



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

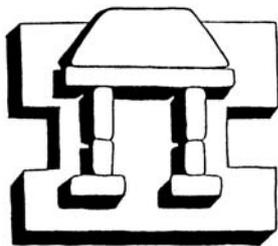
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“DEPRESIÓN POSPARTO”

Tesina que para obtener el título de licenciado en psicología presenta:

CELIA MARTINEZ MANCILLA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. AMPARO CABALLERO BORJA
DICTAMINADORES: LIC. LETICIA SANCHEZ ENCALADA
MTRA. MA. ANTONIETA DORANTES GOMEZ



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS:

Con afecto y cariño para ellos:

A YVES:

Con cariño por el tiempo que no le di,
por esperarme pacientemente con una
sonrisa, por su amor incondicional.

A CLAUZEL:

Por su total y constante apoyo, por
haberme acompañado a lo largo de esta
aventura, por su ejemplo de lucha
firme, por su tenacidad y valor cuando desea
lograr algo.

Agradezco enormemente su compañía y
sus enseñanzas puesto que ha sido un gran
maestro en mi vida.

A MI MAESTRA AMPARO CABALLERO:

Gracias infinitas por haber accedido a dirigir
esta tesis, por el tiempo que me brindo.

A TÍA ROSA, Y A MI HERMANA JULIA:

Por su apoyo absoluto, y por su cercanía en todo
momento.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

1.1 Antecedentes históricos.....	17
1.2 Definición.....	21
1.3 Clasificación.....	23
1.4 Sintomatología.....	24
1.5 Causas.....	27

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN DESDE DIFERENTES TEORÍAS

2.1 Enfoque Biologicista.....	31
2.2 Enfoque Conductual.....	33
2.2 Enfoque Cognitivo conductual.....	35
2.3 Enfoque Psicoanalítico.....	38

CAPÍTULO 3. PARTO Y DEPRESIÓN

3.1 Parto.....	42
3.2 Depresión posparto.....	47
3.3 Clasificación.....	48
3.4 Antecedentes históricos.....	49
3.5 Causas.....	50
3.6 Depresión posparto: el enfoque psicoanalítico	53

CAPITULO 4. UN ENFOQUE DIFERENTE: LA DEPRESION POSPARTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.

4.1 Antecedentes históricos.....	56
4.2 Las emociones.....	59
4.3 La función de las emociones.....	61
4.4 La propuesta de Goleman : Inteligencia Emocional.....	62
4.5 Las dos mentes.....	63
4.6 Depresión posparto y emoción.....	65

4.7 La alfabetización emocional.....	67
CONCLUSIONES.....	69
REFERENCIAS.....	72

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue llevar a cabo una revisión conceptual acerca del trastorno depresivo en general, enfocando aspectos como: definición, sintomatología, clasificación, curso, causas, antecedentes históricos y primeras teorías que intentan explicarlo, así como sus principales premisas. Se analizaron los enfoques más aceptados y que más han contribuido en la investigación acerca de este disturbo, incluidos los modelos: biológico, conductual, cognitivo conductual y psicodinámico.

Debido al alto índice de mujeres que la padece, se hizo hincapié en un tipo de trastorno que predomina en la población femenina, la depresión posparto, y se encontró que el trastorno está estrechamente vinculado con sucesos como embarazo y el parto, así como con la significación que cada mujer tiene de estos eventos considerados periodos de máxima vulnerabilidad en su ciclo vital. En cuanto al aspecto emocional se ha observado, que la mujer enfrenta situaciones nuevas y un reacomodo en su individualidad. Se consideran las variables psicosociales como importantes en la aparición de este disturbo tales como: el género, la violencia intrafamiliar, la doble y hasta triple jornada, el acceso a los servicios de salud etc., por lo antes expuesto se concluyó, que la depresión no es una condición inherente al sexo femenino sino más bien es un malestar multicausal y multideterminado.

Como el enfoque psicodinámico es uno de los modelos que más ha contribuido al estudio de la depresión posparto, se llevó a cabo una revisión más a fondo de esta propuesta.

Finalmente se aborda la reciente teoría de la inteligencia emocional y la explicación que ofrece acerca del trastorno.

INTRODUCCIÓN

La salud mental, como cuidado primario, cobra cada vez mayor importancia en la sociedad moderna, dentro de ello, los trastornos depresivos constituyen una de las principales enfermedades. Se considera que la depresión es el mal de este siglo, si se toma en cuenta que una de cada cinco personas la padece, en su mayoría mujeres (Pérez, 2002).

Almanza (2001) lo confirma, ya que en estudios llevados a cabo en el Hospital Central Militar de México, con el objeto de evaluar la analogía diagnóstica en depresión en médicos psiquiatras y psicólogos se encontró que la presencia de depresión en la población general es semejante a la de hipertensión arterial, y son realmente severos los efectos que este trastorno produce, además del alto costo que implica económica y emocionalmente. Se vincula también la coexistencia de depresión en padecimientos como: pacientes ginecológicas (23%), pacientes con cáncer (42%), infarto agudo al miocardio (18%), enfermedad renal (30%), dolor crónico (32.4%), Alzheimer (11%) y epilepsia (55%).

No obstante es, hasta estos últimos años que la depresión ha adquirido el carácter de epidemia y se le ha atribuido importancia; pese a que Kaplan y Sadock. (1987) hacen una referencia histórica e indican que ya desde el Antiguo Testamento se menciona el caso del rey Saúl con un *síndrome depresivo*. Hipócrates en el año 450 a. c. utilizó los términos manía y melancolía. Posteriormente en el año 100 d. c. Cornelio Celso, Areteo, Galeno y Alejandro de Tralles (éste último en el siglo VI) también utilizaron el término melancolía. Ya en la Edad Media Rhazes, Avicena y Maimónides consideraban como enfermedad a la melancolía. En la era moderna, (1854, citado, en Kaplan y Sadock 1987) Jules Falret describió estados de ánimo entre depresión y manía; por la misma época, Jules Baillarger también detalló una enfermedad donde el paciente estaba totalmente deprimido. En 1882 Karl Kahlbaum describió la manía y la depresión como fases de la misma enfermedad. Sin embargo en 1896 fue Emil Kraepelin

quién estableció los criterios para elaborar un diagnóstico de la enfermedad maníaco-depresiva. Actualmente la clasificación de la depresión se establece con base en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Sin embargo, López (2002) menciona que a través de la historia la depresión ha sido entendida por médicos y psicólogos de manera diferente y cada uno propone modelos diversos para explicarla y clasificarla.

Por ejemplo, el modelo cognoscitivo propuesto por Beck (1970 citado en Sabanés, 1993), atribuye un papel preponderante al pensamiento y juicio de los pacientes depresivos en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Hollín y Beck (1979 citado en Bacot, 1991), mencionan que los pensamientos del sujeto son tratados como inferencias subjetivas y no como hechos reales objetivos.

Para el enfoque conductual, Freden (1986), menciona que esta teoría considera a la depresión como una pérdida de reforzamiento positivo o un otorgamiento de castigo, así como un repertorio limitado de conductas; Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979 citado en Salinas, 1998) consideran que una alta tasa de experiencias castigantes (interacciones aversivas, estresantes, desagradables) son causa de depresión.

Pérez y Márquez (1998), consideran que se intenta explicar el disturbo de la depresión desde diferentes paradigmas psicológicos, al respecto, el psicoanálisis tiene una importancia capital. Por lo que es necesario retomar algunos elementos de la mencionada teoría para hablar de los trastornos depresivos .

Freud (1917), en su obra *Duelo y melancolía*, compara la melancolía con el duelo, encontrando numerosas semejanzas, así como algunas diferencias. En los dos fenómenos se presenta una dolorosa sensación de abatimiento, por una pérdida y falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad.

A lo anterior, Arieti y Bemporad (1993), comentan que el psicoanálisis hizo grandes aportaciones al estudio de la depresión. En la obra de Freud (1917) *Duelo y melancolía* se reconocen, la pérdida del objeto, (real, subjetiva) la ambivalencia y regresión libidinal del yo, etc. Otros autores importantes fueron Karl Abraham, el cual le daba un sentido de excesiva represión libidinal; Sandor Rado, quién planteaba una interrelación entre el yo, el superyó y el objeto amado; Fenichel, dando gran importancia a la autoestima; Edith Jacobson, la cual trabajó casi medio siglo con este tipo de pacientes y Melanie Klein, quién planteó una lucha interior, la culpa y el remordimiento como las principales causas de la depresión.

En cualesquiera de los estudios llevados a cabo por los enfoques citados, Salgado y Maldonado (1994), llaman la atención al hecho de que en diversas investigaciones en bibliografía especializada durante los últimos 30 años, se ha hecho mención constante a las tasas de incidencia y prevalencia de trastornos depresivos, las cuales son significativamente más altas entre las mujeres que entre los hombres y creen que una de las razones por las cuales no hay una detección oportuna del disturbio, específicamente del trastorno posparto, es carencia de programas adecuados y el desconocimiento de la sintomatología que en ocasiones puede confundirse con otro tipo de enfermedades (tiroides, riñones, etc.).

La depresión es un gran peso que cae sobre algunas mujeres, sobre todo en las de escasos recursos, quienes además de estar expuestas a situaciones de riesgo que producen depresión como son la violencia, el desempleo, las enfermedades, el trabajo arduo, la diferencia de género, entre otras, tienen un acceso desigual a los servicios de salud y la obligación de hacer que sean compatibles sus actividades laborales con sus funciones reproductivas, así como de esposa y madre (Mongella, 1995; McGrath y cols, citado en Lara, Acevedo y López 1998).

Asimismo, las investigaciones llevadas a cabo por Vera (1996), en donde comparó los síntomas de depresión en mujeres en dos poblaciones (rural, urbana) concluyen que el ser mujer es un factor de riesgo de gran importancia, en la aparición de depresión.

Un tipo de depresión que está vinculado con las funciones reproductivas de la mujer es la depresión posparto. Al respecto, Arieti y Bemporad (1993), comentan que a la llegada del bebé, éste se convierte en un pequeño intruso el cual rompe con el hasta ahora logrado equilibrio por parte de los padres. Incluso se le ve como una amenaza que puede acabar con sus ilusiones. En este caso, la depresión se puede presentar en ambos padres.

González y Morales (citado en Lara, Acevedo y López, 1998), señalan que el inicio de la vida reproductiva, el embarazo y el parto, a pesar de estar rodeada de grandes expectativas e ilusiones, implica en el fondo una pérdida de objetos y un ajuste a situaciones nuevas y diferentes.

Márquez (1998), en su trabajo *Expectativas y experiencias en el parto*, entrevistó a 27 mujeres que acababan de dar a luz y encontró que para algunas mujeres el parto es un descanso, una liberación de un estado de malestar extremo. También hay una sensación de pérdida que se siente en el vientre como una ausencia, es decir, existe la sensación de que eso alguna vez lleno, ya no está; esta sensación no es sólo física, sino principalmente moral, por lo tanto la significación que la mujer da al parto puede estar vinculada con la depresión posparto. Así, según Luna (1999), los trastornos emocionales posparto se clasifican en tres tipos: depresión leve o "baby blues", depresión moderada a grave y psicosis posparto.

Por otro lado, López (2002), encontró que a partir de los años 80 las investigaciones con enfoque de género aseguran que la salud y la enfermedad

son el resultado de la organización social. Se concede importancia a las desigualdades de género, al grupo étnico de pertenencia, a la subordinación de la mujer, a las presiones, al contexto histórico y cultural e incluso político de la población, al grado de escolaridad, las dobles jornadas, etc.

Zegers (1994), considera que en el tratamiento de la depresión debe existir una visión diferente, desde la cual resulta imposible la fragmentación mente cuerpo, muy por el contrario considera que los seres humanos son afectados por su cultura, su trabajo, su alimentación, etc., es necesario que las teorías incluyan elementos sociales estructurantes de la personalidad, pero sobre todo debe quedar claro que toda mujer tiene una significación de su historia diferente.

Eyer (1995), comenta que en cuanto a la depresión posparto, son las ideas psicoanalíticas las que más aportes han hecho, ya que los otros enfoques escasamente lo han considerado.

Por lo tanto, el objetivo general de este trabajo es el llevar a cabo una revisión conceptual acerca de la depresión enfocándonos a los aspectos históricos, definición, clasificación, sintomatología y causas; así como algunas explicaciones que los diversos enfoques psicológicos (Biologicista, Conductual, Cognitivo Conductual, Psicoanálisis y La Inteligencia Emocional) han brindado para abordar el tema de la depresión, principalmente la depresión posparto.

El propósito al hablar de depresión posparto, es enfocar un problema de salud mental que se presenta en algunas mujeres después de dar a luz, ya que representa una situación difícil para la familia y la sociedad, a esta situación no se le ha dado la debida importancia. Por ello, en este trabajo se pretende dar una visión general del problema, que promueva la reflexión sobre los síntomas de la depresión posparto, como se manifiesta esta sintomatología y la gran importancia que tienen los factores psicosociales y culturales como factores de riesgo de la depresión en mujeres, con este conocimiento existiría la posibilidad de llevar a

cabo una detección temprana de depresión posparto, y efectuar programas de información y prevención así como también hacer a los familiares las recomendaciones pertinentes para que se brinde en este periodo de máxima vulnerabilidad el soporte suficiente a las mujeres y se maneje la situación de una manera más cálida y adecuada.

En la actualidad, las necesidades de salud mental de la mujer no se pueden evaluar en forma aislada, por lo que es necesario hacerlo en un contexto multidisciplinario que permita la incorporación de variables que han dejado de lado los enfoques basados en el modelo médico. Por lo tanto es importante considerar propuestas nuevas como la de Goleman (1995), quien propone el paradigma de la Inteligencia Emocional, para comprender las alteraciones y trastornos de la depresión, esta teoría confiere capital importancia a la detección y manejo oportuno de las emociones para prevenir y dar una posible solución al trastorno.

Este trabajo consta de 4 capítulos: capítulo 1: ¿qué es la depresión?, se lleva a cabo una reseña histórica breve acerca de los antecedentes históricos y la evolución del concepto, se pretende clarificar la definición y brindar una descripción acerca del trastorno, sus principales síntomas, clasificación y las posibles causas que la desencadenan.

En el capítulo 2: análisis de la depresión desde diferentes teorías, se lleva a cabo una revisión, acerca de cómo abordan los diversos enfoques el trastorno depresivo y cuáles son sus propuestas más trascendentales; entre ellos la teoría biologicista, así como también los principales paradigmas psicológicos: enfoque Conductual, Cognitivo Conductual, Psicoanalítico y la propuesta de Goleman (1995): la Inteligencia Emocional.

En cuanto al capítulo 3: parto y depresión posparto, se brinda una explicación acerca de la idea actual del parto y cómo afecta a las mujeres en diferentes

aspectos (aspecto biológico, social y psicológico). Además se retoman los tres episodios que componen este acontecimiento: ingreso, trabajo de parto y el parto en sí mismo, como factores de riesgo de depresión posparto. En cuanto a este trastorno hay una revisión de la sintomatología, la clasificación de acuerdo a la severidad del síntoma y las posibles causas (biológicas, psicológicas, psicosociales y variables sociodemográficas). Se brinda una explicación acerca de cómo concibe la depresión posparto la teoría psicoanalítica.

En el capítulo 4: un enfoque diferente: la depresión posparto desde el punto de vista de la Inteligencia Emocional; se hace referencia a un paradigma nuevo se examinan conceptos tan importantes como: la emoción, y el papel que juegan éstas en la vida emocional y afectiva, La Teoría de la Inteligencia Emocional propuesta por Goleman (1995), sus principales postulados (las dos mentes) la depresión posparto y finalmente la propuesta de la alfabetización emocional.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 alrededor de 400 millones de personas sufrían de algún trastorno mental, entre los más frecuentes se encuentra la depresión.

En el 13° congreso Mundial de sexología realizado en Valencia España, Caamaño (2001) encontró que en la declaración de derechos sexuales, se planteo que salud no sólo es ausencia de enfermedad; la salud se concibe dentro del campo de los derechos humanos, y la salud concierne a los procesos reproductivos y sus implicaciones, al embarazo a la depresión a la anorgasmia, etc.

La importancia del tema es irrefutable, se considera trascendental abordar el problema debido al alto índice de personas aquejadas por el trastorno, además de los siguientes puntos que es prioritario considerar:

Actualmente se ha visto que la depresión es una de las enfermedades más discapacitantes, Alvarez y Alfonso (1997) encontraron que para el enfoque conductual la depresión afecta a los tres principales canales de respuesta: sistema cognitivo, sistema fisiológico y sistema motor.

Üstum y Sartorius, 1999, (en Programa Específico de Depresión de la Secretaría de Salud, para los años, 2001-2006) el trastorno depresivo está presente en una de cada diez personas. En México se estima una prevalencia de 12 a 20% entre la población adulta de 18 a 65 años. Asimismo calculan que en el mundo existen 340 millones de personas que presentan este padecimiento y para el año 2020, la depresión será la primera causa de baja laboral en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente del mundo.

Por lo antes expuesto es inaplazable la implementación de programas para la detección oportuna, ya que actualmente, se ha vuelto una verdadera epidemia

Del mismo modo se considera importante el tratamiento oportuno debido a que es un trastorno estrechamente vinculado a padecimientos tales como: problemas ginecológicos, pacientes con cáncer, infarto agudo al miocardio, enfermedad renal, Alzheimer y epilepsia así lo demuestran estudios llevados a cabo por Almanza (2001).

Borja, Bustamante y Rascón (1994) en su trabajo “¿Aumenta la Depresión Clínica El riesgo de muerte por causas no violentas?” plantearon la siguiente hipótesis: la depresión mayor aumenta la mortalidad general, lo que supone menor esperanza de vida.

En cuanto a la depresión femenina, Ortega, Lartigue y Figueroa (2001) en una investigación generada en el Instituto Nacional de Perinatología, midieron la Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS) y encontraron que la mayoría de las mujeres experimentan depresión posparto y que ésta se puede diagnosticar ya desde el último trimestre de embarazo.

Asimismo la OMS (1994, citado en Pérez y Márquez) considera que el puerperio es un periodo de máxima vulnerabilidad, donde suele aparecer el trastorno depresivo vinculado con las funciones reproductivas.

Campero (1996) señala que cada año son muchas las mujeres que sufren y mueren por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio por falta de recursos para un mejor cuidado, inaccesibilidad a los servicios de atención a la salud mental y física, falta de recursos económicos y de apoyo

social, ausencia de información, etcétera. Se estima que podría evitarse 52% de la mortalidad femenina, por estas causas.

Por lo antes expuesto se considera importante la prevención y práctica de un tratamiento psicoterapéutico adecuado desde el embarazo y el apoyo social es determinante en el embarazo, parto y posparto. La implementación de programas informativos y preventivos en los centros médicos donde se les brinda atención a las mujeres, disminuiría los severos efectos que este trastorno ocasiona, además del alto costo que implica económica y emocionalmente.

Es trascendente reevaluar el papel que juega el embarazo y el parto en el ciclo vital de la mujer, el soporte social que se le brinda y como de alguna manera esto se relaciona con la depresión posparto.

Existe un gran desconocimiento de la sintomatología de la depresión posparto, principalmente en las áreas rurales, por lo que en ocasiones puede confundirse con otro tipo de enfermedades (tiroides, riñones, etc.), o muchas veces suele verse como una característica propia de las mujeres, inseparable de su condición femenina,

Es primordial que toda mujer tenga al menos una visión general del problema, que promueva la reflexión sobre los síntomas de la depresión, cómo se manifiesta y la gran importancia que tienen los factores psicosociales y culturales como factores de riesgo. Este conocimiento posibilitaría manejar de una manera más adecuada la depresión posparto, tanto por parte de las mujeres así como también dentro del ámbito familiar y social.

CAPÍTULO 1. ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

Hablar de depresión es fácil, pero proporcionar una explicación fundamentada científicamente no lo es. Es por eso que, en este capítulo se abordarán los puntos más trascendentales acerca del tema.

1.1 Antecedentes históricos

Desde épocas de las primeras civilizaciones, y sobre todo, desde que se tuvo forma de registrar acontecimientos importantes, se ha hablado y escrito acerca de la depresión. A continuación se mencionan algunos acontecimientos relevantes acerca de la evolución del concepto.

Guzmán (1992) menciona que el trastorno ha existido siempre ya que en obras Griegas, como “La Iliada”, Homero hace referencia a Beleforonte como un sujeto deprimido y remite su recuperación a un designio divino.

Ya desde sus primeros escritos Hipócrates (siglo IV a.C., citado en Arieti y Bemporad 1993) menciona a la melancolía, afirma: *“si el miedo y la tristeza perseveran mucho tiempo, hay melancolía.* Es importante mencionar la teoría humoral atribuida a este médico griego; esta propuesta partió de la hipótesis de que la salud incluyendo la salud mental era efecto del equilibrio entre ciertos humores o sustancias (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y la melancolía se atribuía a un exceso de bilis negra. Posteriormente Sorano de Efeso (siglo I d. C) descubrió que había relación entre la melancolía y la manía, creía que eran dos cosas distintas pero que compartían síntomas similares.

Pero fue Areteo de Capadocia (II d. C., en Arieti y Bemporad, 1993) el primero que afirmó que la manía es una variedad de la melancolía, y proporcionó la primera definición.

En este punto es importante mencionar las aportaciones de Galeno médico griego (siglo II, citado en Linares 2002) quien estableció a la melancolía como una enfermedad crónica y recurrente y siguió apoyando la teoría humoral pero manejó que esta bilis negra podría producirse en cualquier parte del cuerpo incluso en el cerebro, dependiendo del lugar donde se originara la bilis negra sería la gravedad de los síntomas.

Según Herreros (1999) En estos siglos y por más de 3000 años, las depresiones fueron tratadas por los sacerdotes, Pero ya en el siglo VI se llevó a cabo una transición importante, la depresión salió del ámbito teológico para pasar a ser trabajo de los curanderos principalmente de la observación médica.

Con la caída de la cultura Grecolatina, en la época del oscurantismo que se vivió en la Edad Media (500-1450) predominó el pensamiento mágico y la interpretación demonológica, no obstante, Alejandro de Tralles (525-605) menciona que no necesariamente la tristeza o el temor son síntomas característicos de depresión, que en otras ocasiones puede aparecer lo contrario ira, enojo, en general en este período se estableció que melancolía y manía son diferentes formas de la misma cosa.

En los siglos XVI y XVII, se llegó al acuerdo de que el cerebro estaba involucrado en los trastornos mentales, Robert Burton (1621, en Arieti y Bemporad, 1993) fue el que manejó por primera vez una etiología multifactorial de la depresión, reconociendo una estrecha relación entre factores psicológicos y no psicológicos, tomó en cuenta la herencia, la falta de afecto en la infancia y las frustraciones sexuales.

Con el renacimiento resurgió el interés por la depresión con un nuevo enfoque de sus causas. Pérez (2002) refiere que en la Inglaterra posmedieval aproximadamente en 1600, después de una devastadora epidemia de peste apareció una no menos catastrófica enfermedad a la que se nombró "*spleen*",

vapores o melancolía, este trastorno era tan común en este país que también se conoció como enfermedad inglesa, en la actualidad se conoce como depresión clínica.

En este período se asociaron la melancolía y la manía, se consideró que ambas tenían el mismo origen y la misma causa, Timothy (1686, citado en Linares 2002) desligó a la melancolía de toda conciencia de pecado y elaboró una de las primeras descripciones de los sentimientos de los melancólicos.

Para el siglo XVIII se confirió importancia a las funciones del cerebro y los nervios, se creyó que la enfermedad mental era causada por un trastorno de las operaciones nerviosas. Desapareció del todo la teoría humoral, se empezaron a hacer clasificaciones de la melancolía de acuerdo a su gravedad, apareció la ciclotimia y la distimia. En este siglo Bartra (1998) y Pérez (2002) comentan que para los autores de la ilustración, la definición de melancolía que prevalecerá será del todo intelectual. Mencionan que en esta etapa es otro el enfoque, se comenta que la depresión es el nombre que le dan los psiquiatras, pero también es conocida como "spleen" y estrés. Se vincula a la melancolía con las artes, las ciencias, la mística, la vida erótica, el genio y la creatividad. La transición a la modernidad afectó gravemente a la conciencia renacentista, ya que necesitaban una manera culturalmente establecida para soportar, sufrir y llorar toda esa gran pérdida de su antigüedad y cultura. Opina además, que la propuesta psiquiátrica sólo está sustituyendo a la vieja teoría del humor, ahora ya no se habla de bilis negra, sino de neurotransmisores, los cuales tienen influencia en los estados de ánimo. Proponen así, que en los grandes movimientos como El Renacimiento, El Romanticismo y El Modernismo donde hubo gran auge en la cultura, también aumentó la depresión y lo atribuyen a la gran melancolía que invadió a la población, porque se dieron cuenta que se estaban enfrentando a una gran pérdida de sus costumbres, de su cultura y de todo lo establecido.

En los inicios de este mismo siglo Esquirol (1820, en Linares, 2002) al igual que otros investigadores (Prichard, 1835 y Rush 1812) desterraron la más mínima reminiscencia humoral y propusieron que se borrara del vocabulario científico la palabra melancolía, que se consideraba más bien propia de los poetas, y sugirieron nuevas denominaciones como: monomanía triste (tristemanía) o lipemanía.

También Fairet (1854, citado en Linares, 2002) describió la locura circular: como estados depresivos y maníacos separados por un intervalo libre, destacando el curso alterno, el comienzo frecuentemente brusco y el carácter reversible de la mayoría de los episodios. Prácticamente al mismo tiempo Jules Baillarger (1854, citado en Linares, 2002) describió la locura de doble forma. Con Fairet y Baillarger, surgió por primera vez en la historia de la psiquiatría el concepto de lo que actualmente se conoce como trastorno afectivo bipolar

Para 1882 surgieron conceptos como: ciclotimia y distimia, Kahlbaum (1882, citado en Linares, 2002) hablaba de vesania (psicosis) típica circular al referirse al trastorno bipolar, después incluyó formas menores más leves a las que llamó ciclotimia, caracterizadas por episodios tanto de depresión como de excitación pero que no terminaban en demencia, como podían hacerlo la manía o melancolía crónicas. También incluyó el término distimia para referirse a una variedad crónica de melancolía.

En ese siglo Kraepelin (1896, citado en Linares, 2002) basado en las observaciones de los psiquiatras franceses, introdujo el concepto de locura maníaco-depresiva como entidad nosológica independiente, estableció una clasificación de las melancolías que habían mencionado otros autores, para él todos estos cuadros eran manifestaciones diferentes de la misma enfermedad.

Según Guzmán (1992) a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX se alcanzaron grandes avances: Kraepelin (1899, citado en Guzmán 1992) precisó

más el concepto de psicosis circular al diferenciarla de la demencia precoz e introdujo el término *psicosis maníaco depresiva*. Leonhard en (1957, en Guzmán 1992) dividió las depresiones en *bipolares* y *unipolares*, y años después, Fieve y Dunne subdividieron las depresiones bipolares en *bipolar I* y *bipolar II*.

Actualmente la clasificación más aceptada es proporcionada por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (1995) que ubica a la depresión dentro del eje 1, en el rubro de los trastornos del estado de animo , y que establece que estos trastornos tiene como característica principal una alteración del humor.

1.2 Definición

No hay una definición única y exacta del término depresión. Bajo el significado depresión transitan múltiples significaciones.

Al respecto, Navarro (1990) destaca que el vocablo *depresión* es muy amplio y general, ya que cubre una variada gama de alteraciones de la personalidad que se dan a nivel fisiológico, perceptual, cognitivo, social, postural, etc. Estas alteraciones se van agudizando y se hacen más numerosas en la medida que aumenta la severidad y se prolonga la depresión en un individuo determinado. Es una experiencia subjetiva única e individual que no puede ser compartida por ninguna persona, ya que se trata de algo muy íntimo, real, insistente, continuo y hasta ineludible. Así, se han propuesto numerosas definiciones de la depresión, las cuales reflejan diversos puntos de vista acerca de los trastornos emocionales, pero este autor, emplea la definición propuesta por Katz en (1979, citado en Navarro 1990) la cual es la siguiente: “*La depresión es una construcción hipotética que se utiliza para designar una serie de alteraciones cognitivo conductuales, durante las cuales el individuo ya no tiene acceso a los reforzamientos sociales, dichas alteraciones van acompañadas por pensamientos automáticos depresivos, teniendo como resultado final la disociación de las*

funciones cerebrales y la ausencia de comportamientos orientados al logro de objetivos”.

Según Borja, Bustamante, y Rascón (1994) la depresión es un desorden común con graves consecuencias sociales. En su fase aguda, aún en niveles medianos de severidad, la enfermedad reduce con frecuencia la capacidad del individuo para trabajar, disminuye su rendimiento e interfiere con el funcionamiento normal, en general. Además de un incremento en el riesgo de suicidio se ha encontrado que la depresión disminuye la longevidad.

Para Salinas (1998) el término depresión tiene muchos significados: la depresión puede manifestarse como un síntoma, un síndrome, o una entidad nosológica. Aunque existen múltiples interpretaciones acerca de las causas de la depresión, hay un acuerdo unánime al considerarla como un rasgo universal de la condición humana, que va desde la tristeza pasajera que puede apoderarse de cada uno de nosotros hasta un severo acceso de melancolía. Robert y Lamontagne (1977, citado en Salinas 1998) consideran que la depresión es... "un estado de tristeza patológica, acompañada de una marcada disminución del sentimiento de valor personal y de una dolorosa disminución de la actividad mental, psicomotriz y orgánica". Convienen en que los síntomas son diversos y entre los principales se incluyen: llanto, cara de tristeza, pérdida de la estima de uno mismo, auto-acusación, auto-castigo, hipocondría, disminución del campo de conciencia, dificultades de concentración, pérdida de interés, escasez de conversación, pérdida de apetito, dolores diversos, etcétera.

Herreros (1999) también define a la depresión como: un estado patológico producido por una mayor o menor exaltación afectiva de carácter triste y angustioso llegando al dolor moral que se acompaña con cierto grado de disminución de la actividad motriz, no obstante algunas veces puede haber excitación. Hay pérdida de la capacidad para experimentar placer (anhedonia), se

experimentan cambios de apetito, sueño, dificultad para pensar y concentrarse, así como también para tomar decisiones.

1. 3 Clasificación

Aunque tampoco existe una clasificación única de la depresión, la principal y más aceptada es la establecida por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. (1995), que clasifica por: la etiología, por los síntomas o por el curso. A continuación se describen brevemente.

- *Clasificaciones basadas en la etiología: depresión reactiva y endógena.*

Los trastornos depresivos pueden clasificarse de acuerdo a la etiología en dos grupos: endógeno y reactivo (exógeno) En los trastornos endógenos, los síntomas son provocados por factores internos y son independientes de los trastornos externos. En los trastornos reactivos, los síntomas son una respuesta a estresores externos. Esta clasificación no se considera adecuada ya que emplea categorías mutuamente excluyentes.

La depresión primaria y secundaria está basada también en la etiología, fue introducida con propósitos de investigación. Se perseguía excluir los casos de depresión que podían estar provocados por otro trastorno. Esta exclusión se intentó al aplicar el término secundario a todos los casos con una historia de enfermedad psiquiátrica no afectiva previa, de alcoholismo, enfermedad médica o la ingesta de ciertos fármacos.

- *Clasificación basada en los síntomas: leves y graves.*

Hay dos formas distintas de trastorno depresivo: depresiones neuróticas también conocidas como leves, y psicóticas o graves. La diferencia entre estas dos manifestaciones es la intensidad del síntoma, aparentemente los síntomas de

una depresión psicótica son más intensos. En cuanto a esta clasificación no hay un acuerdo unánime ya que frecuentemente son más intensos algunos síntomas en la depresión leve que en la grave.

Clasificación por curso y tiempo de vida: trastorno unipolar y bipolar.

Esta clasificación se basa en el tiempo de duración de la depresión, Leonard (1962, citado en Gelder, Gath y Mayou, 1993) sugirió una división en tres grupos: los pacientes que presentan sólo trastorno depresivo o trastorno unipolar; los que tenían sólo manía o manía unipolar; y los que presentan ambos trastornos; trastorno depresivo y manía o trastorno bipolar. El mismo Leonard propuso que casi siempre quien presenta un trastorno unipolar en algún momento puede presentar un trastorno maniaco. En otras palabras, el grupo unipolar inevitablemente contienen ciertos casos bipolares que no se han declarado aún pero en algún momento aparecerán.

Gelder, Gath y Mayou (1993) mencionan que existen otros tipos de depresión que no se consideran dentro de los grupos mencionados y al parecer son grupos separados, dentro de ellos se encuentra: el trastorno afectivo estacional que sólo aparece en determinados períodos, generalmente en ciertas estaciones del año; la depresión involutiva, cuya etiología está relacionada con la involución de las glándulas sexuales y la depresión senil que se presenta en la tercera edad.

1.4 Sintomatología

Desde el punto de vista psicológico existen diversos enfoques que explican la etiología de la depresión, y las diversas teorías proponen diferentes formas de abordarla en el campo de la terapia. No obstante los desacuerdos entre los enfoques, hay un punto en el que existe consenso: la sintomatología que acompaña al trastorno.

En el caso de la mujer, Dio (1992) encuentra formas particulares de depresión en momentos determinados, como son: depresión premenstrual, depresión postparto, depresión de la mujer de edad media y síndrome del “nido vacío” o depresión postmaternal. En todas estas formas los síntomas afectan las actividades cotidianas, pero cuando incapacitan se trata de una depresión mayor. Si tan sólo impiden temporalmente la realización de las actividades, entonces se trata de una depresión encubierta. Aún así, los síntomas más comunes son:

- 1) Estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o “vacío” (párpados caídos, mirada triste, ansiedad, desarreglo personal).
- 2) Sentimientos de desesperanza y pesimismo (no encontrar alternativas a los problemas ni a su situación, ideación suicida).
- 3) Sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad (ideas delirantes, trastornos de la autoestima).
- 4) Pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban (incluyendo el sexo).
- 5) Insomnio o hipersomnio (adicción a los hipnóticos).
- 6) Disminución de energía, fatiga, inhibición psicomotriz (cansancio, voz y movimientos lentos).
- 7) Inquietud, irritabilidad (explotar por todo).
- 8) Dificultades para tomar decisiones, de concentración, trastornos de memoria (disminución de eficacia intelectual).
- 9) Ideas e intentos de suicidio (suicidio histérico o muerte anunciada).

Las depresiones encubiertas tienen un diagnóstico propio, pero pueden dar lugar a una sintomatología singular como:

- 1) Comer compulsivo (sensación física de vacío estomacal).
- 2) Problemas en la vida de pareja (como consecuencia y no como causa).

- 3) Problemas en las relaciones interpersonales (con la madre, hijos, hermanos, etc.).
- 4) Síntomas físicos (somatizaciones).

Una investigación llevada a cabo por Ortega, Lartigue y Figueroa (2001) menciona como síntomas de la depresión y con base en la teoría psicoanalítica a los siguientes: falta de interés en el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, empobrecimiento del yo, autorreproches, sentirse insignificante, baja de la libido, propensión al suicidio, tendencia o alternancia con la manía, fijación de la libido en la fase oral, una seria ofensa al narcisismo infantil antes de la superación del complejo de Edipo, repetición en la vida posterior de la decepción primera. Así, la etiología de la depresión al parecer es la misma que la del duelo.

La investigación de Ortega y cols. (2001) pretendió determinar la prevalencia de depresión en el período perinatal; refiriendo que éste comprende la gestación, el parto, puerperio y el primer año de vida del bebé. Este período es considerado como de máxima vulnerabilidad, ya que se enfrentan drásticos cambios físicos y psíquicos dentro del ciclo de vida de la mujer. La investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología en México, el instrumento fue la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS) para verificar su efectividad en la etapa prenatal (último trimestre de embarazo) y postnatal (seis semanas después del nacimiento); el único criterio de exclusión para seleccionar la muestra fue que el bebé naciera con malformaciones o que muriera. El instrumento consta de 10 preguntas que evalúan los síntomas más comunes de depresión y son: 1. He podido reírme. 2. He podido anticipar con gusto. 3. Me he culpado innecesariamente. 4. He estado angustiada o preocupada. 5. He estado asustada o con miedo. 6. Me he sentido rebasada. 7. Me siento infeliz o con problemas para dormir. 8. Me siento triste o desgraciada. 9. He estado triste o he llorado. 10. He intentado hacerme daño. Dentro de los resultados se encontró que el embarazo y el inicio de la vida reproductiva son una etapa muy importante en la vida de la mujer, pero que también implica la pérdida de objetos, se asocia a la

depresión con una condición socioeconómica desfavorable, a la baja escolaridad y al problema de género. También se reporta que antes del parto es posible identificar a las mujeres que en un futuro sean candidatas a sufrir depresión posparto y sugieren que las instituciones de asistencia médica las evalúen como medida preventiva para identificar de manera oportuna este padecimiento e iniciar la psicoterapia desde la gestación.

1.5 Causas

El modelo cognitivo de Beck (1979, citado en Harrison, Beck y Buceta, 1991) sugiere que la depresión es producto de distorsiones cognitivas que surgen cuando la persona evalúa sus experiencias negativamente, reflejándose esto en su auto-imagen, su percepción del mundo y del futuro. Se generan pensamientos automáticos disfuncionales que provocarán y mantendrán la depresión. Al parecer el origen de estos pensamientos irracionales es un sistema de creencias o reglas que se vuelven disfuncionales, y que generalmente son: absolutistas, extremas y arbitrarias, este sistema de creencias se vuelve un marco de referencia para que el depresivo evalúe las experiencias vividas.

Este modelo propone una estrecha vinculación entre: pensamiento, conducta y emociones, en otras palabras, lo que la persona piensa influirá en como sentirá.

Determinados acontecimientos vitales se relacionan con el desencadenamiento de los trastornos afectivos. Ezquiaga y García (1997) sugieren que la depresión es provocada por ciertos tipos de acontecimientos vitales y las características de los mismos. Entre ellas se encuentran:

- 1) Gravedad de los acontecimientos vitales. Los que implican una amenaza moderada o severa están más asociados con el inicio de la depresión.

- 2) Acontecimientos vitales provocadores de pérdidas. Frustración, impotencia, separaciones interpersonales, muertes, pérdida de la autoestima, e incluso en las áreas laboral y económica.
- 3) Valoración contextual. La valoración del contexto en el que ocurre el acontecimiento vital modifica significativamente la evaluación del impacto que provoca.
- 4) Falta de control sobre los acontecimientos vitales. Percepción de la imposibilidad para controlar situaciones en el presente, (desamparo aprendido)
- 5) Problemas interpersonales. Que implican acontecimientos vitales.
- 6) Los acontecimientos vitales que implican humillación y vivencia de sentirse atrapado.
- 7) Dificultades crónicas. Definidas como problemas que implican una duración superior a las cuatro semanas.
- 8) Acontecimientos vitales positivos. Como matrimonios, ascensos; no se ha establecido una relación muy clara entre ellos.

Otros factores de riesgo mencionados por estos autores son la vulnerabilidad ya sea biológica o psicológica y son:

- 1) Genéticos. Aunque no muy estudiados y con poca confiabilidad, pero algunos estudios los señalan como el segundo factor de importancia.
- 2) Evolutivos. Existe evidencia de que las experiencias adversas en la infancia y adolescencia aumentan el riesgo de depresión en el adulto.
- 3) Cognitivos. La depresión puede ocurrir cuando la vulnerabilidad cognitiva específica interactúa con acontecimientos vitales negativos; la baja autoestima y estilos atribucionales negativos.
- 4) Soporte social. Número de amigos, frecuencia de contacto, apoyo recibido, etc.

Otras posibles causas de depresión: son la carencia de autoestima, la edad avanzada y la tendencia a acordarse de acontecimientos vitales negativos. Así, existe suficiente evidencia científica para aceptar la asociación entre acontecimientos vitales y la etiopatogenia y evolución de los trastornos afectivos.

Por su parte, Montero (1999) comenta que existen varias hipótesis acerca de las causas de la depresión, entre ellas menciona las hipótesis biológicas y las hipótesis psicosociales. En cuanto a las primeras, algunos estudios sugieren que hay relación entre la depresión y el género, ya que se presentan diferencias hormonales entre uno y otro género. La relación entre el ciclo menstrual, síndrome premenstrual y la depresión lleva a la idea de que éstos influyen en las actitudes, conducta, cognición y la autovaloración. También se planteó la asociación entre los anticonceptivos y la depresión, pero es mínima. El puerperio y la menopausia en los cuales se deben extremar los cuidados son posibles factores relacionados con la depresión. Con respecto a las hipótesis psicosociales, existen como explicaciones sociales de la depresión en la mujer: el estar casada; es un factor de riesgo, sobre todo cuando hay ingresos bajos e hijos pequeños; la situación ocupacional, ya que hay sobrecarga al cuidar a hijos, ancianos y en ocasiones familiares enfermos, este exceso de responsabilidades conduce a un colapso emocional y predispone a mayor vulnerabilidad hacia los trastornos afectivos. También se mencionan la baja autoestima, dependencia y bajas aspiraciones, la pérdida de relaciones interpersonales, la ausencia de un confidente y la existencia de un apoyo social pobre.

Los diversos autores e investigadores toman en cuenta sólo algunos aspectos que se ajustan a su teoría y distorsionan o en algunos casos ignoran aspectos que pueden contradecir a sus formulaciones básicas. Ésta parece ser una deficiencia de muchas teorías. Quizá sea preferible considerar las propuestas de cada enfoque como perspectivas diferentes de un mismo problema clínico y que se complementan entre sí y destacar aspectos importantes omitidos por otros.

En el siguiente capítulo se revisarán los principales enfoques y la explicación que brindan acerca de la depresión, así como sus propuestas más relevantes, estas teorías son: el enfoque biologicista, y los paradigmas psicológicos: conductual, cognitivo conductual y psicoanálisis.

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN DESDE DIFERENTES TEORÍAS

Feidman (1976, citado en Bacot, 1991) agrupa a las teorías sobre depresión en cuatro categorías principales: 1) biologicistas, 2) conductistas, 3) cognitivas conductuales y 4) psicoanalistas. Cada una propone un modelo diferente para explicar la depresión. Las tres primeras categorías han dado gran relevancia al funcionamiento intrapersonal (biológico, o intrapsíquico), e ignoran el contexto interpersonal en el cual surge y se mantiene la depresión

2.1 Enfoque Biologicista:

Es el caso de la psiquiatría, considera que los trastornos de la personalidad, como la depresión están relacionados con el funcionamiento orgánico.

Saranson y Saranson (1996) arguyen que la causa de la depresión se encuentra en los genes heredados de los padres, o en alguna disfunción fisiológica (hereditaria o no hereditaria). No se conoce con exactitud cómo se hereda la depresión pero descubrimientos en estudios de gemelos indican que existen elementos hereditarios,

Dentro de las principales propuestas biologicistas se encuentra la teoría de los receptores de estímulos. El cerebro y el sistema nervioso están compuestos de células especializadas llamadas neuronas; éstas llevan los impulsos nerviosos con gran rapidez por medio de un flujo de iones como el sodio y el potasio. Este flujo se genera cuando se altera el potencial de descanso de la membrana celular. Los impulsos viajan de una neurona a otra cruzando una región de contacto interneuronal llamada sinapsis. Se necesita un neurotransmisor químico especial para llevar los impulsos a través de esta sinapsis. Se han encontrado diez o más de estas sustancias químicas en el cerebro, cada una actúa de manera diferente

en diversas regiones del cerebro, una neurona individual sólo puede utilizar uno de estos neurotransmisores.

Son de particular interés los neurotransmisores llamados catecolaminas ya que al parecer son los que están más íntimamente relacionados con las emociones, uno de estos transmisores, la dopamina está relacionada con los grupos de neuronas que intervienen en la regulación del alimento y los líquidos; los efectos del hipotálamo en la glándula pituitaria, y la expresión de la emoción. Otro neurotransmisor importante es la norepinefrina que se relaciona con las sensaciones placenteras y también con la sensación de depresión.

Cuando existe una variación en la cantidad de las catecolaminas, se puede advertir que la manera como se transmiten los impulsos a través del sistema nervioso central puede estar relacionada con el trastorno depresivo. A partir de esta idea surge la teoría de las catecolaminas sobre la depresión que dice: la depresión es producida por una deficiencia de las catecolaminas.

Es importante mencionar que los aspectos bioquímicos se aplican mejor a la depresión endógena, cuyo origen no es muy claro.

Lingarde (1983, citado en Navarro, 1990) aporta un resumen de las investigaciones llevadas a cabo en casos de depresión endógena y que sugieren la presencia de antecedentes bioquímicos:

- 1.- En este tipo de depresiones en la mayoría de los casos existe un factor genético, que influye de una generación a otra. Algunas de estas familias ya presentan predisposición a la depresión.
- 2.- La mayoría de los profesionales del campo de la salud no están de acuerdo en que una explicación psicológica sea suficiente para explicar satisfactoriamente la depresión endógena, la toman como un complemento.

3.- La depresión donde existen factores bioquímicos la mayoría de las veces responde favorablemente a los tratamientos psiquiátricos, sustancias antidepresivas, terapia electro convulsiva, etc., por lo general no responde a la psicoterapia.

4.- La psicoterapia puede ser efectiva para tratar a la depresión endógena cuando se combina con los medicamentos antidepresivos adecuados.

5.- Las investigaciones vinculadas con la teoría biologicista sugieren la presencia de alguna deficiencia primaria en las funciones bioquímicas.

2.2.- Enfoque conductual:

Ballesteros (1982) encontró que el primer intento de un análisis conductual de la depresión se encuentra en la obra de Skinner (1953) *Ciencia y Conducta Humana*, se define a la depresión como un debilitamiento de la conducta, por falta de reforzamiento positivo.

Ballesteros también menciona a Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979) quienes encontraron que una alta tasa de de experiencias castigantes (interacciones aversivas, estresantes, desagradables, etc.) son causa de depresión. Las interacciones castigantes o punitivas con el medio ambiente pueden causar depresión, directa o indirectamente, al interferir con la involucración y disfrute de actividades reforzantes como: experiencias sexuales, relaciones sociales, actividades recreativas en el hogar, etc.

Dentro de esta misma teoría Saranson y Saranson (1996) definen a la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social. Se conceptualiza a la depresión como un fenómeno de

extinción y como baja frecuencia de emisión de conducta positivamente reforzada.

Uno de los modelos más aceptados dentro del enfoque conductual es el modelo de Lewinsohn, quien plantea: 1) la depresión y otros síntomas clínicos resultan cuando la conducta recibe poco reforzamiento. 2) Esta tasa de reforzamiento tiende a disminuir. 3) la cantidad de reforzamiento positivo está en función de: a) número de reforzadores potenciales en razón de sus características particulares, b) número de reforzadores potenciales en razón de su ambiente y c) repertorio de conductas que pueden ser reforzadas.

Bower (1996) sugiere que el desamparo aprendido de Seligman es un modelo que podría ayudar a entender el trastorno depresivo. En un experimento realizado por Seligman y Maier, en 1967, para explicar el paradigma del desamparo aprendido utilizaron a dos grupos de perros a los cuales se les aplicaron descargas eléctricas dolorosas e impredecibles, pero sólo un grupo podía evitarlas al oprimir un panel y el otro no podía evitarlas a pesar de las respuestas que diera. Como la incapacidad, del grupo que no podía evitar de ninguna forma los choques, para actuar dependía de una historia de exposición a descargas no contingentes de las que no podían escapar, el fenómeno se denominó "desamparo aprendido"; esto es que si no podían tener control sobre las descargas para intentar evitarlas; después de determinadas sucesiones de descargas el perro sólo se quedaba quieto "soportando" las descargas. Algo semejante ocurre con los humanos que presentan desamparo aprendido el cual sería una característica de la depresión.

Bower (1996) menciona que los déficits emocionales de los sujetos con desamparo aprendido son clínicamente interesantes y se asemejan a aquellos que se asocian con el individuo desesperanzado, desanimado o completamente frustrado; y Seligman (1975, citado en Bower 1996) ha considerado el desamparo aprendido como una analogía de la depresión clínica humana.

Así que la teoría de Desamparo Aprendido establece que atribuir "incapacidades" a factores internos sugiere, precisamente, cierta tendencia al desamparo aprendido. "la depresión para este modelo es el convencimiento de la propia impotencia.

Entonces el desamparo aprendido es una forma de depresión en donde los seres humanos, como los animales, están convencidos de la propia indefensión que se convierte en un obstáculo para intentar alternativas de escape de las tensiones y problemas.

2.3.- Enfoque Cognitivo Conductual:

Sabanés (1993) refiere que este modelo fue elaborado por A. Beck en la década de los 70's, empleando el término cognición para definir el proceso mental, el cual abarca las funciones psíquicas como la percepción, la memoria, el pensamiento, el lenguaje, las creencias, las actitudes y la conducta.

Figuroa (2002) formula que la Teoría Cognitiva también es conocida, como Cognitiva Conductual ya que utiliza técnicas provenientes del conductismo y de la teoría del aprendizaje por su eficacia comprobada, dejando ver con ello que es un enfoque flexible y no dogmático; los modelos cognitivo conductuales tienen un enfoque más empírico y orientado hacia lo conductual (más lo cognitivo).

Según Bacot (1991) estos modelos se apoyan en las siguientes premisas:

- 1.- El organismo responde a las representaciones cognitivas del ambiente y no al ambiente.
- 2.- Estas representaciones cognitivas son aprendidas al igual que la conducta observable.
- 3.- La mayor parte del aprendizaje humano está mediado cognoscitivamente.

4.-Los pensamientos, emociones y conductas están interrelacionados causalmente.

Los enfoques cognitivos, asignan a las cogniciones un papel causal en el surgimiento de la depresión. Beck., Rush, y Emery (1983) de acuerdo a una serie de experiencias en animales y humanos, sugieren que en la depresión, sucesos estresantes infantiles estimulan la generación de estructuras o "esquemas" cognitivos negativos, los esquemas depresivos son creencias o supuestos básicos disfuncionales, mantenidos, no explícitos, abstractos, que regulan la información sobre sí mismo ("esquema de sí") esta información de los esquemas está almacenada en la memoria de largo plazo con el título de proposiciones generales, juicios y suposiciones distorsionados, e incluye reglas para la autoevaluación. Un depresivo puede tener una cantidad de "autoesquemas" que permanecen y no están sujetos a análisis hasta que son activados por eventos temáticamente interconectados

Para Beck y cols. (1983) cada persona tiene un esquema, una forma de pensar con la que enfoca y experimenta la vida, también propone que ya hay una alteración previa en la manera de pensar que precisamente, provoca la alteración del estado de ánimo, concluye que los desórdenes depresivos son el resultado de la atención selectiva prestada a un grupo de pensamientos que aparecen de manera automática en el individuo sin que los perciba adecuadamente, estos pensamientos se caracterizan por ser irracionales, pensamientos que generan emociones dolorosas y desagradables. Considera que los depresivos presentan maneras de pensar características como son: baja autoestima, ideas de pérdida, autocrítica y autoinculpación, ideas exageradas del deber y la responsabilidad, frecuentes autoimposiciones, deseos de huir y de suicidarse. Asimismo menciona la triada cognitiva como uno de los principales factores predisponentes de la depresión: visión negativa de uno mismo, del futuro y del mundo.

Beck y cols. (1983) hallaron que algunos errores cognitivos que llevan al individuo a distorsionar la realidad, son:

- 1.- Conclusión arbitraria: conclusión a la que se llega sin tener pruebas.
- 2.- Abstracción selectiva: conclusión obtenida en uno de tantos elementos.
- 3.- Generalización excesiva: conclusión obtenida en base a un solo elemento.
- 4.- Magnificación y minimización.

Se tiene así una correlación entre la depresión y las distorsiones de pensamiento, más no una relación causal.

Asimismo los depresivos se rigen por algunas reglas que consideran inflexibles:

Algunos de los conjuntos de reglas que posee el depresivo (dogmas) son:

- Debo ser aceptado por todos siempre
- Debo ser exitoso en todo siempre
- Debo ser amable y perfecto siempre

Dentro de este enfoque es importante mencionar a Ellis (1962, citado en Calvete y Cardeñoso, 1999) quien propone un paradigma ABC en el que establece el principio básico de que las cogniciones median y son importantes en la génesis, desarrollo y mejora de los trastornos emocionales, conductuales e interpersonales. En el esquema ABC, los acontecimientos y sucesos del ambiente (A) no producen directamente las consecuencias emocionales y/o conductuales, sino que son los (C) pensamientos, actitudes y creencias que intervienen sobre A, los que causan dichas consecuencias.

Los pensamientos, actitudes y creencias de las personas (B) adoptan formas muy diferentes, de acuerdo a su sistema de reglas.

Vargas e Ibáñez. (1998) sugieren que los conceptos de creencia irracional y racional son de gran importancia en este modelo. Las creencias irracionales son:

- a) Son falsas. No se concluyen de la realidad y presentan sobregeneralización.
- b) Son órdenes o mandatos. Se expresan como demandas, deberes y necesidades.
- c) Provocan emociones inadecuadas como: ansiedad, depresión, etc.
- d) No ayudan al logro de objetivos. Cuando la persona está dominada por creencias absolutas y desbordada por las emociones, no está en la mejor posición para llevar a cabo tareas y reconocer aspectos positivos de su vida.

2.4 - Enfoque psicoanalítico:

Se ha intentado explicar la depresión desde diferentes paradigmas psicológicos, al respecto el psicoanálisis fue pionero y tiene una importancia capital.

Sabánes (1993) menciona que la teoría psicoanalítica acerca de la depresión tiene sus postulados en la obra de Freud (1917) duelo y melancolía. Así el trastorno tiene su origen en la etapa oral, donde la satisfacción excesiva o insuficiente de necesidades limita el desarrollo psicosexual.

Freud (1917) en su obra el duelo y la melancolía, mostró interés en la depresión, en este trabajo compara la melancolía con el duelo, encontrando numerosas semejanzas, así como algunas diferencias, en los dos fenómenos se presenta una aguda sensación de abatimiento, por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar, e inhibición de la actividad. Pero sólo en la melancolía se presenta disminución de la autoestima que da lugar a autorreproches y a expectativas irracionales de castigo.

El melancólico tiene un conocimiento incierto de la naturaleza de su pérdida y no es capaz de definir la causa de su desconsuelo. No obstante que sabe quien es la persona perdida no tiene claro qué es lo que ha perdido con ella. Con esta observación Freud concluye que se trata de una pérdida interna e inconsciente. También la disminución de la autoestima sugiere un empobrecimiento interno, en el duelo el mundo se vuelve pobre y vacío; en la melancolía esto le sucede al yo.

Freud (1917) explica esta sensación interna de pérdida presente en la depresión de la siguiente manera: el encuentra la explicación en lo inapropiado de los reproches, que presentan las siguientes características: a) tienen un contenido moral, b) son injustificados, c) son expresados de manera pública y sin vergüenza.

Esto es causado por una escisión del yo del sujeto depresivo ya que una parte del yo se opone al otro, lo enjuicia y lo ve como un objeto externo. Partiendo de estos datos clínicos, sugiere que los autorreproches no están dirigidos en realidad hacia la propia persona, sino a alguien que el sujeto ama, amó o siente que debería haber amado. Los autorreproches son reproches a un objeto amado, que fueron desviados hacia el yo del propio paciente. En consecuencia, el sujeto melancólico no debería avergonzarse ya que las recriminaciones están dirigidas a otra persona.

Freud (1917) argumentó que en la infancia el sujeto depresivo estableció una relación objetal muy intensa que resultó deteriorada por el desengaño ocasionado por la persona amada. La ruptura de la relación fue seguida por la salida de la carga libidinal, pero la libido liberada no pasó a otro objeto, por el contrario esta libido se apartó hacia el yo. Sin embargo se produjo una identificación entre un sector del yo y el objeto abandonado, identificación en la cual la libido quedó absorbida. En consecuencia la representación internalizada del objeto perdido recibe los sentimientos ambivalentes del individuo y se convierte en el blanco del desprecio y el odio que habrían sido dirigidos contra el

objeto perdido. Las pérdidas posteriores avivan la pérdida original y hacen que la furia del paciente se descargue contra el objeto que produjo la decepción original y que ha quedado fusionado con parte de su propio yo. En casos severos el sadismo es tan fuerte que el paciente llega al suicidio en su afán de destruir por completo la imagen interna del objeto.

Otra propuesta importante del enfoque psicoanalítico es la que ofrece Melanie Klein (1952, citado en Segal 1992) quien define a la posición depresiva como una “fase del desarrollo en la que el infante reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto”, es en este momento, cuando el infante reconoce a su madre y a otras personas como objeto total y objeto parcial disociado como por ejemplo, las manos, el pecho, la cara, etc. Al disminuir los procesos se distorsiona la percepción de los objetos, de modo que estos cambios estimulan la maduración fisiológica y la maduración del sistema nervioso central permitiendo una mejor organización de diferentes áreas fisiológicas. Así mismo se desarrolla la memoria y se reconoce una ambivalencia en la posición depresiva. Para Klein (1952) la depresión es una fijación en la posición depresiva.

Existen otras propuestas basadas en la teoría psicoanalítica como son: la de Sandor Rado (1928, citado en Ariete y Bemporad 1993) quien sugiere una red de interrelaciones entre el yo, el superyó y el objeto amado. Para Rado los depresivos necesitan sentirse amados y admirados y no toleran que esta necesidad se frustre. En estos pacientes las gratificaciones narcicistas y el mantenimiento de la autoestima dependen desmedidamente de los demás y sólo logran bienestar en la medida en que consiguen la aprobación del objeto amado.

Dentro de los partidarios de la psicología del yo se encuentra la propuesta de Fenichel (1945, citado en Ariete y Bemporad 1993) él se refirió a los depresivos como adictos al amor que insisten en recibir un flujo abundante de benevolencia, sin preocuparse demasiado por la personalidad o necesidades de quien se las otorga.

Como ya se comentó con anterioridad el enfoque psicoanalítico ha hecho un sinnúmero de aportaciones al estudio del trastorno depresivo y lo ha investigado en diferentes contextos incluyendo la depresión en la mujer y particularmente, en períodos trascendentales como: embarazo, parto y posparto. En el capítulo siguiente y partiendo de este paradigma se hará una revisión del trastorno en esos períodos tan significativos.

CAPÍTULO 3 PARTO, DEPRESIÓN POSPARTO

31.-El parto

El parto ocurre cuando el bebé es expulsado del útero materno, luego de la semana 22 de gestación.

Márquez (1998) concibe al parto como un suceso importante en la vida de las mujeres que implica dos aspectos primordiales: un gran cúmulo de emociones y un severo esfuerzo físico. Sostiene que es un evento que impacta la vida de la mujer en una forma definitiva, sobre todo si coincide con alguno de los momentos vitales como la adolescencia.

Se ha visto que estos dos aspectos han sido casi del todo ignorados en los programas donde se supone se prestará algún tipo de apoyo a la mujer. López (2001) argumenta que la concepción del modelo médico de salud enfermedad podría ser en parte responsable de este olvido, ya que deja de lado los aspectos humanos que en otros enfoques son determinantes.

En relación al aspecto físico Mc Farlane (1978) lo define como un acto fisiológico que se presenta acompañado de dolores realmente penosos, gritos, suspiros, lágrimas, hasta llegar a la sensación de muerte. Los dolores en el parto están vinculados a las contracciones uterinas. En la matriz, en su envoltura abdominal, en los vasos sanguíneos, así como en los otros órganos, existen numerosas terminaciones nerviosas sensibles, algunas de las cuales al ser excitadas, generan impulsos nerviosos. Estas excitaciones llegan al cerebro y se convierten en sensaciones dolorosas. Los principales tipos de sensaciones que provocan estos impulsos son de tipo mecánico: distensión y tensión de las fibras musculares de la matriz, distensión de su envoltura abdominal, distensión de los vasos, de los nervios, etc.

En esta misma línea Canto (2000) define al dolor obstétrico, como la sensación desagradable causada por la contracción del músculo uterino y el paso del feto por el canal del parto, siendo este la causa más frecuente de dolencia en la embarazada. La intensidad de éste dolor resulta difícil de medir, pero Melzack (1975, citado en Canto 2000) demostró que es comparable al dolor producido por la amputación de un dedo. Desde el punto de vista humano este investigador ve la necesidad de inhibir el dolor obstétrico, ya que de no hacerlo se produce en la mayoría de las futuras madres, vivencias que pueden transformar una situación placentera y de alegría en un hecho desagradable, con la posible repercusión negativa a futuro en la relación afectiva entre madre e hijo. Numerosos estudios han demostrado los beneficios que se obtienen en la díada madre-producto con el simple hecho de controlar el dolor obstétrico.

Pérez y Márquez, (1998) encontraron que los síntomas durante el embarazo y el parto que presenta el 65% de las mujeres son la náusea, el vómito, mareo, el dolor, etc., pero realmente poco se toman en cuenta los síntomas considerados propios de la salud mental, como la depresión, miedo y tristeza exagerada que suelen presentar una de cada cinco mujeres.

En cuanto al aspecto emocional, las autoras refieren que en el embarazo y el parto, la mujer se enfrenta a conflictos no resueltos y a un reacomodo en su individualidad para ajustarse a su nueva condición de madre ya que en el parto hay dos dimensiones: la subjetiva y la objetiva y los factores que se concentran en la atmósfera de ansiedad y miedo que se transmiten de generación en generación, por lo que el significado que cada quien le da a su experiencia es el aspecto subjetivo, y el objetivo será la acción concreta y el significado relacionado con la experiencia.

Refiriéndose a este suceso Arieti y Bemporad (1993) explican que el nacimiento de un nuevo hijo, es un hecho muy significativo y no puede ser visto como un factor precipitante común. Es un suceso que por sus características

exclusivas encuentra en el paciente el terreno más propicio para provocar un desorden psiquiátrico

Gruen (1993) Bellak y Small (1988), (citados en Lara, Acevedo y López, 1998) manejan los siguientes aspectos como causas de depresión en el posparto: deterioro narcisista en sus sentimientos de ser mujeres atractivas, cambio en la figura que no se puede recuperar rápidamente, algunas ven a la maternidad como el fin de su juventud y libertad, y perciben al hijo como un rival en el afecto de la pareja, etc.

Por lo antes expuesto resulta difícil que un enfoque unilateral sea suficiente para entender la complejidad del proceso reproductivo.

En un intento de abarcar otros factores Langer (1990, citado en Márquez 1998) y otros psicólogos en su mayoría psicoanalistas se han interesado por investigar procesos psicológicos relacionados con el parto, como la depresión o las estrategias de afrontamiento, también se han incluido aspectos relativos al género que contemplan aspectos subjetivos tales como la identidad y las relaciones de poder que se expresan en la práctica cotidiana. Incluyendo la práctica profesional.

En conclusión el embarazo y el parto constituyen un proceso complejo y dinámico que involucra una gran variedad de construcciones y significados subjetivos propios de cada actor.

Márquez (1998) describe 3 episodios como integrantes del parto: ingreso, trabajo de parto, y el parto propiamente.

El primer momento está constituido por el ingreso que es cuando la mujer llega, se le hace una revisión general (se le mide el abdomen, se le pesa, se le revisan los pies, y se le practica un tacto) esta rutina permitirá saber si se le integra de inmediato o aún debe esperar. La decisión de admitirla dependerá del

grado de dilatación del cuello de la matriz (4 a 5 cms.) en caso de ser afirmativa se procede a abrir el expediente y tomar las medidas necesarias para el ingreso a la sala de trabajo de parto.

Es una práctica común que el personal encargado de llevar a cabo todas estas tareas las haga de una manera impersonal sin mirar siquiera a la cara de la mujer, es usual que no obstante que permanece varios minutos en este lugar se le pregunte su nombre varias veces y el clima donde se lleva a cabo la inspección y el ingreso sea frío y en ocasiones hasta hostil, ya que se demanda a la parturienta que no se queje, que no se mueva, que no proteste.

Por otro lado, para la mayoría de las mujeres esta rutina resulta vergonzosa ya que la cultura indica cubrir los genitales, y en este caso es todo lo contrario, ya que el tacto lo realiza el especialista cada 15 a 20 minutos, y en ocasiones es el especialista, la enfermera, 2 ó 3 practicantes, anestesista, etc.

En el supuesto de que la mujer no sea ingresada de inmediato, no obstante habersele realizado el tacto, se le solicita que vuelva más tarde y mientras tanto realice algún tipo de ejercicio ligero como por ejemplo caminar, la mujer ante este tipo de rechazo se siente desamparada, y rechazada su petición de ayuda.

El segundo escenario es la sala de labor, se trata de una pequeña sala separada del área de ingreso, una vez que la mujer es aceptada y se coloca la bata entra en este espacio donde se le asigna una cama y al médico que se hará cargo de ella.

Márquez (1998) en su trabajo "expectativas y experiencias en el parto" entrevistó a 27 mujeres y encontró que la mayoría de las interrogadas reportaron que el médico generalmente toma asiento a un lado de la cama, no interactúa con ellas, algunas veces está leyendo, o durmiendo. Su contacto se limita a ocasionalmente tocar el abdomen de la mujer hasta que la matriz alcanza la

dilatación necesaria. En este tiempo la mujer suele quejarse, incluso llorar, pero esto no hace que la actitud del médico cambie. López (1998) en su obra *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, expone que algunos médicos tienen una imagen de la mujer como: nerviosa, débil y mentirosa; por lo tanto, es posible que se le llame la atención de una manera desagradable, con reclamos: “¿cómo no lloró cuando lo estaba haciendo!”, “¿cállese que no es la primera que tiene un hijo!”, “¿no sea chillona!”, en este episodio la mujer ve minimizado su sufrimiento, se le da poca importancia a su dolor.

El tercero de los escenarios es la sala de expulsión aquí la situación es más caótica, porque ya es la culminación del proceso, es altamente estresante para todos, ya que se trata de una situación de riesgo total.

Dentro de este proceso del parto se encontró que al parecer la percepción de este acontecimiento está relacionada con una construcción anterior que se relaciona con lo que se les ha dicho y lo que han visto: se tropieza con el aspecto romántico que está relacionado con lo tradicional, ser mujer es igual a ser madre, por otro lado se hallan las informaciones que lo definen como un acontecimiento terrible y doloroso.

En conclusión, para algunas mujeres el parto llega a significar un descanso, una liberación de un estado de malestar extremo. También existe una sensación de pérdida, que se siente en el vientre como una ausencia, es decir la sensación de que ya no existe lo que llenó ese hueco que no es sólo físico sino también emocional.

La situación de embarazo y parto, son procesos de resignificación y de una forma introyectiva; los temores, miedos y sueños tienen un papel importante en el parto, ya que es el enfrentamiento a una situación que puede causar mucho dolor y hasta la muerte.

Pérez y Márquez (1998) encontraron que en nuestra cultura el embarazo y el parto se han visto rodeados de una atmósfera de ansiedad y miedo que se transmiten de madres a hijas, esto en cierta medida determina el significado que se le da a estos eventos.

3.2 -La depresión posparto:

Tomás, Pedrós y Aguilar (1999) afirman que después del parto la mujer experimenta cambios en diferentes aspectos de su vida a los cuales se debe adaptar y reconocieron que estas alteraciones pueden ser causa de: depresión postparto, puerperal, o postnatal, a este tipo de depresión se le compara con cualquier episodio depresivo, ya que se presentan síntomas muy similares: anorexia, insomnio, delicadeza emocional, ansiedad y confusión leve, etc. señalan que el comienzo del trastorno es en las primeras dos semanas después del parto pero según el DSM-IV, el inicio de la sintomatología debe presentarse en las primeras cuatro semanas posteriores al parto, no se considera posparto si se presenta después. No existe consenso al respecto ya que incluso hay autores que aseguran que puede aparecer hasta nueve meses después.

En cuanto a la duración la depresión posparto parece ser mayor que la de la depresión en otros momentos de la vida

Luna (1999) examinó la sintomatología que aparece en este período y reconoce los cambios como, depresión posparto, la define como: un estado mental alterado, que se manifiesta con síntomas como: tristeza, pérdida de interés por cosas que antes eran gratificantes, trastornos en el apetito, trastornos en el sueño, fatiga, pérdida de energía, ansiedad, ataques de pánico; los síntomas pueden variar de acuerdo al tipo de depresión. La investigadora propone la siguiente clasificación: a) depresión leve, b) depresión de moderada a grave, y c) psicosis posparto.

3.3 -Clasificación:

- a) Depresión leve o “baby blues” : aparece desde el momento del parto y se agrava al quinto día según Endicott, Wissman y Yonkers (1977, citado en Luna 1999) la presentan alrededor del 80% de las mujeres, y se manifiesta con cambios en el estado de ánimo, ansiedad, baja autoestima, sensibilidad excesiva, etc.

- b) Depresión de moderada a grave: esta depresión es más prolongada llegando incluso a permanecer meses si no es tratada de manera adecuada, los síntomas que predominan en esta depresión son los mismos que en la depresión leve sólo que más intensos, se agrega además la preocupación excesiva por la salud del bebé, miedo a lastimarlo, cuidarlo e incluso a permanecer cerca de él, esta depresión se presenta en 15 a 20% de mujeres.

- c) Psicosis posparto: en este tipo de depresión aparecen miedos poco comunes que no presentaba la mujer antes del parto, pensamientos suicidas, alucinaciones, delirios acerca del niño, intentos de infanticidio, etc., este tipo de depresión es más fácil de identificar por su intensidad, así también su prevalencia es menor aparece en 1 de cada 500 a 1000 mujeres.

Siguiendo esta misma línea Dio, (1992) establece una clasificación similar a la de Luna (1999):

- a). Reacción depresiva pasajera: reacción frecuente con una duración de 24 a 48 horas entre el 50 y 80 % de las mujeres en la cual se presenta llanto después del parto. Un llanto de preocupación, ansiedad y confusión por no saber qué hacer con el bebé. Al tranquilizarse y familiarizarse con la situación el llanto va desapareciendo, por lo que se considera un ajuste normal.

b). Depresión postparto: aparece en un 20 % de las mujeres por un periodo de 6 a 8 semanas e inclusive hasta por un año. Muy similar a la depresión menor o mayor. Caracterizada por desgano, llanto, irritabilidad, trastornos del sueño y apetito, problemas en el cuidado del bebé. Durante la crianza, el niño tiene problemas de sueño y alimentación, además de llanto excesivo, lo cual se considera como “causa” de la ansiedad, fatiga y desequilibrio de la madre.

c). Psicosis puerperal: poco frecuente, 1 / 1000. Se caracteriza por postración, hostilidad, estar ajenas al mundo, ideas delirantes, sentimientos de culpa contra el niño o esposo, preocupación por no querer, atender, o atentar contra el bebé, rechazo total a cumplir con tareas como amamantarlo, tenerlo cerca, etc. Esta clase de psicosis es un trastorno mayor que requiere ayuda profesional.

3.4-Antecedentes históricos

Eyer (1995), Ortega, Lartigue y Figueroa (2001) hallaron que en cuanto a la depresión posparto, es el enfoque psicoanalítico quien más ha investigado al respecto ya que otras aproximaciones teóricas la han dejado de lado, considerando que este desorden es propio y normal del género femenino.

Zilborg (1928-1929, citado en Arieti y Bemporad 1993) fue uno de los primeros autores que enfocó el trastorno posparto desde una orientación psicodinámica, formuló una cadena de interpretaciones ortodoxas. Según él la madre presenta un complejo de castración y para ella el hijo adquiere el valor del órgano masculino perdido. Experimenta también un vínculo materno inapropiado con el bebé y por esta razón se inclina a la masculinidad. Fue también de los primeros que reportó depresión también en el padre después del nacimiento del hijo; lo interpretó fundamentalmente como reactivaciones de un apego edípico incestuoso hacia el padre del sexo opuesto, para él ambos padres son susceptibles de caer en depresión.

Chertok (1969, citado en Arieti y Bemporad 1993) planteó que la maternidad al parecer es una crisis integrativa en el desarrollo psicosexual de la mujer. Asumir el rol de madre trae como consecuencia revivir los conflictos estructurantes propios de la historia personal de la madre. Chertok en su momento formuló que el dar a luz es el final de esta crisis.

Son de gran importancia las investigaciones de Bieber y Bieber (1977, citado en Arieti y Bemporad, 1993) acerca del trastorno depresivo en el posparto o bien el complejo de Niobe, donde el factor desencadenante es la competencia con la madre.

Posteriormente se encuentra la aportación de Arieti y Bemporad (1993) la cual considera que una buena identificación con la madre de la paciente es determinante en la aparición de la depresión posparto ya que la paciente adopta a la madre como modelo y no porque la admire, más bien para ganar su amor y aprobación.

3.5.-Causas

Luna (1999), Tomás, y cols. (1999) coinciden y mencionan que existen varias teorías acerca de la etiología de la depresión posparto: la biológica acerca de la fluctuación de las hormonas, la teoría del hipotiroidismo, la teoría que maneja el factor genético, la psicológica y la teoría psicosocial, que según López (2002) es de gran relevancia en la aparición del trastorno depresivo.

Biológica y fluctuación de hormonas, Macy (1980) y Gruen (1993, citado en Luna, 1999) concuerdan en que después del parto el organismo sufre un descenso repentino y brusco de progesterona, lo que se considera una posible causa de depresión. Dunnewold y Sanford (1994, citado en Luna 1999) convienen y describen los cambios hormonales después del parto como un período lleno de

alteraciones importantes ya que desde el momento en el que se inicia el embarazo los niveles de progesterona y estrógeno se elevan considerablemente, estas alteraciones hormonales provocan cambios en el estado mental de la mujer, por lo tanto es probable que alrededor del 80% por ciento de las mujeres presente al menos una depresión leve. Es importante considerar que la lactancia también produce modificaciones hormonales importantes en el sistema endocrino, ya que la madre al lactar aumentará su cantidad de prolactina, que inhibe la producción de progesterona y estrógeno, aún así es importante mencionar que el amamantar al bebé en la mayoría de las mujeres reduce la intensidad de los síntomas del trastorno depresivo.

Teoría del hipotiroidismo: la hormona tiroidea, al igual que la progesterona y los estrógenos, transporta mensajes al cerebro, mismos que regulan funciones internas como: la energía, la temperatura corporal y otras, cuando esta hormona no se produce en las cantidades requeridas por el organismo, aparecen síntomas como: fatiga, agitación, trastornos del sueño, cambios de humor y ansiedad. Se sugiere que para descartar estos síntomas como depresión se lleve a cabo un control de panel tiroideo.

Teoría de la predisposición genética: Cramer (1993) menciona que unas enfermedades tienden a padecerse en algunas familias de generación en generación y que una de ellas es la depresión, Sanford (1994) propone que es importante realizar a la madre las siguientes preguntas cuando está la sospecha de que existe una depresión atribuida a un factor genético: ¿Sufrió la madre, abuela, hermana depresión posparto?, ¿Hay en la familia historia de enfermedades bipolares o maníaco-depresivas? Incluido el padre o algún otro familiar cercano, ¿Ha habido problemas hormonales en las mujeres de la familia, incluyendo el síndrome premenstrual o la menopausia? Las respuestas positivas a estas preguntas podrían ser indicio de la existencia de trastorno depresivo posparto atribuido a causas genéticas.

Teoría psicosocial: concede importancia a aspectos como: adaptarse a una nueva situación, ser madre, la relación con la pareja y con la familia en general tiende a modificarse. Son factores de riesgo muy importantes para la depresión: la existencia de una relación matrimonial pobre, o una insuficiente relación con la pareja y el no valorarla como confidente, o valorarla despectivamente, la violencia intrafamiliar, Campero (1996) encontró que la Organización de las Naciones Unidas la tipifica como: el crimen encubierto que más se da en el mundo y desafortunadamente afecta principalmente a las mujeres. Es importante mencionar la carencia de una red de apoyo social, la pérdida de la libertad que se tenía antes del nacimiento del hijo, la situación de ser madre soltera, una mala situación económica, que muchas veces se agrava cuando la madre tiene que abandonar su empleo o profesión, el incremento de trabajo que implica los cuidados que requiere el bebé. Algunas mujeres se esfuerzan enormemente por ser madres perfectas como socialmente se exige, son tantos los esfuerzos que terminan agotadas; todos estos aspectos las vuelven más sensibles a la depresión posparto

Psicológicos: la teoría psicoanalítica, considera al embarazo un período de maduración y a la vez de regresión que evoca conflictos infantiles, particularmente en los casos en los que existen modelos maternos inadecuados. Nilsson (1970, citado en, Tomás, Pédro y Aguilar, 1999) encontraron que una percepción negativa de la maternidad y/o una infancia conflictiva son desencadenantes de depresión posparto. Las formulaciones psicodinámicas mencionan que existen actitudes negativas en la maternidad que se asocian con una deficiente identidad materna y predisponen a la depresión. La personalidad, el neuroticismo, una menor extroversión y la baja autoestima se relacionan con la depresión. El estilo cognitivo como el trastorno del autocontrol, el estilo atribucional alterado y la tríada cognitiva son predictores de depresión.

No obstante que estas causas son las más reconocidas existen otras: Vera (1998) señala que entre los principales factores de riesgo de depresión se encuentran los factores sociodemográficos como: el lugar de residencia, la cultura, la etnia y el desempleo.

En investigaciones llevadas a cabo por Ortega, Lartigue y Figueroa (2001) se encontró que ya antes del parto es posible identificar a las mujeres que en un futuro sufrirán depresión posparto y se sugiere que las instituciones de asistencia médica las evalúen como una medida preventiva para identificar de manera correcta y oportuna este padecimiento.

3.6-. La depresión posparto: el enfoque psicoanalítico

Bieber y Bieber (1977, citado en Arieti y Bemporad 1993) confirmaron que en la mayoría de casos de depresión posparto observados a lo largo de sus investigaciones, existe un temor de la paciente a competir con su madre por el número de hijos. A este fenómeno se le denomina también complejo de Niobe, de la mitología Griega. Niobe reina de Tebas e hija de Tántalo, hacía ostentación de su fertilidad diciendo que la diosa Leto no tenía más que dos hijos. Apolo y Artemisa los hijos de Leto, se encolerizaron ante el agravio y mataron a todos los hijos de Niobe. Zeus se unió a la venganza convirtiendo a Niobe en una estatua de piedra en constante llanto, imagen del aturdimiento depresivo. La paciente depresiva a la que se refieren siente que está a punto de demostrar que es superior a su madre y que está recibiendo un castigo igual al de Niobe

Al parecer una de las interpretaciones psicoanalíticas más recientes acerca de la depresión posparto es la que ofrece Arieti y Bemporad (1993) que proponen que en el trastorno existen cuatro personajes centrales: la madre, el bebé, el marido y la madre de la paciente, los terapeutas se inclinan a pensar que el bebé y el marido desempeñan un papel importante, pero nunca tan importante como lo es la madre de la paciente.

La madre además de ser el otro dominante a quien la paciente debe agradecer porque espera su aprobación es una persona con la que la mujer se identifica aunque en el fondo no lo acepta. En otras palabras, la paciente adoptó como modelo a su madre, no porque la admirara sino para ganar su amor y aprobación.

Cuando el bebé nace, la identificación parece completa e irreversible. Ahora la paciente será una madre igual como la suya, Pero esto resulta trágico, no puede aceptarlo y al mismo tiempo debe rechazar a su madre y en consecuencia a una gran parte de ella misma que la sigue como modelo; debe rechazar asimismo gran parte de sus vínculos con otras personas, que son una imitación de los de su madre y por supuesto también su relación con el bebé que confirma su condición de madre. Al mismo tiempo esto le genera una gran culpa ya que no acepta su rol de madre.

En algunos casos se conjugan otras ideas con las ya descritas, como puede ser: la paciente no quiere renunciar a convertirse en la mujer que anhelaba, científica, abogada, etc. Ahora es madre y no podrá continuar con la carrera que era su meta dominante, a estas mujeres el rol de madre les parece insignificante, piensan que hasta los animales hembra lo desempeñan.

En conclusión, hay una estrecha relación con lo que mencionan González y Morales (citado en Lara, Acevedo y López, 1998) quienes señalan que el inicio de la vida reproductiva, el embarazo, y el parto a pesar de estar rodeada de grandes expectativas e ilusiones, implica en el fondo una pérdida de objetos.

En cuanto al diagnóstico y tratamiento Arieti y Bemporad (1993) encontraron que un poderoso indicativo de que está presente en una depresión posparto es el rechazo al bebé y sentirse culpable por ello. Si es así y se está dispuesto a reconocerlo es prioritario hacerle a la madre tres advertencias

fundamentales: a) debe admitir el hecho de que no acepta a su hijo ahora, pero llegará el día en que podrá aceptarlo y amarlo; b) que debe tratar de no sentirse culpable por algo que no puede evitar y c) que entienda que el bebé no va a sufrir; alguien se hará cargo de él hasta que ella esté en condiciones de aceptarlo.

Las diversas teorías que han abordado el tema de la depresión son: la biologicista, la cognitivo conductual, la conductual, y el enfoque psicodinámico, entre otras, pero , la investigación no ha concluido y constantemente surgen nuevas contribuciones que esclarecen conceptos que otras no alcanzan a cubrir o dejan de lado, tal es el caso de la reciente aparición de la teoría de la inteligencia emocional desarrollada por Salovey (1993) en primera instancia y continuada por Goleman (1995, citado en Fernández, Salovey, Vera, Ramos, y Extremera, 1997)).

Este enfoque resalta el papel tan importante que juegan las emociones. Hoy sabemos que hay un fuerte vínculo entre las emociones y la salud, cuando se trata de emociones negativas como la ira y la hostilidad, la tristeza y la autocompasión, el estrés, la ansiedad, los miedos irracionales.

En la última década de este siglo se han llevado a cabo distintas investigaciones sobre cómo afectan a nuestro sistema inmunitario y cardiovascular estados emocionales tan negativos como los que se acaban de mencionar y las conclusiones son preocupantes. En el siguiente capítulo se abordará la teoría de la inteligencia emocional, el papel que juegan las emociones y como una identificación y expresión deficiente de las mismas puede afectar la vida emocional llevando en casos extremos a severas complicaciones como la depresión.

CAPÍTULO 4 UN ENFOQUE DIFERENTE: LA DEPRESIÓN POSPARTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.

4.1-Antecedentes históricos

Se podría pensar que el concepto de inteligencia emocional es reciente, pero no, es conocido desde principios de este siglo, Aparentemente la noción de Inteligencia emocional aparece como respuesta a la pregunta ¿Por qué hay personas que se adaptan mejor que otras a las diferentes contingencias de la vida?

Mestre, Guil, Carreras, y Braza, (1997) relatan que Thorndike en 1920 manejó un concepto equivalente al cual llamó *Inteligencia social* que definió como: “la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, muchachos y muchachas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas”. Thorndike además de la inteligencia social reconocía otros dos tipos de inteligencia: la abstracta o habilidad para manejar ideas y la mecánica habilidad para entender y manejar objetos.

Posteriormente con la aparición de las teorías conductistas en los años 30 no surgió nada notable en cuanto a la inteligencia. No obstante hay algunos trabajos en esa época como los de Weschler con el diseño de las baterías de pruebas de inteligencia para adultos WAIS (1939) y el WISC (1949) ambos se siguen utilizando actualmente.

En los años 50 con el debilitamiento de las propuestas conductistas y la aparición de los procesos cognitivos ligados con el estructuralismo, son significativos los trabajos de Piaget en oposición a los enfoques psicométricos y al procesamiento de la información.

Es importante mencionar a Gardner (1983, en Mestre y cols.1997) quien continua la investigación en relación a la inteligencia, con su trabajo “Estructura de la mente”, en esta obra replantea el concepto de inteligencia a través de la teoría de Inteligencias Múltiples, sostiene que tenemos 7 inteligencias distintas, cada una de ellas relativamente independiente de la otras: Inteligencia musical, kinestésica-corporal, lógico-matemática, lingüística, intrapersonal e interpersonal. Posteriormente el mismo Gardner (1990) las reagrupó en solo 2: la Inteligencia Interpersonal, y la Inteligencia Intrapersonal que definió como sigue:

Inteligencia interpersonal: se construye a partir de la capacidad para reconocer en los demás, en particular, diferencias en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones y propósitos, en resumen la habilidad para leer las intenciones y los deseos de los demás aunque aparentemente estén ocultos.

Inteligencia Intrapersonal: esta relacionado con el conocimiento de los aspectos internos de una persona, el acceso a la propia vida emocional, a la capacidad de establecer distinciones entre las diversas emociones y finalmente ponerles nombre y recurrir a ellas para orientar la propia conducta.

En la actualidad Goleman (2002) interpreta y resume estas dos capacidades, propuestas por Gardner, Inteligencia Interpersonal: “la capacidad de discernir y responder apropiadamente a los estados de ánimo, temperamentos, motivaciones y deseos de las demás personas”, Inteligencia Intrapersonal: “la capacidad de establecer contacto con los propios sentimientos, discernir entre ellos y aprovechar este conocimiento para orientar nuestra conducta”.

Goleman es quien da a conocer el concepto de Inteligencia Emocional en 1995, con su obra del mismo nombre, pero también informa que es Peter Salovey quien lo desarrollo y uso por primera vez, Salovey, lo definió como: “un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas, y usar la

información para guiar el pensamiento y las acciones”. Según Salovey y Mayer (1990, citado en Mestre y cols. 1997) este concepto de inteligencia emocional comprende a la inteligencia interpersonal e intrapersonal, y además a las metahabilidades que se agrupan en cinco dimensiones:

El conocimiento de las propias emociones: el conocimiento de uno mismo, la capacidad de reconocer un sentimiento desde el momento en que aparece.

Capacidad para controlar las emociones: la conciencia de uno mismo es una habilidad básica que permite controlar sentimientos y adaptarlos al momento.

La capacidad de motivarse a si mismo: con esto Goleman (2002) da entender que el control de la vida emocional y su subordinación a una meta puede resultar importante para mantener la atención, la motivación y la creatividad. Es decir esta habilidad ayuda a mantener la competencia no sólo social sino también la sensación de eficacia en las tareas que se emprenden. Este aspecto se relaciona también con el concepto de Inteligencia Exitosa que propone Stenberg (1998).

El reconocimiento de las emociones ajenas: La empatía, es decir, la capacidad para poder entender que quieren o que necesitan los demás.

El control de las relaciones: La habilidad para relacionarnos debidamente con las emociones ajenas.

Salovey, (1999, en Goleman 2002) y Goleman (2002) concluyen que la inteligencia emocional es la habilidad para entender y percibir los sentimientos y emociones de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada y la destreza para regular y modificar nuestro estado de ánimo o el de los demás.

Como se puede apreciar por lo antes expuesto las emociones y los sentimientos así como su reconocimiento y manejo adecuado son una de las premisas principales de la teoría de la inteligencia emocional

4.2 -Las emociones

El estudio del papel que juega la emoción en los procesos de salud y enfermedad es imprescindible en nuestro tiempo, debido a lo importante que resulta la adaptación continua a las múltiples demandas que impone una sociedad cada vez más competitiva.

Tratar de definir una emoción parece una tarea relativamente fácil, sólo que no hay consenso en cuanto a una definición universalmente aceptada. Por lo tanto se manejarán algunas propuestas de las más recientes y admitidas.

Ostrosky (2001) encontró que la palabra emoción se deriva de la palabra latina *emovere*, que significa remover, agitar, conmover, excitar. Asimismo plantea que la mayoría de las respuestas de las reacciones emocionales, en especial aquellas que se asocian con conductas defensivas o agresivas, han existido desde hace mucho tiempo y surgieron como parte de un proceso de adaptación y supervivencia de la especie humana; una respuesta emocional consta de tres tipos de componentes:

1. Respuestas corporales.
2. Respuestas fisiológicas.
3. Representación subjetiva o interpretación individual del acontecimiento

La etimología de la palabra emoción remite al movimiento. Las emociones son las que mueven, llevan a entrar en acción.

El *Oxford English Dictionary*, citado en Goleman (2001) define a la emoción como cualquier agitación y trastorno de la mente, el sentimiento, la pasión, cualquier estado mental vehemente o excitado.

Goleman (2001) Plantea que las emociones son guías cuando se trata de enfrentar momentos difíciles y tareas muy importantes que no se pueden dejar solo a la mente racional. Son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarse a la vida que la evolución ha inculcado. Lo que sugiere que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar.

Con un enfoque cognitivo Palmero (1997) define a la emoción como un proceso básico, con características dinámicas y funciones adaptativas y que supone una interacción muy estrecha entre las dimensiones afectiva y cognitiva; la emoción también implica:

1. Concienciación subjetiva (sentimiento)
2. Dimensión fisiológica (cambios corporales internos)
3. Dimensión expresiva/motora (manifestaciones conductuales externas)
4. Dimensión cognitiva (funcionamiento mental)

Para Ibarra (2003) las emociones son energías en movimiento que pueden controlarse, manejarse y expresarse, asimismo estimulan grandes áreas del cerebro logrando conexiones poderosas que nos hacen más aptos para el aprendizaje. Concluye que el desarrollo de las emociones es esencial para entender nuestras relaciones, el pensamiento, la imaginación, la creatividad e incluso la salud del cuerpo.

Beattie (1993) propone que las emociones son energía. Las emociones reprimidas la bloquean, otro problema con las emociones reprimidas es que estas no desaparecen, Persisten haciéndose cada vez más fuertes y en algún momento aparecerán sin control. Cuando se cierran las emociones, se pierde la capacidad para sentirse cerca de la gente, para disfrutar el sexo, en general se

pierde la capacidad para disfrutar la vida. Sin importar el enfoque de que se hable uno de los síntomas de la depresión que mencionan todos y que existe consenso es precisamente la incapacidad de sentir placer, de disfrutar la vida.

4.3- Función de las emociones

Existen algunas emociones que son similares en todas las sociedades y, de acuerdo con la teoría evolutiva tienen la función primordial de la supervivencia.

Ostrosky (2001) argumenta que las emociones ayudan a generar reacciones apropiadas en momentos de peligro dentro del entorno, como podría ser la aparición de un depredador. En situaciones de emergencia las emociones nos ayudan de la siguiente manera:

1. Ayudan a utilizar al máximo nuestras fuerzas durante períodos cortos.
2. Permiten sostener la actividad durante más tiempo del que ordinariamente es posible.
3. Disminuyen nuestra sensibilidad al dolor

Según Goleman (2002) en el repertorio emocional, cada emoción juega un papel singular, prepara al organismo para una clase de respuesta diferente. Estas tendencias biológicas a actuar están moldeadas además por la experiencia y la cultura. Menciona las principales emociones y reacciones siguientes:

La ira, la sangre fluye a las manos así es más fácil tomar un arma o golpear a un enemigo.

Con el miedo la sangre se va a los músculos esqueléticos grandes (piernas), resulta fácil huir, al mismo tiempo el cuerpo se inmoviliza como para dar tiempo a evaluar si el huir es la reacción más adecuada.

Cuando hay felicidad hay aumento de la actividad del centro que inhibe los sentimientos negativos, el organismo se encuentra en un estado de reposo

general, además existe buena disposición y entusiasmo para cualquier tarea que se presente y por esforzarse para conseguir algún objetivo.

El amor, los sentimientos de ternura y satisfacción sexual dan lugar a un despertar parasimpático: el opuesto fisiológico de la movilización, hay un conjunto de reacciones de todo el organismo que genera calma y satisfacción, facilitando la cooperación.

La tristeza su principal función es adaptarse cuando hay una pérdida significativa, como la muerte de alguien cercano, una gran decepción. Con la tristeza se produce disminución de energía, el entusiasmo por las cosas antes placenteras se ve opacado y una persistencia de esta emoción lleva a la depresión. Este aislamiento íntimo brinda la oportunidad de llorar por una pérdida o una esperanza frustrada, de comprender las consecuencias que tendrá en la vida y, mientras se recupera la energía hacer planes para un nuevo inicio.

4.4- La Propuesta de Goleman: Inteligencia Emocional

Mestre, Guil, Carreras y Braza (1997) consideran que desde la aparición en 1995 de la obra "Inteligencia Emocional" de Daniel Goleman, el estudio de este concepto ha tenido un gran auge ya que ha estimulado en el ambiente científico el estudio de la inteligencia, de la emoción y de las competencias sociopersonales, que se consideran factores clave para una adaptación exitosa en las diferentes situaciones de la vida.

Salovey y Mayer (1990, citado en Goleman 2002) son quienes manejan por primera vez el concepto de Inteligencia Emocional y según Mestre, Guil, Carreras y Braza (1997) la definieron como: un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas, y usar la información para guiar el pensamiento y las acciones de uno.

Para Goleman (1995, citado en Fernández, Salovey, Vera, Ramos y Extremera, 1977) la inteligencia emocional se define como la habilidad de las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada y la destreza para regular y modificar nuestro estado de ánimo o el de los demás.

La Inteligencia Emocional es una forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental, etc., ellas configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión o el altruismo, que resultan indispensables para una óptima adaptación social.

La Inteligencia Emocional básicamente proporciona a las personas capacidad y habilidad para regular sus fuerzas e impulsos emocionales contraproducentes, muchos de ellos inconscientes, los cuales boicotean sus relaciones y calidad de vida, por tanto, su desarrollo y progreso en la vida afectiva, así como en la actividad profesional.

El término inteligencia emocional es, en simples palabras, la aplicación inteligente de las emociones

4.5- Las dos mentes

Dentro de la teoría de Goleman (1995, citado en Fernández, Salovey, Vera, Ramos y Extremera, 1997) de la Inteligencia emocional, se postula la existencia de dos mentes, una que piensa y otra que siente. Esta dicotomía emocional/racional se asemeja a la dicotomía popular corazón/cabeza.

Estas dos formas fundamentalmente diferentes de conocimiento interactúan y construyen nuestra vida mental:

Goleman (2002) arguye que estas dos mentes, la emocional y la racional, operan en ajustada armonía en su mayor parte, entrelazando sus diferentes formas de conocimiento para guiarnos en nuestro entorno. Se esperaría que estas dos mentes estuvieran coordinadas; ya que en este enfoque los sentimientos son esenciales para el pensamiento y éste lo es para los sentimientos, pero cuando dominan las emociones la balanza se inclina hacia la mente emocional éste puede ser el principio de las enfermedades emocionales.

La mente racional: es la forma de comprensión de la que somos característicamente conscientes, más destacada en cuanto a la conciencia reflexiva, capaz de analizar y meditar.

La mente racional realiza conexiones lógicas entre las causas y los efectos, las convicciones de la mente racional son tentativas; una nueva evidencia puede descartar una creencia y reemplazarla por una nueva, ya que razona mediante la evidencia objetiva.

La mente emocional: es mucho más rápida que la mente racional, y se pone en acción sin detenerse ni un instante a pensar lo que está haciendo. Su rapidez descarta la reflexión deliberada y analítica que es característica de la mente racional.

La lógica de la mente emocional es asociativa, toma elementos que simbolizan una realidad, o dispara un recuerdo de la misma, para ser igual a esa realidad. Si la mente emocional sigue esta lógica y estas reglas, con un elemento que representa a otro, las cosas no necesariamente son objetivas: lo que importa es como son percibidas; las cosas son lo que parecen. Lo que algo nos recuerda

puede ser mucho más importante que lo que es, una sola parte evoca el todo, asimismo el individuo reacciona como si estuviera ante el todo. La mente emocional es indiscriminada y conecta cosas que simplemente tienen características parecidas, la mente emocional es infantil, y cuanto más lo es, más fuertes son las emociones. Esto se pone de manifiesto en el pensamiento categórico, en el que todo aparece en blanco y negro, sin matices intermedios. Otro tipo de pensamiento es el personalizado, en el que los acontecimientos son percibidos con una tendencia a centrarse en uno mismo. La mente emocional considera sus convicciones como absolutamente ciertas y deja de lado cualquier evidencia en contra. A esto se debe que sea tan difícil razonar con alguien emocionalmente perturbado no importa la sensatez del argumento que se le ofrezca, éste no tiene ninguna validez si no está de acuerdo con su convicción emocional en ese momento.

Cuando algún rasgo de un acontecimiento parece igual a un recuerdo del pasado cargado emocionalmente, la mente emocional responde activando los sentimientos que acompañaban al suceso recordado. La mente emocional reacciona al presente como si fuera el pasado. Por esto es tan importante lo aprendido en la infancia alguien que aprendió a reaccionar con intenso temor y aversión ante una actitud furiosa reaccionará de la misma forma, en la edad adulta aún cuando la situación no represente una amenaza. Como se puede ver es de vital importancia lo que se ha aprendido en los primeros años.

4.6 Depresión posparto y emoción

Es importante mencionar que a lo largo de la vida los sujetos han experimentado una serie de emociones que les han ido formando una realidad emocional. Es decir no es que uno despierte un día deprimido, la depresión es un desequilibrio que ha sido creado pensamiento tras pensamiento, emoción tras emoción. Por aprendizaje, por socialización, por el estado en el que se encuentra el mundo hoy, se acumulan emociones que no se saben manejar, o se

distorsionan y manejan de manera inadecuada, emociones negativas que se han ido creando desde la infancia y que después de ciertos acontecimientos importantes, como el ser madre desencadenan la depresión.

En cuanto a la depresión Goleman (2002) sostiene la importancia de las primeras experiencias y argumenta que las tempranas presiones emocionales pueden afectar el desarrollo neuronal, por lo tanto cree que la depresión es un cúmulo de emociones negativas no identificadas y mal manejadas.

También se puede hablar de un desequilibrio entre las dos mentes con el predominio de la mente emocional, al parecer en muchas ocasiones las nuevas madres presentan un déficit de habilidades emocionales, o analfabetismo emocional como lo define Goleman (2002) atienden y perciben los sentimientos subjetivamente, hay ausencia de la mente racional, por lo tanto presenta un predominio del pensamiento categórico y personalizado, existe una tendencia a seleccionar lo negativo, a ver lo malo, lo incorrecto y negativo de las personas, de las situaciones y de las cosas y tener graves dificultades para apreciar y valorar lo bueno, agradable y positivo, lo que hace difícil la interacción con el entorno, no se reconocen ni se manifiestan emociones y sentimientos de manera adecuada, por lo tanto aparecen impulsos inconvenientes que son difíciles de controlar, desaparece el entusiasmo, la perseverancia, la empatía y la agilidad mental. Todo esto trae como consecuencia un boicot autoimpuesto a sus relaciones y calidad de vida, por tanto, su desarrollo y progreso en la vida afectiva es difícil y sobreviene la depresión cuyo principal síntoma es la tristeza y ésta es una emoción muy fuerte y también muy negativa. Tomás de Aquino (siglo XIII, citado en Herreros, 1999) definió a la tristeza como la emoción más peligrosa, la que perjudica más al cuerpo, es un sufrimiento que nace de la percepción interior de un mal presente en el sujeto.

Ya desde Hipócrates (siglo IV a.C., citado en Arieti, 1990) se habla acerca del predominio de esta emoción: *“si el miedo y la tristeza perseveran mucho tiempo, existe depresión”*.

Por otro lado la teoría de la Inteligencia Emocional no deja de lado los procesos fisiológicos y aquí es importante el sistema límbico, Las estructuras límbicas generan sentimientos de placer y deseo sexual; a la neocorteza y sus conexiones con el sistema límbico se debe que surja el vínculo madre-hijo, que compromete a la madre con la crianza y que hace posible el desarrollo humano.

Goleman (2002) refiere que en estudios llevados a cabo con reptiles se encontró que estas especies no poseen neocorteza ni conexiones con el sistema límbico, por lo tanto estas especies carecen de afecto maternal. No existen evidencias de que ésta sea la causa de la no aceptación del rol de madre en los humanos, ni de la depresión posparto, pero Goleman sugiere que sería importante llevar a cabo investigación al respecto.

Como se puede apreciar, la teoría propuesta por Goleman (2002) resulta integrativa, ya que propone evaluar ambos aspectos en el caso de la depresión, psicológico y fisiológico y el papel que desempeña el manejo adecuado de las emociones es de capital importancia.

4.7 -La alfabetización emocional.

Todos los cursos de alfabetización emocional tienen una raíz en común que se remonta al movimiento de educación afectiva de los 60's. Entonces la creencia era que las lecciones psicológicas y motivacionales se aprenden con más profundidad si implicaban una experiencia inmediata de aquello que se enseñaba conceptualmente, sin embargo el movimiento de alfabetización emocional invierte el término educación afectiva: en lugar de usar el afecto para educar propone que se eduque el afecto mismo.

Cuando se habla de alfabetización emocional se hace referencia a prevención, ya desde la cuna se puede enseñar a los infantes el reconocimiento y expresión adecuada de las emociones. Como afirma la teoría, la aplicación inteligente de las emociones.

El manejo emocional apropiado es especialmente difícil, ya que las habilidades necesarias para lograrlo necesitan ser adquiridas en los momentos en que la gente está menos dispuesta a recibir información y a aprender nuevos hábitos de respuesta: cuando están disgustados. Una guía entrenada en estos momentos sería de gran ayuda, cualquier persona sea adulto o sea niño necesita aprender a analizarse cuando se siente contrariado

La enseñanza de la inteligencia emocional tiene como objetivo el equilibrio de las emociones no su supresión: cada sentimiento tiene su valor y su significado. Pero como señala Aristóteles (s/f, citado en Goleman, 2002) lo que se persigue es la emoción de manera adecuada, sentir de manera proporcionada:

“Cualquiera puede ponerse furioso...eso es fácil.
Pero estar furioso con la persona correcta, en la
intensidad correcta, en el momento correcto,
por el motivo correcto, y de la forma correcta...
eso no es fácil.” (pág.13)

Cuando las emociones son demasiado apagadas crean aburrimiento y distancia; cuando están fuera de control y son demasiado extremas y persistentes se vuelven patológicas consiste en enseñar a los sujetos desde la infancia como manejarlas. Beattie (2003) sugiere, se debe invitar a las emociones a nuestra vida y luego hacer el compromiso de cuidar de ellas.

En el caso del enojo se ayuda a los niños para que comprendan que siempre se trata de una reacción secundaria, y que hay que averiguar que hay debajo ¿se sienten doloridos? ¿celosos?, los sujetos aprenden que siempre se tienen opciones cuando se trata de dar una respuesta a la emoción, y que cuantas más maneras conozca uno de responder a la emoción, tanto más rica será la vida.

CONCLUSIONES

Resulta difícil que exista una estadística clara que refleje la realidad en cuanto a la existencia de trastornos depresivos, es importante considerar dos puntos que al parecer son importantes:

a) El depresivo omite síntomas porque existe temor en cuanto al estigma diagnóstico y en estos casos resulta difícil establecer un juicio seguro.

b) No existe una cultura acerca de la enfermedad mental y como mencionó Almanza (2001) la mayoría de los sujetos acude a recibir atención primaria con médicos generales. Pero aún cuando se hace una detección adecuada muchas veces el depresivo se resiste a aceptar que está inmerso en un trastorno mental. Y en ocasiones no obstante que se acepte no toda la población tiene los medios para consultar con profesionales de la salud mental.

De acuerdo con Pérez y Márquez (1998) es escasa la bibliografía acerca de la depresión posparto, se han llevado a cabo multitud de investigaciones: como las llevadas a cabo por Vera (1998) en donde comparó los síntomas de depresión en mujeres en dos poblaciones (rural, urbana) y los estudios de Almanza (2001) llevados a cabo en el Hospital Central Militar de México, con el objeto de evaluar la analogía diagnóstica en depresión en médicos psiquiatras versus psicólogos y donde se encontró que la presencia de depresión en la población general es semejante a la de hipertensión arterial, ambas constituyen una verdadera epidemia.

Como se puede ver la mayoría de investigaciones son acerca de la depresión, en general, pero se ha dejado de lado la depresión posparto que actualmente representa un verdadero problema de salud mental y una situación difícil para la mujer y para la familia, que de acuerdo con López (2002) es vista como una patología propia del sexo femenino.

Es importante cuestionarse por qué la depresión se presenta más en las mujeres, Lara, Acevedo y López (1998) reportan una prevalencia mayor en mujeres, así como también Almanza (2001), en este punto parece importante hacer mención de las variables psicosociales que afectan gravemente la situación de las mujeres, social y culturalmente se les reconoce como las que tienen las condiciones "naturales" para tener y criar a los hijos. Y como menciona Alarcón Covarrubias y Herrera (1991) la mujer por el simple hecho de serlo debe cumplir con los roles que trae implícitos con su sexo: esposa, madre y ama de casa, aunado a esto muchas trabajan fuera del hogar, por lo tanto tienen la obligación de combinar el trabajo con sus funciones reproductivas, pareciendo normal la doble y en algunas ocasiones hasta triple jornada.

Es importante mencionar que los trabajadores de la salud han agregado una carga más a la mujer, la ven como la única encargada de nutrir, cuidar y acompañar a los hijos, aquí el hombre la mayoría de las veces queda relevado de la responsabilidad que le compete como padre

El sexo masculino, es definido como más apto para lo cultural, más independiente y productivo, por lo tanto su trabajo es más reconocido.

Otra variable psicosocial que se cree afecta gravemente a las mujeres es la violencia doméstica, que pocas veces se denuncia, ya que culturalmente se espera de la mujer obediencia y resignación y un seguimiento incuestionable de los roles que hasta ahora ha desempeñado, aguantadora y sufridora,

En conclusión se cree que la inequidad de género es un aspecto que debe considerarse cuando se menciona a la depresión como un estado constitutivo de la naturaleza femenina, inseparable de su condición de mujer.

Una razón por la que estas causas psicosociales no son reconocidas y las “depresiones” atribuidas a causas biológicas, es la renuncia a ver los sinsabores de la maternidad, es difícil desligarla de ese círculo de romanticismo y de bendición que socialmente se le ha asignado

“Cuando los profesionales de salud mental señalan causas genéticas y bioquímicas de la depresión y recomiendan medicinas dejan de lado la parte psicosocial, y psicológica e inhiben el crecimiento personal y social” que necesitamos para evitar la depresión y tener mejor calidad de vida.

En este trabajo se llevó a cabo el análisis del embarazo y parto en condiciones normales, pero sería importante valorar estos eventos cuando se presentan problemas graves de salud como: embarazos de alto riesgo, que inmovilizan a la madre durante todo el proceso hipertensión, diabetes, cesáreas, etc.

REFERENCIAS

- Alarcón, I., Covarruvias, M. A., Herrera, F. (1991). La mujer, la maternidad y la pareja: mitologías y posibilidades de una tematización diferente. En: Educación y Género. (23-33). México. Cuadernos de psicología, ENEP Iztacala.
- Alaníz, A. (1998) Entrevista con Roger Bartra La Jornada semanal. 1 noviembre
- Alvarez, J., Alfonso, J. (1997) Un caso de depresión En: Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Barcelona: Pirámide
- Almanza, M. (2001). Concordancia diagnóstica en depresión: Médicos psiquiatras versus médicos no psiquiatras. Revista de Sanidad Militar.55 (4), 135-140.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1993). Depresión postparto. En: Psicoterapia de la depresión. (265-278). México. Trillas.
- Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV. (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Bacot, G. (1991). Modelo combinado de terapia conductual para la depresión con enfoque individual y marital: Revista de Psicología General y Aplicada.1 (44), 63-74.
- Ballesteros, R, F. (1982) Contenidos y modelos en evaluación conductual en: R.F. Ballesteros y J.A. (Eds.) Carboles. Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones. (90-126) Madrid. Pirámide.

- Beattie, M. (2003) Siente tus propios sentimientos. En: Ya no seas codependiente (197-210). México. Editorial Promexa.
- Beck, A., Rush, A., Emery, B. (1983): Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao Ed. Desclée de Brouwer.
- Borja. A., Bustamante, M., y Rascón, P. (1994) "¿Aumenta La Depresión Clínica El Riesgo de Muerte por Causas no Violentas? Salud Pública de México Enero-Febrero, (15) ,51-60
- Bower, G. (1996). Teorías del aprendizaje. (355-359) México. Trillas
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999) Creencias y síntomas depresivos: resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviadas. Anales de psicología (15) 2 179-190.
- Canto, L. (1995).Dolor obstétrico. Revista de Anestesiología del Hospital de Gineco-Obstetricia de la universidad Veracruzana.) en Línea (En red). Disponible en: <http://www.anestesia.com.mx/regional/articles/dolobst.html>.
- Camaño, V.M., (2001) Sexualidad y género en la educación transversal Revista de Educación y Cultura de la sección 47 del SNTE. (14) 1-14
- Campero, L., (1996) Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género. Salud Pública de México (38), 217-222.
- Dio, E. (1992) ¿Qué es la depresión? En: Depresión en la mujer (23-46) España. Temas de hoy.

- Eyer, D. (1995). La medicina inventa la maternidad y la infancia. En: Vinculación madre-hijo. Una ficción científica. (171-212). Herder. España.
- Ezquiaga, T. y García L. (1997) Factores psicosociales en el inicio y mantenimiento de los trastornos afectivos. En: Depresión Visión Actual (1-22) España. Grupo Aula Médica.
- Fernández, B., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N. y Extremera N. (1997) Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar Revista Electrónica de Motivación y Emoción 3(4) en línea (en red). Disponible en <http://reme.uji.es/articulos/afernp9912112101/texto>.
- Figuroa, G. (2002) La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor Revista Chilena de neuro-psiquiatria. en línea (en red). Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-
- Freden, L. (1986) ¿Qué es la depresión? En: Aspectos psicosociales de la depresión. (16-35). México. Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En: Obras Completas. (228-301) Madrid. Biblioteca Nueva.
- Gelder, M., Gath, E., y Mayou, R. (1993) Trastornos afectivos, En: Psiquiatría (215-264) México. Mc Graw Hill.
- Goleman, D. (2002) La inteligencia emocional. México. Editorial Punto de lectura.
- Guzmán, A. (1992). Trastornos del estado de ánimo (o trastornos afectivos). En: Manual de psiquiatría (119-141) Venezuela. Disinlimed.

Herreros, G. (1999) Depresión: pasión de la edad moderna (6 párrafos). Revista Acheronta (10) en Línea (En red). Disponible en: <http://www.acheronta.com/acheronta10/depresion.htm>

Herreros, G. (1999) Depresión: el campo de las pasiones (11 párrafos). Revista Acheronta (10) en Línea (En red). Disponible en: <http://www.edupsi.com/depresión>

Ibarra, L. M. (2003) Gimnasia cerebral. México. Ediciones Garnik.

Jiménez, J. (2003) El tratamiento psicoterapéutico de la depresión: una visión crítica integrada (19 párrafos) Revista de psicoanálisis (13) en línea (en red) disponible en:

Kaplan, I. H. y Sadock, J. B. (1987) Trastornos afectivos mayores. En: Compendio de psiquiatría. (246-264). México. Salvat Editores.

Lara, M., Acevedo, C. y López (1998). La investigación aplicada a la educación para la salud. Psicología y Salud. (12), 55-66.

Linares, Z. (2002, marzo) Evolución histórica del Trastorno afectivo bipolar (10 párrafos). Revista Psicomundo en Línea (En red). Disponible en: <http://medired.com/spcv/papeles/N2/art1.htm> <http://www.herreros.com.ar>

López, S. O. (2002). ¿Es la depresión un estado constitutivo de la naturaleza femenina? En: S. R. López. (Ed.) Lo corporal y lo psicosomático. (107-126) México. Plaza y Valdés.

López, S. O. (1998). Enfermas, mentirosas y temperamentales: La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México: México. Plaza y Valdés.

- Luna, L. (1999). Trastornos emocionales relacionados con el posparto: Psicología y Salud. (14), 75-80.
- Mac farlane, A. (1978) El parto En: Psicología del nacimiento. (101-109) Madrid. Ediciones Morata.
- Márquez, M. (1998). Expectativas y experiencias en el parto: Psicología y Salud. (11), 45-53.
- Mestre, N., Guil, B., Carreras, A., y Braza, L. (1997) Cuando los constructos psicológicos escapan del método científico: El caso de la inteligencia emocional y sus implicaciones en la validación y evaluación. Revista Electrónica de Motivación y Emoción 3(4) en Línea (En red). Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/amestj1961605100/texto.html>.
- Montero, P. (1999) Factores de riesgo de depresión en las mujeres En: Trastornos depresivos en la mujer (37-47) España. Masson.
- Navarro, A. R. (1990) La psicoterapia psicoenergética y la depresión En: Psicoterapia antidepresiva. (55-71). México. Trillas.
- Navarro, A. R. (1990) ¿Qué se entiende por depresión y cuales son sus síntomas? En: Psicoterapia antidepresiva. (11-22). México. Trillas.
- Ortega, L., Lartigue, T. y Figueroa M. (2001). Prevalencia de depresión a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas: Revista del Instituto Nacional de Perinatología 1 (15), 11-20.
- Ostrosky, F. (2002) ¡Toc, Toc! ¿Hay alguien ahí? Cerebro y conducta manual para usuarios inexpertos. México. Editorial infored.

- Palmero, F. (1997) Emoción breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo. Revista Electrónica de Motivación y Emoción 2 (2) en Línea (En red). Disponible en: <http://reme.uji.es/reme/numero2-3/indexsp.html>.
- Pérez, Z. (2002). Depresión: una posibilidad de crecimiento En: S. R. López. (Ed.) Lo corporal y lo psicosomático. (127-139). México. Plaza y Valdés.
- Pérez, L. y Márquez, L. (1998). La importancia del apoyo social durante el proceso de embarazo: Psicología y Salud. (9), 110-119.
- Sabanés, F. (1993). Modelos psicológicos de depresión En: La depresión (44-51) México. Diana.
- Salgado, N. y Maldonado, M. (1994). Características psicométricas de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas en áreas rurales: Revista Salud Pública de México. 2 (36), 1-13.
- Salinas, J. (1998). La aplicación de técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la depresión: un caso: Revista Electrónica de Psicología Iztacala (1) en línea (en red) Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/jorgluis.html>
- Saranson, I., Saranson, B., (1996) Trastornos emocionales. En: Psicología anormal. (269-301) México. Trillas.
- Secretaría de Salud de México. Programa Específico de Depresión de la Secretaría de Salud, para el período 2001-2006 en Línea (En red). Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/depre_cap2.htm
- Segal, H. (1992) La posición depresiva. En: Introducción a la obra de Melanie Klein (71-94). Buenos Aires. Paidós

- Tomás, P.A., Pedrós, R.A., y Aguilar, G. (1999) Trastornos afectivos relacionados con el posparto: blues y depresión. En: Trastornos depresivos de la mujer (37-47) España. Masson.
- Vargas, F., Ibáñez, R. (1998) aplicación de la terapia racional emotiva y del entrenamiento asertivo a un caso de depresión. Revista electrónica de Psicología Iztacala. (1), 1-8. en línea (en red) Disponible en : <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/jesus.html>
- Vera, J. (1996). Comparación de los síntomas de depresión en mujeres en dos poblaciones: Psicología y Salud. (1), 7-17.
- Zegers, D. O. (1994). Fenomenología de la corporalidad depresiva, Revista de Salud Mental. 3 (16), 70-79.