



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DEPRESIÓN POSTPARTO Y RELACIONES DE
PAREJA.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA: AÍDA JIMÉNEZ MARTÍNEZ



DIRECTOR DE TESIS: MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

REVISOR: DR. JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOSA

ASESOR METODOLÓGICO: ALBERTO JAVIER CÓRDOVA

CIUDAD UNIVERSITARIA

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Dios: Por su presencia en mi vida. Por ser la luz que ilumina mi camino y enseñarme, en lo cotidiano a encontrar lo que realmente vale. Por bendecirme colocándome al lado de personas que amo y me aman.

A mis padres: Por hacer de mí una persona de bien y brindarme el regalo hermoso de la educación. Gracias.

A mis hermanos; Efraín, Ángeles, Rogelio, Ernestina y Abel, y Julián por su cariño y apoyo incondicional y sobre todo por su entrega y ejemplo de nobleza, honradez y amor a nuestra familia.

A mi hermana Josefa: por ser mi compañía en tantas batallas. Gracias por aligerar los momentos difíciles con tu amor y grato sentido del humor.

A Oscar: Gracias por estar conmigo y darme la fuerza y la alegría para continuar aún cuando sentía que ya no era posible.

A mis sobrinos: Ana, Rodry, Tany, Ery, Vity, Eli, Héctor, Miguel y Hugo, por su cariño y apoyo.

A Bertita: Por infundirme siempre la seguridad necesaria para seguir adelante y su apoyo en todos los sentidos.

A mis amigos: Por sus palabras de aliento y su compañía en el camino de la vida.

Al Maestro Sotero Moreno Camacho: Por su paciencia, su calidez y amabilidad ilimitadas.

A Alberto Córdova: Por su apoyo, su cariño y por hacer de este trabajo algo divertido. Gracias Betito por ser tan buena persona.

A los sinodales y profesores: MC José Antonio Talayero Uriarte, Mtro. Celso Serra Padilla y Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, por su compromiso y aportaciones para la realización de este trabajo.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por permitirme ser parte de una Institución que me llena de orgullo. Gracias.

ÍNDICE

	Página
CAPÍTULO I: LA PAREJA	
1.1 Concepto de pareja	1
1.2 Elección de pareja	6
1.3 Etapas de la formación de la pareja	11
1.4 Identidad familiar, estabilidad y fracaso	13
1.5 Concepto de conflicto de pareja	16
1.6 Fuentes de conflicto	18
a) Comunicación en la pareja	
b) Celos	
c) Roles	
d) Sexualidad	
e) Dinero en la pareja	
f) Infidelidad	
g) Violencia y agresión	
CAPÍTULO II: DEPRESIÓN	
2.1 Definición de depresión	33
2.2 Visión psicoanalítica de la depresión	39
2.3 Depresión en la familia	41
2.4 Embarazo y parto	41
2.5 Depresión de inicio en el postparto y relación de pareja	45
2.6 Aspectos fisiológicos	49
CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO	
3.1 Problema de investigación	54
3.2 Objetivo General	55
3.3 Objetivo Específico	
3.4 Definición conceptual de variables	55
3.5 Definición Operacional de variables	
3.6 Diseño	56
3.6.1 Definición de la muestra	
3.6.2 Escenario	56
3.7 Instrumentos	
• Variables Sociodemográficas	57
• Escala de Conflictos de Pareja	58
• Escala de Automedición de la Depresión de Zung	59
3.8 Procedimiento	60
3.9 Análisis de Datos	60
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	61
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	83

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- a) Cuestionario Sociodemográfico
- b) Escala de Conflictos de Pareja
- c) Escala de Automedición de la depresión de Zung
- d) Estudios sobre incidencia y prevalencia de la depresión posparto

JUSTIFICACIÓN

La elaboración de este trabajo pretende explorar la posible relación entre la existencia de conflictos en la pareja y la presencia de un estado de ánimo que tiende a la tristeza en sus diferentes manifestaciones, entre las pacientes en el postparto, detectado en el ámbito hospitalario y contribuir a la atención integral de la mujer, poniendo de manifiesto la diversidad de responsabilidades y retos que ésta tiene que encarar como esposa y madre dentro de esta sociedad cambiante.

La exposición de los conflictos en su relación de pareja, así como aquellos derivados del hecho de procrear un hijo merecen especial atención psicológica antes, durante y después del parto.

INTRODUCCIÓN

La motivación para vivir en pareja obedece a múltiples factores, esta motivación ha cambiado a lo largo de la historia (descendencia, poder económico, linaje, etc.)

Cuando un hombre y una mujer conforman una pareja se produce el encuentro de dos historias individuales y su interpretación. Es ésta una relación, interacción e intercambio con un dinamismo determinado donde se han de buscar las causas de la armonía o el deterioro de la pareja.

Para Casado (1991) la interrelación de la pareja en un proceso dinámico basado en la percepción del vínculo que ambos tiene y regulado por la sociedad en que funcionen.

Aparejado a la decisión de vivir bajo el mismo techo, la pareja pacta explícitamente algunos aspectos de la vida en común (reparto de tareas domésticas, número de hijos, fidelidad, administración económica, etc.) pero difícilmente se percatan de otros pactos realizados inconscientemente y que se gestan y refuerzan en el diario vivir tales como, la utilización del tiempo libre personal y en pareja, visitas a amigos y familiares y destinos vacacionales, entre otros. El conjunto de estos pactos da origen a un verdadero contrato implícito en la relación.

Este contrato sienta las bases para la convivencia y su funcionalidad radica en la claridad y eficacia con que se cumplan los acuerdos y en la resolución de los conflictos resultantes.

Un conflicto puede derrumbar a una pareja, pero también puede fortalecerla y generar mayores recursos, tales como, la implementación de una comunicación más abierta y directa, mayor organización, la complementariedad de los sistemas de creencias que los rigen, todos ellos factores fundamentales en el modo en que ésta enfrenta la crisis. Estos aspectos están relacionados con rasgos personales, factores de protección en la pareja y factores presentes en el contexto social.

Según Greeff (2000) un conflicto en un proceso que inicia cuando un miembro de la pareja percibe que el otro ha frustrado algo concerniente a él o a ella o también cuando hay diferencia de necesidades o intereses.

Existen acontecimientos vitales en la pareja que pueden ser fuentes de conflicto como son: crisis económica, infidelidad, nacimiento de un hijo, enfermedad o muerte de algún miembro, cambio de domicilio, etc.

La pareja puede aislarse y deprimirse ante las pérdidas sociales, económicas, físicas y psicológicas que la enfrentan al trabajo en conjunto en el que debe realizarse un encuentro para reafirmar roles de esposos y padres.

Ante la llegada de un hijo las relaciones de pareja cambian, se debe preparar el camino para admitir a un nuevo miembro que se interpondrá entre ambos; la pareja deja de serlo para convertirse en una familia, con modificación de funciones, obligaciones e incluso cambios en sus relaciones de amistad y extrafamiliares, que estarán condicionadas por los cuidados del niño, quien requiere de un espacio físico y emocional.

La condición física de la madre es la que más cambios experimentará y de su estado de salud y aceptación de la maternidad dependerá su adaptación a la serie de cambios que vendrán.

La tarea que implica adaptarse a la reproducción debe ser realizada por ambos padres, aunque también en este aspecto, se espera que la mujer sea quien cuente con un conocimiento más amplio para tal fin. De la misma forma, en los primeros años, es la madre, quien desempeña un papel fundamental, porque el cuidado de la casa y los hijos recae básicamente en ella.

Durante el embarazo los cambios hormonales y físicos pueden condicionar la aparición de un ánimo disfórico, con frecuente irritabilidad y aumento en la sensibilidad. Puede aparecer llanto inmotivado, cambios bruscos de humor y ansiedad, que quizá no sean comprendidos por la mujer y su pareja. Un estilo cognitivo depresivo previo predice un nivel de depresión más elevado en postparto y se asocia con falta de apoyo conyugal, Leal (2000).

Kitamura (1996) menciona que las causas de depresión postparto están relacionadas básicamente con factores psicosociales entre los que cita, problemas con la vivienda o masificación de ésta, síntomas fisiológicos (náuseas, vómitos y anorexia) factores obstétricos (antecedentes de síndrome disfórico premenstrual y dismenorrea, primer embarazo o historia previa de abortos), pérdidas parenterales precoces, falta de atención materna, embarazo no deseado, así como respuesta negativa por parte de la mujer o su pareja.

El embarazo supone una fuente mayor de estrés cuando no se ha buscado. Es posible que la pareja lo acepte y éste siga una evolución normal. Aún en los casos de un embarazo deseado son frecuentes los trastornos adaptativos, las reacciones psicológicas pueden incluir negación, ansiedad, el temor a no ser una buena madre, ambivalencia ante el futuro niño, el rechazo manifestado en la adopción de conductas de riesgo, etc. La mujer tiene que enfrentarse al reto de ser madre y al temor de no poder atender al niño adecuadamente.

Desde el punto de vista psicoanalítico, el embarazo se considera un período de maduración y a la vez de regresión que evoca conflictos infantiles, particularmente en los casos en que existen modelos maternos inadecuados. Leal (2000) asegura que las actitudes negativas hacia maternidad y/o una infancia conflictiva predisponen a la depresión postparto y asocia una pobre identificación materna con la depresión en el período inmediato al mismo.

Por otro lado, el embarazo y el parto constituyen un acontecimiento vital en sí mismos y el estrés que produce puede llevar a padecer una depresión, en estas circunstancias, el apoyo de amigos y familiares puede reducir el riesgo de que ésta de presente.

Paykel (1986) afirma que el mayor predictor de una depresión en momentos de crisis no es la ausencia o el número de confidentes, sino el apoyo que éstos prestan en las circunstancias adversas, considera que el riesgo de padecer una depresión se multiplica por veinte cuando la mujer valora a una persona como confidente y ésta no le proporciona apoyo en los momentos de crisis.

La colaboración del padre antes, durante el embarazo y después del parto es muy importante ya que facilita la creación del vínculo entre los padres y el recién nacido, pudiendo ayudar a disminuir los sentimientos contradictorios hacia él y hacia la maternidad. De manera que una deficiente relación marital, donde los conflictos no se han manejado de manera adecuada predispone a este tipo de depresión.

CAPÍTULO I: LA PAREJA

1.1 Concepto de pareja

Para Thibault (1972) la pareja no es una noción fija, inmutable, una realidad prefabricada según su esquema válido para todas las épocas. Así, cuando un hombre y una mujer conforman una pareja, se produce el encuentro de las historias individuales y su interpretación.

Cada uno llega con un bagaje propio de valores y creencias acerca de los conceptos “pareja y familia”.

Poco a poco la pareja construye un paradigma propio, es decir, un conjunto de premisas compartidas que emplearán para dar cuenta del mundo y coordinar sus actividades conformando así su sentido de identidad familiar.

Orlandini (1988) define a la pareja como el conjunto de dos personas usualmente de sexo contrario, que han establecido un lazo intenso y duradero, que se proveen de sexo y ternura y que han decidido acompañarse por un espacio de tiempo indefinido.

Para Thibault (1972), es una unidad y su definición depende de cada cultura.

Por lo que, por pareja se entiende, una relación psicológica y afectiva, sin olvidar los aspectos sociales, económicos, morales y sexuales.

Se puede entender que aquello que afecta a uno de sus miembros, tendrá consecuencias directas o indirectas sobre el otro. La pareja tiene que aprender a constituirse para crecer y desarrollarse y como se sabe, ningún desarrollo puede prescindir de un conflicto. En la pareja se adquiere un compromiso de vida en común, del cual dependerá la permanencia de la misma.

La resolución de los conflictos está directamente vinculada con la capacidad para tomar decisiones y con la existencia de una estructura de poder compartida y flexible. La toma de decisiones, la convivencia con comunicación, apoyo y respeto, forman la intimidad y determinan la fortaleza del vínculo.

La pareja ha existido desde tiempos inmemorables, y hasta hace poco, todo ser humano era producto de una relación de pareja. Sin embargo, la elección de pareja es un desarrollo sociocultural reciente, ya que en muchas culturas, los matrimonios eran arreglados por conveniencias familiares, económicas o políticas. Los roles desempeñados por cada uno de los miembros de la misma estaban claramente delimitados y servían de líneas de orientación.

Aún en el mundo moderno, las uniones no siempre se dan por amor. Persisten ciertas culturas en las cuales las parejas se eligen por necesidad o bien forzadas por embarazos no deseados, sin embargo, existe una relativa libertad para elegir de manera espontánea y afectiva a la pareja.

Dos personas se pueden unir por ciertas actitudes básicas compartidas, fantasías, temores, necesidades y expectativas de validación y desarrollo. Necesidades de ser cuidado, protegido, mantenido, de recibir ternura, gratificación sexual, admiración, responsabilidad, madurez, consideración y hasta igualdad en la división del trabajo por lo que hoy, la relación está bajo mayor tensión y estrés que en épocas anteriores.

En los adolescentes la relación de pareja, también es un intento de adquirir un sentimiento de autoestima que le ayude en la formación de la personalidad. Los jóvenes, muchas veces por oposición a los padres, a quienes viven como incomprensivos y prohibitivos, buscan un compañero cualquiera con el cual se puedan identificar.

Se observa muy frecuentemente una incongruencia entre lo que se expresa que se prefiere en una pareja y las características reales de aquel que se elige como compañero.

En la etapa inicial de la relación se puede llegar a la idealización de la pareja donde se excluye todo lo negativo que pueda tener, se trata de un juego recíproco de interacciones espontáneas, habitualmente inconscientes, más o menos flexibles y evolutivas. Las fantasías y expectativas no expresadas nunca, que inquietan y unen a ambos, constituyen una predisposición para la formación de la pareja.

En todas las parejas duraderas, independientemente de su situación legal, existe una división de funciones, se complementan en determinadas tareas, cada quien asume algunos aspectos de la vida en común, lo que hace que la unión tenga un sentido, se crea una interdependencia. Se vinculan parejas con niveles similares de maduración y de diferenciación, además de complementariedad de necesidades del mismo tipo y nivel.

Dentro de la multiplicidad de elementos que se ponen en juego en la pareja, destaca el punto del contrato matrimonial entendido como un medio que utilizan las parejas para organizar y dar funcionalidad a las interacciones en dos dimensiones: el nivel de interacción funcional, que incluye los aspectos de operatividad cotidiana de la relación, como son tipos de comunicación, disposición de roles, jerarquías, reglas, acuerdos y que gran parte de éstos se encuentran sustentados en un sistema sociocultural, que rigen los criterios de funcionalidad o disfuncionalidad del contrato conyugal. En un segundo nivel, se podría hablar de la dimensión de las transacciones intrapsíquicas, que tienen que ver con los procesos simbólicos de la relación y con la interacción psicodinámica de las diversas disposiciones objetales sustentadas en deseos, necesidades y expectativas de carácter inconsciente.

Este contrato se supone insertado al proceso dinámico y de desarrollo de la pareja que en el curso de su evolución requiere definitivamente de los componentes de flexibilidad y adaptación, para que la pareja pueda subsistir con niveles adecuados de bienestar y funcionalidad ante los conflictos que presentan las diferentes etapas del ciclo vital de la familia.

Para los efectos operativos del contrato, surge una serie de acuerdos, pactos y reglas entre la pareja, que le permite realizar intercambios desde lo más simple a lo más complejo. La eficacia del engranaje de lo real con lo simbólico, de lo intrapersonal con lo interpersonal, de lo consciente con lo inconsciente, es lo que otorga funcionalidad al contrato matrimonial.

Rage (1996), señala que las personas sólo pueden existir en relaciones definidas con otras personas y que pocas experiencias en la vida del hombre inspiran sentimientos tan ambivalentes como los que acompañan al crecimiento y desarrollo de la intimidad dentro de una relación de pareja.

Define tres razones que llevan a establecer un compromiso dentro de la misma:

- ✓ Compañía y desarrollo personal; la mayoría de las parejas buscan compañía, satisfacción de las necesidades psicológicas y desarrollo personal.
- ✓ Amor romántico; la experiencia parece indicar que el amor romántico es una base inestable para un matrimonio y que no perdura mucho sin el apoyo de una buena relación general y una excelente comunicación.
- ✓ Escape a la soledad; las relaciones estrechas ofrecen un cambio, un amortiguador contra el temor que acompaña la consciencia de separación de los demás.

Para Minuchin (1983), la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Éstas difieren de acuerdo con los parámetros de las diversidades culturales, pero poseen raíces universales.

Al comienzo del matrimonio, una joven pareja debe enfrentar un cierto número de tareas. Los esposos deben acomodarse mutuamente a pequeñas rutinas. Por ejemplo, deben desarrollar rutinas para acostarse y levantarse aproximadamente a la misma hora. Debe existir una rutina para comer juntos, poner y quitar la mesa, estar desnudos y tener relaciones sexuales, para compartir el baño y para leer el diario el domingo, para mirar televisión y elegir los programas y para salir a lugares que sean del gusto de ambos.

En este proceso de mutua acomodación, la pareja desarrolla una serie de transacciones, formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro y a su vez, es influido por la secuencia conductual anterior. Estas pautas transaccionales constituyen una trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones en la familia.

La pareja también enfrenta la tarea de separarse de cada familia de origen y de negociar una relación diferente con los padres, hermanos y parientes políticos.

Las prioridades deben modificarse, ya que los deberes fundamentales de los nuevos esposos conciernen a su matrimonio. Del mismo modo, los encuentros con los elementos extrafamiliares – trabajo, deberes y ocios- deben renegociarse y regularse de un nuevo modo. Se deben tomar decisiones en lo que concierne al modo en que se permitirá que las demandas del mundo exterior interfieran con la vida de la nueva familia. Cada esposo debe conocer a los amigos de la pareja y seleccionar aquellos que serán amigos de los dos. Cada cónyuge debe ganar nuevos amigos y perder otros.

En lo que respecta al funcionamiento y cambios que se dan en la relación de pareja, Bricklin (1974), considera que el matrimonio interrumpe la situación de identidad de cada miembro, originando una de cambios que implican dejar su hogar de origen, tomar responsabilidades de tipo económico, social y emocional.

Con el matrimonio se obtienen nuevos privilegios al mismo tiempo que se exigen nuevos requerimientos, por una parte, madurez de cada uno de los miembros de la pareja, consideración para el compañero proporcionando mayor impulso psicológico, y por otra parte, un nuevo equilibrio que permita la adaptación al nuevo estatus.

Según Norwood (1986), para que una relación funcione, debe darse entre dos personas que compartan objetivos, intereses y valores similares y que tengan capacidad para la intimidad.

Para Escardo (1974), existen tres aspectos fundamentales que determinan el funcionamiento de la relación de pareja:

- La conciencia de pareja; consiste en la vivencia continua de los miembros de pertenecer a una estructura diferente de la estructura personal.
- La intimidad; el sentido de la seguridad en el otro miembro de la pareja antes que como individuo.
- El mantenimiento de la personalidad de cada miembro de la pareja; que preserva los elementos biográficos propios e intransferibles.

En este ámbito el nacimiento de un niño señala un cambio radical en la organización de la familia. Las funciones de los cónyuges deben diferenciarse para enfrentar a los requerimientos del niño, de atención y alimento y para encarar las restricciones así impuestas al tiempo de los padres.

Por lo general, el compromiso físico y emocional con el niño requiere un cambio en las pautas transaccionales de los cónyuges. En la organización de la familia aparece un nuevo grupo de subsistemas, en el que los niños y los padres tienen diferentes funciones.

Este periodo requiere también una renegociación de las fronteras con la familia en su conjunto y con los elementos extrafamiliares. Los abuelos, tíos y tías pueden incorporarse para apoyar, orientar u organizar las nuevas funciones en la familia, o la frontera alrededor de la familia nuclear puede fortalecerse.

En general, el sistema debe efectuar los complejos cambios requeridos para pasar de un sistema de dos a un sistema de tres. Por lo general, el compromiso de la mujer con una unidad de tres, incluyendo un mayor compromiso con el matrimonio, se inicia con el embarazo. El niño es una realidad para ella mucho antes que para el hombre. Recién en el nacimiento, él comienza a sentirse como un padre, y en algunos casos incluso muy tarde.

El hombre puede seguir sin comprometerse mientras la mujer ya se está adaptando a un nuevo nivel de formación familiar. La crianza de un niño ofrece múltiples posibilidades para el crecimiento individual y para consolidar el sistema familiar. Al mismo tiempo, es un campo en el que se disputan muchas batallas arduas, ya que a menudo, los conflictos no resueltos entre los esposos son desplazados al área de la crianza del niño debido a que la pareja no puede separar las funciones de padre de las funciones de esposo.

Los niños se hacen adolescentes y luego adultos. Nuevos hermanos se unen a la familia, o los padres se convierten en abuelos. En diferentes periodos del desarrollo, se le requiere a la familia que se adapte y reestructure. Los cambios de la fuerza y productividad de los miembros la familia requieren acomodaciones continuas.

A medida que los hijos abandonan la familia, reaparece la unidad original de marido y mujer, aunque en circunstancias sociales totalmente distintas. La familia debe enfrentar el desafío de cambios tanto internos como externos y mantener al mismo tiempo su continuidad para apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adapta a una sociedad en transición.

Concepto de Pareja: Ley de Sociedad de Convivencia

En el Distrito Federal, la Ley de Sociedad en Convivencia aprobada por el congreso en el 2006, plantea una variante en el concepto de pareja y familia. Esta ley es una reformulación de las condiciones legales y sociales en las que una pareja sienta las bases para su convivencia, quedando en posibilidad de compartir bienes y derechos sin la necesidad de contraer matrimonio ni de pertenecer a un sexo determinado.

“La sociedad de convivencia es un acto jurídico bilateral que se constituye, cuando dos personas físicas de diferente o del mismo sexo, mayores de edad y con capacidad jurídica plena, establecen un hogar común, con voluntad de permanencia y de ayuda mutua”.*

*Diario Oficial de la Federación, México, D.F., 2006

1.2 Elección de pareja

En el proceso de conformación de la pareja confluye la experiencia pasada de sus miembros; dentro de las necesidades y exigencias de un presente y, a su vez constituye un futuro que se inserta a un eslabón más de la cadena transgeneracional. En este sentido, la relación de la pareja está matizada por un gran número de elementos que van de la experiencia concreta a la simbólica y desde el proceso intrapsíquico al interaccional, que se pone de manifiesto a través de un contrato operativo de interacción y de los respectivos contratos individuales aportados por la pareja al sistema marital.

La elección de pareja está dividida en dos fases: la primera es fundamentalmente afectiva (Corbella, 1991), en ella se desempeña un papel casi exclusivo de la atracción física que puede ejercer una persona sobre otra, de esta atracción surge la necesidad de establecer una relación. Posteriormente, aparece una segunda fase, en la que la consolidación de la pareja pasa por un interés de la convivencia.

Para Rage (1996) los factores en la elección de pareja incluyen cuatro elementos:

- Atractivo físico: existen teorías que apuntan a que las diferencias suelen ser más atractivas.
- Atractivo psicológico: la comunicación, la expresión de ternura, la amistad, aspectos de la personalidad (madurez emocional), inteligencia y otros más son muy importantes.
- Atractivo sociológico: comprende los antecedentes familiares, clase social, educación, cultura, entre otros.
- Atractivo axiológico: se refiere al tipo de valores que tienen los miembros de la pareja, económicos, éticos, estéticos, sociales, políticos y religiosos.

Lemaire (1985) describe dos rasgos que dan organización a la elección de pareja:

- Es una lección que implica reciprocidad, es decir, cada uno de los miembros, juega simultáneamente el papel de “elector” y “elegido”, por lo cual encuentra, en la búsqueda del otro, satisfacciones simétricas o complementarias a las de él o ella.
- Lo que se espera del objeto elegido se relaciona con lo que se espera de la relación; contribución al equilibrio personal y a la organización defensiva. Para que el yo mantenga su unidad y coherencia, se requiere del otro, características complementarias y positivas.

Desde el punto de vista psicodinámico podemos afirmar que existen mecanismos inconscientes que condicionan la elección de pareja.

Freud (1981) determina que hay dos tipos de elección de cónyuge:

- La elección narcisista es configurada tomándose a uno mismo como objeto, es decir, que la persona se enamora de alguien parecido a sí mismo.
- El amor por una madre sustituta se llama elección anaclítica o sea que una persona ama a alguien, de quien pueda depender para su sostenimiento.

Según Freud, los hombres hacen elecciones anaclíticas, mientras que las mujeres se inclinan más por las elecciones narcisistas. Señala que dentro de cada uno de estos tipos hay varios caminos para la elección:

- El tipo narcisista puede amar:
 - Lo que él mismo es, alguien cuya personalidad parezca ser muy similar a la suya.
 - Lo que él fue en otro tiempo, alguien que le recuerde al él mismo cuando era niño.
 - Lo que le gustaría ser
 - Lo que en otro tiempo fue parte de él, alguien que le recuerde a los padres o hermanos.

- El tipo anaclítico puede amar a
 - Alguien que alimente
 - Alguien que proteja:

Lo que caracteriza la relación de pareja es la creación de vínculo que se establece a través de una alianza dada por la elección. La noción de un vínculo incluye al otro extremo, estableciéndose una especie de código donde convergen las historias vitales de cada miembro de la pareja, Sarquis (1995).

La constitución de la estructura vincular está basada en las expectativas conscientes de dar y recibir, pero regida por “acuerdos inconscientes” como son:

- La idealización: cuando en el individuo predomina el “yo” ideal y, por lo tanto un aspecto de omnipotencia narcisista, se busca en la pareja la realización de la fantasía. En una situación idealizada se trata de buscar, que la pareja ofrezca la gratificación “perfecta” de todas las necesidades de una expectativa irreal.
- La identificación proyectiva: se proyectan aspectos propios de la pareja y se percibe que el otro es una parte de sí mismo y se relaciona como si esto fuera así. Pero si el aspecto proyectado es rechazado, la pareja puede ser odiada.
- La colusión: es un proceso simbiótico en el que ambos se atribuyen inconsciente y mutuamente sentimientos compartidos.

Willi (1985) sostiene que en la elección de pareja existen dos reglas que aparentemente se contradicen: "El igual se une a gusto con su igual" (homogamia) y "Los contrastes se atraen" (heterogamia). El proceso colusivo comienza en el primer encuentro, con las problemáticas inconscientes que cada uno trae a la relación: "La colusión surge de un periodo dinámico de adaptación y no es un proceso que dependa de la suerte".

Establece cuatro esquemas del juego conjunto inconsciente:

- La relación narcisista: al elegir pareja, la intención es encontrar una persona que no tenga aspiraciones propias, que le adore e idealice.
- La relación oral: el rol de los consortes es la de "hijo – lactante" adoptivo, quieren tener satisfechas pasivamente sus necesidades orales.
- La relación sádico-anal: en esta relación los esposos tienen la firme convicción de que una relación bipersonal tiene que fracasar si no se garantiza su seguridad por medio de la sujeción, control y autoridad.
- La relación fálico-edipal: en esta relación la pareja asume como un hecho la supremacía del hombre sobre la mujer. Los dos consortes tienen restos de un complejo no resuelto con el progenitor del sexo contrario y en ocasiones también con el del mismo sexo al que no pueden tomar como modelo para identificarse con él.

Toda elección de pareja está basada en la combinación de mecanismos inconscientes en sus diversas modalidades. Los primeros objetos amorosos, que generalmente son los padres constituyen una referencia de base para futuras elecciones de objeto.

Puede observarse la búsqueda de repetición de modelos de relación, así como la reproducción de características de uno u otro padre en el cónyuge a elegir, esta influencia toma distintas formas:

- Elección positiva o por desplazamiento; es la elección de un compañero que presente características deseadas de cualquiera de los padres. Se trata de un desplazamiento de las expectativas respecto a figuras parentales. A un cónyuge que debe cumplir y satisfacer funciones como las de protección, afecto y nutrición en forma simbólica.
- Elección negativa por contraste; en este caso se observa la tendencia a buscar en la pareja características consideradas como negativas correspondientes a alguno de los padres. La búsqueda se orienta hacia alguien que "no sea como".

- Elección referida a roles; se observa la tendencia a buscar un compañero que cumpla roles que parecen como deseados si la referencia es positiva, o roles que permitan reparar aquellas expectativas no satisfechas por los padres.

Es posible distinguir situaciones en que el fortalecimiento se refiere a algún aspecto personal que aparece amenazante en la elección de pareja:

- Elección como lucha contra la depresión; se observa en personas que presentan disposiciones depresivas latentes y donde el equilibrio aparece dado por la incorporación sucesiva de objetos buenos, positivos y/o gratificantes. Estos objetos pasan a consolidar un yo inicialmente débil y frágil.
- Elección por idealización; se busca la perfección del objeto amoroso, entran en juego mecanismos de disociación que separan del otro todo aquello que podría ser negativo, manteniendo así sus aspectos gratificadores. Es un mecanismo que tienen altos costos personales y para la pareja. Limita progresivamente la relación, obstaculiza la adaptación social y emocional de la pareja.
- Elección como reacción contra la intrusión; se busca preservar la seguridad por sobre la búsqueda del placer. Personas que no logran soportar lo emocional y afectivo, sintiéndose fácilmente invadidos.
- Elección contra el riesgo de amor intenso; la defensa se orienta a protegerse de objetos amorosos. La intensidad de los sentimientos es experimentada como cuestionadora del equilibrio personal. La elección se orienta hacia un compañero que no despierte un amor incontrolable ni tampoco necesidad de compromiso afectivo.
- Elección como respuesta a un desafío; se produce basada en la atracción, ya sea por que el otro es el más codiciado del medio, lo más difícil de lograr, lo más prohibido, a lo que llamamos elecciones por rebeldía.
- Elección por piedad, compasión o para actuar el rol de curador de heridas y mostrar fortaleza. Puede responder a la defensa contra la depresión o como una fórmula de negar la carencia y la necesidad en sí mismo.

Para Strean (1986), la elección de pareja está basada en la necesidad de defenderse contra determinados impulsos instintivos así como puede estarlo en el deseo de encubrir una débil imagen de uno mismo.

La necesidad de borrar un viejo dolor puede influir en la elección conyugal, generalmente en forma destructiva. La psique humana se forma en la infancia y el resultado se encuentra guardado en la persona. La relación de pareja no crea nada nuevo. Como el patrón es inconsciente, los desastres conyugales y la presencia de infortunios están inconscientemente dispuestos y perpetuados.

1.3 Etapas de la formación de la pareja

El ciclo de la pareja puede ser visto como un proceso complejo que se desarrolla a lo largo de los años. En el proceso que recorre una pareja, desde el momento en que se conocen hasta que establecen una vida en común, se distinguen diferentes etapas.

Rage (1996), considera que, las etapas son jerárquicas, ya que una sigue a la otra en una secuencia y además existen hechos significativos que señalan el principio y el fin de cada una de ellas. Cada una tiene su propia problemática particular, es autónoma, completa y distintiva en sí misma.

Cada fase se caracteriza por relaciones y comportamientos que suelen facilitar el paso a la siguiente etapa. Menciona cinco etapas por las que atraviesa la pareja y la familia a lo largo de su vida:

1. La pareja en formación y en matrimonio
2. La familia con hijos pequeños
3. La familia con adolescentes
4. Encaminar a los hijos y seguir adelante
5. La familia en edad avanzada

En caso de separación

6. El divorcio
7. La constitución de una familia como resultado de segundas nupcias

Sarquis (1995), clasifica las etapas en:

- Periodo de “galanteo” y elección de pareja
- Matrimonio y consolidación

- Llegada de los hijos
- Comienzo de la escolaridad
- Periodo intermedio del matrimonio
- Cuando los hijos se van
- La vejez

Haley (1978), postula que los síntomas familiares aparecen cuando un ciclo se interrumpe lo que repercute en que la familia enfrente dificultades para superar esa etapa de desarrollo. Divide el ciclo de la pareja en seis periodos:

- Galanteo
- El matrimonio y sus consecuencias
- El nacimiento de los hijos y el trato con ellos
- Dificultades matrimoniales del periodo intermedio
- El destete de los padres
- El retiro de la vida activa y la vejez

Lemaire (1985), divide este proceso en cuatro fases:

- Luna de miel; el encantamiento inicial, donde la idealización del otro y del amor tiende a anular todo elemento negativo y favorece la fusión. Este periodo puede durar meses o años.
- Reacciones precríticas; el deseo de mantener el enamoramiento ofrece beneficios para ambos externalizando toda la agresión hacia un tercero.
- Crisis; los miembros de la pareja experimentan un cambio en su imagen interiorizada lo que puede representar que el otro se sienta defraudado al no cumplir con sus expectativas. El proceso de idealización no se puede mantener y esto crea sentimientos ambivalentes.
- Reacciones postcríticas; la desidealización puede tener tres alternativas;
 - 1.- la separación; cuando la agresividad y la destrucción mutuas crecen, conducen a la disociación de la pareja.
 - 2.- la triangulación de la diada; en algunos casos el mantenimiento de la pareja puede ser posible al precio de una preocupación común, una angustia común o incluso de un rechazo común a un hijo inocente, donde se expresarán la hostilidad que no se atreven a mostrarse abiertamente.

- 3.- la reorganización del vínculo; después de la etapa de crisis y el trabajo de duelo consecuente, se efectúa un nuevo aprendizaje de las relaciones, esto genera una mejoría en la comunicación y la instauración de una nueva idealización del compañero.

1.4 Identidad familiar, estabilidad y fracaso

Para Ackerman (1988), existen conceptos básicos en el estudio de la formación de una pareja, tales como: identidad familiar, estabilidad y fracaso.

Identidad: cualquier entidad humana – un individuo, una pareja de personas relacionadas, o un grupo – posee una representación psíquica única. A esto llama identidad. Es parte del ciclo de la vida que la gente se esfuerce por expresar y realizar las potencialidades de su identidad en el contexto de sus relaciones sociales actuales.

Un par unido de personas o un grupo puede considerarse como que posee una identidad única en el mismo sentido en que se dice que un individuo la posee. La identidad psicológica no es una configuración estática, evoluciona y cambia a través del tiempo.

Es una amalgama de elementos de experiencia viejos y nuevos, profundos y superficiales. Está moldeada por la interacción del individuo con su ambiente interpersonal; deja su huella en ese ambiente. La identidad psicológica se refiere a un concepto de sí expresado en los esfuerzos, metas, expectativas y valores de una persona o grupo de personas.

Se puede tratar de conceptualizar la identidad psicológica de una pareja familiar, como por ejemplo madre e hijo, o marido y mujer, y también la identidad psicológica del grupo familiar como unidad integrada. En el contexto de una relación familiar o grupo, la identidad psicológica se refiere a elementos unidos en identidad psíquica: los impulsos, valores, expectativas, acciones, temores y problemas de adaptación mutuamente compartidos en, y complementados por las conductas que los miembros del grupo familiar efectúan en sus roles.

Es este aspecto de la vida familiar lo que da forma a las normas ideales de la familia; la línea de acción de autoridad, diferenciación sexual, división del trabajo y actitudes en la crianza de los hijos. La identidad psicológica de una pareja familiar o grupo determina la forma en que se tienen en cierto equilibrio los elementos de igualdad y diferencia entre las personalidades de los miembros de la familia.

En algunas familias, el interjuego de los miembros en sus roles familiares variados enfatiza las tendencias hacia la igualdad por encima de las tendencias hacia la diferenciación. En otras familias puede prevalecer la pauta opuesta.

En grupos familiares perturbados, las diferencias pueden estar tan intensificadas como para crear una barrera formidable que perjudica gravemente la matriz para la identidad unida.

Estabilidad; la identidad psicológica y la estabilidad del comportamiento deben ser consideradas conjuntamente. La evolución de la identidad del individuo, pareja o grupo familiar a través del tiempo se puede precisar claramente sólo cuando examinamos con un procedimiento paralelo la estabilidad de las funciones familiares. La estabilidad es el producto final de complejos procesos interdependientes, entre éstos los más importantes son: la continuidad de una identidad a través del tiempo, el control del conflicto; la capacidad de cambiar, aprender, realizar nuevos roles en la vida y lograr un desarrollo progresivo, y finalmente la complementación de relaciones entre roles familiares.

Esta multiplicidad de procesos familiares debe ser enfocada como una unidad. Casi no es posible evaluar los dinamismos familiares en cualquiera de estas dimensiones si no se le considera en el contexto de los otros. En una apreciación total de la adaptación individual y familiar debe ser posible definir el equilibrio de fuerzas que contribuye a la adaptación exitosa y a la salud emocional, o a la tendencia al fracaso y la enfermedad.

La estabilidad se manifiesta en el mantenimiento de la integridad y continuidad de identidad bajo la presión de cambiantes condiciones de vida, asegura que la conducta personal se mantenga intacta e íntegra ante los peligros de la experiencia nueva. Este equilibrio está preservado por las funciones coordinadas de múltiples procesos mentales – percepción, memoria, asociación, juicio y control de la emoción, ansiedad y conflicto.

La estabilidad afecta a la capacidad de manejar el conflicto familiar y de establecer el equilibrio después de una crisis emocional, dando pauta a una experiencia nueva, favoreciendo la capacidad de aprender y crecer.

El control del conflicto es una dimensión especial y directamente vinculada con las relaciones familiares. El fracaso en encontrar una solución eficaz lleva a la inadaptación y a la enfermedad emocional.

Dentro del individuo, el conflicto, la ansiedad y los síntomas defectuosamente controlados significan vulnerabilidad para el fracaso en la adaptación y enfermedad mental.

En relación con esto, es de importancia especial la capacidad para lograr pautas de complementariedad de roles familiares. El término “complementariedad” se refiere a pautas específicas de relación que proporcionan satisfacción, vías de solución para el conflicto, apoyo a una imagen necesaria de sí mismo y afianzamiento de formas decisivas de defensa contra ansiedad.

La complementariedad puede ser negativa o positiva: es positiva cuando los miembros de pares o tríos familiares experimentan una realización mutua de las necesidades en forma que promueve un crecimiento emocional. La complementariedad negativa significa el afianzamiento de las defensas contra la ansiedad patógena pero no promueve significativamente el desarrollo emocional positivo.

El conflicto, en sus formas benignas, puede estimular el crecimiento mientras que las formas malignas pueden predisponer al colapso en el equilibrio emocional de las relaciones familiares.

Fracaso; la teoría psicoanalítica subraya el principio de que las semillas de la enfermedad mental se siembran en la familia de la infancia, pero el pasaje de estas malas semillas a adultos emocionalmente perturbados cobra sentido sólo cuando estudiamos las relaciones del individuo y la familia en la adolescencia y la edad madura. Así, cuando el individuo llega a la edad adulta, se casa y crea una nueva familia, la estructura de su familia adulta puede ser semejante o diferente de la de su familia de infancia. En la edad madura el individuo puede perpetuar una estructura familiar vieja y conocida o huir defensivamente a una estructura radicalmente diferente.

Al elegir a un compañero matrimonial y criar a sus hijos, inicia una nueva clase de relaciones íntimas que pueden darle mayor protección contra la enfermedad mental o agravar su inclinación a ella. El conflicto internalizado en fases más tempranas de la integración familiar influye en las pautas actuales de conflicto en las relaciones familiares, y el conflicto actual en las relaciones familiares influye en la expresión y destino de los niveles de conflicto más antiguos.

1.5 Concepto de conflicto de pareja

Para Ackerman (1988), los problemas especiales de las parejas matrimoniales y paternas pueden comprenderse mejor en función de la reciprocidad e interdependencia de la adaptación a los roles familiares respectivos, complementariedad de la conducta sexual, reciprocidad de compañerismo social y afectivo, participación conjunta en la autoridad y división del trabajo. Cuando la pareja llega a la paternidad, los problemas de responsabilidad paterna compartida agregan otro nivel de complejidad a las nuevas relaciones familiares, y el conflicto en las relaciones entre roles paternos se agrega a cualquier conflicto que pueda existir de antemano en la pareja.

En esta era de transición, caracterizada por un difundido conflicto de valores y confusión de fines y expectativas, han cambiado las metas para el casamiento, el hogar y las aspiraciones de la paternidad. Cuando la relación matrimonial no satisface los propósitos de ambos cónyuges, se rompe la reciprocidad de la sociedad y aumenta el riesgo de separación emocional o divorcio.

Con frecuencia considerable la realidad del casamiento y la familia no satisface las expectativas. La consiguiente desilusión acentúa la tendencia al divorcio. La frecuencia de divorcio en parejas sin hijos no es de gran importancia para la evolución de la sociedad y la familia. El problema fundamental es el divorcio que compromete el destino de descendientes.

El conflicto de pareja matrimonial no es importante sólo por sí mismo sino como representante y núcleo de tendencias de desintegración en la vida familiar y como precursor de perturbaciones en el desarrollo emocional de los hijos.

Debe recordarse también que no puede haber divorcio efectivo para los padres. Aunque estén permanentemente separados como pareja sexual, quedan atados para siempre por la responsabilidad conjunta en el cuidado de los hijos, y en algunos casos esta atadura se torna una fuente de sufrimiento por muchos años.

Al mismo tiempo se detecta que por cada casamiento que termina en divorcio, hay muchos en los que los cónyuges permanecen juntos, pero están emocionalmente separados uno del otro. Siguen juntos no por razones de amor sino por necesidades económicas, deber hacia los hijos, dependencia personal, temor a la soledad o simplemente porque no hay otra parte a donde ir. La familia permanece físicamente unida pero hay en realidad una separación emocional entre los padres.

Antes que nada, es necesario considerar las perturbaciones en relación con los cambios sociales imperantes, ya que los conflictos de valores inherentes a nuestra cambiante cultura, tienen conexión directa con el destino de la vida familiar y sus relaciones en la salud o la enfermedad.

En el contexto de la intimidad, el conflicto puede ser más que un desacuerdo, incompatibilidad entre personas, puede convertirse en un elemento duradero o persistente en la interacción, con un curso de desarrollo, por lo que debe entenderse mejor como un proceso; este proceso es complicado, incluye palabras, acciones y sentimientos.

Brehm (1992), menciona que en las relaciones íntimas y durante el conflicto las interpretaciones que hacemos de nuestras conductas y de las de nuestra pareja pueden ser más importantes de lo que se dice y se hace.

Coombs (1987), divide el progreso del conflicto en tres etapas específicas; 1ª, el conflicto potencial es experimentado por un miembro de la pareja cuando se enfrenta a una elección entre dos o más opciones o metas incompatibles; 2ª el conflicto se convierte en una realidad cuando la interacción revela que los miembros de la pareja quieren cosas diferentes, pero piensan que esas diferencias se pueden resolver; 3ª el conflicto amenaza la relación cuando los miembros de la pareja perciben que no existe una consecuencia mutuamente aceptable y se deben hacer cambios indeseados para resolver las diferencias. En esta tercera etapa, los intereses propios usualmente reemplazan los intereses mutuos. Esta etapa del conflicto puede dar fin a la intimidad.

Walsh (1992), propone el concepto de “resiliencia” que habla de la capacidad que cada individuo tiene para enfrentar el conflicto, describiéndola como una condición innata y dependiente de factores adquiridos a lo largo de la vida como son: la comunicación con la que la pareja se relaciona, su organización en la forma habitual de resolver problemas y los sistemas de creencias imperantes. Estos aspectos están relacionados con rasgos personales, factores de protección en la pareja y factores en el contexto social. El conflicto puede verse como peligro y oportunidad.

D’Zurilla (1993), considera necesario el conflicto como factor de crecimiento y su relación implica un trabajo orientado a la obtención de un nuevo equilibrio más estable y superior al anterior, y lo define como una transacción persona – medio donde existe una concepción de desequilibrio o discrepancia entre las demandas y la disponibilidad de las respuestas. El conflicto refiere a factores que se oponen entre sí, como contrastes intra o inter personales. Los conflictos interpersonales surgen en la interacción social.

El conflicto se encuentra en cualquier interacción humana. Es un factor de crecimiento pues su resolución implica un trabajo orientado a la obtención de un nuevo equilibrio (Corsi, 1994).

Según Greeff (2000), un conflicto ha sido definido como un proceso que inicia cuando un miembro de la pareja percibe que el otro ha frustrado algo concerniente a él o a ella, es decir, una acción es obstruida o interferida por la acción de otra persona. “El conflicto es una de las realidades existenciales del ser humano”, pues el Yo no se estructura ni se forma más que frente a algo que se le resiste (Thibault, 1972). El conflicto, hecho humano existencial, será siempre fundamento de la pareja y factor necesario para su vida y crecimiento. Así como el exceso de conflicto puede llevar a la ruptura, la ausencia de éste, es la muerte.

Evitar sistemáticamente los conflictos con la idea de conservar la pareja sobre sus bases iniciales, es decir, sobre sueños e ilusiones, sólo crea una serie de mal entendidos que pueden estallar y comprometer el desarrollo sano de la pareja.

El conflicto se da cuando uno o ambos miembros comienza a enfocarse en muchas deficiencias pequeñas, lo que provoca hostilidad y forma barreras para continuar con la relación amorosa (Díaz – Loving, 2000).

El Psicoanálisis considera al conflicto como constitutivo del ser humano y menciona entre otros tipos: conflicto entre el deseo y la defensa, conflicto entre los diferentes sistemas o instancias, conflicto entre los instintos, conflicto edípico en el que no solamente se enfrentan deseos contrarios sino que éstos se enfrentan con lo prohibido (Laplanche, 1979).

El sujeto experimenta un conflicto cuando en él se oponen exigencias contrarias. El conflicto puede ser manifiesto (como un deseo y una exigencia moral) o entre dos sentimientos contradictorios o latentes, pudiendo expresarse éste último de un modo deformado del conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la formación de síntomas como trastornos de conducta, perturbaciones del carácter, etc.

1.6 Fuentes de conflicto

Casado (1991), comenta que lo que provoca el conflicto es lo mismo que anteriormente había unido a la pareja. En la lista de conflictos de la pareja menciona:

- Falta de comunicación
- Diferencia de expectativas

- Celos
- Relaciones dominante – dominado
- Sensación de renuncia
- Culpabilidad

Moreno (1997), plantea que muchos de los problemas comienzan con la elección de pareja, pues hay evidencia de que existen ciertos aspectos que la relación presenta aún antes del matrimonio y son desencadenantes de situaciones conflictivas, en ocasiones insuperables, entre estos aspectos se encuentran:

- La edad al contraer matrimonio; a menor edad de la pareja mayor probabilidad de divorcio.
- La duración de la relación antes del matrimonio; a menor duración de la relación mayor propensión al divorcio.
- La heterogeneidad de la pareja con respecto a la escolaridad, clase social, religión, valores, ambiciones, costumbres y nivel de desarrollo.
- Religiosidad; el individuo que no está apegado a ninguna religión y tiene valores que no están contra el divorcio, es probable que se separe.
- Antecedentes de divorcio entre padres en la pareja.
- No cumplir con los acuerdos establecidos antes del matrimonio, si los hay.
- Insatisfacción sexual.
- Inestabilidad económica.
- Falta de independencia de los esposos.
- La necesidad de poder.

Espinoza (2000), menciona como problemas más frecuentes en la pareja los siguientes:

- Falta de comunicación.
- Económicos.
- Falta de respeto.
- Discusiones.
- Distintos puntos de vista, actitudes y creencias.
- Alcoholismo.
- Educación de los hijos.
- Drogadicción.
- Tareas en casa.
- Malos entendidos entre hermanos.

En la vida de la pareja se presentan circunstancias de cambio que pueden ser factores estresantes y propiciar conflictos como:

- Cambios laborales tanto negativos como positivos; recorte de personal, despidos, paros, ascenso, jubilación.
- Enfermedades.
- Problemas económicos.
- La paternidad/maternidad.
- Cuando los hijos se van de casa o simplemente se hacen mayores y dejan más tiempo libre a la pareja.

Los conflictos en la pareja pueden poner en marcha sus habilidades de comunicación y resolución además de proporcionar motivación para mantenerse juntos, Avelarde, et al (1996).

a) **Comunicación en la pareja**

La comunicación abarca la diversidad de formas en que la gente transmite información, qué da y qué recibe y cómo le da significado. La comunicación es aprendida (Satir, 1988), explica algunos elementos de la comunicación:

- El cuerpo que se mueve, tiene forma y figura
- Los valores, los conceptos que presentan, el estilo personal para sobrevivir
- Las expectativas del momento, mismas que brotan de las experiencias pasadas
- Los órganos de los sentidos; ojos, nariz, oídos, boca y piel
- La capacidad para hablar palabras y voz
- El cerebro, los almacenes del conocimiento, que incluyen lo que se ha aprendido de experiencias pasadas, lo que se ha leído y asimilado mediante el aprendizaje, y lo que ha quedado registrado en los dos hemisferios cerebrales

Según Watzlawick (1991), la comunicación es el canal por el cual las personas se relacionan. Describe sus principios y la importancia de la comunicación. Enumera los axiomas de la comunicación:

- Es imposible no comunicar; el individuo callado a nuestro lado nos está comunicando “no quiero comunicarme”

- Toda comunicación presenta dos niveles; el nivel índice (contenido del mensaje) y el otro nivel orden (relación entre los comunicantes). Este segundo nivel engloba al primero y por ello modula el significado del mensaje
- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. La puntuación de una secuencia de hechos consiste en nuestra atribución de la importancia relativa de cada uno de ellos. Cuando dos personas no están de acuerdo en la puntuación, surge el conflicto
- La comunicación se divide en digital (significado semántico del lenguaje) y analógica (lenguaje no verbal). Los problemas se originan cuando los dos canales no coinciden
- Un intercambio de comunicación puede ser simétrico, cuando la relación de los dos comunicantes tiende a la igualdad, o complementaria cuando existe una diferencia. Las mismas personas pueden alternar interacciones simétricas y complementarias, según el contexto.

De gran importancia en la comunicación son los canales corporales por los que pasa gran parte de la expresión de los afectos, como son; gestos, mímicas sexuales, miradas, etc.

Otros factores que pueden afectar la comunicación son; las búsqueda de una cierta seguridad o de un modo de vida apacible, el evitar conflictos, lo que lleva con frecuencia a limitar voluntariamente el nivel y la calidad de la comunicación.

La convivencia en pareja comprende la utilización global de los sentidos en la asimilación del aspecto, el sonido, el olor del compañero y en el contacto físico, la sensación que le provoca al tocarlo.

El cerebro de cada uno le da significado a toda experiencia sensorial, evocando experiencias del pasado, en particular las vividas con los padres u otros objetos amorosos y a su aprendizaje total.

La comunicación es un factor importante que afecta la salud y las relaciones de una persona con los demás, está conformada por mensajes sensoriales (fisiológicos), pensamientos (cogniciones, respuestas corporales, conductas), y sentimientos (emociones).

En la comunicación existe un emisor que codifica un mensaje y lo envía a un receptor que decodifica el mensaje y da una respuesta, convirtiéndose en emisor y el otro en receptor.

Satir (1988), explica que muchos problemas en la comunicación son resultados de la comprensión errónea por parte de los demás de lo que comunicamos. Estos conflictos de comunicación no sólo se dan a nivel verbal, sino también en la expresión corporal a través de posiciones, actitudes y en la expresión facial por medio de gestos, muecas miradas e incluso la falta de éstas.

Menciona que existen dos elementos importantes para lograr una buena comunicación, el primero es la capacidad de expresarle a otro los verdaderos sentimientos y temores, el segundo, tener la capacidad de detenerse un momento a rectificar o ratificar si lo que se había entendido era realmente lo que se deseaba expresar.

Lo importante es que se exprese el propio sentir, se responsabilice de lo que siente y lo exprese claramente sin atacar o responsabilizar a otros. Uno de los vicios de la comunicación que suele provocar respuestas agresivas, es la utilización de expresiones generalizadas como “siempre” o “nunca”, que abren muy pocas alternativas y son vividas como agresiones.

Para Thibault (1972), saber dialogar es, antes que nada, saber y poder expresar. Muchas personas están acostumbradas a reprimir la expresión espontánea de sus sentimientos, no mostrar lo que piensan y esconder a cualquier precio lo que sienten. Saber dialogar es también, y sobre todo, saber escuchar al otro.

En cuanto a la pareja, Verdiguél (1997), explica que el lazo principal de un individuo con otro se basa en la comunicación física e intelectual, por eso es importante recalcar que no hay pareja sin comunicación. Así, la clave del éxito de una pareja es la integración de ésta.

Los factores que determinan la relación en la pareja son: comunicación, sexualidad y sentimientos.

Barnett (1996), explica algunos puntos básicos que deben tomarse en cuenta en la comunicación de las parejas:

- Escuchar con atención
- Tratar un solo asunto a la vez y en momentos en que no haya tensión
- Responder sin reaccionar
- Tratar de ser empático
- Decir exactamente lo que se quiere, con claridad
- Expresar sentimientos
- Ser honesto

García (2002), explica que los miembros de la pareja adquieren algunas formas de conducta que interfieren en la comunicación:

- Reciprocidad negativa; una comunicación negativa genera una respuesta negativa y favorece una escalada de violencia. Es la ley ojo por ojo
- Discutir acerca de la propia relación; el empleo de metacomunicación, es reflexionar en la forma en que se está dando la comunicación. Por ejemplo, se dice, “no me estás escuchando” para lograr la atención, aquí el mensaje no verbal es agresivo y puede generar una respuesta similar. Las parejas sin problemas contestan a la metacomunicación y no al componente emocional
- La mujer ataca y el hombre evita o calla; este patrón en la mujer incrementa la hostilidad porque no se solucionan los problemas
- La habilidad para no escuchar al otro; se le deja hablar sin hacerle caso o no se le permite responder.

Mientras más salud exista en la relación de pareja, su comunicación será más clara, directa y congruente. La comunicación indirecta y enmascarada con incongruencias entre lo verbal y la expresión conductual, entre lo que se usa para encubrir los verdaderos sentimientos y lo no verbal, no solamente refleja disfuncionalidad, sino que con frecuencia contribuye a mantenerla.

De acuerdo con Lemaire (1985), la proporción de fracasos de la vida en pareja es debida a la mediocridad de la comunicación entre sus integrantes, las deficiencias más comunes son: lenguas diferentes, falta de desarrollo intelectual, carencia de desarrollo verbal, información cualitativamente insuficiente, así como el hecho de que los integrantes de la pareja son capaces de transmitir una gran cantidad de información sin comunicarse verbalmente en absoluto.

b) Celos

Los celos son sentimientos y emociones desarrollados ante la real o imaginaria trasgresión de la norma de exclusividad por parte de una pareja (Díaz – Loving, Rivera et al, 2000).

Los celos son una reacción natural ante la posible pérdida del objeto amoroso que implica miedo a perder el cariño de la pareja, perder su interés y dejar de ser el centro de atención (Pérez, et al 1995).

Las personas celosas desean controlar y poseer. Se puede decir que los celos son sentimientos universales y en este sentido pueden no ser patológicos. Sin embargo, la conducta que evocan es lo que con frecuencia resulta irracional. Los celos pueden ser buenos o malos dependiendo de qué se hace y de la forma en que se actúa de acuerdo con lo que se siente (Rage, 1996).

Cualquier cambio en el contexto de la pareja puede llegar a ser motivo para una reacción de celos. Aparecen sentimientos de engaño y se atiende selectivamente a señales de alerta, creando de esta manera un rival, al no poder controlar estos sentimientos, la persona puede tornarse cada vez más insegura e hipervigilante, generando como consecuencia reacciones agresivas y escenas de celos.

Clanton y Smith (1981), describe a los celos como una experiencia de gran visceralidad, caracterizada por la ansiedad, el resentimiento, el temor y otras emociones dolorosas que se presentan como una especie de “inundación” súbita, causando diversas manifestaciones conductuales y fisiológicas que van de la hostilidad encubierta a la evidente.

Los agrupa de la siguiente forma:

- Los celos posesivos; van acompañados de cólera y rabia, pueden dar lugar a crueles venganzas e incluso al homicidio. La persona posesiva no conoce el valor intrínseco ni siquiera la identidad de la persona poseída. Acompañada de una sensación de poder y control, se esconde la perversión, la manipulación, niega la espontaneidad, la verdadera autoestima y la reciprocidad de la relación.
- Los celos excluyentes; son especialmente intensos cuando una de las partes se siente descuidada en comparación con el tiempo, el dinero, el interés y el entusiasmo que la otra parte está derrochando con otra persona.
- Los celos competitivos; son celos de los logros del otro y pueden llegar a convertirse en una competencia hostil, tienen su raíz en la falta de seguridad o de autoestima.
- Los celos egoístas; son una negación de la libertad de roles, el celoso se avergüenza de su pareja o sienten celos de otras personas que tienen parejas “ideales”.
- Los celos de temor; pueden ser expresión del temor a perder a una persona a la que se valora mucho, temor a la soledad y al rechazo.

Flores, et al (1998), encontró que existen correlatos entre los celos y reacciones de dolor, enojo, sentimientos de egoísmo, posesión, grado de confianza e intriga. Las mujeres sienten más dolor y los hombres más enojo y desconfianza. Cuando las mujeres se consideran tiernas, amorosas, capaces y sensibles sienten más confianza en que su pareja no va a transgredir las normas de la relación y por tanto son menos susceptibles de sentir celos.

Así mismo, existe correlación entre el estilo de comunicación positiva y la percepción de confianza en la relación, no hay dolor, egoísmo – posesión e intriga (Sánchez, 2003).

Existen diferentes enfoques sobre los celos, según el punto de referencia que tomen para evaluarlos desde el pensar, actuar y sentir del ser humano:

- En hombres, con temperamento depresivo, tristes, con problemas en sus relaciones conyugales, la reacción de los celos ha de ser depresiva y la tragedia final irá precedida de una gran angustia y de una lucha interna agobiante.
- En hombres de gran trabajo, acción y responsabilidad, la reacción celosa será activa, dinámica, explosiva y extendida.
- Los tímidos y opacos sufren para sí, los celos son poco expresivos, aunque producen mucho daño interior.
- Las mujeres y hombres de emociones rápidas, de irritación fácil, de carácter colérico poseen celos pasionales y terribles y suelen esclavizar a la persona amada.
- Los que padecen alteraciones hormonales, hombres y mujeres, tienen celos patológicos que pueden ir acompañados de cambios radicales en el carácter y la conducta.
- Las bruscas descargas hormonales traen variaciones en el comportamiento sexual, alteraciones en la conducta y sadismo intelectual para con su pareja.

La amenaza de soledad provoca tal angustia que exagera el miedo a perder a la persona amada, a su vez, pone de manifiesto el dolor que conlleva darse cuenta de que uno es reemplazable.

La persona celosa tiene estas características:

- Sentimientos de propiedad hacia su pareja (física y emocional)
- Baja autoestima e inseguridad
- Reacciones emocionales negativas

- Necesidades de estimación
- Demanda constante de aprobación y sacrificio
- Deseo de ser amado incondicionalmente

c) **Roles**

En todas las culturas las normas están organizadas por roles. Los roles son un conjunto de normas. Los papeles o roles sociales, como el de padre, estudiante, hombre o mujer, sobreviven a quien los desempeña. En su definición un rol es un conjunto de normas que define de qué manera la persona colocada en una determinada posición social debe conducirse (Myers, 1995).

Los roles genéricos, son un conjunto de expectativas conductuales (normales) para hombre y mujer.

Así, a los sujetos femeninos se les percibe como más expresivos; a la mujer se le atribuyen características de ternura, abnegación, sumisión, bondad; y a los hombres se les describe como más instrumentales, funcionales y fuertes.

Esto se debe a que se considera el control social que deriva del amor en conjunción con el poder en la relación de pareja, el primero se encuentra en manos de la mujer y el segundo en las del hombre (Díaz Guerrero, Díaz- Loving, 1988).

El poder en la relación de pareja se refiere a quién toma las decisiones, a quién plantea ideas o soluciona problemas o a quién participa más en discusiones.

Debido a expectativas y roles sociales/genéricos que indican superioridad o inferioridad de hombres y mujeres, el control es sustentado diferencialmente por cada uno de los miembros de la relación. Las expectativas y normas marcan, socializan y aculturizan a sus integrantes. En la sociocultura mexicana, la obediencia y la abnegación conforman expresiones de poder que van amalgamadas al afecto.

Las diferencias en la expresión del poder varían en cada cultura. Se ha encontrado que los hombres utilizan estrategias más directas que las mujeres, como son la negociación, el intercambio y la normatividad, y las mujeres utilizan el razonamiento, la persuasión, el afecto, petición y asertividad, del estilo conductual positivo.

Del estilo conductual negativo las mujeres utilizan el afecto negativo y el hombre el autoritarismo, la coerción, el poder remunerativo y la normatividad negativa.

Rivera (2000) afirma que la utilización de estrategias de poder positivos se correlaciona positivamente con una alta satisfacción marital, y viceversa. El uso de estrategias de poder negativas, conduce, a un estilo de resolución de conflictos negativo (violencia).

El género se define como la red de creencias, rasgos de la personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y hombres como producto de un proceso histórico de construcción social, que crea asimetría entre los sexos.

El rol de género femenino, por tanto significaría el papel que esta construcción social ha identificado a las mujeres como cuidadoras y específicamente la maternidad.

El rol femenino fue centrándose cada vez más en el cuidado de los hijos y del marido, junto con esto se fue configurando una serie de prescripciones respecto de la moral familiar y maternal que delimitaba ciertas condiciones afectivas, la eficacia en el cumplimiento de estos afectos garantizaba a la mujer un lugar y un papel en la cultura.

Estos roles de género femenino suponen, a su vez, condiciones afectivas específicas para poder desempeñarlo con eficacia: para el rol de esposa, la docilidad, la comprensión, la generosidad; para el rol maternal, el amor, el altruismo, la capacidad de contención emocional; para el rol de ama de casa y la disposición sumisa para el complejo de la vida doméstica.

Cuando se hace un análisis de la situación de la mujer universalmente, se puede observar que en la generosidad existe una multiplicidad de roles, que como consecuencia, implican que ésta se encuentre muy limitada en su desarrollo personal.

En su papel reproductor y cuidador, podemos encontrar que se le exige que sea apoyo y guía de la familia, compañera social y sexual del hombre, madre que cuida y atiende a los hijos, debe ser la educadora, la socializadora, la formadora de la personalidad y la principal responsable de transmitirles la cultura y la estructura social (Pérez-Gil, Ramírez, R. 1995).

d) **Sexualidad**

La expresión de la sexualidad y de la capacidad de amar tiene efectos en ambos miembros de la pareja. La culminación de esa expresión en la intimidad es la relación sexual. En el dar y recibir, las relaciones sexuales son un componente esencial dentro de las parejas.

Hay teorías que postulan la importancia de proteger la adecuada satisfacción de las necesidades sexuales como medio de equilibrio personal y social. Se sostiene que es saludable mantener relaciones sexuales gratificantes.

La satisfacción sexual está relacionada con el ejercicio del poder que se da dentro de las relaciones de pareja: quién toma la iniciativa, quién manipula y quién tiene el control (Cortés, Díaz- Loving, Reyes, 2000). El placer sexual es deseado y buscado como complemento indispensable de la vida en pareja: el mal funcionamiento sexo – genital y coital en una pareja matrimonial puede llevar a la ruptura de la misma.

La actividad sexual se ha incorporado como algo rutinario en la vida matrimonial, a mayor tiempo en la relación, menor satisfacción sexual. Cabe destacar que la búsqueda del placer sexual es tan importante como el tener un sustento económico, criar hijos o progresar en la vida (Reyes, 2000).

Flores et al (1998) explica que los pensamientos, actitudes y sentimientos que tenga la mujer, son importantes para estar satisfecha sexualmente, ya que una mujer que presenta mayor pasión, se esfuerza y desea sexualmente a su pareja.

Cuando se presenta algún cambio emocional dentro de la relación de pareja, la intimidad se ve afectada de manera directa, es decir, el aspecto sexual de la relación, complacencia y sentimientos afectivos (Avelarde, et al 1996).

e) **Dinero en la pareja**

El dinero es un medio imprescindible para satisfacer necesidades básicas como comida, vivienda educación, recreación. Es un sistema simbólico para expresar problemas de valor que está asociado al poder y por lo tanto al control (Rage, 1996).

El hombre y la mujer en el desarrollo de su relación son productivos a través de su actividad en el trabajo. La falta de dinero en el hogar puede llevar a la pareja a situaciones difíciles, hasta el punto de ocasionar la disolución del vínculo.

El dinero constituye uno de los factores que puede contribuir al desarrollo de una buena relación, junto con otros factores muy importantes como el conocimiento, el respeto y el compromiso mutuo (David, 2002).

El dinero en la relación de pareja representa la clave de distribución del poder y de la autoridad la cual, culturalmente se le adjudica al hombre (Rage, 1990).

En la sociedad moderna, la mujer ha aumentado su participación en el mercado de trabajo, lo que constituye una mayor participación en el sustento del hogar, por lo tanto, la situación ha cambiado radicalmente y se dan casos en los que la mujer lleva la batuta del sostén económico del hogar, lo que puede ocasionar una pérdida del protagonismo del hombre que siempre ha sido visto como el proveedor de los satisfactores materiales en el hogar (David, 2002).

Esta situación puede ser vivida por el hombre como una pérdida de su importancia en el aspecto económico, como un sentimiento de fracaso y frustración que lo pueden llevar a vivir conflictos, con resultados muy negativos para él y su pareja.

f) **Infidelidad**

La infidelidad en la pareja casi siempre erosiona la calidad de la relación. La mentira juega un papel importante en estos conflictos, pues a partir de ella, es que se oculta la relación extramarital.

La infidelidad es el elemento más definitivo y frecuente de la ruptura de un matrimonio.

Aunque la idea de la fidelidad es compartida por la mayoría de los jóvenes como un factor esencial en el amor, en la sociedad occidental parece ser puesta en cuestión por las ideologías modernas (Tordjman, 1989).

La infidelidad puede ser definida, como “una relación interpersonal” que se da fuera de una pareja que suponga, tácita o explícitamente, una exclusividad emocional y sexual. La relación “extrapareja” puede ir desde un involucramiento emocional, no sexual, que contenga los elementos de atracción y, sobre todo secreto, hasta la ocurrencia eventual o continua, con o sin involucramiento emocional del ejercicio de la sexualidad (Zumaya, 1999).

La infidelidad es un hecho favorecido culturalmente entre el género masculino, donde se vive como un eje más de asimetría social y una actitud del ejercicio del poder y control de este género sobre el femenino.

La infidelidad es uno de los acontecimientos más desestabilizadores de la pareja (Casado, 1991) y se refiere a las aventuras ocasionales, ya que si se trata de una situación permanente habrá que considerarla como un síntoma de un conflicto más profundo.

Los motivos de la infidelidad son complejos e incluyen aspectos sociológicos como el mensaje de permiso que desde los medios de comunicación se emite constantemente, y psicológicos, relacionados con algunas carencias en la relación con la persona que es la pareja estable. Se puede distinguir entre una infidelidad casual y un amasiato, que representa una situación más duradera que la anterior.

Sin embargo, podemos llamar la atención sobre el hecho de que la infidelidad es más factible en épocas de conflicto personal y de pareja. La persona que tiene relaciones extramaritales puede llegar a devaluar y analizar su relación de pareja, lo mismo que su pareja, si se entera.

Según Zumaya (1999), la motivación masculina más frecuente para la infidelidad es la búsqueda de variedad y excitación sexual. Las mujeres, mientras tanto, buscan retribución emocional, es decir compensar el sentimiento de ser poco apreciadas, tanto en términos sexuales como emocionales. A diferencia de la búsqueda de gratificación sexual en los hombres, las mujeres parecen tener una clara comprensión de que, después de todo, la actividad sexual experimentada en la aventura, puede no resultar muy diferente a la vivida con su pareja. Aún así, muchas mujeres encuentran que la aventura brinda un sentimiento de poder que no estaba presente en sus vidas.

El aumento de autoestima se debe a que experimentan un sentimiento de ser deseadas, apreciadas, atractivas, le da el elemento de "elección activa", y una realidad alternativa en su vida que conlleva nuevas formas de autoexpresión y diferentes patrones de conducta.

Para muchas parejas la infidelidad es una forma de solución, una parte más de su jornada en la búsqueda de una relación satisfactoria, sin embargo, tanto hombres como mujeres tienen una actitud negativa ante ella y la persona infiel (Hernández, 2000).

Las personas que tienen más años de casadas son las que tienen una actitud más favorable hacia dicho fenómeno, también coincide con el significado del matrimonio donde la infidelidad no es una definidora importante de éste, esto en comparación con aquellos sujetos que inician su vida en pareja (Andrade, et al 1998).

g) **Violencia y agresión**

La violencia es una forma de agresión en sus diferentes manifestaciones; motoras, verbales, gestuales, posturales, etc. Toda conducta agresiva tiene un origen (agresor) y un destino (agredido).

Se puede decir que, una persona agresiva es aquella que tiende a percibir los datos de la realidad como provocadores y amenazantes, y frente a tal construcción cognitiva reacciona con conductas de ataque y defensa.

La violencia implica el uso de la fuerza y nos remite al concepto de poder: ejercer dominio del que está “arriba” sobre el que está “abajo”, en un manejo real o simbólico y en una adopción de roles complementarios: padre – hijo, hombre – mujer, maestro – alumno, patrón – empleado, joven – viejo, etc.

Para que exista violencia tiene que existir un desequilibrio de poder, que puede ser permanente o momentáneo.

Corsi (1994) concluye que la conducta violenta, es entendida como el uso de la fuerza en la resolución de conflictos interpersonales, que se hace posible en un contexto de desequilibrio de poder. A diferencia de la conducta agresiva, la conducta violenta no conlleva la intención de causar daño a la otra persona, aunque habitualmente lo ocasiona. El objetivo de la conducta violenta es someter al otro mediante el uso de la fuerza y obtener que haga lo que no haría por su propia voluntad.

La conformación de una pareja donde se vive violencia, generalmente es rígida e inamovible.

Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia en la pareja presentan un debilitamiento de sus defensas físicas y psicológicas, lo que conduce a un incremento de problemas de salud. Muchas padecen depresión y enfermedades psicosomáticas, así como una marcada disminución en el rendimiento laboral, problemas de aprendizaje, trastornos de conducta y problemas interpersonales.

El modelo autoritario de familia es definido como “cultura patriarcal”, donde el concepto de respeto no es entendido como una categoría que implique reciprocidad, la dirección establecida es de “abajo” hacia “arriba”.

La aceptación estricta de esta “normativa” legitima diversas formas de abuso familiar. Se denomina abuso a aquella forma de interacción que enmarca en un contexto de desequilibrio de poder, aquellas conductas que son emitidas por una de las partes y que por acción u omisión, ocasionan daño físico y/o emocional a otro miembro de la relación.

Es el adulto masculino quien con más frecuencia utiliza las distintas formas de abuso (físico, sexual o emocional), las mujeres y los niños son las víctimas más comunes de este abuso.

Si bien en los diferentes momentos de la relación de pareja rige la determinación social de su funcionamiento, en la pareja conyugal es donde se manifiesta con mayor intensidad.

La sociedad regula aquí tanto los roles frente a terceros (los hijos, funciones de crianza, etc.) como, dentro de la misma relación, el conjunto de derechos y obligaciones de los cónyuges, no dejando al azar de las voluntades individuales aquellas funciones que considera imprescindibles para su propia existencia como sociedad.

CAPÍTULO II: DEPRESIÓN

2.1 Definición de depresión

Según MacKinnon y Michels (1988), la depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido.

El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarle. Todas las facetas de la vida emocional, cognitiva y social podrán verse afectadas.

En los síntomas depresivos tempranos o moderados, el paciente trata activamente de aliviar sus sentimientos, solicita ayuda de los demás o trata de resolver sus problemas reconquistando mágicamente un objeto de cariño perdido o reforzando su vigor. A medida que la depresión se hace crónica o más grave, el paciente renuncia, tiene la impresión de que los demás no quieren o no pueden ayudarle, y de que las cosas nunca mejorarán.

Los síndromes clínicos de la depresión van desde psicosis graves a reacciones neuróticas y de adaptación moderada. La persona deprimida es típicamente su propio enemigo.

Las tendencias masoquistas o autodestructivas y depresivas coexisten con frecuencia en el mismo individuo. El suicidio, complicación dramática de las depresiones serias, constituye un fenómeno de gran importancia en la comprensión del funcionamiento psicológico de la persona deprimida.

Frecuentemente el paciente no puede considerarse a sí mismo como deprimido, a menos que se dé cuenta de sentimientos subjetivos de tristeza. Este padecimiento puede incluir síntomas somáticos manifiestos, asociados a la negativa de trastorno afectivo.

El paciente deprimido puede concretarse a describirse a sí mismo como angustiado, tenso, con miedo, con sentimientos de culpabilidad o vacuidad. El desinterés y la ansiedad son características presentes en el estado de ánimo depresivo moderado.

En las depresiones graves o crónicas, la ansiedad podrá desaparecer y ser reemplazada por apatía y retraimiento. Este es un cuadro corriente en pacientes que han renunciado y sienten desesperanza, en paciente apático no realiza esfuerzo alguno para ayudarse a sí mismo y solicita poca o nula asistencia de los demás.

La despersonalización puede desempeñar una función defensiva similar en estados depresivos agudos. Los aspectos más familiares de la identidad personal del paciente parecen extraños, puede ya no experimentar sus reacciones físicas o emocionales como parte de sí mismo y, en esta forma se protege de sentimientos dolorosos.

A menudo, el sentimiento de vacuidad e irrealidad es experimentado por él mismo como desagradable. El enojo, presente en el paciente depresivo podrá expresarse directamente o de manera sutil.

En cuanto al pensamiento podemos afirmar que el paciente deprimido manifiesta una representación estereotipada y recurrente de su problemática, aunque abriga poca esperanza de que se solucione.

El paciente psicóticamente deprimido cavilará acerca de incidentes menores que son recordados con sentimientos de culpabilidad y miedo de un severo castigo, así como puede presentarse la utilización de un desplazamiento grandioso de control mágico de la situación. Otros, utilizan una simbolización concreta convenciéndose de que su cuerpo está enfermo, aunque puedan negar a caso todo trastorno emocional.

El paciente neuróticamente deprimido sigue funcionando en el mundo real y sus sentimientos depresivos son o moderados o aparecen apropiados a los precipitantes externos.

Según el DSM- IVR, la característica esencial de un episodio depresivo es un periodo durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también experimenta al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora (falta de energía) sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Estos síntomas se mantienen la mayor parte del día, casi cada día.

El malestar se acompaña de síntomas clínicos significativos o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves, la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

El sujeto se describe como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser detectada en la entrevista.

Algunos sujetos se describen sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto.

Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas en lugar de referir sentimientos de tristeza.

Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p.ej. ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia).

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que han “perdido el interés” o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras, derivando en aislamiento social o abandono de aficiones. En algunos sujetos, hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (p.ej. dulces u otros hidratos de carbono).

Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea) puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso.

La alteración del sueño asociada más a menudo, es el insomnio. Es característico el insomnio medio (p.ej. despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse), o el insomnio tardío (p.ej. despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar el insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño).

Menos frecuentemente los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Muchas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto busca tratamiento.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p.ej. incapacidad para permanecer sentado, frotarse las manos y pellizcar la piel u otros objetos) o enlentecimiento (p.ej. lenguaje, pensamiento y movimientos corporales lentos; aumento en la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido o mutismo).

Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo, parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal en él.

El sentimiento de inutilidad o de culpa puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados. Estos sujetos suelen mal interpretar acontecimientos cotidianos, neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes (p.ej. un sujeto está convencido de que está personalmente implicado en la pobreza en el mundo).

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración.

Pueden presentarse los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio.

La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculo insalvable o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

El grado de incapacidad asociado a la depresión es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los pacientes con depresión presentan a menudo llanto, irritabilidad, tristeza rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupaciones excesivas por la salud física y quejas de dolor (p.ej. cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo).

Pueden presentarse crisis de angustia. Se presentan problemas en las relaciones interpersonales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (p.ej. anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los hombres). Pueden presentarse problemas matrimoniales (divorcio).

Los episodios depresivos pueden ir precedidos de algún estrés psicosocial (p.ej. muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio).

El parto puede precipitar un estado depresivo, en cuyo caso se denomina de inicio en el postparto.

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva y otro en el cual éstas se encuentran enmascaradas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables como elementos de un cuadro depresivo.

Calderón (1990), divide los síntomas de la depresión en cuatro grupos como se muestra en las siguientes tablas:

Trastorno de la afectividad

Síntoma	Manifestaciones
Indiferencia	Disminución o pérdida de intereses vitales
Tristeza	Con o sin tendencia al llanto
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones
Pesimismo	Enfoque vital derrotista
Miedo	Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo
Ansiedad	Más intensa en la mañana
Irritabilidad	Con agresividad que da origen a problemas laborales y familiares

Trastornos de la esfera intelectual

Síntoma	Manifestaciones
Sensopercepción disminuida	Deficiente captación de estímulos
Trastornos de memoria	Dificultad para la evocación
Disminución de la atención	Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana
Disminución de la comprensión	Dificultad de comunicación
Ideas de culpa o fracaso	Autoevaluación deficiente
Pensamientos obsesivos	Ideas u recuerdos repetitivos

Trastornos de conducta

Síntoma	Manifestaciones
Actividad disminuida	Descuido de sus obligaciones
Productividad disminuida	Bajo rendimiento laboral
Impulsos suicidas	Ideación o intento
Tendencia a la drogadicción y alcoholismo	Como mecanismo de escape a la ansiedad

Trastornos somáticos

Síntoma	Manifestaciones
Trastornos en el sueño	Insomnio al principio y al final del periodo de descanso
Trastornos en el apetito	Ausencia del deseo de comer o hambre compulsiva
Disminución de la libido	Debilitamiento o desaparición del deseo sexual
Cefalea tensional	Afecta los músculos de la nuca y los temporales
Trastornos digestivos	Dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas
Trastornos cardiovasculares	De la frecuencia o del ritmo cardiaco, disnea, suspiros
Otros	Mareos, alopecia

2.2 Visión psicoanalítica de la depresión

La escuela psicodinámica, Freud (1981), tiende a considerar la melancolía como una situación de pérdida del objeto amado. La depresión constituye un estado de duelo por el objeto libidinoso perdido en el que se produce una internalización del instinto agresivo que, por alguna razón, no se dirige hacia el objeto apropiado.

La retroflexión de la hostilidad se pone en marcha a partir de la pérdida de un objeto ambivalentemente amado. En el melancólico tal objeto es incorporado, según la actitud canibalística de la etapa oral, por lo que queda introyectado formando parte del propio sujeto que se encontraría, por tanto, en grave conflicto por cuanto desarrolla su autoagresión contra un objeto internalizado con el que el Yo se identifica.

Según Fenichel (1990). La depresión se basa en la misma predisposición que una adicción y los impulsos patológicos. Una persona fijada al estado en que su autoestima es regulada por suministros externos, o a quien los sentimientos de culpa han hecho regresar a ese estado, tiene una necesidad vital de esos suministros.

Recorre este mundo en una situación de constante voracidad. Si sus necesidades narcisísticas no son satisfechas, su autoestima desciende hasta un punto peligroso. Para evitarlo, intentará por todos los medios inducir a los demás a dejarle participar de su supuesto poder.

La fijación pregenital de estas personas se manifiesta en una tendencia a reaccionar a las frustraciones con violencia. Su dependencia oral, por otro lado, les impulsa a tratar de conseguir lo que necesitan por medio de la propiciación y la sumisión. Con su permanente necesidad de suministros que procuran satisfacción sexual y eleven simultáneamente la autoestima. Estas personas son “adictas al amor”, incapaces de amar activamente.

Necesitan de una manera pasiva, ser amadas. Se caracterizan además por su dependencia y su tipo narcisístico de elección de objeto. Sus relaciones de objeto se hallan mezcladas con rasgos de identificación y tienden a cambiar de objeto, porque ninguno es capaz de procurarles la satisfacción necesaria.

Sin prestar ninguna consideración a los sentimientos del prójimo, exigen de él, comprensión para los sentimientos propios. Siempre se hallan empeñados en conseguir un “buen entendimiento” con la gente, pero son incapaces de contribuir satisfactoriamente con la parte que les corresponde para lograrlo.

Es esta necesidad lo que les impulsa al intento de negar su permanente disposición a reaccionar de una manera hostil.

Tienen necesidad de suministros, y no importa quién los ha de proveer. No tiene que ser necesariamente una persona, puede ser una droga o un “hobby” obsesivo. Algunas personas no solamente necesitan suministros, sino que a la vez, temen conseguirlos, porque inconscientemente los consideran peligrosos, pueden volverse incapaces de conseguir la satisfacción deseada, y esto, a la vez intensifica la adicción. La causa de esta decisiva incapacidad es la extrema ambivalencia vinculada a su orientación oral.

Más tarde, el Superyó se desarrolla y se hace cargo de la regulación interna de la autoestima. La sensación de ser amado ya no es más el único requisito del bienestar, sino que hace falta también el sentimiento de haberse comportado como es debido. Se desarrolla la función premonitoria de la consciencia.

La “mala consciencia” crea nuevamente estados de aniquilación menor o de pequeñas disminuciones de autoestima para prevenir otra vez contra el peligro de una pérdida definitiva de los suministros narcisísticos, esta vez provenientes del Superyó.

Una depresión grave representa el estado a que es llevado el individuo oralmente dependiente cuando carece de los suministros vitales. Una depresión leve es una anticipación de ese estado con propósitos de premonición.

Los motivos para la defensa contra los impulsos instintivos son la angustia y el sentimiento de culpa. A continuación de periodos de prolongada privación o frustración, toda persona tiende a hacerse apática, lenta, retrasada, carente de interés en todo.

Todas las personas necesitan cierta dosis de suministros narcisísticos externos, y cuando éstos cesan por completo se ven en la situación del bebé que carece de suficientes cuidados.

En estas condiciones se pueden presentar estados pasivos de satisfacción alucinatoria de deseos, en que ya no se registran exigencias dirigidas al mundo real, y la vida es reemplazada por una existencia pasiva, vegetativa, sin objetos, a semejanza de ciertos estados catatónicos.

Las depresiones neuróticas son intentos desesperados de obligar a un objeto a conceder los suministros vitalmente necesarios, mientras que en la depresión psicótica una pérdida efectiva y completa ya se ha producido realmente y los instintos de regulación se dirigen exclusivamente al Superyó.

Aunque también en las depresiones neuróticas, los sentimientos de culpa y el temor de ser abandonado por el Superyó desempeñan un importante papel. El afecto proveniente de objetos externos se hace necesario entonces para contradecir al Superyó acusador. Y en las depresiones psicóticas, donde la lucha se desarrolla en un plano narcisístico, todavía la ambivalencia hacia los objetos externos es factible de reconocer.

2.3 Depresión en la familia

La familia es el núcleo básico de la organización humana. La familia depresiva presenta como característica principal una baja en la energía vital.

Cada individuo dentro de la familia, ante un proceso depresivo realiza ajustes que pueden ser funcionales o disfuncionales y emite demandas de acuerdo a su propio proceso de desarrollo.

Cada miembro tiene sus quejas particulares y diferencias que perturban la dinámica familiar y requerirán de un foro de libre expresión en donde se manejen a fin de volver a la funcionalidad.

Se encuentran factores desencadenantes de estrés dentro del ciclo vital de la familia como son: nacimiento de un hijo, inicio de la escolaridad, adolescencia de los hijos, transición hacia la madurez, jubilación, marcha del hogar, situaciones de fracaso, muerte de un miembro de la familia, enfermedades crónicas graves y/o mortales, separación o divorcio. Si estos acontecimientos no son manejados adecuadamente pueden derivar en conflictos.

2.4 Embarazo y Parto

Sebastián (2005) menciona que existen factores sociales que deben ser tomados en cuenta en la depresión postparto. En las familias actuales, por lo regular más pequeñas, las mujeres suelen tener menos experiencia cuidando bebés, esto aunado a las expectativas poco realistas acerca de la maternidad, incrementa su miedo de no resultar adecuadas.

Muchas mujeres nunca han conocido a nadie más que haya padecido depresión o ansiedad después del parto y como en nuestra sociedad hay un estigma asociado con los problemas psiquiátricos, las mujeres suelen no decir a nadie lo que les está sucediendo.

La distancia física, así como las actividades de los familiares hacen, que muchas veces, la mujer viva sola las semanas posteriores al parto, de las cuales, las dos primeras son cruciales. Tener un bebé puede separar a la mujer de su sistema de apoyo y mantenerla aislada en su casa.

Nuestra sociedad concede mucho valor a la maternidad sólo en el sentido de un hecho prefabricado, existe la expectativa de que todo irá bien en este proceso. Posteriormente la madre debe ir a casa a hacer lo que se supone debe saber naturalmente: cuidar de su hijo de la manera más espontánea.

En el periodo posterior al parto puede presentarse mayor riesgo de que una mujer sea hospitalizada por un trastorno psiquiátrico.

Algo que agrava aún más la situación es la falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud acerca de estos padecimientos. Los textos más importantes de Ginecología y Obstetricia que se usan hoy en día, como en los últimos cuarenta años, por lo general no mencionan el riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo post parto y si lo hacen, es de manera muy breve. No enlistan los factores de riesgo ni proporcionan una guía de tratamiento.

Nuestro sistema de salud divide al cuerpo en dos partes: la física y la mental. Esta especialización provoca que los profesionales de la salud sólo se enfoquen en una u otra parte; a pesar de que existen enfermedades, como los trastornos del estado de ánimo postparto que incluyen tanto aspectos fisiológicos como psicológicos, su detección y tratamiento no entran en el dominio del especialista en salud.

Como hecho importante se observa que la sociedad tiende a minimizar cada vez más el impacto de tener hijos, los partos de “auto servicio” han ganado atención a nivel mundial; las aseguradoras quieren reducir costos, de modo que piden a los hospitales que la estancia de las pacientes sea lo más breve posible. En otras palabras, esta actitud refleja la tendencia a tomar la maternidad como un evento sin importancia en la que la mujer debe regresar a casa rápidamente para seguir adelante con su vida, sin considerar que los cambios fisiológicos y psicológicos que experimenta en el parto no tienen paralelo en su vida.

El embarazo supone una época de cambios y sentimientos encontrados para la mujer por varias razones: En primer lugar, por las alteraciones físicas y hormonales que pueden condicionar un estado de ánimo disfórico y cambios en el comportamiento habitual de las funciones corporales. En segundo lugar, el embarazo supone una alteración de la imagen corporal, con cambios rápidos y bruscos. En tercer lugar, aparecen sentimientos de inseguridad sobre la viabilidad del feto o el nacimiento de un niño con alguna enfermedad congénita.

Otro factor es el temor a no ser una “madre suficientemente buena”, utilizando la terminología psicoanalítica, con miedo a no ser capaz de cuidar al recién nacido de manera adecuada, de no ser capaz de alimentarle o comprender sus demandas.

Así mismo, las relaciones de la pareja cambian; la pareja deja de serlo para convertirse en una familia, con modificación de funciones, de obligaciones, incluso cambios en su relación de amistad y extrafamiliares (Vázquez, 1993).

El estado disfórico en el embarazo se manifiesta con la presencia de frecuente irritabilidad y aumento en la sensibilidad. Puede aparecer llanto inmotivado, cambios bruscos de humor y ansiedad, que quizá no sean bien comprendidos por la mujer y su pareja.

El estilo cognitivo depresivo previo predice un nivel de depresión más elevado durante el tercer trimestre del embarazo, y se asocia con falta de apoyo conyugal.

Kitamura (1995), encontró que las puntuaciones altas en depresión durante el primer trimestre del embarazo están determinados básicamente por factores psicosociales entre los que citan el ser casado en segundas nupcias, problemas con la vivienda o masificación de ésta, síntomas fisiológicos (náuseas, vómitos o anorexia), factores obstétricos (antecedentes de síndrome disfórico premenstrual y dismenorrea, primer embarazo o historia previa de abortos), pérdidas precoces, embarazo no deseado, respuesta negativa por parte de la mujer o su pareja o falta de intimidad con el cónyuge.

Cabe mencionar como importante factor de estrés el hecho de que la mujer embarazada pueda sentirse presionada a normar su alimentación en cuanto a una cantidad o calidad determinada durante el primer trimestre, hecho que se complica con la presencia de vómitos o náuseas.

En particular en las primerizas, es frecuente el temor a los dolores del parto, a no poder soportarlos o a la creencia de que el parto debe llevar aparejado dolor, así como cuando los partos anteriores han sido traumáticos o han aparecido molestias físicas posteriores. Se han encontrado estados de ánimo disfórico y disminución de autoestima en mayor número en primíparas que habían sufrido cesárea en relación con aquellas que tuvieron partos por vía vaginal.

Aunque muchas veces los síntomas psiquiátricos disminuyen durante el embarazo, esto no siempre sucede, y la necesidad de seguir con un tratamiento farmacológico puede ocasionar ansiedad y sentimiento de culpa por la posibilidad de que aparezcan malformaciones congénitas y por la idea de que los síntomas psiquiátricos pueden ser controlados “si uno quiere”.

Un embarazo no deseado por la madre puede representar una fuente intensa de estrés. Es posible que la pareja acepte el embarazo y que éste siga su curso, pero pueden aparecer sentimientos de culpa si algo sale mal o ante el temor de que se presente una complicación.

En otros casos el embarazo no es deseado por ninguno de los miembros de la pareja y aparecen sentimientos ambivalentes, sobre todo en la mujer, rechazándolo por una parte, pero, al mismo tiempo, con el temor supersticioso de que algo vaya mal debido a este rechazo.

Las relaciones de pareja cambian y el padre puede sentir temor ante la posibilidad de perder el amor de su pareja y en otros casos, puede no desear hacerse cargo de las obligaciones que el tener un hijo provoca en la vida familiar y social, puede experimentar enojo y desplazarlo hacia la mujer.

Una complicación frecuente en el embarazo en adolescentes es el abandono por parte de los padres de sus hijos cuando descubren que están embarazadas y tienen que enfrentarse a problemas para los que no están preparados. Las futuras madres se sienten rechazadas o experimentan rechazo real por parte de sus familias y amistades.

Aunado a esto, las adolescentes tiene que modificar sus planes de futuro a corto plazo (dejar de estudiar, casarse, buscar trabajo) y experimentan muchas tensiones externas (críticas hacia su relación de pareja, presión social). En estos casos son frecuentes los trastornos adaptativos y las conductas desadaptadas, como ocultar el embarazo a los padres, confiando en que el “problema desaparezca”, llegando, en estas condiciones, hasta un momento muy avanzado del embarazo e incluso al parto.

El parto en el momento más deseado y más temido por la madre. Es un momento de enfrentamiento al dolor, terminar con la situación de incertidumbre y saber, si el niño está bien o padece alguna enfermedad. Implica, también enfrentarse al nuevo reto de ser madre, al cambio de rol y al temor, de no poder atender al niño adecuadamente. La imagen mental que durante todo el embarazo ha estado elaborando la madre acerca del niño ideal que espera, se ve ahora enfrentada a la realidad, con la que puede no coincidir.

Cuando se realiza una cesárea, se pueden generar sentimientos de inutilidad y ansiedad ante la incapacidad resultante del acto quirúrgico. Los partos prematuros o de niños que necesitan ser asistidos en incubadora tras el parto suponen una fuente de estrés para la madre con la aparición frecuente de sentimientos de culpa, rabia ante la situación y sentimientos de desesperanza, junto con el retraso en la formación del vínculo ante el temor de que al niño le suceda algo.

La adaptación al nuevo estado de la madre aumenta el riesgo de aparición de síntomas depresivos.

El parto implica un nuevo cambio del aspecto corporal, mucho más importante que el anterior porque es más brusco, y supone un estado de transición entre el cuerpo de la embarazada y el cuerpo previo de la mujer. Así mismo, aparecen síntomas psicopatológicos derivados del cambio de rol y de los cambios hormonales, que pueden precipitar, en los días siguientes al parto, un cuadro depresivo e incluso la aparición de sintomatología psicótica.

El parto se considera como un acontecimiento vital importante en cualquier escala de acontecimientos vitales. Incluso mujeres que han alcanzado un nivel maduro de integración de la personalidad, con un matrimonio satisfactorio y que disfrutan cuidando a sus hijos, experimentan un considerable estrés al enfrentarse a los cambios vitales asociados con la maternidad.

2.5 Depresión de inicio en el postparto y relación de pareja

La depresión postparto o puerperal es un trastorno comparable con cualquier otro episodio depresivo (Leal, 2000).

El periodo posterior al parto es muy importante en la vida de la mujer, especialmente si se trata del primer hijo, ya que supone un gran cambio en la situación vital y una necesidad de adaptación.

La mujer debe aceptar la función de madre, admitiéndola tanto afectiva como cognitivamente, también debe aceptar al hijo, individualizarle como a una persona distinta y tener capacidad de responder a sus “señales” (llanto, muecas, movimientos) de una forma adecuada

La función “social” de la madre durante los primeros meses de vida del hijo es “ser madre”, sin una normativa clara y recogiendo la información que necesita, respecto a las prácticas y cuidados propios de la crianza, de donde pueda; familia, amigos, vecinos. Tanto la maternidad como la paternidad constituyen un periodo de crisis y reajuste personal. La situación familiar y social de la mujer en este periodo es muy importante para su salud mental.

Se ha identificado como una variable importante la relación específica con la pareja (Brown y Harris, 1983). La relación marital influye en las actitudes de la mujer hacia la maternidad y en el vínculo que establece con el recién nacido.

Una buena relación con la pareja es crucial para las mujeres en el periodo posterior al parto, no sólo el estrés del posparto se supera mejor si la relación con la pareja es adecuada, sino que la adaptación materna depende de esta circunstancia, así Leventhal et al (1992) destacan este factor como el que más influye en la adaptación y afirman que el apoyo recibido por la pareja desempeña una función amortiguadora en la vulnerabilidad de la mujer a la depresión, principalmente en esos momentos de cambio.

En la depresión postparto, la mujer tiende a valorar peyorativamente a su pareja (Matud 1990), y esta valoración disminuye desde el embarazo hasta los primeros meses tras el parto. La mala relación de pareja, también tiene una influencia notable en la depresión postparto de manera que una deficiente relación marital predispone a este tipo de padecimiento (Kumar y Robson, 1984)

La relación entre el apoyo proporcionado por la pareja y la depresión postparto se mantiene incluso al comparar diferentes culturas (Stuchbery et al, 1988) comunicaron que en mujeres de cultura anglo-celta se asocia este padecimiento con la percepción de una apoyo emocional diferente por parte de la pareja y de la madre.

En mujeres vietnamitas se asocia con la mala relación de pareja y con la percepción de una mayor necesidad de apoyo material por parte del cónyuge, y en mujeres árabes, la correlación se establece con una percepción diferente del apoyo emocional proporcionado por el cónyuge.

En consecuencia, parece que la variable más importante en la etiología de la depresión postparto es la relación de pareja y el escaso apoyo emocional y/o material proporcionado por el cónyuge.

En el estudio de la depresión postparto se pone de manifiesto una etiología multifactorial en la que se combinan tanto factores personales como sociales (Righetti - .Veltema 1998). El apoyo social y emocional o la carencia de éste ocupa un lugar muy importante como determinantes, aunque los mecanismos por lo que esto sucede no están suficientemente claros, ya que puede haber interrelaciones complejas entre determinados rasgos de la personalidad y la capacidad de establecer lazos afectivos, por una parte, y la cantidad y/o calidad del apoyo social por otra (Paykel, et al 1994).

Brown y Harris (1978), mencionan que existen factores de vulnerabilidad y estrés que pueden precipitar la aparición de este padecimiento y anotan que cuando ocurre un suceso estresante, el apoyo social protege contra la depresión únicamente a las mujeres que tienen una personalidad con rasgos de indefensión y con sentimientos de poco control sobre sus propias vidas.

Según diferentes estudios, la interacción entre los acontecimientos vitales negativos y una relación disfuncional de pareja pueden predecir la depresión postparto.

A este hecho se le ha dado el nombre de modelo de vulnerabilidad-estrés, porque estos factores pueden funcionar como predictores de la depresión postparto, en el que la vulnerabilidad comprende los antecedentes psiquiátricos personales y familiares, el apoyo social, la relación de pareja y determinados rasgos de la personalidad y el estrés incluye los acontecimientos vitales durante el embarazo, los relacionados con el embarazo y el parto y los relacionados con el cuidado del recién nacido.

Tomás (1995), realizó un estudio donde obtuvo un modelo predictor, tanto de la depresión postparto como de la gravedad de la misma, basado en rasgos de personalidad y los acontecimientos vitales negativos experimentados durante los seis primeros meses posteriores al parto, en interacción con una percepción de “debilidad” del compañero, siendo estos dos últimos factores los que presentan mayor peso predictivo.

De lo anterior concluyó que, aunque no todas las mujeres están en riesgo, existen grupos que son más vulnerables a la depresión postparto, por lo que es de suma importancia, que los profesionales encargados de tratar a las pacientes sean capaces de identificar los síntomas de este padecimiento y derivarlas para que reciban una atención integral, evitando así la situación que pueden enfrentar las pacientes y sus hijos.

Según el DSM – IV, la especificación con inicio en el postparto puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maniaco o mixto, si se presenta en las primeras cuatro semanas después del alumbramiento de un hijo. En general, la sintomatología de la depresión, aplica para este padecimiento con las siguientes especificaciones: los síntomas que son frecuentes en los episodios de inicio en el postparto, incluyen fluctuaciones del estado de ánimo, labilidad emocional y preocupación por el bienestar del niño (la intensidad de la cual puede oscilar entre una preocupación excesiva y verdaderas ideas delirantes).

La presencia de rumiaciones intensas o ideas delirantes sobre el niño se asocia a un aumento significativo del riesgo de producirle daño.

Los episodios afectivos de inicio en el postparto pueden presentarse con o sin síntomas psicóticos. El infanticidio se asocia con mayor frecuencia con los episodios psicóticos postparto que están caracterizados por alucinaciones o ideas delirantes de daño al niño, pero también puede ocurrir en los episodios afectivos postparto graves, sin estas ideas delirantes o alucinaciones específicas. Los episodios afectivos postparto (depresivo mayor, maniaco o mixto) con síntomas psicóticos se producen aproximadamente en una de cada quinientos a mil partos y parecen ser más frecuentes en mujeres primíparas. DSM IV – R

El resto de episodios postparto con síntomas psicóticos es especialmente elevado en mujeres con episodios afectivos postparto anteriores, pero también es mayor en las que tienen historia previa de trastorno del estado de ánimo (especialmente un trastorno bipolar I).

Una vez que una mujer ha tenido un episodio postparto con síntomas psicóticos, el riesgo de recidiva en cada postparto es del 30-50%.

También hay datos que sugieren un aumento del riesgo de episodios afectivos psicóticos postparto en las mujeres con historia familiar de trastornos bipolares. Los episodios postparto deben diferenciarse del delirium que se presenta en el periodo postparto, que se caracteriza por un descenso del nivel de alerta o atención.-

Las mujeres que presentan episodios depresivos mayores en el postparto padecen a menudo ansiedad intensa e incluso crisis de angustia. Las actitudes maternas frente al niño son muy variables, pero pueden incluir desinterés, miedo a encontrarse a solas con el niño o excesiva tensión que dificulta su descanso adecuado. Es importante distinguir los episodios afectivos postparto de los “baby blues” que pueden afectar hasta a un 70% de las mujeres en los diez días posteriores al parto, que son transitorios y que no afectan la actividad.

Estudios prospectivos han revelado que el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad durante el embarazo, así como los “baby blues” aumentan el riesgo de padecer un episodio mayor en el postparto. DSM IV – R.

Los factores de riesgo, las tasas de recurrencia y los síntomas de los episodios afectivos de inicio en el postparto son similares a los de los episodios afectivos que aparecen fuera de este periodo. No obstante, el periodo postparto es único en cuanto a grado de alteraciones neuroendócrinas y ajustes psicosociales, al impacto potencial de la lactancia en el tratamiento, y a las implicaciones a largo plazo de los antecedentes de trastorno del estado de ánimo postparto en la posterior planificación familiar.

Estudios recientes* mencionan como factores predisponentes la existencia de:

- Depresión postparto previa
- Depresión previa no relacionada con el embarazo
- Síndrome premenstrual severo
- Un matrimonio o relación de pareja difícil o muy estresante
- Escasas redes de apoyo después del parto
- Eventos estresantes durante el embarazo o después del parto, p.ej. enfermedad grave durante el embarazo, parto prematuro o un parto difícil.

2.6 Aspectos fisiológicos

Bioquímica.

Este es uno de los campos más elaborados en la investigación biológica, aunque los hallazgos no son concluyentes (Vallejo, et al 1983). La hipótesis noradrenérgica de la depresión según la cual los trastornos afectivos, serían el resultado de un déficit central de noradrenalina (NA), es una de las más conocidas y aceptadas. Diferentes datos apoyan la consistencia de esta teoría.

En los últimos años se está concediendo cada vez más importancia al MHPG (3 – metox – 4 hidrox – fenilglicol), metabolito de la noradrenalina, cuyas concentraciones reflejan con cierta exactitud la actividad noradrenérgica central.

En general los estudios al respecto detectan una clara disminución de MHPG urinario en depresivos bipolares y los resultados más dispares cuando se trata de otro tipo de depresiones. En la línea de la hipótesis noradrenérgica de la depresión, Van Praag (1977), ha interpretado ciertos datos frecuentes (hipersecreción de cortisol, descenso de la respuesta de la hormona del crecimiento a la hipoglucemia insulínica, descenso del nivel de LH en mujeres depresivas menopáusicas). Como prueba de un déficit en la actividad de los sistemas noradrenérgicos centrales, produciendo una desregulación hipotalámica, lo que sería la base de algunas depresiones vitales.

El HVA (ácido homovanílico) se ha encontrado significativamente descendido en depresiones caracterizadas especialmente por inhibición motora.

*Internet: http://www.gobcan.es/sanidad/scs/su_salud/mujer/postparto.html

Otra de las hipótesis bioquímicas es la del metabolismo indólico. Los datos más sugestivos proceden del estudio 5HIAA (metabolito de la serotonina) en LCR. Especial interés tiene el hecho de que la disminución del 5HIAA es bimodal, de tal manera que solo ocurre en el 30% de pacientes, aquellos precisamente que tiene más conductas autoagresivas. La persistencia de bajos niveles en algunos enfermos (50%) tras la recuperación clínica se ha interpretado como una predisposición básica a padecer el trastorno más que un evento bioquímico consecutivo ocasional en él.

En otra línea bioquímica, Janowsky (1976) ha sugerido que la actividad colinérgica central podría desempeñar un papel en la etiología de los trastornos afectivos, al descompensarse el equilibrio permanente colinérgico-adrenérgico a favor del primero en los pacientes depresivos y a favor del segundo en los maníacos.

La teoría de la hipersensibilidad colinérgica toma cuerpo en relación al específico acortamiento de la latencia REM que se observa en algunos estados depresivos, fase del sueño cuya relación con los mecanismos de actividad colinérgica es bien conocida.

Las depresiones no constituyen un grupo bioquímicamente homogéneo, aunque un trastorno en el funcionamiento de las monoaminas cerebrales, de posible origen hipotalámico. Por otra parte, los estudios recientes sobre los cambios de sensibilidad en los receptores sinápticos abren un vasto campo de estudio, ya que se ha demostrado que todos los antidepresivos producen una hiposensibilidad del receptor B-adrenérgicos postsinápticos o a-presinápticos que acontece a las dos semanas del tratamiento, coincidiendo con la latencia de acción clínica de los antidepresivos.

Sobre la base de estos datos se establece la hipótesis acerca de la posibilidad de que en la depresión exista una hipersensibilidad de los receptores, que por un mecanismo de "feedback" negativo produce la disminución de los neurotransmisores ya descrita.

Neuroendocrinología

Existe una clara evidencia de que el complejo hipotalámico-hipofisiario se encuentra alterado en la depresión (Vallejo et al, 1983). Se ha constatado una disminución GH en situaciones de estrés, clonidina, L-Dopa, d-anfetamina o hipoglucemia. Reducción de LH plasmática en postmenopaúsicas. hipersecreción de prolactina, disminución o aumento de 17-OHCS, hipersecreción de cortisol plasmático, con alteración de su ritmo circadiano y una respuesta disminuida a la hipoglucemia.

Todas estas anomalías han sido relacionadas con las aminas biógenas que de alguna manera controlan estas hormonas y los “releasing factors” correspondientes.

Neurofisiología y Neuroanatomía

Tiende a señalarse en las depresiones un estado de hiperactividad neurofuncional, secundario en parte a la acumulación de membrana neuronal. Cuando se analizan parámetros de actividad vegetativa (Ballus y Vallejo, 1983), tales como flujo sanguíneo del antebrazo, ritmo cardiaco y resistencia cutánea, los resultados apuntan hacia dos tipos de depresiones, desde el punto de vista psicofisiológico, las inhibidas y las agitadas o ansiosas.

En la misma línea cabe destacar la escasa reactividad e incluso arreactividad de los depresivos, especialmente los inhibidos, frente a los estímulos externos.

Basándose en el estudio computarizado de la actividad Electro Encefalográfica interhemisférica y en otras pruebas psico y neurofisiológicas, Flor Henry (1983) sugiere una disfunción de las regiones frontales anteriores y temporales del hemisferio no dominante que expresaría una desorganización de las estructuras límbicas en los pacientes con patología afectiva, esta hipótesis de la desconexión interhemisférica se ha confirmado en trabajos recientes.

Se ha confirmado como única peculiaridad el estudiar los potenciales evocados, un aumento de la amplitud en la respuesta evocada visual en depresivos, bipolares, (Buchsbaum, 1981). Respecto a la variación contingente negativa (VCN) Vallejo, 1978) corroboró los resultados al contraste de un notable retardo en la resolución de la onda tras el segundo estímulo, lo que puede interpretarse en función de una hipoactividad neurofuncional central acorde con la desorganización cerebral ya mencionada.

Finalmente es de destacar la posibilidad de que un subgrupo depresivo (delirante con escasa respuesta terapéutica) tenga anomalías en la estructura cerebral, constatadas a través de la TAC por aumento en el tamaño de los ventrículos. Tales anomalías pudieran no ser específicas del grupo afectivo, ya que también se han constatado en esquizofrénicos y esquizoafectivos crónicos. De cualquier forma, este hallazgo predice un pronóstico más reservado y se relaciona incluso con un índice más alto de mortalidad (Jacoby 1966).

Neurofisiología

Gibert y Ferrando et al (1983), mencionan la existencia de receptores específicos para los estrógenos en distintas áreas cerebrales (hipófisis, Hipotálamo, sistema límbico y corteza), así como para la testosterona (área preóptica del hipotálamo) y, en menor cantidad, en el sistema límbico y la corteza, por lo que es evidente que el cerebro es sensible a las acciones de las hormonas sexuales relacionadas con la emoción y la sexualidad. Las hormonas influyen sobre el funcionamiento cerebral, actuando sobre la síntesis y actividad de enzimas, receptores, efectores y neurotransmisores, y todos ellos están relacionados con diferentes trastornos psiquiátricos.

Serotonina: se han realizado estudios periféricamente (plaquetas), así como centralmente. In vivo y post mortem que demuestran la participación directa de la serotonina (5-HT) en los trastornos del estado de ánimo.

Las mujeres presentan un funcionalismo serotoninérgico más elevado que los hombres, con mayores niveles cerebrales de serotonina. El primer nexo de unión entre la serotonina, los trastornos del estado de ánimo y las hormonas sexuales se encuentra en la regulación de la liberación de gonadotropinas. La variación de la concentración de prolactina y cortisol inducida por sustancias serotoninérgicas se modifica durante la fase luteínica y en la depresión postparto se han detectado valores bajos de triptófano libre en plasma.

Estos aumentan progresivamente a partir del segundo al quinto día después del parto, incremento que se relaciona con un buen estado de ánimo.

Dopamina: Los estrógenos disminuyen la actividad de MAO de forma dependiente a nivel de la amígdala y el hipotálamo, lo que conduciría a un incremento de dopamina, noradrenalina y serotonina. En mujeres sanas en edad reproductiva, existe una correlación inversa entre las concentraciones plasmáticas MAO y estradiol en diversas fases del ciclo menstrual. Por otra parte, algunos datos sugieren que la administración de estradiol a mujeres deprimidas ocasiona una disminución de la concentración plasmática de MAO al mismo tiempo que mejoran el estado de ánimo.

Noradrenalina: en las mujeres, además de las acciones de las hormonas sexuales sobre la MAO y la tirosina, hidroxilasa, los estrógenos aumentan el ciclo metabólico y la concentración de noradrenalina en algunos núcleos diencefálicos, inhiben la captación de noradrenalina en sinaptosomas, modifican la fijación a los receptores plaquetarios alfaadrenérgicos, habiéndose observado que esta acción varía durante las distintas fases del ciclo menstrual.

El incremento de la actividad MAO-A en el postparto se ha relacionado con la aparición de síntomas depresivos, de manera que las mujeres que experimentan tristeza postparto tiene valores sanguíneos más bajos de adrenalina y noradrenalina.

GABA: Las variaciones de las concentraciones de las hormonas sexuales y sus metabolitos se han relacionado con modificaciones del estado de ánimo, de los procesos cognitivos en las mujeres y de los ciclos vigilia-sueño. El mecanismo causal parece depender de las acciones que ejerce sobre el GABA, el cual se considera como el freno universal del cerebro y determina, por lo menos en parte, la excitabilidad cerebral. A través de él actúan muchos fármacos, incluyendo hipnóticos, ansiolíticos y algunos antidepresivos.

Acetilcolina: Está implicada en los trastornos del estado de ánimo y se ha observado que diferentes sustancias que actúan en las vías colinérgicas, como los inhibidores de la colinesterasa, agonistas colinérgicos y precursores, producen síntomas depresivos en mujeres no depresivas o en las que tienen una depresión pero se encuentran asintomáticas.

Péptidos opioides. En el hipotálamo del cerebro femenino se encuentran receptores de estrógenos y progestógenos en neuronas que contienen beta-endorfinas y encefalinas. Los estrógenos estimulan la expresión del RNAm en esta zona. La administración crónica de estrógenos disminuye los niveles de endorfina posiblemente al activarse receptores estrogénicos en neuronas que sintetizan beta-endorfinas.

CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Problema de Investigación

El estudio de las relaciones de pareja es de vital importancia debido a los problemas que genera, tales como el divorcio, la separación, la infidelidad, los embarazos en adolescentes, las madres solteras y la violencia intrafamiliar, entre otros.

En este contexto se deben examinar las posibles causas de satisfacción e insatisfacción tanto marital como personal que condicionan el que una pareja permanezca unida y plantee para sí la posibilidad de procrear y formar una familia.

El embarazo y sus posibles implicaciones, visto desde la óptica social y médica es asumido como un acontecimiento común, “automático”, que debe ser experimentado por la mujer como algo “prefabricado”, sin prestar mayor atención a las manifestaciones psicológicas que pueden presentarse.

Los profesionales de la salud que tratan a las mujeres durante el embarazo y el parto deben identificar los trastornos afectivos en estos periodos e indicar la terapia adecuada, ya que el no reconocer, prevenir y/o tratar la depresión postparto coloca en una situación de riesgo tanto a las madres como a sus hijos y a la estabilidad familiar.

3.2 Objetivo General

Investigar la relación que existe entre la depresión postparto y los conflictos de pareja.

3.3 Objetivo Específicos

- Determinar los factores que con más frecuencia generan conflictos en la pareja y su posible relación en la manifestación de depresión postparto.
- Determinar si existen diferencias entre los factores por rango de edades de las mujeres entrevistadas (menores de 25 años, entre 26 y 35 años y mayores de 36 años).
- Determinar si existen diferencias entre los factores de las escalas analizados en relación al estado civil (solteras, casadas, unión libre, separadas o divorciadas y viudas).

3.4 Definición Conceptual de las Variables

- **Variables dependientes:** Sexo, edad, situación de postparto
Sexo: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.
Edad: Tiempo que ha vivido una persona o animal.
(Diccionario de la Lengua Española. SEVISA, 1995).
Situación postparto: período posterior al parto, que comprende del momento del alumbramiento hasta noventa días después de éste.
- **Variables Independientes**
Depresión: trastorno del estado de ánimo donde predominan los sentimientos de incompetencia, pérdida generalizada del interés o del placer, retraimiento social, sentimientos de culpa o tristeza, sentimiento

de irritabilidad o ira excesiva y descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad (DSM-IVR).

Conflicto de Pareja: Desacuerdo o incompatibilidad presente en la relación de pareja (Brehm, 1992).

3.5 Definición Operacional de Variables

- Puntaje de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung.
- Puntaje del instrumento para medir Conflictos de Pareja.

3.6 Diseño

Se llevó a cabo un estudio de tipo no experimental, exploratorio, transversal Ex post facto, correlacional y comparativo.

3.6.1 Definición de la muestra

Para la realización de este estudio se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico intencional. La muestra estuvo constituida por 200 mujeres en edad reproductiva hospitalizadas en el área de Ginecología en el Hospital General de Zona 32 del Instituto Mexicano Del Seguro Social que se encontraban cursando el periodo denominado *Puerperio*.

Para fines de este estudio el *Puerperio* comprende desde el momento posterior al parto (puerperio inmediato) hasta las 72 horas después de este aproximadamente (puerperio mediato), en que se decide el alta hospitalaria.

3.6.2 Escenario

El estudio se realizó en Hospital General de Zona 32 del IMSS en el área de hospitalización de Ginecología (2º. Piso). El proceso de ingreso al hospital es el siguiente:

- La paciente se presenta en el servicio de urgencias de Ginecología de manera espontánea o transportada en ambulancia.

- Entra a revisión médica donde es determinado su internamiento.
- Pasa el área denominada “labor” donde será valorada periódicamente para determinar su evolución médica.
- Si de la valoración resulta la necesidad de practicarle una operación cesárea, es conducida a quirófano.
- Al término de la operación y al no presentarse complicaciones, la paciente es conducida al servicio de recuperación.
- Al concluir el periodo de observación, que consta de ocho horas aproximadamente, si no se presentan complicaciones se le asigna cama e ingresa a piso.*
- En piso permanecerá un promedio de 72 horas aproximadamente, al término del mismo, si su evolución es favorable, se decidirá su alta del servicio.

3.7 Instrumentos

- **Variables Sociodemográficas**

Se tomaron en cuenta las variables sociodemográficas: edad de la madre, ocupación, tiempo de convivencia en pareja, si aceptó ella el embarazo y porqué, si presentó complicaciones en el mismo, número de hijos, número de embarazos, inicio de vida sexual activa, edad en el primer embarazo, edad del padre, ocupación, si aceptó el embarazo y porqué, participación en la manutención.

*Nota: Las pacientes de partos eutócicos “normales” (puerperio fisiológico) son manejadas y dadas de alta del Servicio de Recuperación de Urgencias de Ginecología. Sólo subirán a piso en caso de presentar complicaciones. Por lo que solo participaron en el estudio aquellas mujeres que ingresan al piso por haberseles practicado operación Cesárea (puerperio quirúrgico).

- **Escala de Conflictos de Pareja**

El cuestionario consta de 75 reactivos. Cada reactivo presenta cinco opciones de respuesta y de acuerdo al orden de presentación su calificación va de 1 a 5: Siempre (1), frecuentemente (2), algunas veces (3), rara vez (4), nunca (5).

A menor puntuación, mayor grado de conflictos. Arnoldo (2001).

Consta de las siguientes subescalas:

- F1) Educación de los hijos
- F2) Ideología – Intereses
- F3) Actividades en Pareja
- F4) Actividades Propias
- F5) Desconfianza
- F6) Familia Política
- F7) Religión
- F8) Personalidad
- F9) Sexualidad
- F10) Dinero – Irresponsabilidad
- F11) Celos
- F12) Adicciones
- F13) Orden – Responsabilidad
- F14) Familia de Origen.

Validez y Confiabilidad del Instrumento.

Para la conformación de los reactivos de este instrumento se aplicó a los participantes un cuestionario abierto.

Para evaluar la frecuencia se colocaron reactivos representativos de cada tema de conflicto y se crearon escalas de cinco intervalos que van de Siempre a Nunca: donde Siempre equivale a 1 y Nunca equivale a 5, dando un total de 75 reactivos.

Con el objeto de conocer si los reactivos discriminaban, se aplicó una T de Student a cada uno de éstos. Se mantuvieron todos a .05 al comparar grupos extremos. Se llevó a cabo un análisis factorial para asegurar la validez de constructo del instrumento, así como para conocer las dimensiones por diferentes afirmaciones.

Se realizó un Análisis Factorial de componentes principales con rotación Varimax de la Escala de Conflicto, para ver cómo se comportaban los reactivos. El análisis arrojó 14 factores con valores propios mayores a .1 que explica el 66.10% de la varianza. Para conocer la consistencia interna de la escala se aplicó el Alpha de Cronbach obteniéndose un valor total de 0.86.

- **Escala de Automedición de la Depresión de Zung**

Está integrada por veinte reactivos, de los cuales diez están diseñados para tener una respuesta sintomáticamente negativa y diez para tener respuesta sintomática positiva. Cada reactivo tiene cuatro opciones de respuesta donde: (1) Nada o pocas veces, (2) Algunas veces, (3) Muchas veces y (4) Siempre.

A mayor puntuación, mayor grado de depresión.

Las subescalas de este instrumento son:

- Z1) Afecto Persistente,
- Z2) Concomitantes Fisiológicas y
- Z3) Concomitantes Psicológicas.

Validez y Confiabilidad del Instrumento

Los estudios que hacen evidente la validez de esta escala son realizados por Zung (1967), quien correlacionó su escala con otros instrumentos de medición de la depresión como el MMPI, obteniendo una $r=0.59$ también con la Escala de Depresión de Hamilton, dando como resultado una $r=0.56$ y con la Escala de Beck.

Por otra parte, Caraveo (1983) realizó una investigación con ancianos. Utilizó la Escala de Automedición de la Depresión de Zung dando por hecho que el instrumento es seguro para la realización de estudios relacionados con la depresión.

Así mismo, Kitamura (1995) realizó una investigación para determinar la validez entre el Cuestionario de Salud General (GHQ) y la EAMD. Se utilizó una muestra de 120 mujeres embarazadas con edades circundantes entre los 17 y 42 años de edad. Se aplicaron los cuestionarios al principio del embarazo, al final y a los cinco días después del parto. Resultando que los dos cuestionarios son efectivos para evaluar la depresión.

3.8 Procedimiento

En el área de hospitalización de Ginecología y después de identificar a las pacientes que se encontraban cursando puerperio quirúrgico, se procedió a preguntarles si estaban dispuestas a participar en el estudio, se les explicó la mecánica y finalidad del mismo.

Ante la situación de hospitalización en que se encontraban y por estar limitadas en su movilidad, la aplicación se realizó de la siguiente manera: el investigador leía las preguntas y asentaba en el cuestionario la opción de respuesta seleccionada por la paciente.

3.9 Análisis de Datos

Los datos se analizaron a través del paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

La edad promedio de las mujeres participantes en esta investigación fue de 29 años, 1 mes. Y la desviación estándar de 6.5 años (Cuadro 1).

Cuadro 1. Edad de la madre.

Statistics

EDAD

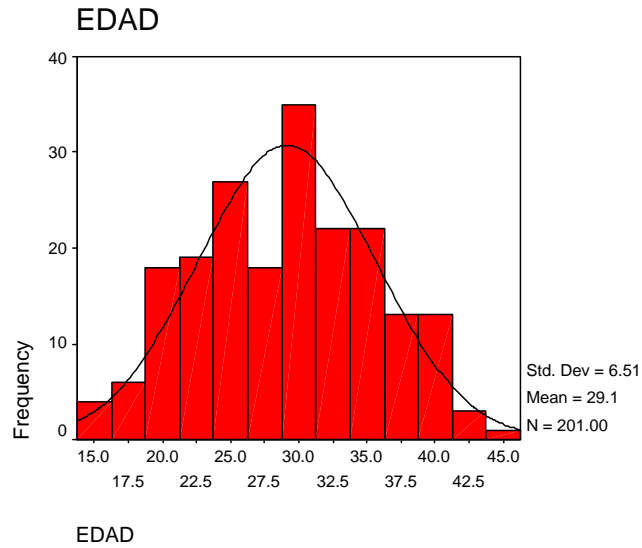
N	Valid	201
	Missing	0
Mean		29.1294
Median		29.0000
Mode		33.00
Std. Deviation		6.50947
Variance		42.37318

Siendo las edades de 21, 29, 30 y 33 años de edad las que presentan mayor frecuencia (Cuadro 2).

Cuadro 2. Edad de la madre

EDAD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15.00	2	1.0	1.0	1.0
16.00	2	1.0	1.0	2.0
17.00	3	1.5	1.5	3.5
18.00	3	1.5	1.5	5.0
20.00	6	3.0	3.0	8.0
21.00	12	6.0	6.0	13.9
22.00	8	4.0	4.0	17.9
23.00	11	5.5	5.5	23.4
24.00	7	3.5	3.5	26.9
25.00	10	5.0	5.0	31.8
26.00	10	5.0	5.0	36.8
27.00	9	4.5	4.5	41.3
28.00	9	4.5	4.5	45.8
29.00	12	6.0	6.0	51.7
30.00	12	6.0	6.0	57.7
31.00	11	5.5	5.5	63.2
32.00	9	4.5	4.5	67.7
33.00	13	6.5	6.5	74.1
34.00	8	4.0	4.0	78.1
35.00	7	3.5	3.5	81.6
36.00	7	3.5	3.5	85.1
37.00	5	2.5	2.5	87.6
38.00	8	4.0	4.0	91.5
39.00	6	3.0	3.0	94.5
40.00	4	2.0	2.0	96.5
41.00	3	1.5	1.5	98.0
42.00	1	.5	.5	98.5
43.00	2	1.0	1.0	99.5
45.00	1	.5	.5	100.0
Total	201	100.0	100.0	



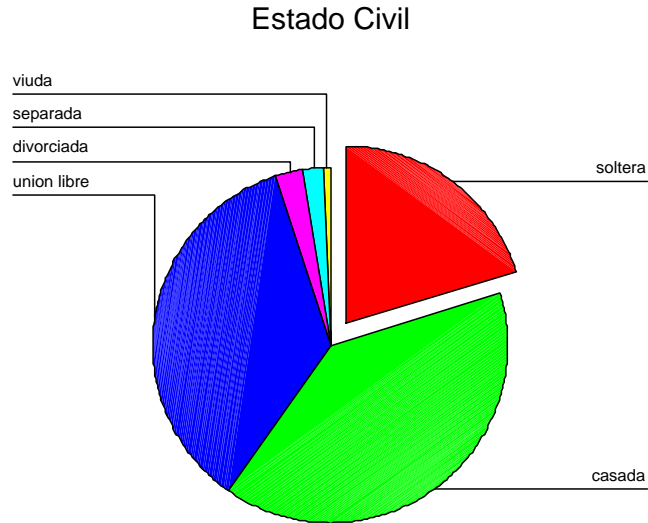
Estado Civil

Las mujeres entrevistadas en su gran mayoría (39.3%) eran casadas legalmente o vivían en unión libre (35.3%) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Estado Civil

EDOCI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid soltera	41	20.4	20.4	20.4
casada	79	39.3	39.3	59.7
union libre	71	35.3	35.3	95.0
divorciada	5	2.5	2.5	97.5
separada	4	2.0	2.0	99.5
viuda	1	.5	.5	100.0
Total	201	100.0	100.0	



Ocupación de la madre

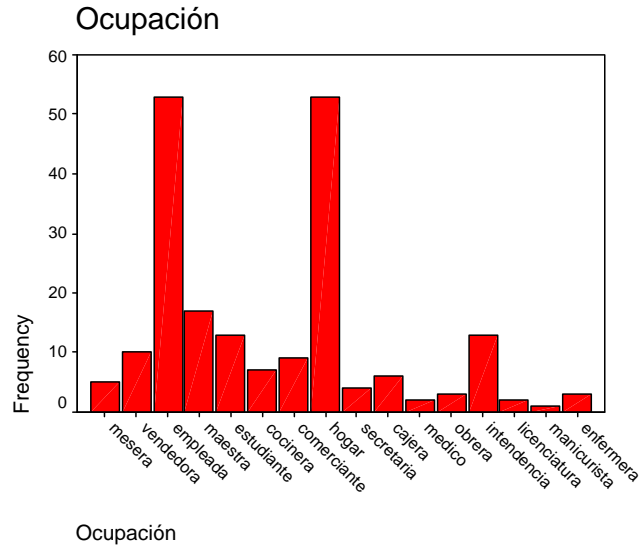
Las ocupaciones que desempeñan con más frecuencia las mujeres de esta muestra son: Empleada (26.4%) y Hogar (26.4%) (Cuadro 4).

Cuadro 4. Ocupación de la madre

OCUPA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mesera	5	2.5	2.5	2.5
vendedora	10	5.0	5.0	7.5
empleada	53	26.4	26.4	33.8
maestra	17	8.5	8.5	42.3
estudiante	13	6.5	6.5	48.8
cocinera	7	3.5	3.5	52.2
comerciante	9	4.5	4.5	56.7
hogar	53	26.4	26.4	83.1
secretaria	4	2.0	2.0	85.1
cajera	6	3.0	3.0	88.1
medico	2	1.0	1.0	89.1
obrera	3	1.5	1.5	90.5
intendencia	13	6.5	6.5	97.0
licenciatura	2	1.0	1.0	98.0
manicurista	1	.5	.5	98.5
enfermera	3	1.5	1.5	100.0
Total	201	100.0	100.0	

CAPÍTULO IV: RESULTADOS



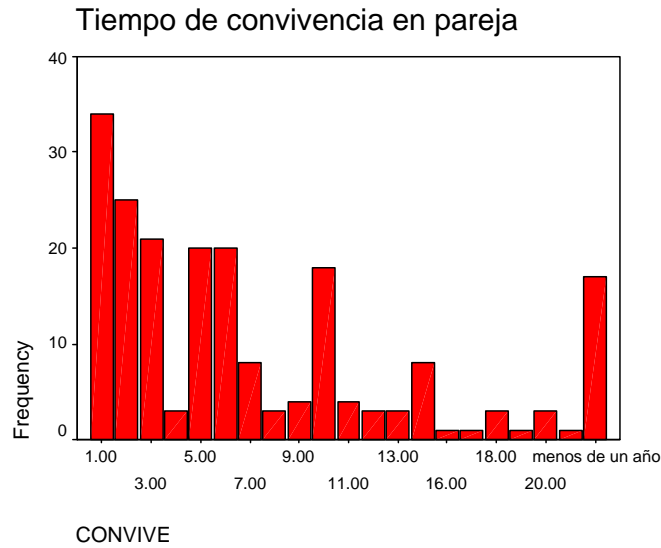
Tiempo de convivencia en pareja

Se observó que cerca del 40% de las entrevistadas tienen entre 1 y 3 años de convivencia en pareja (Cuadro 5).

Cuadro 5. Tiempo de convivencia en pareja

CONVIVE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	34	16.9	16.9	16.9
	2.00	25	12.4	12.4	29.4
	3.00	21	10.4	10.4	39.8
	4.00	3	1.5	1.5	41.3
	5.00	20	10.0	10.0	51.2
	6.00	20	10.0	10.0	61.2
	7.00	8	4.0	4.0	65.2
	8.00	3	1.5	1.5	66.7
	9.00	4	2.0	2.0	68.7
	10.00	18	9.0	9.0	77.6
	11.00	4	2.0	2.0	79.6
	12.00	3	1.5	1.5	81.1
	13.00	3	1.5	1.5	82.6
	15.00	8	4.0	4.0	86.6
	16.00	1	.5	.5	87.1
	17.00	1	.5	.5	87.6
	18.00	3	1.5	1.5	89.1
	19.00	1	.5	.5	89.6
	20.00	3	1.5	1.5	91.0
	23.00	1	.5	.5	91.5
	menos de un año	17	8.5	8.5	100.0
	Total	201	100.0	100.0	



Aceptación del embarazo por parte de la madre

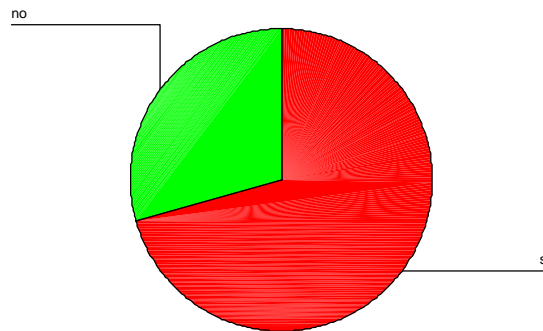
El 70% de las mujeres que conformaron la muestra aceptaron el embarazo (Cuadro 6).

Cuadro 6. Aceptación del embarazo por parte de la madre

ACEEMBA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	142	70.6	70.6	70.6
	no	59	29.4	29.4	100.0
Total		201	100.0	100.0	

Aceptación del embarazo por parte de la mujer



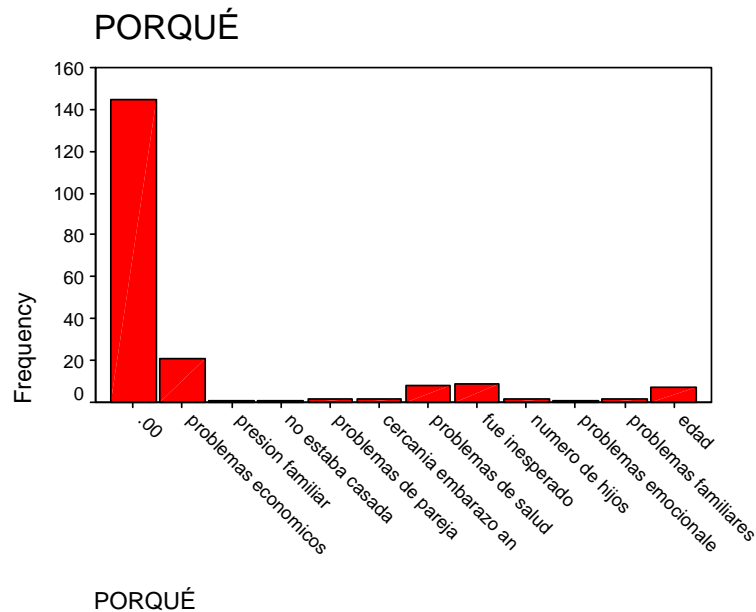
Determinantes de la No Aceptación del Embarazo

Entre los motivos por los que las mujeres entrevistadas no aceptaron el embarazo, sobresalen los problemas económicos (10.4%), de salud (4.0%) y lo inesperado de la situación (4.5%) (Cuadro 7).

Cuadro 7. Determinantes de la No aceptación del embarazo

PORQUÉ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid .00	145	72.1	72.1	72.1
problemas economicos	21	10.4	10.4	82.6
presion familiar	1	.5	.5	83.1
no estaba casada	1	.5	.5	83.6
problemas de pareja	2	1.0	1.0	84.6
cercania embarazo anterior	2	1.0	1.0	85.6
problemas de salud	8	4.0	4.0	89.6
fue inesperado	9	4.5	4.5	94.0
numero de hijos	2	1.0	1.0	95.0
problemas emocionales	1	.5	.5	95.5
problemas familiares	2	1.0	1.0	96.5
edad	7	3.5	3.5	100.0
Total	201	100.0	100.0	



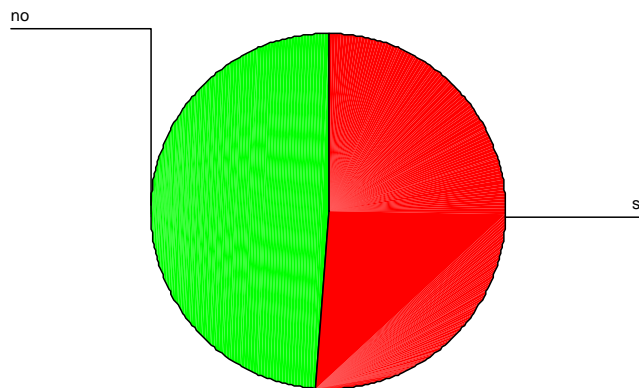
Complicaciones físicas durante el embarazo

De acuerdo con los resultados, se encontró que el 51.2% de las entrevistadas presentó complicaciones físicas durante el embarazo (Cuadro 8).

Cuadro 8. Complicaciones físicas durante el embarazo

		COMPLICA			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	103	51.2	51.2	51.2
	no	98	48.8	48.8	100.0
Total		201	100.0	100.0	

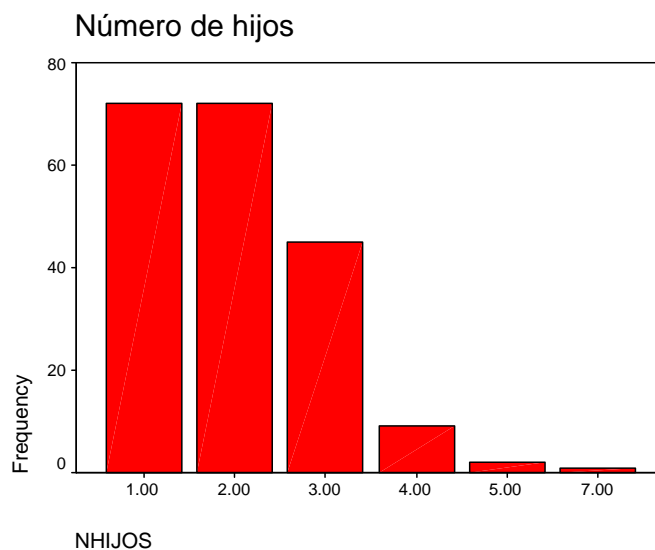
Presento complicaciones fisicas en el embarazo



Número de hijos. En promedio las mujeres entrevistadas tienen 2 hijos (Cuadro 9).

Cuadro 9. Número de hijos

		NHIJOS			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	72	35.8	35.8	35.8
	2.00	72	35.8	35.8	71.6
	3.00	45	22.4	22.4	94.0
	4.00	9	4.5	4.5	98.5
	5.00	2	1.0	1.0	99.5
	7.00	1	.5	.5	100.0
	Total	201	100.0	100.0	



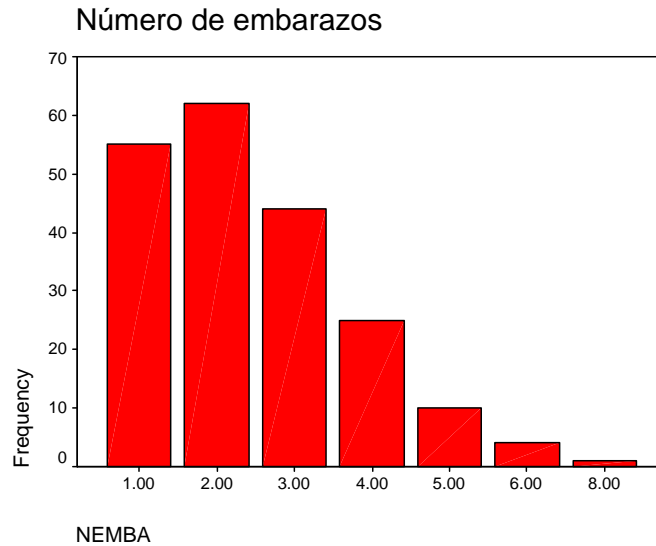
Número de embarazos

Las mujeres participantes en este estudio tienen un promedio de 2.4 embarazos, sobresaliendo este rango con un puntaje de 30.8% del total de la muestra (Cuadro 10).

Cuadro 10. Número de embarazos.

NEMBA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	55	27.4	27.4	27.4
2.00	62	30.8	30.8	58.2
3.00	44	21.9	21.9	80.1
4.00	25	12.4	12.4	92.5
5.00	10	5.0	5.0	97.5
6.00	4	2.0	2.0	99.5
8.00	1	.5	.5	100.0
Total	201	100.0	100.0	



Inicio de vida sexual activa

Se observó que la edad promedio de inicio de la vida sexual activa es a los 18.6 años de edad. Cabe hacer notar que la moda de esta distribución es de 17 años de edad. Así mismo, el 29% de la totalidad de la muestra inició su vida sexual activa antes de los 16 años (Cuadro 11).

Cuadro 11. Inicio de vida sexual activa

IVSA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13.00	7	3.5	3.5	3.5
	14.00	6	3.0	3.0	6.6
	15.00	23	11.4	11.6	18.2
	16.00	22	10.9	11.1	29.3
	17.00	27	13.4	13.6	42.9
	18.00	24	11.9	12.1	55.1
	19.00	24	11.9	12.1	67.2
	20.00	25	12.4	12.6	79.8
	21.00	5	2.5	2.5	82.3
	22.00	11	5.5	5.6	87.9
	23.00	2	1.0	1.0	88.9
	24.00	4	2.0	2.0	90.9
	25.00	2	1.0	1.0	91.9
	26.00	7	3.5	3.5	95.5
	27.00	4	2.0	2.0	97.5
	28.00	2	1.0	1.0	98.5
	29.00	1	.5	.5	99.0
31.00	2	1.0	1.0	100.0	
	Total	198	98.5	100.0	
Missing	System	3	1.5		
	Total	201	100.0		

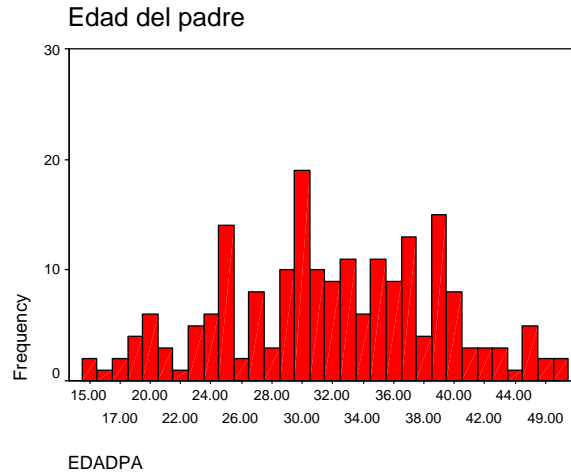
Edad del padre

La edad del padre en promedio es de 32 años, las edades más frecuentes son: 25, 30, 37 y 39 años (Cuadro 12)

Cuadro 12. Edad del padre

EDADPA					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15.00	2	1.0	1.0	1.0
	16.00	1	.5	.5	1.5
	17.00	2	1.0	1.0	2.5
	19.00	4	2.0	2.0	4.5
	20.00	6	3.0	3.0	7.5
	21.00	3	1.5	1.5	9.0
	22.00	1	.5	.5	9.5
	23.00	5	2.5	2.5	11.9
	24.00	6	3.0	3.0	14.9
	25.00	14	7.0	7.0	21.9
	26.00	2	1.0	1.0	22.9
	27.00	8	4.0	4.0	26.9
	28.00	3	1.5	1.5	28.4
	29.00	10	5.0	5.0	33.3
	30.00	19	9.5	9.5	42.8
	31.00	10	5.0	5.0	47.8
	32.00	9	4.5	4.5	52.2
	33.00	11	5.5	5.5	57.7
	34.00	6	3.0	3.0	60.7
	35.00	11	5.5	5.5	66.2
	36.00	9	4.5	4.5	70.6
	37.00	13	6.5	6.5	77.1
	38.00	4	2.0	2.0	79.1
	39.00	15	7.5	7.5	86.6
	40.00	8	4.0	4.0	90.5
	41.00	3	1.5	1.5	92.0
	42.00	3	1.5	1.5	93.5
	43.00	3	1.5	1.5	95.0
	44.00	1	.5	.5	95.5
	45.00	5	2.5	2.5	98.0
	49.00	2	1.0	1.0	99.0
	50.00	2	1.0	1.0	100.0
	Total	201	100.0	100.0	

CAPÍTULO IV: RESULTADOS



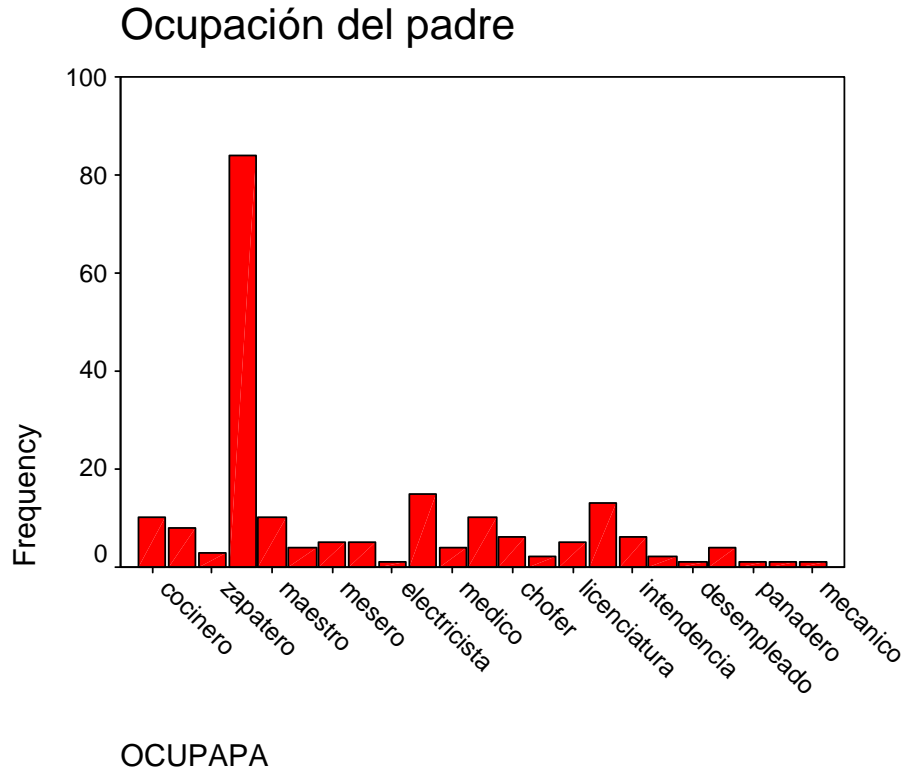
Ocupación del padre

El 41% de las parejas de las mujeres entrevistadas son empleados, el 7.5% son obreros, el 5% son cocineros o maestros (Cuadro 13).

Cuadro 13. Ocupación del padre

OCUPAPA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid cocinero	10	5.0	5.0	5.0
vendedor	8	4.0	4.0	9.0
zapatero	3	1.5	1.5	10.4
empleado	84	41.8	41.8	52.2
maestro	10	5.0	5.0	57.2
vigilante	4	2.0	2.0	59.2
mesero	5	2.5	2.5	61.7
cajero	5	2.5	2.5	64.2
electricista	1	.5	.5	64.7
obrero	15	7.5	7.5	72.1
medico	4	2.0	2.0	74.1
estudiante	10	5.0	5.0	79.1
chofer	6	3.0	3.0	82.1
abagodo	2	1.0	1.0	83.1
licenciatura	5	2.5	2.5	85.6
comerciante	13	6.5	6.5	92.0
intendencia	6	3.0	3.0	95.0
plomero	2	1.0	1.0	96.0
desempleado	1	.5	.5	96.5
ingeniero	4	2.0	2.0	98.5
panadero	1	.5	.5	99.0
carpintero	1	.5	.5	99.5
mecanico	1	.5	.5	100.0
Total	201	100.0	100.0	



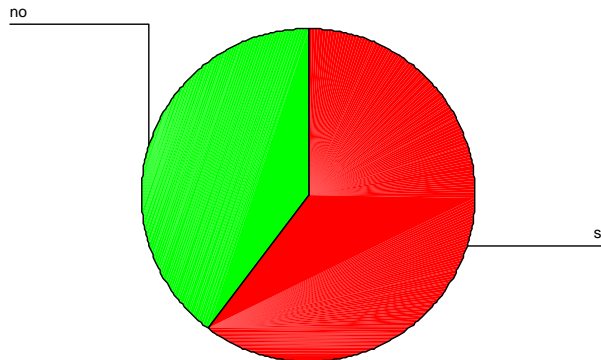
Aceptación del embarazo por parte del padre

Se observó que el 60% de las parejas de las participantes aceptó el embarazo y el porcentaje restante lo rechazó (Cuadro 14).

Cuadro 14. Aceptación del embarazo por parte del padre

SIEMBA					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	121	60.2	60.2	60.2
	no	80	39.8	39.8	100.0
Total		201	100.0	100.0	

Aceptación por parte del padre del embarazo



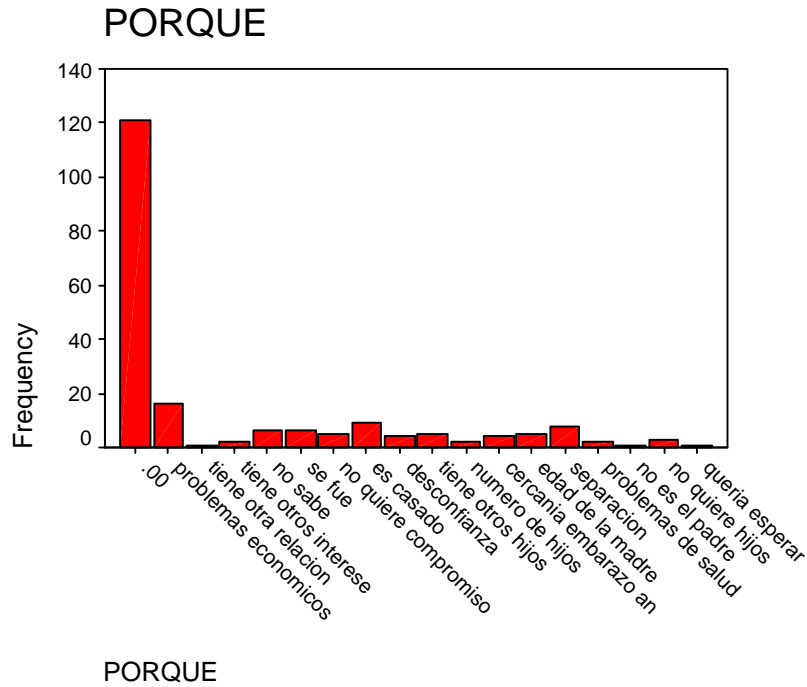
Determinantes de la No aceptación del embarazo por parte del padre

Esto se debió en su gran mayoría a problemas económicos, a que eran casados o a que estaban separados (Cuadro 15)

Cuadro 15. Determinantes de la No aceptación del embarazo por parte del padre

PORQUE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid .00	121	60.2	60.2	60.2
problemas economicos	16	8.0	8.0	68.2
tiene otra relacion	1	.5	.5	68.7
tiene otros intereses	2	1.0	1.0	69.7
no sabe	6	3.0	3.0	72.6
se fue	6	3.0	3.0	75.6
no quiere compromisos	5	2.5	2.5	78.1
es casado	9	4.5	4.5	82.6
desconfianza	4	2.0	2.0	84.6
tiene otros hijos	5	2.5	2.5	87.1
numero de hijos	2	1.0	1.0	88.1
cercania embarazo anterior	4	2.0	2.0	90.0
edad de la madre	5	2.5	2.5	92.5
separacion	8	4.0	4.0	96.5
problemas de salud	2	1.0	1.0	97.5
no es el padre	1	.5	.5	98.0
no quiere hijos	3	1.5	1.5	99.5
queria esperar	1	.5	.5	100.0
Total	201	100.0	100.0	



Participación del padre en la manutención

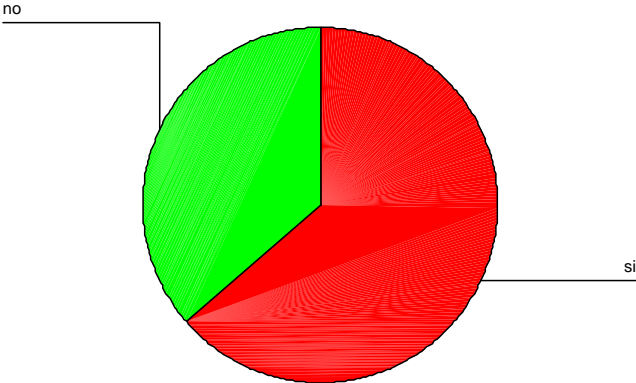
El 63% de las parejas de las entrevistadas participa en la manutención (Cuadro 16)

Cuadro 16. Participación del padre en la manutención

MANTIENE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid si	128	63.7	63.7	63.7
no	73	36.3	36.3	100.0
Total	201	100.0	100.0	

Participa de la manutencion



Se conformaron los factores de acuerdo a los análisis de confiabilidad y validez antes descritos obteniéndose las medias y desviaciones por cada factor.

Observándose que en los factores de la prueba Conflictos de Pareja relacionados con: F3- Actividades en pareja, F8- Personalidad, F9- Sexualidad y F10- Dinero-Irresponsabilidad, se obtuvieron los valores promedio más bajos, lo que permite afirmar que esos factores son los que ocasionan por lo general los conflictos en la relación de pareja (**a menor puntuación, mayor grado de conflicto**)

En cambio en los factores de la prueba Escala de la Automedición de la depresión de Zung en el factor Z-3 Concomitantes Psicológicas se encontró el valor promedio más alto (**a mayor puntuación, mayor grado de depresión**), lo que indica la repercusión de los aspectos psicológicos en los factores antes mencionados (cuadro XX). La relación de pareja se traduce, principalmente, como el encuentro de dos personalidades, de dos problemáticas. Una pareja se ve con el tiempo, obligada a hacer frente a numerosas dificultades: problemas económicos, vivienda defectuosa, falta de entendimiento sexual, diferencias en cuanto a la planeación de actividades en común, etc. En la capacidad de resolución de los conflictos radica la preservación de la unión. Los recursos emocionales con que cuente cada uno son de fundamental importancia.

Cuadro XX. Medias y Desviaciones de los factores.

Factor	Media	Ds
Factor 1- Educación de los hijos	3.42	1.16
Factor 2- Ideología-Intereses	2.94	0.67
Factor 3- Actividades en pareja	2.67	0.92
Factor 4- Actividades propias	3.69	0.98
Factor 5- Desconfianza	3.27	0.89
Factor 6- Familia política	2.85	0.85
Factor 7- Religión	3.82	1.36
Factor 8- Personalidad	2.75	0.91
Factor 9- Sexualidad	2.71	1.14
Factor 10- Dinero-Irresponsabilidad	2.78	0.82
Factor 11- Celos	3.80	1.04
Factor 12- Adicciones	3.63	1.08
Factor 13- Orden-Responsabilidad	3.48	0.66
Factor 14- Familia de origen	3.31	1.01
Zung1- Afecto persistente	2.43	0.87
Zung2- Concomitantes Fisiológicas	2.45	0.46
Zung3- Concomitantes Psicológicas	2.67	0.54

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

El análisis de correlación entre los factores muestra que la mayoría de las correlaciones son significativas, presentando correlaciones moderadas y bajas, sobresaliendo entre otras;

F3- Actividades en pareja con F2- Ideología, lo que se refiere a las toma de decisiones en cuanto a empleo del tiempo libre

F4- Actividades propias con F2- Ideología, aspectos relacionados con gustos y preferencias de cada miembro de la pareja.

F5- Desconfianza con F1- Educación de los hijos, se manifiesta en conflictos en el desempeño del rol de padres.

F8- Personalidad con F2- Ideología y F5- Desconfianza, conflictos en relación a la forma de pensar.

F10- Dinero- Irresponsabilidad con F9- Sexualidad, factores relacionados con ejercicio de poder en la pareja.

F11- Celos con F5- Desconfianza, ante la sospecha o confirmación de una relación extramarital la relación se erosiona.

F12- Adicciones con F2- Ideología, F4- Actividades propias, F5 Desconfianza y F11- Celos, conflictos por los recursos o tiempo dedicado al consumo.

F13- Orden con F5- Desconfianza y F13- Adicciones, conflictos relacionados al consumo.

F14- Familia de origen con F6- Familia política, deficiencias en la integración a la familia del otro.

Se puede observar que el factor Z1- Afecto persistente se encuentra en relación inversa con el F3- Actividades en pareja, así como el Z3- Concomitantes Psicológicas se relaciona en el mismo sentido con el F6- Familia política y con el F9- Sexualidad, el conflicto puede presentarse en varios ámbitos de la relación.

La vida conyugal abarca un gran número de espacios en los que uno de los miembros de la pareja puede ejercer una autoridad completa, a menos que la responsabilidad sea compartida. Donde las actividades propias o en común, actividades domésticas impuestas socialmente a la mujer (alimentación, cuidado de los hijos, etc.), aspectos de distribución y uso del dinero, manera de ejercer las responsabilidades del hogar y los hijos, así como espacios de recreación social (confianza-celos) y familiar, pueden resultar en lo cotidiano fuentes de la lucha por el poder.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

La lucha de poder puede manifestarse abiertamente en el manejo de los recursos económicos, así como en las relaciones afectivas y sexuales, es decir, en factores más sutiles. En el seno de la familia, el poder provoca relaciones conflictivas, paralizándolo los sentimientos, en nombre del principio de competencia.

Cabe hacer notar que los factores del segundo cuestionario Zung; Z1 Afecto persistente, Z2 Concomitantes Fisiológicas y Z3 Concomitantes Psicológicas presentan, en términos generales, correlaciones inversas con los factores del primer cuestionario lo cual se debe a la estructura del instrumento, donde; a mayor puntuación, mayor grado de depresión.

Lo cual demuestra que la relación entre estos factores ocasiona mayor número de conflictos en la pareja

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	Z1	Z2	Z3
F1	1																
F2	.413**	1															
F3	.083	.542**	1														
F4	.331**	.458**	.259**	1													
F5	.215	.631**	.686**	.543**	1												
F6	.191**	.302**	.357**	.147*	.259**	1											
F7	.078	.162*	.033	.218**	.178*	.124	1										
F8	.279**	.606**	.659**	.348**	.666**	.251**	.053	1									
F9	.227**	.379**	.354**	.341**	.384**	.309**	.265**	.358**	1								
F10	.417**	.464**	.227**	.206**	.337**	.337**	.180*	.320**	.431**	1							
F11	.048	.313**	.492**	.369**	.647**	.224**	.120	.250**	.158*	.173*	1						
F12	.166*	.456**	.361**	.436**	.621**	.282**	.232**	.323**	.384**	.293**	.422**	1					
F13	.323**	.516**	.332**	.361**	.406**	.229**	.225**	.343**	.345**	.279**	.262**	.515**	1				
F14	.165*	.158*	.089	.317**	.211**	.516**	.320**	.209**	.292**	.183**	.172*	.365**	.231**	1			
Z1	.057	-.053	-.274**	.037	-.125	-.074	-.075	-.143*	.029	.034	-.051	-.081	-.039	.005	1		
Z2	-.110	-.078	.002	-.069	-.001	-.064	-.121	-.038	-.109	-.130	.074	-.046	-.114	-.087	.116	1	
Z3	-.004	-.178*	-.255**	-.006	-.158*	-.261**	-.071	-.180*	-.237**	-.147*	-.092	-.117	-.064	-.124	.386**	.256**	1

**significativo al .01 *significativo al .05

En cuanto al análisis de varianza con los grupos formados en base al estado civil se observaron diferencias estadísticamente significativas en los factores F1 educación de los hijos, F3 Actividades en pareja, F5 Desconfianza, F8 Personalidad, F10 Dinero y F11 Celos. Observándose que en casi todos ellos las mujeres divorciadas o separadas presentan la calificación promedio más bajas en relación a las obtenidas en el resto de la muestra, lo que indica que este grupo experimenta, en su relación un mayor número de conflictos. En el F10 Dinero, el grupo de mujeres casadas presentó el valor promedio más bajo lo cual pone de manifiesto la situación en la que vivieron la maternidad.

La relación entre Estado Civil y satisfacción es diferente para la mujer y para el hombre: mientras que éste obtiene más beneficios desde una perspectiva material, instrumental o de servicios, la mujer busca una satisfacción emocional en la relación, que no se asegura sólo con la mera presencia ni con una vida sexual garantizada.

La experiencia de una separación o de un divorcio es diferente para hombres y mujeres; si bien para ambos supone un acontecimiento estresante, para la mujer significa, en la mayoría de los casos, asumir el rol casi exclusivo de proveedor de bienes materiales y sostén emocional de los hijos. Los conflictos se agravan ante la presencia de un embarazo en condiciones económicas precarias y con la necesidad de trabajar fuera de casa mermando el cuidado y tiempo de convivencia con los hijos. Este acontecimiento es vivido en medio de una gran inestabilidad.

Tomando en cuenta la finalidad de este estudio, se pueden explicar los puntajes obtenidos en estos factores, que hablan de mujeres viviendo el embarazo y el puerperio en situaciones críticas.

En cuanto a los niveles de depresión, se observa que no hay diferencias significativas entre los grupos, sin embargo las puntuaciones encontradas hablan de un alto grado de depresión en la muestra. (Cuadro XX)

Cuadro XX. Anova por estado civil

	Solteras media	Casadas media	U. libre media	Separada/ divorciada media	F	Sig.
factor1	3.69	3.33	3.49	2.56	2.809	.041
factor2	2.97	2.95	2.98	2.56	1.189	.315
factor3	2.39	2.82	2.74	2.18	3.077	.029
factor4	3.66	3.83	3.63	3.24	1.370	.253
factor5	3.17	3.38	3.33	2.42	3.863	.010
factor6	2.87	2.93	2.82	2.42	1.109	.347
factor7	3.86	3.96	3.64	3.80	.675	.568
factor8	2.73	2.79	2.84	1.95	2.940	.034
factor9	2.93	2.64	2.65	2.76	.720	.541
factor10	3.14	2.60	2.79	2.70	4.027	.008
factor11	3.53	3.97	3.88	3.07	3.528	.016
factor12	3.71	3.74	3.53	3.31	1.243	.295
factor13	3.55	3.48	3.48	3.14	1.068	.364
factor14	3.24	3.37	3.34	2.83	.929	.428
Zung1	2.56	2.31	2.41	2.90	1.721	.164
Zung2	2.38	2.44	2.48	2.68	1.299	.276
Zung3	2.77	2.55	2.73	2.78	2.138	.097

Así mismo se realizó un análisis de varianza con respecto a la edad, para lo cual se dividió la muestra en tres rangos: de 15 a 25, de 26 a 35 y de 36 o más años de edad respectivamente.

Se encontraron diferencias significativas predominantemente en el grupo de mujeres que oscila entre los 26 y 35 años de edad, en los factores: F1 Educación de los hijos, F2 Ideología, F5 Desconfianza, F10 Dinero y F13 Orden.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Siendo este rango el grupo de mujeres en que se encontró mayor número de factores de conflicto. En el grupo de mujeres de 15-25 años de edad, se encontraron diferencias significativas en el F11 Celos.

En el marco social, cuando una pareja decide tener hijos, se enfrenta a una situación nueva, que supone –especialmente para la mujer- una decisión trascendental, porque regularmente, la educación de los hijos, a pesar de todos los esfuerzos modernos, no se encuentra ligada a igualdad de posibilidades de desarrollo profesional que las del hombre.

Por otra parte, al formarse una familia, la ideología previa de los cónyuges, juega un papel determinante, ambos se esfuerzan en llegar a un convenio respecto a normas y valores, ya no en forma abstracta, sino con referencia a la realidad de lo cotidiano (reparto de tareas y responsabilidades, distribución de dinero y tiempo libre, relaciones sociales y familiares, etc.)

Cuadro XX. Anova por rango de edades

	15-25	26-35	36 o más	F	Sig.
factor1	3.91	3.19	3.20	8.89	.000
factor2	3.05	2.80	3.14	4.67	.010
factor3	2.63	2.69	2.72	.121	.886
factor4	3.79	3.59	3.83	1.26	.285
factor5	3.24	3.17	3.62	3.62	.028
factor6	2.74	2.93	2.83	.958	.386
factor7	4.03	3.65	3.91	1.628	.199
factor8	2.72	2.67	3.02	1.97	.141
factor9	2.72	2.64	2.88	.610	.545
factor10	2.95	2.63	2.92	3.59	.029
factor11	3.62	3.76	4.23	4.31	.015
factor12	3.61	3.56	3.85	.963	.384
factor13	3.60	3.36	3.56	3.01	.050
factor14	3.16	3.32	3.51	1.40	.248
Zung1	2.40	2.37	2.62	1.09	.335
Zung2	2.47	2.45	2.41	.189	.828
Zung3	2.75	2.59	2.74	2.02	.135

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN:

La relación de pareja merece un estudio detallado y profundo debido a que constituye el núcleo y base de la familia. Dentro de su formación, desarrollo y trascendencia, el acuerdo entre sus miembros con relación a sus normas, roles e interacciones constituye la base de su supervivencia como tal.

La satisfacción marital se define como una valoración global y subjetiva que el sujeto hace de su cónyuge y su relación, así como también la actitud hacia su interacción y sus emociones. Las atribuciones hechas ante las conductas específicas de la pareja afectan las respuestas subsecuentes del otro miembro, lo que condiciona la satisfacción marital a través del tiempo.

Mediante el estudio de los elementos de interacción de una pareja es posible apreciar sus dimensiones o factores, tales como estado emocional, fuentes de conflicto, preocupaciones, tensión e intimidad.

En la presente investigación se comprobó que aunque la mujer ha experimentado importantes cambios, entre ellos su participación en el mundo laboral, un mayor control de la natalidad y un incremento de sus expectativas de vida, al mismo tiempo persisten problemas de discriminación en el trabajo, además de que muchas mujeres se han convertido en cabezas de familia y existe un gran número de ellas que vive en condiciones económicas precarias.

Por otra parte, mientras que a algunas mujeres los cambios pueden resultarles gratificantes y estimulantes, para otras la complejidad y las exigencias a las que se ven sometidas representa una pesada carga, y la depresión, para muchas mujeres es la respuesta frecuente a esta problemática, Leal (2000).

Las desventajas de la función social de la mujer en la sociedad occidental actual conducen a una baja autoestima, dependencia y bajas aspiraciones, factores todos ellos psicológicos que se han señalado como predisponentes de la depresión.

Cabe señalar la ausencia, por lo general, de un reparto del trabajo doméstico, ya que el número de horas que la mujer dedica al trabajo doméstico frente al hombre, supone para ella un menor número de horas dedicadas al descanso y esparcimiento. Lo que la coloca en una clara situación de desventaja social, que la predispone a una mayor vulnerabilidad para desarrollar trastornos afectivos.

En la mujer y en el hombre la depresión aparece como respuesta a la pérdida. Mientras que en los hombres puede presentarse como respuesta a la pérdida de objetivos, en las mujeres puede encontrarse en relación con problemas de pérdida de relaciones interpersonales (p. ej., la separación o el divorcio). La experiencia de la depresión en las mujeres se acentúa en un contexto social que devalúa las relaciones, es decir, que las valora como un signo de debilidad, de dependencia e inmadurez.

El estudio de factores como las expectativas individuales, nivel socioeconómico, ocupación, estado civil, presencia y regularidad de conflictos de pareja, embarazo y puerperio, permite en términos generales, afirmar que la depresión postparto va precedida de un aumento de las situaciones de estrés, concretamente de acontecimientos de la vida que se perciben como una amenaza.

En este sentido, los conflictos de pareja, pueden convertirse en una condición crónica de la vida, donde; la soledad, la pobreza, los problemas crónicos de salud, situaciones de sobre carga mantenida, así como también el hecho de que pueda presentarse violencia y agresiones físicas y sexuales, colocan a la mujer embarazada en situación desfavorable.

Se observó, que la ausencia de un confidente y/o la existencia de un apoyo social pobre y poco consistente, en grupos de embarazos, sin trabajo fuera de casa, con un nivel socioeconómico bajo, incrementan su vulnerabilidad a la depresión frente a situaciones de estrés como es el embarazo y parto.

De ahí, que la depresión postparto puede convertirse en una respuesta inevitable a una situación que puede tornarse crónica y que no permite a la mujer tener control sobre las cosas más importantes de su vida y en las que existen pocas esperanzas de modificarla.

La angustia resultante de la desigualdad de roles puede engendrar insatisfacciones y perturbaciones funcionales en la pareja, aumentando las posibilidades de enfermedad manifiesta. Y ésta no puede ser reducida a un determinismo absoluto sea de orden social, biológico o psicológico.

Coincidiendo con Leal (2000) se observó que las mujeres que se deprimen en el postparto experimentan mayor número de acontecimientos estresantes en pareja, poniendo de manifiesto que la situación social y familiar de la mujer en este periodo puede ser importante en su salud mental.

La relación marital influye en las actitudes de la mujer hacia la maternidad y en el vínculo que se establece con el recién nacido. Una buena relación con la pareja es crucial para las mujeres en el periodo posterior al parto; no sólo el estrés del postparto se supera mejor si la relación de pareja es adecuada, sino que la adaptación materna depende de esta circunstancia, así, el apoyo recibido por la pareja desempeña una función amortiguadora de la vulnerabilidad de la mujer a la depresión.

En consecuencia parece que, la variable más importante en la etiología de la depresión postparto es la relación de pareja y el escaso apoyo, emocional y/o material proporcionado por el cónyuge, así como la presencia de acontecimientos vitales negativos.

CONCLUSIONES

La pareja ha existido desde tiempos inmemorables y hasta hace poco, todo ser humano era producto de una relación de pareja. Sin embargo, la elección de pareja es un desarrollo sociocultural reciente. Sea cual fuere la teoría psicológica que conceptualice a la pareja (psicoanalítica, sistémica, etc.), por pareja se entiende, una relación psicológica y afectiva, sin olvidar los aspectos sociales, económicos, morales y sexuales.

Se puede entender que aquello que afecta a uno de los miembros, tendrá consecuencias directas o indirectas sobre el otro y que es en la convivencia diaria donde, factores como el dinero, la confianza, los hábitos, la decisión de procrear, etc., hacen que la pareja se consolide.

La pareja tiene que aprender a constituirse para crecer y desarrollarse y como se sabe, ningún desarrollo puede prescindir de un conflicto.

La resolución de los conflictos está directamente vinculada con la capacidad para tomar decisiones y con la existencia de una estructura de poder compartida y flexible. La toma de decisiones, la convivencia con comunicación, apoyo y respeto forman la intimidad y determinan la fortaleza del vínculo.

En la presente investigación se analizaron aspectos de la relación de pareja, todos ellos potenciales fuentes de conflicto, como son: la educación de los hijos, ideología, actividades en pareja, actividades propias, desconfianza, familia política, religión, personalidad, sexualidad, dinero, celos, adicciones, orden y familia de origen.

El estudio de estos factores pone de manifiesto la insatisfacción que la mujer vive cotidianamente, siendo la maternidad y el postparto momentos claves para la manifestación de los conflictos ya existentes en la relación.

En lo que respecta al funcionamiento y cambios que se dan en la relación de pareja, el matrimonio y la paternidad interrumpe la situación de identidad de cada miembro, originando una de cambios que implican dejar su hogar de origen, tomar responsabilidades de tipo económico, social y emocional. El nacimiento de un niño requiere un cambio en las pautas transaccionales de los cónyuges, el sistema debe efectuar los complejos cambios requeridos para pasar de un sistema de dos a un sistema de tres.

Por lo general, el compromiso de la mujer con una unidad de tres, incluyendo un mayor compromiso con el matrimonio, se inicia con el embarazo, el hombre puede seguir sin comprometerse mientras que la mujer ya se está adaptando a un nuevo nivel de formación familiar.

La transformación social de la pareja a través de los años presupone para la mujer un desempeño cada vez más exitoso en el mundo laboral, económico, familiar y social. El presente estudio pone de manifiesto aspectos de la vida emocional donde la mujer sigue experimentando un número creciente de insatisfacciones derivadas del hecho de verse precisada a vivir "sola" o en condiciones de rechazo, indiferencia o abandono acontecimientos vitales de suma importancia como el embarazo, parto y puerperio.

La presión social que experimenta en relación al desempeño de su rol de madre durante el embarazo y parto hace que la mujer viva, en muchas ocasiones, estos acontecimientos como sumamente estresantes.

Los resultados obtenidos en la presente investigación hablan de la depresión postparto como resultado directo de los conflictos vividos por la mujer en la relación con su pareja (estable o transitoria).

Factores como el estado civil y la edad del embarazo se relacionan directamente con un mayor número de conflictos en la pareja (dinero, desconfianza, educación de los hijos, etc.) y estos, a su vez condicionan índices más altos de depresión postparto.

El periodo posterior al parto es muy importante en la vida de la mujer, especialmente si se trata del primer hijo, ya que supone un gran cambio en la situación vital y una necesidad de adaptación. La mujer debe aceptar la función de madre, admitiéndolo tanto afectiva como cognitivamente, también debe aceptar al hijo, individualizarle como a una persona distinta y tener capacidad para responder a sus “señales” (llanto, muecas, movimientos) de una forma adecuada. La génesis de estas actitudes se inicia en el embarazo, se intensifica durante el parto y culmina en los primeros meses del puerperio.

El parto se considera como un acontecimiento vital sumamente importante en cualquier escala, incluso mujeres que han alcanzado un nivel maduro de integración de la personalidad, con un matrimonio satisfactorio y que disfrutaban cuidando a sus hijos experimentan un considerable estrés al enfrentarse a los cambios vitales asociados con la maternidad.

Para mantener una adaptación maternal óptima es necesario que el puerperio transcurra satisfactoriamente, dentro de un contexto de relaciones interpersonales más amplio que la diada madre-hijo, y también debe acompañarse de un estado emocional placentero. La atención, tanto por parte de los servicios médicos como de los sociales, a la nueva función social de madre y la asistencia en el desarrollo de las aptitudes de éste pueden proteger contra la depresión en el postparto.

Las mujeres que han sido madres pasan por una etapa difícil, que la mayoría superan, aunque parece evidente que experimentan una amplia gama de reacciones psíquicas.

Limitaciones y sugerencias de la investigación

En la realización del presente estudio se pudo observar la poca o nula información con que cuentan los médicos, el personal de salud y las mujeres en general en relación con la depresión postparto, así como la escasa bibliografía que existe en México.

Al revisar la situación actual de este tema en la literatura médica y psicológica se pudo observar que las investigaciones realizadas son escasas, que no existe uniformidad en los instrumentos usados, que se suele valorar únicamente la existencia o no de depresión postparto, que no se toman en cuenta aspectos como el estilo de crianza de la madre, etc.

En el presente estudio, por razones metodológicas únicamente se examinó la relación existente entre los conflictos de pareja y los niveles de depresión que presentaron las mujeres en los diferentes rangos de edad y su estado civil, con las conclusiones ya mencionadas.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es de gran importancia examinar todos aquellos factores como son: edad de inicio de la vida sexual activa, número de hijos, embarazos y edad de los mismos, existencia y causa de la aceptación o rechazo del embarazo por parte de la madre y su pareja, así como los factores que determinan que el padre contribuya a la manutención o no, para poder determinar las condiciones en las que se encuentran funcionando las parejas y en las que toman la decisión de procrear.

Las instituciones de salud deben proporcionar información a los trabajadores directamente involucrados en el trato con la mujer gestante o en periodo de puerperio, con la finalidad de brindar orientación y apoyo y así evitar que ésta viva de manera traumática un evento de tanta trascendencia en su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, N. (1988) **Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares**, Buenos Aires: Paidós
- American Psychiatric Association (2002) **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IVTR**. Barcelona: Masson.
- Andrade, P. Bonilla, M. Hernández, A. (1998). **Actitud hacia la infidelidad y su relación con algunas variables demográficas**. La Psicología social en México. Vol. 7, pp. 188-192.
- Arnoldo, O (2001) **Construcción y validación de un instrumento de conflicto para parejas Mexicanas**. Tesis de Licenciatura: Facultad de Psicología UNAM.
- Avelarde, M.P, Díaz-Loving (1996) **Cambios y estabilidad a través del tiempo en las emociones intimidad y conflicto en la relación de pareja**. La Psicología Social en México. V 6, pp. 282-288
- Ballús, C. y Vallejo, J. (1983). **Trastornos afectivos. Parámetros psicofisiológicos**. Revista del departamento de Psiquiatría facultad de Medicina Barcelona. Vol. 10, pp. 325-336.
- Barnett, D (1996), **“20 consejos para comunicarse en pareja”**. Colombia: Norma.
- Brazelton, B, (1985), **Cómo Conciliar Trabajo y Familia**. Colombia: Norma
- Brehm, S,S (1992) **Intimate Relationships**. New York: McGraw-Hill
- Bricklin, B. (1974). Causas psicológicas de la elección de pareja. México : Pax
- Brown GW. Andrews B. Harris. (1983) **Social support, self-esteem and depression**. Psychol Med . 16. 813-831.
- Buchsbaum, M. (1981). **The effects of sleep deprivation on average evoked responses in depressed patients and in normals**. Boil. Psychiatry. Vol. 16, pp.351-363.
- Calderón, N. (1990) **Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento**. México:Trillas)
- Calderón, N. (1997) **Depresión, sufrimiento y liberación**. México : Edamex
- Camacho, D. Hernández, S. (1987) **Depresión en una muestra de alto riesgo**. Revisión de la escala para la automedición de la depresión de Zung. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Caraveo, A. (1983). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta de la Ciudad de México. Salud Mental, 19,3. pp 14-21

- Casado, L, (1991) **La nueva pareja**. Barcelona: Kairos
- Clanton, G. y Smith, L. (19981) **Anatomía de los celos**. Barcelona: Grijalbo.
- Coombs C, (1987), **The Structure of conflict**. American Psychologist. V 47, pp. 179-183.
- Corbella, J. (1991) **Relaciones psicosexuales**. Enciclopedia práctica de psicología, Vol. 5. Barcelona: Plaza & Janés, S. A.
- Corsi, J, (1994) **La violencia intrafamiliar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social**. Argentina: Paidós.
- Cortés, S.L. Díaz Loving, R, Reyes, D.R. Rivera.(2000) **La satisfacción sexual en la relación de pareja (ISSP) a través del tiempo**. La Psicología Social en México. V 6, pp. 296-302
- D`Zurilla ,T (1993). **Terapia de resolución de conflictos**. España: Desclée de Brouwer
- David, (2002). **¿Cómo influye el dinero en la relación de pareja?**. Artículo en internet. http://www.psycoactiva.com/art/revista_104.htm
- Díaz Guerrero-Díaz Loving, (1988). **El poder y el amor en México**. La Psicología social en México. Vol. 2, pp. 153-159
- Díaz Loving, Rivera S, Ojeda A, Reyes D, (2000). **Construcción y validación multidimensional de celos**. La Psicología social en México. Vol. 8, pp. 24-31.
- Díaz Loving, Rivera, S, Sánchez, R. (1986). **Predictores de la satisfacción marital a través del tiempo**. La Psicología social en México. Vol. 6, pp. 289-295
- Díaz Loving, Sánchez A. (2000). **Negociación y comunicación en pareja**. La Psicología social en México. Vol. 8, pp. 32-38
- Escardo, F(1974). **Anatomía de la familia**. Buenos Aires: Ateneo.
- Espinoza, M. (2000). **Inventario multifactorial de problemas familiares**. La Psicología social en México. Vol. 8, pp. 283-289.
- Fenichel, O. (1990) **Teoría Psicoanalítica de las Neurosis**. Buenos Aires: Paidós
- Flores, E, Ramírez, S, Díaz Loving. (1998). **Factores Psicossomáticos asociados a la satisfacción sexual en la mujer con la pareja**. La Psicología social en México. Vol. 8, pp. 283-287.
- Flor-Henry, P. (1983). **Cerebral basis of psychopathology**. Boston: John Wright.
- Freud, S. (1981). **Tres ensayos sobre una teoría sexual**. Obras completas. Vol. 2. Madrid: Biblioteca Nueva.

- García, J. (2002). **“Los conflictos en la pareja”**. Artículo en internet. <http://www.cop.es/coleiados/M-00451/Pareja.htm>. Madrid.
- Gibert M, Ferrando V. Lumry AE et al.(1983) **Ocurrence of depression in the postpartum state**. J Affect Disord., 5. 97-101.
- González, A. (1986). **Análisis de la relación de pareja**. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Greef, A. (2000). **Conflic management style and marital satisfaction**. Journal of sex and marital therapy. Vol. 26, pp. 321-334.
- Haley, J, (1978). **Terapia no convencional**. Buenos Aires. Amorrourtu.
- Hernández, R. (2000). **Actitud y estilos de afrontamiento ante la infidelidad en hombre y mujeres mexicanos**. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Hernández, S. (2003). **Metodología para la investigación de las ciencias sociales**. **México**: Mc. Grow Hill.
- Jacoby, M. (1966). **Affection in primates**. United states: Discovery.
- Janowsky, D. (1976). **A cholinergic-adrenergic hypothesis of mania and depression**. Boston: Butterworths
- Kerlinger, F. (1988). **Investigación del comportamiento**. México: Mc. Graw Hill.
- Kitamura, T, (1995). **Temporal variation of validity of self-rating questionnaires. Repeated use of the General Helth Questionnaire and Zung`s Self-Rating Scale among woman during antenatal and postnatal periods**. Acta Psichiatrica Scandinava. Vol. 90 (6) 446-450.
- Kumar, R. Robson, M. (1984) **A prospective study of emotional disorders in childbearing woman**. Br J Psychiatry. 144. 35-37.
- Laplanche, J. (1979). **Diccionario de Psicoanálisis**. México; Labor S. A.
- Leal C. (Coord, 2000) **Trastornos depresivos en la mujer**. Masson: Madrid.
- Lemaire, J. (1985) **La Pareja Humana: Su Vida, Su Muerte, Su Estructura**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Leventhal, B. Cowan , P. Satisfaction with child care arrangements. Am J. (1992) 62: 165-177.
- Loperena, V. (2004). **Validez de criterio entre la escala de depresión de Beck y Zung en estudiantes de bachillerato técnico**. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Machinnon, R. y Michels (1988) **Psiquiatría Clínica Aplicada**. México: Interamericana, Mc Grow-Hill

- Matud MP. **Depresión postparto. Revisión y datos sobre su existencia y dinámica funcional.** (1990) Tesis doctoral. Servicio de publicaciones de la Universidad de la Laguna. Microficha , . España.
- Minuchin, S. (1983) **Familia y Terapia Familiar.** México: Gedisa Mexicana S.A.
- Moreno, J. (1997) **Las falsas interpretaciones en la relación de pareja, una estrategia cognitiva.** Tesis de licenciatura, Universidad Edo. Mex
- Myers, D. (1995) **La Psicología social.** McGraw-Hill
- Norwood, R. (1986) **Las mujeres que aman demasiado.** Argentina: Javier Vergara Editor.
- Orlandini, A. (1998) **Enamoramiento y el mal de amores.** México, Fondo de Cultura Económica.
- Paykel, E, Myers J, Dienelt, M. (1994) **Events and depression. A controlled study.** Arch Gen Psychiatry 21. 753-760.
- Pérez – Gil, Ramírez Ravelo (Coords, 1995) **Género y salud femenina.** Universidad de Guadalajara. México: Ibarra Bellón.
- Rage,A, (1990). **El desarrollo humano familiar visto a través del ciclo vital de la familia.** Tesis de Doctorado: Universidad Iberoamericana.
- Rage,A, (1996) **La pareja, elección, problemática y desarrollo.** México: Plaza y Valdés, Editores.
- Reyes, A. (2002) **Relaciones de pareja destructivas y dolorosas. Conceptualización e implicación en mujeres.** Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.
- Reyes, D. Diaz Loving,S. Rivera,S. (2000) **Satisfacción sexual infidelidad en parejas mexicanas.** La Psicología social en México. V 7, pp. 81-87.
- Righetti-Veltema. B. **Concise guide to women`s mental health.**(1997). En Hale R.E. Concise Guides. Washington, DC. American Psychiatric. Press, Inc.
- Rivera, S, (2000) **Conceptualización, medición y correlatos de poder y pareja, una aproximación etnopsicológica en México.** Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, UNAM
- Sánchez, V. (2003) **Revisión bibliográfica de los conflictos en pareja y alternativas terapéuticas.** Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Sarquis, Y. (1995) **Introducción al estudio de la pareja.** Chile: Universidad Católica de Chile.
- Satir, V, (1988). **Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar.** México: Pax
- Satir, V, (1994) **El contacto íntimo.** México: Árbol

- Sebastian, L. (2005). **Cómo Superar la Depresión Postparto**. México: Santillana Ediciones Generales S.A. DE C.V..
- Strean, H. (1986) **La pareja infiel**. México: Pax.
- Stuchbery, M. Matthey, S. Barnett, B. (1988) **Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers**. Soc Psychiatry Epidemiol, . 33. 483-490
- Thibault, O, (1972) **La pareja**. Madrid: Guadarrama
- Tomàs, A. **Depresión postparto. Análisis de los factores de riesgo psicosociales**.(1995) Tesis doctoral. Valencia, España. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.
- Tordjman, G, (1989) **La pareja: realidades, problemas y perspectivas de la vida en común**. México: Grijalbo
- Tovar, M. (1998). **Análisis interno y validación de la escala de automedición de la depresión de Zung**. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Vallejo, J. (1978b). **La relación angustia-depresión desde una perspectiva clínica**. Anu. Psicología. Vol. 18, pp. 80-89.
- Van Preag, H. (1977). **Depression and schizophrenia. A contribution on their chemical pathologies**. Nueva York: Spectrum.
- Vázquez, S. (1993). **La infidelidad en la pareja: conceptualización e implicación en hombre y mujeres mexicanos**. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.
- Verdigué, E. (1997) **Normal Family Processes**. New York, Guilford Press.
- Walsh, S. (1992). **El arte del cambio**. Barcelona.: Herder
- Watzlawick, P. (1991) **Teoría de la comunicación humana**. Barcelona: Editorial Herder.
- Willi, J. (1985), **La Pareja Humana**, Relación y Conflicto. Madrid: Morata
- Zumaya, M, (1998) **La formación de la pareja. Antología de la sexualidad humana II**. México: Porrúa.
- Zumaya, M, (1999) **La infidelidad: ese visitante frecuente**. México: Edamex
- Zung, W, (1972). **The depression status inventory and adjust to the self-rating scale**. J. Clin. Psychology. Vol 28. 543- 559.
- Zung, W. (1964). **A self-rating Depression Scale**. Arch, Gen Psychiat, Vol 12. 63-70.

ANEXOS

Anexo a)

Hospital General de Zona No. 32

Facultad de Psicología UNAM

Cuestionario de Variables Sociodemográficas

Edad:		Estado Civil:		Ocupación:	
Tiempo de convivencia en pareja:		Aceptó usted el embarazo:			
		Si		No	
				Porqué	
Presentó complicaciones físicas en el embarazo:					
No. de hijos:			No. de embarazos:		
Inicio de vida sexual activa:			Edad en el primer embarazo:		
Edad del padre:			Ocupación:		
Aceptó él, el embarazo:					
		Si		No	
				Porqué	
Participa en la manutención:					
		Si		No	

A continuación se le presenta una serie de preguntas relacionada a su convivencia en pareja. Por favor, conteste con la mayor honestidad posible. No hay respuestas buenas ni malas, por favor no deje ninguna pregunta sin respuesta. La información que se obtenga es confidencial y se utilizará para elaborar programas relacionados con la pareja.

Gracias por su participación.

Anexo b)

Los conflictos con mi pareja son debidos a:

	Siempre 1	Frecuentemente 2	Algunas Veces 3	Rara vez 4	Nunca 5	Importancia
1. Decisiones sobre cómo educar a los hijos						
2. Sale con personas del sexo opuesto						
3. Platico con personas del sexo opuesto						
4. Falta de dinero						
5. Yo soy desordenado (a)						
6. Yo soy exageradamente ordenado (a)						
7. Actividades a realizar en el tiempo libre						
8. Su carácter						
9. Existe desconfianza						
10. Uno le da una orden a los hijos y el otro da una diferente						
11. Influencia de su familia						
12. Yo le miento						
13. No me pone atención						
14. Diferentes puntos de vista sobre diversos temas						
15. Gustos diferentes						
16. Su trabajo						
17. Yo tomo						
18. Mi irresponsabilidad						
19. Forma de pensar diferente						
20. Platica con personas del sexo opuesto						
21. Sus costumbres (de sueño, alimentación, etc.)						
22. Yo no le digo todo						
23. Mi forma de ser						
24. Forma en que trata a mis hijos						
25. Forma en que disciplina a mis hijos						
26. Sus celos						
27. Frecuencia de las relaciones sexuales						
28. Sus actividades						
29. Mis actividades no permiten que tenga mucho tiempo para mi pareja						
30. Intervención de mi familia						
31. Su forma de ser						
32. Mis costumbres (de sueño, alimentación, etc.)						
33. Creencias religiosas diferentes						
34. Mi pareja es exageradamente ordenada						
35. Mi pareja es desordenada						

Anexos

	Siempre 1	Frecuentemente 2	Algunas Veces 3	Rara vez 4	Nunca 5	Importancia
36. Por el tiempo que le dedico a mis hijos						
37. Toma de decisiones						
38. Diferencias en la religión						
39. Intereses diferentes						
40. Visitas a mi familia						
41. Mi pareja no me dice todo						
42. Mis actividades						
43. Salgo con personas del sexo opuesto						
44. El tiempo que dedico a mis actividades						
45. Su irresponsabilidad						
46. Falta de comunicación						
47. Mi carácter						
48. La diferencia de edades						
49. Mi pareja toma						
50. No nos ponemos de acuerdo						
51. Mi interés en las relaciones sexuales						
52. La distribución del dinero						
53. Yo fumo						
54. Por el tiempo que le dedica a mis hijos						
55. Visitas a su familia						
56. Modo en que gasto el dinero						
57. Mi trabajo						
58. Mi pareja fuma						
59. Prefiere hacer otras cosas que pasar tiempo conmigo						
60. No me dice lo que hace						
61. Su interés en las relaciones sexuales						
62. Soy muy celoso (a)						
63. Influencia de mi familia						
64. Diferente forma de vivir la religión						
65. Intervención de su familia						
66. El tiempo que dedica a sus actividades						
67. No le pongo atención						
68. Forma en que trato a mis hijos						
69. Modo en que gasta en dinero						
70. Forma en que disciplino a mis hijos						
71. Mi pareja me miente						
72. Problemas con los hijos						
73. Sus actividades no permiten que tenga mucho tiempo para mi						
74. No le digo lo que hago						
75. Prefiero hacer otras cosas que pasar tiempo con mi pareja						

Anexo c)

Escala de Automedición de la depresión de Zung

Por favor señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos.	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre	
1. Me siento abatida, desanimada, triste.					
2. Por la mañana es cuando mejor me siento.					
3. Tengo ataques de llanto o deseo de llorar.					
4. Tengo problemas de sueño durante la noche.					
5. Como igual que antes.					
6. Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos.					
7. Noto que estoy perdiendo peso.					
8. Tengo problemas de estreñimiento.					
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado.					
10. Me canso sin motivo.					
11. Mi mente está tan despejada como siempre.					
12. Resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.					
13. Me encuentro intranquila y no puedo estarme quieta.					
14. Tengo esperanzas en el futuro.					
15. Soy más irritable que de costumbre.					
16. Tomo las decisiones fácilmente.					
17. Siento que soy útil y necesaria.					
18. Siento que mi vida está llena.					
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerta.					
20. Sigo disfrutando lo que hago.					
				PB	
				Índice SDA	

Anexo d)**Estudios sobre incidencia y prevalencia de la depresión postparto.***

Autores (año)	Muestra	Periodo Analizado	Incidencia (%) Prevalencia (%)	Criterios diagnósticos
Pitt (1968)	305	6-8 semanas	(I) 10.8	Cuestionario y entrevista
Paykel et al (1980)	120	5-8 semanas	(I) 20	Cuestionario de Raskin
Woldkin et al (1980)	117	4 meses 14 meses	(I) 10 (P) 18	PSE (modificado)
Cox et al (1982)	105	4 meses	(I) 13	Entrevista de Goldberg (CIS)
Cutrona (1983)	85	2 semanas 8 semanas 8 semanas	(P) 4,7 (P) 3,5 (I) 8,2	DSM- III
Kumar y Robson (1984)	119	3 meses	(I)14	CIS/RDC
O'Hara et al (1984)	99	2 meses	(I)10 (P)12	RDC
Watson et al (1984)	128	6 semanas 6 semanas 12 meses	(I)7.8 (P)12 (P)22	CIS
Saks et al (1985)	20	6 semanas	(I)10	DSM – III
Nott (1987)	212	3 meses 9 meses	(I)18.5 (I)28	GHK
Cooper et al (1988)	460	3 meses 6 meses 12 meses	(P)8.7 (P)8.8 (P)15.1	PSE/CIE 9
Gotlib et al (1989)	295	1 mes 1 mes	(I)24.8 (I)6.8	Beck RDC
Harris et al (1989)	147	6 semanas	(I)15	DSM – III
O'Hara et al (1990)	182	2 meses	(P) 8.8 (I) 10.4	RDC
Boyce et al (1991)	170	1 mes 3 meses 6 meses	(P) 11.3 (P) 9.4 (P) 5.4	Cuestionario Beck y de Edimburgo
Campbell y Cohn (1991)	1033	6-8 semanas	(P) 9	RDC
Marks et al (1991)	45	6 meses	(P) 7	RDC
Murray et al (1992)	646	2 meses	(I) 11.1	RDC
Okano y Nomura (1992)	47	1 mes	(I) 8.5	RDC
Aderibigbe et al (1993)	162	6-8 semanas	(P)14.2	GHK
Cox et al (1993)	232	5 semanas 6 meses 6 meses	(I)12.4 (I)13.8 (P)9.1	RDC
Ballard et al (1994)	200	6 semanas 6 meses	(P)27.5 (P)25.7	Cuestionario de Edimburgo
Borgeat et al (1994)	347	6 meses	(P)15.2	Cuestionario de Hamilton
Tomás (1995)	205	1 mes 3 meses 6 meses	(I yP)5.8 (P)8 (I)10.8 (I)13.5	PSE Criterios de Finlay/Jones
Wickberg y Hwang (1997)	1584	8 semanas 12 semanas	(P)12.5 (P)8.3	Cuestionario de Edimburgo
Righetti-Veltema et al (1998)	570	3 meses	(I)10.2	Cuestionario de Edimburgo

- Tomado de: Leal C. (Coord, 2000) **Trastornos depresivos en la mujer**. Masson: Madrid