pide que hagan y contesten.
- b) Asegurar la correcta comprensión de las instrucciones, determinar si no se requieren párrafos introductorios, determinar si la secuencia y la dependencia de las preguntas es correcta
- c) Cerrar preguntas abiertas, y determinar si las preguntas cerradas (con opciones) no presentan muchas respuestas en la opción: otros.
- d) Establecer una primera aproximación respecto al tiempo que se llevará la aplicación del instrumento final. Se recomienda que el instrumento no tome más de 15 a 30 minutos, si es homogéneo, y no más de 1 hora con 30 minutos si es heterogéneo.
- e) Determinar si se requiere entrenar de manera especial a los aplicadores o si es tan sencillo que cualquiera lo puede aplicar.
- f) Averiguar si la secuencia de las preguntas es la adecuada.
- g) Detectar reactivos que son respondidos de la misma manera por todos los sujetos, o por nadie, para así eliminarlos.
- h) Solicitar sugerencias a los sujetos que se les aplicó el instrumento
- i) Afinar y corregir el instrumento

Una vez que se elaboró el instrumento se procedió a aplicar el piloteo

4. 2. 4 Piloteo

El instrumento inicial se aplicó a una muestra de 35 mujeres en Etapa de Puerperio, semejantes a la muestra o población para la que se desea construir el instrumento, con un rango de 18-35 años de edad, con un nivel socioeconómico medio - bajo, y con una ocupación de amas de casa.

Posteriormente se llevó a cabo el análisis de reactivos y determinar la confiabilidad y validez del instrumento.

4. 3 Análisis de Reactivos

El primer paso estadístico que se lleva acabo al inicio de la construcción de un instrumento es el análisis de reactivos. Existen diferentes procedimientos para realizar un análisis de reactivos, y se ha visto que existe concordancia entre los resultados obtenidos por los diferentes métodos, por lo que a continuación se expondrá el procedimiento para realizar dicho análisis de reactivos.

4. 3. 1 Validez

La primera y más importante cuestión que se debe plantear con respecto a cualquier procedimiento de prueba se refiere a su validez, para lo cual se deben contestar las siguientes preguntas: ¿mide la prueba lo que se desea medir?, ¿en qué grado lo mide?, ¿mide sólo lo que se desea medir? (Thorndike, 2001, p. 62)

Determinar el significado de una medida se centra en el concepto de validez. En un sentido muy general, un instrumento de medición es válido si hace aquello

para lo que está concebido. La validez de un test concierne a lo que el test mide y a qué tan bien lo hace; nos revela lo que podemos inferir de las puntuaciones del test.

El estudio de la validez de un instrumento nos permite contestar si éste es útil para medir cierto comportamiento; sin embargo, siempre se debe tener presente que lo validado no es el instrumento, sino la interpretación de los datos obtenidos por medio de un procedimiento específico. Aunque según la definición de validez de un instrumento ésta es referida típicamente a si la conducta mostrada en la situación de test es o no un reflejo de la conducta habitual del sujeto en situaciones naturales, hay otras metas que la validez igualmente importantes; la evaluación de la validez de un instrumento implica considerar también los siguientes aspectos: la adecuación con que mide la conducta sujeta a estudio, la capacidad para diagnosticar la conducta real de una persona, la sensibilidad para detectar el objetivo, la seguridad de las decisiones y la utilidad. (Martínez, 1981)

“La validación requiere siempre investigaciones empíricas, y el tipo de datos necesario para ello depende de la clase de validez. La validez es una cuestión de grado (no se trata de una propiedad que existe o no) y la validación es un proceso continuo. La validez de un test no puede ser reportada en términos generales, tampoco es válido decir de ninguna prueba que posea una validez alta o baja en lo abstracto, su validez debe ser establecida con referencia al uso particular para el cual el test está siendo considerado.” (Edna y Silva, 2002, p. 45)

Fundamentalmente, todos los procedimientos para determinar la validez de un test conciernen a las relaciones entre la ejecución en una prueba y otros hechos observables independientemente, acerca de las características de la conducta por considerar. Los métodos específicos empleados para investigar estas relaciones son numerosos y han sido descritos con varios nombres. Tradicionalmente la validez ha sido tratada en la literatura con algunos de los tipos siguientes, establecidos en

los Standards of the American Psychological Association (1966, citado por Nunnally, 1970; Martínez, 1981; Anastasi, 1988), según el tipo de test y el uso a que esté destinado: la validez del constructo, investiga que cualidades o rasgos psicológicos mide un test, es decir, determina el grado en que algunos conceptos explicativos o constructos desarrollan los resultados del test; la validez empírica compara las puntuaciones de los tests o las predicciones derivadas de ellos con una variable externa, considerada una medida directa de la característica o conducta en cuestión; la validez de contenido valora hasta que punto es válido el contenido del test de una muestra representativa de la clase de situaciones o problemas sobre los que llegaremos a las conclusiones. (Edna y Silva, 2002)

El tipo de validez que se va a utilizar para este instrumento es de construcción, ya que forma parte de una teoría que intenta explicar un tema en particular.

Para determinar la validez de los reactivos, estos estuvieron basados en el sustento teórico del autor Heinz Katschaing (2000) que dice que la disminución del interés y el placer obtenido en todas o caso todas sus actividades, sentimiento de incompetencia y cansancio durante todo el tiempo, teniendo sentimientos de muerte recurrente.

Reactivos:

1 ¿Te cuesta trabajo concentrarte para leer?

6 ¿Te gusta salir con tu familia?

11 ¿Te gusta convivir frecuentemente con tus amistades?

19 ¿Te molesta cuidar a tu bebé?

22 ¿Disfrutas tus actividades cotidianas?

23 ¿En algún momento has puesto en riesgo tu vida?

24 ¿Si regresaras el tiempo te gustaría tener a tu bebé?

25 ¿Te ha disminuido el apetito?

- 28 ¿Te agrada estar más tiempo sola que acompañada?
- 36 ¿Crees que tus actividades de la vida cotidiana han deteriorado?
- 39 ¿Trabajas con el mismo empeño que en el pasado?

Así mismo, Irwin Sarason (1996) menciona que la gente emplea la palabra *depresión* en su lenguaje cotidiano para referirse a síntomas. Estos pueden ser el resultado de un estado emocional, una reacción ante una situación o el estilo de comportamiento característico de una persona, el sentimiento de la depresión por lo general se conoce como *melancolía*.

Sarason (1996), define a la depresión como un sentimiento penetrante de tristeza que puede comenzar después de alguna pérdida o un suceso estresante, pero que continúa mucho tiempo después. Son característicos los patrones de pensamiento inapropiados que generalizan todos los eventos como una calamidad.

Reactivos:

- 16 ¿Te agrada arreglarte para salir a un evento?
- 22 ¿Disfrutas tus actividades cotidianas?
- 18 ¿Tienes muchas metas a realizar?
- 20 ¿Te has sentido desesperada por no saber que hacer con tu hijo?
- 21 ¿Te preocupas mucho por tu salud?
- 3 ¿El futuro te inquieta?
- 8 ¿Te angustia demasiado cuando tu bebé no deja de llorar?
- 9 ¿Te despiertas varias veces por las noches?
- 14 ¿Duermes más de 8 horas al día?
- 27 ¿Te quedas dormida por las mañanas?
- 31 ¿Cuando despiertas tienes la sensación de haber descansado?
- 43 ¿Tienes el sueño tan pesado que no escuchas ningún ruido?
- 32 ¿Consideras que estás más sensible que de costumbre?

También Rowe Doroty (1998) señala que la depresión endógena significa que la persona que la sufre es un individuo normal que lleva una vida normal y que la depresión surgió sin una causa externa, por consiguiente representa una depresión para la cual no se puede encontrar una causa en la vida del paciente.

Los datos característicos de endogenicidad son: personalidad adecuada, ausencia, en general, de factores psicogenéticos desencadenantes, tristeza profunda y persistente, constitución pícnica, despertar precoz, pérdida de peso, variaciones diurnas (empeoramiento matutino) y estacionales del humor, fases depresivas anteriores, inhibición psicomotriz e ideas deliroides de ruina, culpa o hipocondríacas, curso fásico, pronóstico favorable y respuesta satisfactoria a las terapéuticas biológicas.

Reactivos:

- 2 ¿Presentas náuseas después de cada comida?
- 7 ¿Presentas vómito después de cada comida?
- 33 ¿Te preocupas en exceso por tener el peso ideal?
- 37 ¿Ha llegado a ingerir laxantes?
- 40 ¿Después de haber ingerido comida sientes remordimiento?
- 13 ¿Te sientes irritable?
- 30 ¿Ante sucesos estresantes te desesperas rápidamente?
- 5 ¿Sientes que tu imagen ya no te gusta?
- 10 ¿Cuando ocurre un problema te sientes culpable?
- 15 ¿Crees que has tenido éxito como madre?
- 45 ¿Te sientes cansada la mayor parte del tiempo?
- 46 ¿Te sientes inferior a tu esposo?
- 48 ¿Te sientes madre fracasada?

Douglas Bernstein (2000), indica que en la depresión enmascarada o somatoforme están ausentes, en forma evidente, el autorreproche y la inhibición que se presentan en el cuadro depresivo, pero hay una preocupación más o menos constante por el esquema corporal, con una importante tendencia a la autoobservación y una errónea interpretación de los signos y síntomas físicos.

A la depresión somática se le ha dado en llamar el síndrome del mostrador de especialistas, dado que la queja del paciente hará que se investigue el origen orgánico del padecimiento y no existirán resultados positivos. Los síntomas más habituales son los dolores, por lo habitual errantes, semiagudos, suelen tener respuestas caprichosas a los analgésicos, difícilmente descriptibles y con estudios no demostrativos de patologías orgánicas.

Reactivos:

12 ¿Presentas dolor de estomago al comer?

17 ¿Ha disminuido tu peso?

29 ¿Ha aumentado tu peso?

4 ¿Te duele alguna parte de tu cuerpo?

26 ¿Al ponerte nerviosa te dan ganas de comer?

Finalmente, Ramón de la Fuente (1992) nombra como los principales indicios para identificar la depresión posparto en mujeres son: “pérdida de interés o no disfrutar de la vida, pérdida del apetito, menos energía y motivación para hacer cosas, dificultad para dormir o mantenerse dormida, dormir más de lo usual, llanto aumentado o lloroseo, sentirse sin valor alguno, sin esperanza o demasiado culpable, sentirse agitada, irritable o ansiosa, pérdida o aumento de peso inexplicable, sentir que no vale la pena vivir, pensar en hacerse daño, preocuparse de hacerle daño a su bebé, a pesar de que muchas mujeres se deprimen inmediatamente después del parto, algunas mujeres no se sienten *por el suelo* sino

hasta después de varias semanas o meses, la depresión que ocurre dentro de los seis meses después del parto puede ser depresión posparto”.

Reactivos:

- 42 ¿Te cuesta trabajo evitar los alimentos?
- 44 ¿Has perdido o aumentado tu peso inexplicablemente?
- 47 ¿Te sientes preocupada frecuentemente?
- 49 ¿Te angustias fácilmente por cualquier situación?
- 34 ¿Cambias frecuentemente tu estado de ánimo?
- 38 ¿Discutes fácilmente con las personas que te rodean?
- 35 ¿Tienes dificultades para mantenerte despierto?
- 41 ¿Te quedas dormida por las tardes?

4. 3. 2 Confiabilidad

La segunda cuestión que planteamos respecto a los procedimientos de medición se refiere a qué tan confiables son. Ahora no nos preguntamos qué medimos, sino qué tan exacta es la medida de lo que medimos. ¿Cuál es la precisión de nuestra puntuación resultante?, ¿Con qué exactitud podría reproducirse si midiéramos al individuo varias veces? (Thorndike, 2001)

Hay dos formas en las que podemos expresar la confiabilidad o precisión de un conjunto de medidas o, desde el punto de vista inverso, de la variación dentro de este conjunto. Un enfoque indica directamente la cantidad de variación que cabe esperar dentro del conjunto de mediciones repetidas de un solo individuo. Llamaremos a esta variación *error estándar de medida*, dado que es la desviación estándar de los *errores* de medición. (Thorndike, 2001, p. 78)

El coeficiente de correlación proporciona un índice estadístico de la medida en que dos cosas varían conjuntamente, alto con alto y bajo con bajo. Si las dos cosas que correlacionamos son dos aplicaciones de la misma medida, la correlación resultante proporciona un indicador de la confiabilidad, el cual podemos designar con el nombre de *coeficiente de confiabilidad*. Las características del coeficiente de correlación está constituida por las dos medidas con el mismo instrumento de medición. Cuanto más cerca se coloquen los individuos en orden de rango similar la segunda vez, más alta será la correlación y más confiable resultará la prueba.

Una medida es confiable en la extensión en que un individuo permanece casi igual en mediciones repetidas, lo que dará como resultado un bajo error estándar de medición o un alto coeficiente de confiabilidad; pero ¿qué tipo de dato exacto necesitamos para obtener un estimador apropiado del grado de estabilidad o precisión de la medición? A continuación se consideran tres posibilidades distintas, haciendo notar sus similitudes y diferencias y evaluando las ventajas y desventajas de cada una de ellas: (Thorndike, 2001, p. 79)

- a) Repetición de la misma prueba o medida
- b) Administración de una segunda forma de prueba “equivalente”
- c) Subdivisión de la prueba en dos o más fracciones equivalentes

Este instrumento se detectó con una confiabilidad de .9074 (Ver anexo 3) la cuál se verificó en el programa SPSS versión 10 bajo un tipo de confiabilidad de tipo Consistencia Interna, la cuál consistió en realizar el instrumento con dos opciones de manera constante no existiendo cambios, aplicándose a varios sujetos.

La importancia que tiene, para la evaluación psicológica conductual, conocer las garantías científicas de los instrumentos de medición en lo que se refiere a la

validez y confiabilidad, es con la finalidad de juzgar, utilizar y construir instrumentos de medición psicológica.

CONCLUSIONES

En la actualidad la psicología clínica se ha encargado entre otros aspectos importantes, del estudio de uno de los trastornos mentales que afectan a la población, este padecimiento caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos se denomina depresión. Este tipo de enfermedad mental disminuye la calidad de vida de la persona que la padece, por lo que es importante, como ya se mencionó con anterioridad, diagnosticarla a tiempo para brindar un tratamiento que modifique la conducta de la persona que la padece.

Una persona deprimida no tiene la energía suficiente para disfrutar el embarazo, parto y nacimiento de su hijo, siendo esto parte de un mismo proceso y cuya importancia es innecesario resaltar, la causa de crear una nueva vida, convirtiendo a la mujer en madre, es un momento indescriptible que las madres deprimidas no logran percibir.

El saber identificar los síntomas de la depresión posparto servirá para que las mujeres se encuentren atentas y a su vez puedan prevenir esta enfermedad. Es preciso contar con una herramienta en la que se pueda diagnosticar si efectivamente existe una depresión posparto y así saber distinguirla de la melancolía.

Es por ello importante el diseño de un instrumento de medición, debido a que los especialistas en el tema ponen mayor atención en aspectos emocionales relacionados únicamente con el neonato, así como las enfermedades que pueden venir acompañadas con el nacimiento, dejando a un lado el equilibrio emocional de la madre, por lo cual sería importante prevenir a estas mujeres que sufren algún

tipo de patología, la cual si no es debidamente detectada y controlada a tiempo podría ocasionar alteraciones graves que pueden afectar la armonía familiar.

Al momento de realizar el piloteo para obtener la confiabilidad del instrumento, pareciera ser que existe una correlación entre la depresión posparto y algunos factores como lo es la edad, debido a que se observó que las madres que tiene a su hijo entre el rango de dieciocho a veintitrés años muestran mayor posibilidad de presentar esta enfermedad, otro de los factores que afectan la vida emocional de estas mujeres es el nivel socioeconómico bajo, las madres que se encuentran en este rango, tiene una mayor probabilidad de presentar el trastorno; el último factor que afecta a estas mujeres es el estado civil, si son solteras el porcentaje a sufrir una enfermedad mental es mayor, debido a que se sienten menos protegidas y esa inseguridad la transmiten a los demás miembros de la familia.

Sería importante para aquellas personas que les interese el tema y deseen seguir con esta investigación, tomar en cuenta estos factores que pueden aportan información muy valiosa, y que permitirán en un futuro reducir los porcentajes de depresión posparto en la población.

Dentro de este estudio, se encontró que la disposición de la gente no fue del todo favorable ya que se le indicó que era un cuestionario para observar la relación que existe entre el hijo y la madre, sin embargo algunas se negaron rotundamente, ya que pensaban que se les quería quitar a su hijo, por lo que esto fue una de las limitaciones de la presente investigación.

La Depresión Posparto es un tema que poco a impactado a nuestra sociedad, ya que no hay muchas investigaciones al respecto, y esta falta de información y educación contribuye a la formación de mitos y prejuicios en torno a esta enfermedad, por lo que es conveniente que toda información sobre estos temas

sean claros para cada individuo. La educación no debe quedar en ser informativa sino también formativa, por lo que hay que analizar este padecimiento en su contexto biopsico-social aportando información de manera objetiva y científica que implique aspectos benéficos a la sociedad.

En la actualidad no existe una adecuada explicación en temas acerca de la depresión, debido a que para algunas personas siguen siendo tema “tabu”, dando esto como resultado una serie de actitudes negativas hacia los depresivos o personas con alguna enfermedad, y no debe extrañarse que frente a esto aparezcan sustitutivamente creencias, supersticiones o malos entendidos de lo que realmente es una patología mental.

La aplicación del instrumento arrojó información básica para la investigación de este trastorno en las mujeres que tengan bebés de 1 a 5 meses de edad, por lo que se puede tomar como referencia la información válida para evitar que se presente este padecimiento en las madres.

Es ineludible realizar con especialistas en el tema cursos, talleres e incluso programas que brinden la información precisa a las madres que se encuentran en etapa de puerperio, explicando que el nacimiento de un hijo, es un acontecimiento que puede dar un giro radical a sus vidas, y que de cierta forma es normal que se sientan extrañas e incluso temerosas por el nuevo cambio, esto con el fin de explicar lo que conlleva un embarazo, para que a su vez las madres traten de adaptarse a este nuevo estilo de vida y no lleguen a presentar depresión posparto.

Por otro lado, se puede proponer que las madres que sufren este padecimiento, se les brinde una atención de tipo clínica, es decir con la intervención de psicólogos y especialistas en el tema de la depresión posparto, mediante terapias ya sea de tipo individual o grupal, e incluso con pláticas informativas a familiares que expliquen las características principales de la enfermedad, con el fin de solucionarla.

Con el apoyo de los familiares, los psicólogos podrán brindar el tratamiento adecuado al enfermo, dependiendo del nivel de depresión en el que se encuentre, mediante terapias, uso de fármacos antidepresivos y/o consejos o grupos de apoyo posparto; tomando en cuenta que el tratamiento suele ser responsabilidad del médico, el cual va de la mano con la voluntad que tenga el paciente para curar este trastorno.

Se recomienda informarse a fondo del tema, ya que solo de esta forma, las posibilidades de sufrir este tipo de depresión serán mínimas, sin embargo las personas que la padecen no tienen por qué sentirse culpables debido a que ellas no provocaron la aparición del trastorno, por lo tanto lo único que pueden hacer es poner lo que esté de su parte para curarse y tratar de tener una vida placentera con dicha y felicidad a lado de sus seres queridos.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson Betty, A. (1980). Trastornos de la salud Familiar durante el embarazo. México: Trillas.
- Aragón Edna, S. (2002). Evaluación Psicológica. México: Pax México.
- Bar Anne, D. (1989). La madre deprimida y el niño. México: Siglo XXI.
- Bruce Compas, E. (2003). Introducción a la psicología clínica. México: Mc Graw Hill
- Calderón Narváez, G. (2001). Depresión. México: Trillas.
- Davidoff Linda, L. (1990). Introducción a la Psicología. España: Mc Graw Hill.
- De la Fuente, R. (1992). Psicología médica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Guía de Bolsillo de Clasificación, (2000). CIE-10.
- Henson Kennet T. (2000). Psicología educativa para la enseñanza eficaz. México: Thomson.
- Ionescu Serban, F. (1994). Catorce enfoques de la Psicopatología. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jiménez Hernández, M. (1995) Psicopatología Infantil. Málaga: Aljibe.
- Katschnig, H. (2000). Calidad de vida en los trastornos mentales. España: Masson
- Loo, H. (2001). La enfermedad depresiva. Argentina: Siglo XXI.
- López, J. (2000). DSM-IV-TR. Masson.
- Macfarlane, A. (1978). Psicología del Nacimiento. Madrid: Morata.
- Matlin Margaret W. (1966). Sensación y percepción. New York: Pearson Educación.
- Mc Guigan Fernando, J. (1975) Psicología experimental, México: Trillas.
- Milgrow Jeannette, P. (1999). Treating Postnatal Depresión, New York: Wiley.
- Morales Francisco, J. (1999). Psicología Social. España: Mc Graw Hill.
- Morris Charles, G. (2001). Psicología. México: Prentice Hall.
- Nicolson, P. (1998). Post-Natal Depresión. Canada: Routledge.
- Nietzel Michael, T. (1998). Introducción a la Psicología Clínica. México: Mc Graw Hill.
- Papalia Diane, E. (1997). Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill.

- Rowe, D. (1998). La depresión. España: Paidós España.
- Salvat, D. (1983), (Tomo 10). Enciclopedia Salvat. México: Salvat.
- Salvatierra Vicente, R. (1989). Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Madrid: Martínez Roca.
- Salvatore Cullari P. (2001). Fundamentos de psicología clínica. México: Pearson Educación.
- Sarason, I. (1996). El problema de la conducta inadaptada. México: Pax México.
- Sauri Jorge, J. (1984). Las fobias. Argentina: Nueva Visión.
- Scharfetter, Ch. (1998). Introducción a la Psicopatología general. Madrid: Morata.
- Smith Tony D. (1992), (Vol. II). Enciclopedia de la salud familiar. México: Interamericana.
- Spector, P. (2000). Psicología industrial y organizacional. México: Manual Moderno.
- Sue, D. (1995). Comportamiento anormal. México: Mc Graw Hill.
- Thorndike, R. (2001). Medición y evaluación en psicología y educación. Ed. Trillas.
- Trull Timothy, J. (2003). Psicología clínica. México: Phares.
- Vallejo Ruiloba, J. (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. España: Masson.
- Yost Elizabeth, B. (1991). Terapia cognoscitiva de grupo. México: Limusa.

FUENTES ELECTRÓNICAS

- American Academy of Family. (s.f.). Recuperado Junio de 2004, de <http://www.medscape.com>
- Instituto científico Pfizer. (2004). Recuperado Agosto de 2004, de <http://www.promedicum.org>
- Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer. (s.f.). Recuperado Julio de 2003, de <http://www.womenshealth.com>

ANEXO 1
INSTRUMENTO

Nombre _____ Edad _____ Nivel Socioeconómico _____ Ocupación _____
 CONTESTA MARCANDO CON UNA X LA RESPUESTA QUE SEA DE TU ELECCIÓN

PREGUNTAS	SI	NO
1) Te cuesta trabajo concentrarte para leer		
2) Presentas nausea después de cada comida		
3) El futuro te inquieta		
4) Te duele alguna parte de tu cuerpo		
5) Sientes que tu imagen ya no te gusta		
6) Te gusta salir con tu familia		
7) Presentas vomito después de cada comida		
8) Te angustias demasiado cuando tu bebé no deja de llorar		
9) Te despiertas varias veces por las noches		
10) Cuando ocurre un problema te sientes culpable		
11) Te gusta convivir frecuentemente con tus amistades		
12) Presentas dolor de estomago al comer		
13) Te sientes irritable		
14) Duermes más de 8 horas al día		
15) Crees que has tenido éxito como madre		
16) Te agrada arreglarte para salir a un evento		
17) Ha disminuido tu peso		
18) Tiene mucha metas a realizar		
19) Te molesta cuidar a un bebé		
20) Te has sentido desesperada por no saber que hacer con tu hijo		
21) Te preocupas mucho por tu salud		
22) Disfrutas tus actividades cotidianas		
23) En algún momento has puesto en riesgo tu vida		
24) Si regresaras el tiempo te gustaría tener a tu bebé		
25) Te ha disminuido el apetito		
26) Al ponerte nerviosa te dan ganas de comer		
27) Te quedas dormida por las mañanas		
28) Te agrada estar mas tiempo sola que acompañada		
29) Has aumentado tu peso		
30) Ante sucesos estresantes te desesperas rápidamente		
31) Cuando despiertas tienes la sensación de haber descansado		
32) Consideras que esta mas sensible que de costumbre		
33) Te preocupa en exceso por obtener el peso ideal		
34) Cambia frecuentemente tu estado de ánimo		
35) Tienes dificultades para mantenerte despierto		
36) Crees que tus actividades de la vida cotidiana han deteriorado		
37) Has llegado a ingerir laxantes		
38) Discutes con facilidad con las personas que te rodean		
39) Trabajas con el mismo empaño que en el pasado		
40) Después de haber ingerido comida sientes remordimiento		
41) Te quedas dormida por las tardes		
42) Te cuesta trabajo evitar los alimentos		
43) Tiene el sueño tan pesado que no escucha ningún ruido		
44) Has perdido o aumentado de peso inexplicablemente		
45) Te sientes cansada la mayor parte del tiempo		
46) Te sientes inferior a tu esposo		
47) Te sientes preocupada frecuentemente		
48) Te sientes madre fracasada		
49) Te angustias fácilmente por cualquier situación		

ANEXO 2
NORMA DE CALIFICACIÓN

Reactivo	Valor	
1	SI 1	NO 0
2	SI 1	NO 0
3	SI 1	NO 0
4	SI 1	NO 0
5	SI 1	NO 0
6	SI 0	NO 1
7	SI 1	NO 0
8	SI 1	NO 0
9	SI 1	NO 0
10	SI 1	NO 0
11	SI 0	NO 1
12	SI 1	NO 0
13	SI 1	NO 0
14	SI 1	NO 0
15	SI 0	NO 1
16	SI 1	NO 0
17	SI 0	NO 1
18	SI 0	NO 1
19	SI 1	NO 0
20	SI 1	NO 0
21	SI 0	NO 1
22	SI 0	NO 1
24	SI 1	NO 0
25	SI 0	NO 1
26	SI 1	NO 0
27	SI 1	NO 0
28	SI 1	NO 0
29	SI 1	NO 0
30	SI 1	NO 0
31	SI 1	NO 0
32	SI 0	NO 1
33	SI 1	NO 0
34	SI 1	NO 0
35	SI 1	NO 0
36	SI 1	NO 0
37	SI 1	NO 0
39	SI 1	NO 0
40	SI 1	NO 0
41	SI 0	NO 1
42	SI 1	NO 0
43	SI 1	NO 0
44	SI 1	NO 0
45	SI 1	NO 0
46	SI 1	NO 0
47	SI 1	NO 0
48	SI 1	NO 0
49	SI 1	NO 0

ANEXO 3
CONFIABILIDAD

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE
(ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 35,0

N of Items = 49

Alpha = ,9047

ANEXO 4
HOJA DE EVALUACIÓN

Para la interpretación de cada Indicador se realizó una hoja de evaluación que incluye los 5 indicadores a evaluar de manera específica, esta hoja se llenará con base a la norma de calificación.

Ejemplo:

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre Angélica Rodríguez Edad 25 años

I. Falta de Ansiedad (12 reactivos)

1	6	11	16	18	19	20	21	22	29	37	41
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>

Posteriormente, se suman los puntajes obtenidos por cada indicador en la hoja de evaluación y se multiplican por 1.

Ejemplo:

I Falta de Ansiedad

$$5 \times 1 = 5$$

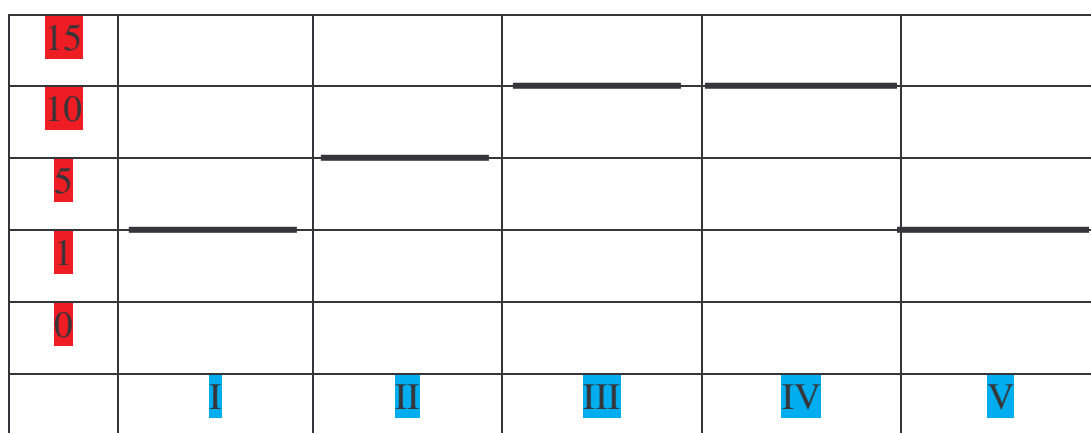
$$\text{Total} = 5$$

ANEXO 5
GRÁFICA

Al tener esta sumatoria se realiza una gráfica para determinar en que aspecto (módulos) la encuestada o encuestadas presentan mayor depresión posparto

Ejemplo:

TOTAL



MÓDULOS