



# INSTITUTO UNIVERSITARIO Y TECNOLÓGICO MODELO

---

---

## LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México  
Con clave 8858-12

**IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA  
DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL GENERAL “JOSÉ VICENTE VILLADA”  
EN EL PERIODO COMPRENDIDO  
DEL 01 DE AGOSTO DE 2012 AL 31 DE JULIO DE 2013**

# T E S I S

Que para obtener el Título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

YAZMIN JIMÉNEZ MORA

ASESOR DE TESIS: L.E.O. KARLA CAÑAS REA

Coacalco, Estado de México a 10 de Diciembre de 2013



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.

## **Agradecimientos y Dedicatorias**

*Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.*

*Le doy gracias a mis padres Apolonio y Yolanda por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado por darme la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.*

*A mis hermanos Guadalupe y Eduardo, por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar, no se que haría sin su infinito apoyo y motivación.*

*A Edwin por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia y su amor incondicional.*

*A mi primo Pedro por ser quien es y ocupar un espacio muy importante en mi corazón.*

*A mi bicho, por llenarme de paz con esos ojitos llenos de luz y ternura, por velar mis sueños y recibirme siempre con tanta alegría.*

*Le agradezco la confianza, la paciencia, los sacrificios, el apoyo y la dedicación de tiempo a mi asesora, L.E.O. Karla Cañas Rea, por haber compartido conmigo sus conocimientos y por seguir hasta el final de este proyecto.*

A todos mis profesores, no sólo de la carrera, sino de toda la vida, mil gracias porque de alguna manera forman parte de lo que ahora soy, en especial a Leonardo Pérez Cepeda, sabes el significado que tienes en mi vida, gracias por tus enseñanzas y tu maravillosa amistad, T.Q.M.

Agradezco también a esas personas que se hicieron a un lado sin brindarme apoyo y que en algún momento fueron importantes, a pesar de todo y sin darse cuenta, me llenaron de fortaleza para lograr uno de mis más grandes sueños.

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón. Sin importar en dónde estén o si alguna vez llegan a leer estas dedicatorias, quiero darles las gracias por formar parte de mi, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

MAMI, no me equivoco si digo que eres la mejor mamá del mundo, gracias por todo tu esfuerzo, tu apoyo y por la confianza que depositaste en mi. Por las angustias, las preocupaciones, los desvelos, las lágrimas y todo aquello que hemos pasado juntas para poder llegar a este lugar. Gracias porque siempre has estado a mi lado, por tu amor, tu fortaleza y sobre todo por ser la maravillosa mujer que eres, digna de admiración y respeto. Te amo mamichi!!!!

PAPÁ, éste es un logro más que quiero compartir contigo, gracias por ser mi papá y por creer en mi. Quiero que sepas que ocupas un lugar muy especial, aunque a veces no te lo

*diga, sinceramente eres un padre bien padre. Este logro también es tuyo, gracias por todas tus palabras de aliento y por tu apoyo incondicional. Te amo papiringo!!!!*

*LALO, mi ejemplo de vida, sabes que las palabras sobran cuando se trata de expresarte mi amor y admiración, eres un pilar importante para este triunfo. Persigue tus sueños, hoy puedo decirte sin temor a equivocarme que todo lo que se desea se puede lograr. Gracias hermanito!!!!*

*LUPE, mi hermanita hermosa, gracias por tu apoyo incondicional, por los desvelos cuidándome cuando enfermaba y tu preocupación cuando no me daba tiempo de dormir por estar trabajando en esto, por demostrarme tu confianza. Un logro más que también es tuyo... Sí se pudo!!! Te amo gordita.*

*Y finalmente agradecer a todas las personas que me han abierto las puertas del conocimiento, por la confianza, el apoyo y la paciencia. A las compañeras de prácticas y servicio social. A mis alumnos que hoy forman parte esencial en mi vida profesional. Dra Karla, Gracias!!!!*

*Y al más especial de todos, a ti señor porque hiciste realidad este sueño, y has hecho de mi un instrumento para transmitir luz y esperanza, por todo el amor con el que me rodeas y porque me tienes en tus manos. Esta tesis es para ti.*

*Yazmin Jiménez Mora*

# Índice

1. RESUMEN .....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
PRIMERA PARTE	
2.1. ANTECEDENTES .....	5
2.1.1. OBJETIVOS.....	8
2.1.2. Objetivo general.....	8
2.1.3. Objetivos específicos.....	8
2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
2.2.1. Problema de investigación.....	9
2.2.2. Preguntas de investigación.....	9
2.3. HIPÓTESIS .....	10
2.4. METODOLOGÍA .....	11
2.4.1. Diseño de investigación.....	11
2.4.2. Tiempo y Espacio .....	12
2.4.3. Población .....	12
2.4.4. Criterios de inclusión.....	12
2.4.5. Criterios de exclusión.....	13
2.4.6. Recolección de datos.....	13
2.4.7. Diseño de instrumento.....	14
2.4.8. Aspectos éticos.....	15
2.5. VARIABLES .....	17
2.6. DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS.....	18
SEGUNDA PARTE	
3. MARCO TEÓRICO.....	20
3.1. CAPÍTULO I. PANORAMA GENERAL DE LA DEPRESIÓN.....	20
3.1.1. MÉXICO... ¿ESTÁ DEPRIMIDO?.....	20
3.1.2. HISTORIA DE LA DEPRESIÓN.....	25
3.1.3. DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN.....	28
3.1.4. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN.....	30
3.1.4.1. Clasificación clásica.....	30
3.1.4.2. Depresión endógena.....	31
3.1.4.3. Depresión somatógena.....	32
3.1.4.4. Depresión situativa.....	32
3.1.4.5. Depresión neurótica.....	34
3.1.5. CLASIFICACIÓN ACTUAL DE LA DEPRESIÓN.....	35
3.1.5.1. Depresión secundaria.....	35
3.1.5.2. Depresión primaria.....	35
3.1.5.3. Trastorno depresivo mayor.....	36
3.1.5.4. Trastorno distímico.....	38
3.1.6. FACTORES SOCIALES DE LA DEPRESIÓN.....	39
3.1.6.1. Conceptos de apoyo social.....	40
3.1.6.2. Modelos de apoyo social.....	41

3.1.7.	TEORÍAS SOBRE LA DEPRESIÓN.....	43
3.1.7.1.	Teoría psicoanalítica.....	43
3.1.7.2.	Teoría de la libido.....	43
3.1.7.3.	Teoría del yo.....	44
3.1.7.4.	Teoría de las relaciones objetales.....	44
3.1.7.5.	Teoría biológica.....	45
3.1.7.6.	Teoría cognitivo-conductual.....	46
3.1.8.	PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD.....	50
3.1.8.1.	Tristeza normal y patológica.....	52
3.1.9.	EL SÍNDROME AXIAL DE LA DEPRESIÓN.....	54
3.1.10.	NOSOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	57
3.1.11.	CLASIFICACIONES CATEGORIALES.....	58
3.1.11.1.	Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).....	58
3.1.11.2.	Manual de Diagnósticos Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM-4TR).....	59
3.1.12.	CLASIFICACIONES DIMENSIONALES.....	64
3.1.12.1.	Clasificaciones unidimensionales.....	65
3.1.12.2.	Clasificaciones multidimensionales.....	66
3.2.	CAPÍTULO II. PRINCIPALES CAUSAS, SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN.....	71
3.2.1.	CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.....	72
3.2.1.1.	Causas biológicas.....	72
3.2.1.2.	Causas psicológicas.....	73
3.2.1.3.	Causas sociales.....	74
3.2.2.	EL MODELO VITAMÍNICO DE LA SALUD MENTAL.....	75
3.2.3.	FACTORES DE CAUSACIÓN SOCIAL.....	77
3.2.4.	SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN.....	80
3.2.4.1.	Trastornos afectivos.....	81
3.2.4.2.	Trastornos intelectuales.....	82
3.2.4.3.	Trastornos conductuales.....	83
3.2.4.4.	Trastornos somáticos.....	83
3.2.5.	CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN.....	86
3.2.5.1.	Disfunción familiar.....	86
3.2.5.2.	Disfunción social.....	87
3.2.5.3.	Suicidio.....	87
3.3.	CAPÍTULO III. LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	91
3.3.1.	DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO.....	93
3.3.1.1.	Estrés y el embarazo.....	96
3.3.1.2.	Eventos de vida estresantes.....	97
3.3.1.3.	Relación con la pareja.....	98
3.3.1.4.	Relación con la madre.....	98
3.3.1.5.	Complicaciones obstétricas.....	98
3.3.1.6.	SopORTE social.....	98
3.3.2.	HISTORIA PERSONAL Y/O FAMILIAR DE DEPRESIÓN O ANSIEDAD.....	100
3.3.3.	ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	101
3.3.4.	DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO (DPP).....	108
3.3.5.	FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	109
3.3.5.1.	Factores biológicos.....	109
3.3.5.2.	Factores psicosociales.....	110

3.3.6.	CONDUCTAS ASOCIADAS EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	111
3.3.7.	TIPOS DE DEPRESIÓN POSTPARTO.....	112
3.3.7.1.	Baby blues o Síndrome del tercer día.....	112
3.3.7.2.	Depresión postparto sin psicosis (DPSP).....	113
3.3.7.3.	Depresión postparto con psicosis (DPCP).....	114
3.3.7.4.	Depresión post-aborto.....	115
3.4.	CAPÍTULO IV. ESTUDIOS REALIZADOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	117
3.4.1.	INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....	117
3.4.2.	ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO.....	119
3.4.3.	ESCALA DE HAMILTON.....	121
3.5.	CAPÍTULO V. COMPORTAMIENTO DE LA “NUEVA MADRE”, ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS SOCIALES.....	122
3.5.1.	LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO, “CONTACTO PIEL A PIEL”.....	122
3.5.2.	LACTANCIA MATERNA.....	124
3.5.3.	LA NUEVA FAMILIA O EL CRECIMIENTO DE LA MISMA.....	127
3.5.4.	EL ENTORNO DE LA MADRE.....	130
3.6.	CAPÍTULO VI. TRATAMIENTO, PRONÓSTICO Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	131
3.6.1.	TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.....	131
3.6.1.1.	Tratamiento con medicamentos.....	132
3.6.1.2.	Terapia psicológica.....	134
3.6.1.3.	Terapia electroconvulsiva.....	135
3.6.1.4.	Tratamientos naturales.....	135
3.6.2.	PRONÓSTICO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	137
3.6.3.	CONSECUENCIAS SI NO SE DA UN TRATAMIENTO.....	138
3.6.4.	PREVENCIÓN.....	139
3.6.5.	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	140
TERCERA PARTE		
4.	RESULTADOS.....	142
4.1.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	147
5.	CONCLUSIONES.....	152
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	156
7.	ANEXOS.....	159
A.	ESCALA DE EDIMGURGO PARA LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	161
B.	TABLA 7. REGISTRO DE VALORES DE EPDS MAYOR O IGUAL A 13.....	164
C.	SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	165
D.	GLOSARIO.....	166



## 1. RESUMEN

**Antecedentes:** Los trastornos depresivos representan un importante problema de salud, siendo más frecuente en las mujeres y con mayor riesgo durante el embarazo y puerperio. La depresión postparto es un trastorno psiquiátrico que se produce típicamente de 3 días a 6 semanas después del parto. **Objetivo:** Estimar cuáles son los factores de riesgo más frecuentes que se relaciona con la presencia de la depresión postparto en las pacientes atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013. **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal, tomando como punto de partida el análisis previo de los registros de pacientes en las 3 áreas donde se aplicó el estudio, para tener un conocimiento acerca de las características sociodemográficas de las pacientes. Se utilizó como instrumento de investigación la Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto y posteriormente se cotejaron los resultados para proceder a un análisis cualitativo y cuantitativo de los mismos. **Resultados:** De acuerdo a los criterios de inclusión se cotejaron los registros de la muestra obtenida para el estudio, que incluyó 340 pacientes cursando por un puerperio fisiológico o quirúrgico y que fueron atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de julio de 2013, cuyo rango de edad oscila entre los 14 y 39 años. Se realizó un análisis de tipo transversal, mediante la Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto, incluyendo las variables siguientes: Edad, Estado civil, Escolaridad, Situación económica, Control prenatal y Tipo de procedimiento (Parto Fisiológico o Cesárea). **Conclusiones:** La depresión postparto es una patología severa, frecuente y tratable, que tiene repercusiones a corto y a largo plazo en la salud del niño y de la madre, por lo cual, el personal de enfermería toma un papel muy importante en la identificación de los factores de riesgo que exponen a las mujeres púerperas a padecerla. La importancia de realizar pruebas de tamizaje, no es sólo por el hecho de acceder a un diagnóstico temprano y de esa manera evitar las complicaciones, sino porque existe la necesidad de determinar la etiología y los factores desencadenantes de este problema y con ello facilitar un tratamiento adecuado. La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es la herramienta recomendada para confirmar los síntomas de depresión en las madres en el periodo postparto. El tratamiento a menudo incluye medicamentos antidepresivos, terapia o la combinación de ambos. El apoyo social y familiar es muy importante para reducir las posibilidades del desarrollo de esta afección. El profesional de enfermería debe ser el encargado de promover actividades de autocuidado entre las nuevas madres para poder ayudar a aliviar los síntomas de depresión durante el postparto, así como consultar los recursos apropiados para obtener información actualizada y precisa sobre el padecimiento y acerca de los medicamentos elegidos para su tratamiento. Los resultados obtenidos en el presente estudio han sido satisfactorios y servirán como punto de partida para futuras investigaciones que se centren en este padecimiento en donde día a día van aumentando el número de mujeres que se ven afectadas.

**Primera Parte**  
**Marco Contextual**

## 2. INTRODUCCIÓN

El embarazo, parto y puerperio son etapas en las que el organismo femenino sufre una serie de cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales, que exigen un importante y sostenido esfuerzo adaptativo para conseguir un buen ajuste a la maternidad.

El proceso de adaptación al nuevo papel de madre implica afrontar una serie de modificaciones en el propio cuerpo, en la relación de pareja, en las relaciones familiares y sociales, en el tiempo y el esfuerzo dedicado a una misma y a otros menesteres. Para algunas mujeres los meses que siguen al parto son una etapa de gran vulnerabilidad para la aparición o la recaída de trastornos psiquiátricos.

Existen diversos estudios para la identificación de la depresión postparto que, aunque no son definitivos para el diagnóstico de la misma, si son importantes para reconocer los síntomas relacionados a este padecimiento. La escala de depresión de Edimburgo ha sido una herramienta indispensable en el estudio realizado en las mujeres atendidas en el Hospital General "José Vicente Villada", ya que ha permitido constatar que son más vulnerables emocionalmente en el curso del postparto y que a pesar de que este padecimiento en algunas ocasiones pasa desapercibido, podemos darnos cuenta que una cantidad considerable de mujeres están en riesgo de sufrirlo.

La depresión postparto es un importante problema de salud pública, ya que dicho trastorno ha demostrado ser muy frecuente en distintas series. La aparición de depresión no sólo afecta a mujeres después del parto, sino también a la familia y principalmente al recién nacido que sufre al igual que la madre, hay falta de identificación y reconocimiento y puede llegar incluso a afectar su desarrollo cognitivo y su crecimiento.

A pesar de que la etiología de la depresión aún es desconocida, existen determinados factores que se asocian a su aparición y remisión, como lo son: tener una historia previa de depresión, falta de apoyo por parte de la pareja, el nacimiento de un bebé prematuro, con alguna enfermedad al nacer, entre otras.

Es importante saber que la depresión postparto (DPP) es tratable y que desaparecerá. El tipo de tratamiento dependerá de la severidad de la misma, puede ser tratada con medicamentos (antidepresivos) y psicoterapia. Muchas veces se aconseja que asistan a un grupo de apoyo para hablar con otras mujeres que están pasando por la misma situación. En general el tratamiento tiene buenos resultados. Sin embargo, el buen pronóstico dependerá de la detección precoz del problema. Es por eso, que la presente investigación tiene como finalidad,

identificar los factores de riesgo para presentar una Depresión Postparto, para poder prevenir, ayudar y orientar a aquellas mujeres susceptibles a padecer dicho trastorno y evitar rechazo, maltrato, y negación hacia el bebé, la pareja, la familia o la sociedad.

## 2.1. ANTECEDENTES

La depresión es un trastorno del humor caracterizado por sensaciones de tristeza, desesperación, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima y falta de ánimo, en ocasiones explicables por alguna tragedia o pérdida personal y en otras no corresponden a una causa real explicable<sup>1</sup>.

La depresión postparto es un trastorno psiquiátrico del puerperio, que se produce típicamente de 3 días a 6 semanas después del parto. De acuerdo al catálogo psiquiátrico: Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), basado en estudios epidemiológicos, se considera un episodio de depresión postparto, si comienza dentro de las 4 primeras semanas, pero con un rango de duración de hasta los 3 meses. Los síntomas pueden ser leves al inicio pero se prolongan más allá de las 4 semanas.<sup>2</sup>

Se caracteriza por una tendencia al llanto fácil, irritabilidad por la presencia de sentimientos de culpa y obsesivos-compulsivos, por un rechazo hacia el recién nacido, o bien, reticencia a asumir su cuidado, por pérdida de la libido y, en los casos graves, por la presencia de intentos suicidas.<sup>3</sup> Es necesario tener en cuenta estos síntomas para poder realizar correctamente el Diagnóstico.

No obstante se debe estar alerta ya que existen trastornos psicopatológicos del puerperio que obligan a realizar un diagnóstico diferencial, por ejemplo: a) Depresión postparto leve o Baby blues, que es un síndrome transitorio, el cual se presenta aproximadamente del 50% al 80% de las madres, ocurre alrededor de los 2-4 días después del parto y desaparece sin secuelas de forma espontánea en un plazo de 2 semanas, es un proceso mental psicológico de adaptación a la nueva situación. b) Psicosis postparto, es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 casos de cada 1000 nacimientos, aparece de manera brusca, su aparición clínica implica labilidad del humor, agitación grave, confusión, pensamientos desorganizados y alucinaciones; en tanto que la madre puede autolesionarse o dañar a su hijo.

Los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública en todo el mundo, pues son altamente prevalentes y producen grados importantes de

---

<sup>1</sup> Gispert C, Gay J, Vidal J. Diccionario de Medicina. 4ta edición. España; Editorial Océano; 2008

<sup>2</sup> Rojas M, Monardes J, Neves E, Olea E, Perucca E, Vera A. Cuadros depresivos en el postparto. Rev Psiquiatría 2012; IX: 1168-76.

<sup>3</sup> Jossefson A, Berg G, Nordin C. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. Acta Obstet Gynecol Scand 2011;80:251-5

discapacidad, estimándose que en el futuro será la segunda causa de años perdidos por discapacidad en el mundo. En México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad, se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina, además, la frecuencia de estos trastornos parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital.<sup>4</sup>

Es difícil determinar la prevalencia real de la depresión postparto, porque los estudios difieren demasiado en lo que se refiere a metodología y poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que de 10% a 20% de las mujeres que dan a luz son afectadas por esta entidad. La incidencia de Depresión postparto varía ampliamente de acuerdo a patrones socioculturales, a la forma de medición, al momento de la evaluación y a los criterios diagnósticos utilizados. Se encuentran cifras desde el 3.7% al año en Minnesota, hasta del 22.4%, a los dos meses, en Chile. Se conoce que su prevalencia es tres veces más alta en los países llamados de economía emergente que en los países desarrollados.<sup>5</sup>

La mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional. Aún más, casi el 50% no la tiene de la pareja, los familiares ni de los amigos.

Los problemas emocionales postparto se pueden rastrear hasta los primeros escritos de Hipócrates, quien en el año 700 A. C. los describía en detalle. También habría que citar los textos de Galeno, Celcio y otros, pero esto no significa que no sea una enfermedad tratable.

En la sociedad en que habitamos, se han detectado científicamente diversas enfermedades físicas y psicológicas, que no distinguen ni edad ni género, es decir, afecta a hombres y mujeres, niños y ancianos, sobre todo a aquellas enfermedades psicológicas como bipolaridad, tristeza profunda, etc., siendo estos tipos de enfermedades las más recurrentes en la actualidad y las más difíciles de tratar o remediar. Más aun aquellas enfermedades que afectan la psicología de la mujer después del alumbramiento.

---

<sup>4</sup> Medina Mora, Ma. Elena, Borges. "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México", en Revista de Salud Mental, México. 2009.

<sup>5</sup> Citado en México, Programa de Acción en Salud Mental, 2012.

Gómea (2007) nos dice que las mujeres que son más introvertidas y con más rasgos neuróticos presentan un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto en el primer año tras el alumbramiento.

Años atrás, esta afección era algo que los médicos no tomaban en cuenta, principalmente en los países de América Latina, pero en la actualidad se ha comprobado que la depresión postparto puede afectar a cualquier mujer sin importar su condición social, económica o étnica, este padecimiento puede aparecer inmediatamente después del parto o en algunos casos meses más tarde.

## **2.2. OBJETIVOS**

### **2.2.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar cuáles son los factores de riesgo que se relacionan con la presencia de la Depresión Postparto en las pacientes atendidas en el Hospital General José Vicente Villada, durante el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013.

### **2.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los factores asociados a la depresión postparto
- Analizar el comportamiento de las mujeres expuestas a la depresión postparto y su relación con el entorno social desde diferentes ámbitos y primordialmente con el Recién Nacido.
- Identificar de una forma eficiente, a pacientes que eventualmente puedan desencadenar una depresión postparto como problemática de salud en una etapa de desarrollo psicológico.
- Caracterizar el perfil sociodemográfico y los factores obstétricos que presentan las pacientes diagnosticadas con depresión postparto en el Hospital General José Vicente Villada, durante el período comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013.
- Identificar las principales complicaciones y consecuencias del perfil psicológico postparto.
- Identificar la prevalencia de la depresión postparto en mujeres que cursan un puerperio fisiológico o quirúrgico.
- Conocer cuál o cuáles son los tratamientos para la Depresión postparto.



## **2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Identificar los factores de riesgo en pacientes puérperas atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada” son fundamentales para disminuir la incidencia de Depresión Postparto?

### **2.3.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Actualmente, el estrés y la depresión son una alarma constante entre la población mexicana que nos sobrepone principalmente a problemas de salud física y mental. Hablando específicamente de la población femenina que asiste a los servicios de salud del Hospital General José Vicente Villada, que compete en este trabajo de investigación, se puede notar que existe una creciente en el índice de depresión postparto en madres de variada edad, estatus económico y nivel educativo, que en otros años era difícil de creer.

La depresión posparto está relacionada con trastornos emocionales que involucran riesgo para la madre, el bebé e inclusive para el núcleo familiar. Además se calcula que alrededor del 50% de estos trastornos no son diagnosticados ni tratados a tiempo.

La detección temprana conlleva a una intervención oportuna por parte del personal de enfermería, para la disminución de las complicaciones ocasionadas por este padecimiento. El proceso de adaptación al nuevo papel de madre, implica afrontar una serie de modificaciones en el propio cuerpo, en la relación de pareja, en las relaciones familiares y sociales, en el tiempo y el esfuerzo dedicado a ella misma.

### **2.3.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a la Depresión Postparto?

¿Cuál es la edad más frecuente en que se desencadena una Depresión Postparto?

¿Cuál es el tratamiento electivo para la Depresión Postparto?

¿Cuáles son las expectativas familiares y sociales de las pacientes que cursan por una Depresión Postparto?

## **2.4. HIPÓTESIS**

La identificación de los factores de riesgo más prevalentes en pacientes atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, durante el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013, son fundamentales para disminuir la incidencia de la Depresión Postparto.

## **2.5. METODOLOGÍA**

### **2.5.1. Diseño de investigación**

Debido a que la Depresión Postparto es un problema de salud pública que en los últimos años ha sido tema de importantes investigaciones, en las que se han obtenido datos estadísticos cada vez mayores, es importante conocer cuáles son las causas que la originan y sobre todo identificar oportunamente los factores de riesgo que pueden llevar a las pacientes atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, a cursar por esta afección.

La inquietud sobre este estudio, nace a partir de observar en algunas pacientes, la falta de identificación hacia su bebé, es decir, normalmente una mujer que acaba de parir, independientemente de que fisiológicamente se encuentre en un estado de recuperación, en su mayoría reflejan estar contentas, ubican su atención en el nuevo ser que acaban de traer al mundo, lo abrazan, lo besan, lo alimentan y es algo que no nos extraña ver todo el tiempo en las unidades hospitalarias. Pero qué pasa cuando no existe este vínculo materno, qué sucede cuando hay un desequilibrio en el binomio (madre-hijo), surgen las dudas y las especulaciones que nos llevan a pensar, ¿Realmente deseaba tener un hijo en este momento?, ¿Acaso sufrirá algún maltrato físico o psicológico en su casa?, ¿No acepta la idea de ser madre?, así como muchas otras cuestiones que no se terminarían de mencionar. Había pacientes que no deseaban alimentar a sus bebés por medio de la lactancia materna, o se mostraban distantes, prefiriendo descansar y dormir que vigilar al recién nacido.

Revisando la literatura respecto al comportamiento de las mujeres después de un parto, ya sea fisiológico o quirúrgico, se llega a un tema que se ha convertido en el foco de esta tesis; la Depresión Postparto.

Por ello, esta investigación se ha realizado con base a un estudio observacional, analítico y transversal, que nos arrojará resultados importantes para: identificar los factores relacionados a la Depresión postparto, evaluar mediante un instrumento de investigación (Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto) y analizar los resultados cualitativos que califiquen a las pacientes para determinar si se encuentran expuestas o no a esta afección, valorar las condiciones sociodemográficas de las pacientes, correlacionar los datos obtenidos de las variables y dar un enfoque multidisciplinario por parte del profesional de la salud, para optimizar el plan de cuidados específicos ante este problema.

### **2.5.2. Tiempo y Espacio**

La investigación se llevó a cabo en el Hospital General “José Vicente Villada”, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013 en la Jornada Especial Diurna (Sábado, Domingo y días Festivos en un horario de 8:00hrs a 20:00hrs).

Ubicándose específicamente en el Servicio de Tocología que está conformado por cuatro áreas, las cuales son: Valoración, Labor, Sala de Expulsión y Recuperación que tiene espacio para 8 camillas, el Servicio de Quirófano, conformado por tres salas quirúrgicas, y Recuperación con espacio de 6 camillas, siendo ambas áreas de Recuperación las elegidas para la aplicación del instrumento de investigación (Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto), y el Servicio de Hospitalización Ginecología y Obstetricia, en el área exclusiva de pacientes cursando un puerperio fisiológico o quirúrgico, teniendo designados 5 cubículos con capacidad de 6 camas cada uno.

### **2.5.3. Población**

Se realizó la investigación con una muestra de 340 pacientes que cursaban por un puerperio fisiológico o quirúrgico, atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013, las cuales en su mayoría son beneficiarias del Seguro Popular, algunas pagaron por los servicios del hospital, o bien, fueron transferidas de otras instituciones de Salud (en menor cantidad).

### **2.5.4. Criterios de inclusión**

Para la realización de la investigación se tomó en cuenta a las pacientes atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013, que cubrieran con las siguientes características:

- Pacientes cursando por un puerperio fisiológico o quirúrgico, dispuestas a responder al cuestionario en las 3 áreas donde se aplicó el estudio y correspondieran al rango de edad entre 14 y 39 años.
- Pacientes cursando por un puerperio fisiológico o quirúrgico con paridad satisfecha.
- Pacientes cursando por un puerperio fisiológico o quirúrgico con neonatos hospitalizados por prematurez o alguna patología.

### **2.5.5. Criterios de exclusión**

Debido al objetivo perseguido en la investigación, se excluyeron del estudio a las pacientes atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013, con las siguientes características:

- Pacientes analfabetas (ya que no podrían responder a los cuestionarios)
- Pacientes <14 años o >39 años
- Pacientes con discapacidad auditiva y visual.
- Pacientes cursando por un puerperio fisiológico o quirúrgico con producto obitado.
- Pacientes que se negaran a responder el cuestionario, a pesar de cumplir con los criterios de inclusión.
- Pacientes cursando por un puerperio fisiológico o quirúrgico que se encontraran en el área de cuidados intensivos.

### **2.5.6. Recolección de datos**

Previo a la aplicación del instrumento de investigación (Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto), se revisaron las libretas de registro de las 3 áreas elegidas, en donde se pudieron obtener datos sobre edad, número de gestas, procedimiento realizado y lugar de procedencia de las pacientes atendidas en el Hospital y así tener bases estadísticas que pudieran ayudar durante la elaboración de la presente investigación.

Después de la revisión de los registros de atención en el área de obstetricia, se aplicaron los criterios de selección conforme a las variables planteadas.

De acuerdo a los criterios de inclusión, se explicó a cada una de las pacientes que participaron en el estudio, el objetivo primordial de la investigación y se pidió su consentimiento verbal sustentado en los aspectos éticos que se mencionarán más adelante.

Tras su consentimiento se procedió a la aplicación del instrumento de investigación (Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto). Después de la aplicación de los cuestionarios en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013, se vaciaron los resultados para su cotejo y elaboración de las gráficas correspondientes. Posteriormente se analizaron los

resultados, con lo cuál se pudo dar respuesta a las preguntas de investigación y corroborar si se comprueba la hipótesis establecida.

### **2.5.7. Diseño de instrumento<sup>6</sup>**

Existen diversos instrumentos de investigación que ayudan de manera significativa al diagnóstico de la Depresión, como lo son:

El Inventario de Depresión de Beck<sup>7</sup> (Beck Depression Inventory, por sus siglas en inglés), el cual cubre una gama amplia de síntomas asociados con la depresión, tanto los de carácter afectivo, cognoscitivo, fisiológico y conductual. Se ha convertido en el instrumento más utilizado para evaluar si una persona sufre de depresión. Entre sus múltiples ventajas destaca su rapidez, pues se contesta en relativamente pocos minutos, es un inventario altamente utilizado en el ámbito clínico, con el cual se han realizado infinidad de estudios, en donde se reconocen las propiedades psicosométricas del mismo.

La Escala de Hamilton<sup>8</sup> (Hamilton Depresión Rating Scale, por sus siglas en inglés), es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

De acuerdo a las necesidades de la investigación, el instrumento aplicado a las pacientes que participaron en el estudio es, la Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto, que aparte de los ítems establecidos, se anexó un apartado que contiene las preguntas sobre los datos generales que incluyen: Edad, Estado Civil, Escolaridad, Solvencia Económica, Tipo de procedimiento (Parto fisiológico o Cesárea) y si tuvo o no control prenatal. Este instrumento ha sido diseñado específicamente como método de despistaje para depresión posparto, consiste en un registro de auto-aplicación, que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos.

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estas preguntas incluyen la disforia, 2 están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración.

---

<sup>6</sup> Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Anexo A. pág. 161

<sup>7</sup> Inventario de Depresión de Beck. Capítulo IV 3.4.1. Pág. 117

<sup>8</sup> Escala de Hamilton. Capítulo IV 3.4.3. Pág. 121

Según los resultados obtenidos la paciente puérpera puede ser clasificada en tres grupos:

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto
- EPDS 10-12: puntaje límite para riesgo de depresión
- EPDS mayor o igual a 13: puntaje indicador de probable depresión

### **2.5.8. Aspectos éticos**

Es preciso imponer siempre un límite a la actuación y decisiones de enfermería en la interacción con el paciente, y este límite implica el respeto a la libre decisión, a la expresión de su personalidad en todos sus aspectos, así como ser humano y ser espiritual. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier tratamiento que se le sugiera, y al profesional de enfermería solo le corresponde explicar y justificar la necesidad del procedimiento a practicarle y si el caso lo requiere advertir de los riesgos de rechazar el procedimiento. Pero hasta ahí, el paciente es el único dueño de su vida y de sus decisiones.

Durante el desarrollo de la presente investigación, no se pretende por ningún motivo, afectar la seguridad, la privacidad, ni la integridad física y psicológica de alguna de las pacientes involucradas, ya que el instrumento utilizado sólo se basa en una serie de preguntas que permitirán conocer los factores de riesgo que pueden exponerlas a padecer depresión posparto.

La realización del estudio persigue el bienestar de las mujeres atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013, que corren el riesgo de padecer una depresión posparto, y consiste en la aplicación de un cuestionario (Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto) para conocer el grado de depresión que cursan, o si están expuestas o no. Con ello se podrán obtener grandes beneficios, ya que los resultados permitirán conocer los factores de riesgo que originan este padecimiento y con ello poder centrar los cuidados y atenciones para disminuir la incidencia de la Depresión posparto.

Antes de aplicar los cuestionarios, se les informó de manera verbal y personal a las pacientes que se incluyeron en el estudio, sobre la finalidad del mismo, con lo cual cada una de ellas decidió participar o no, respetando con ello el principio de autonomía o de libertad de decisión.

En consideración y respeto del principio de justicia, no se divulgaron los nombres de las mujeres que participaron en el estudio, atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, durante el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013, que participaron en el estudio.



## 2.6. VARIABLES

### Sociodemográficas

- Edad de la madre en el momento del parto o cesárea.
- Escolaridad (sin estudios, primaria, secundaria o superior).
- Estado civil (soltera, casada o en unión libre).
- Situación económica subjetiva («Tengo los ingresos adecuados a mis necesidades», «Tengo ingresos suficientes con algún problema puntual», «Tengo ingresos demasiado justos y me causa algunos problemas» o «Tengo problemas económicos»).
- Situación laboral actual (ama de casa, estudiante o trabajadora).

### Psicosociales

- Relación familiar: valoración subjetiva de la relación de pareja en los últimos meses.
- Situaciones vitales estresantes: (pérdida de alguna persona significativa en el último año)

### Antecedentes y factores de morbilidad

- Interrupciones voluntarias o involuntarias de embarazo anteriores.
- Tratamiento médico, anterior o actual, por depresión, ansiedad, insomnio u otros problemas emocionales.
- Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica.
- Depresión postparto (Cuadro 1)<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Véase Cuadro 1. Operacionalización de las Variables en Tercera Parte/Anexos/Pág. 160

## **2.7. DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS**

### **CAPITULO I. PANORAMA GENERAL DE LA DEPRESIÓN**

En este primer capítulo se analizará el concepto de depresión, su percepción histórica, así como la forma en que se han clasificado los distintos tipos de depresión. También se dará una introducción a la relación entre el individuo deprimido y la sociedad. El objetivo de este capítulo es proporcionar una serie de antecedentes que considero necesarios para el estudio y comprensión del tema central de esta investigación.

### **CAPÍTULO II. PRINCIPALES CAUSAS, SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN**

Se hará referencia sobre las causas, síntomas y consecuencias de la depresión, con apoyo en el marco teórico presentado en el capítulo anterior. Además se analizará cómo detectar este padecimiento y qué medidas se deben tomar para combatirlo. Esperando que aunque no exista un consenso sobre las causas de la depresión, sí existan caminos bien establecidos para curarla.

### **CAPÍTULO III. LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

Se analizará la prevalencia de la depresión postparto, factores de riesgo, sus signos y síntomas, definición, conductas asociadas y tipos de depresión postparto que existen.

### **CAPÍTULO IV. ESTUDIOS REALIZADOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

En este capítulo se muestran los instrumentos de medición utilizados como parte primordial para el diagnóstico de la depresión postparto de manera multidisciplinaria.

### **CAPÍTULO V. COMPORTAMIENTO DE LA “NUEVA MADRE”, ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS SOCIALES**

Se abordarán los aspectos conductuales de la madre y su relación social de acuerdo a los factores de riesgo que la exponen a la Depresión Postparto.

### **CAPÍTULO VI. TRATAMIENTO, PRONÓSTICO Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

En el último capítulo se menciona el tipo de tratamiento, pronóstico y las posibles complicaciones si no se trata a tiempo.

# **Segunda Parte**

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. CAPÍTULO I. PANORAMA GENERAL DE LA DEPRESIÓN**

##### **3.1.1. MÉXICO... ¿ESTÁ DEPRIMIDO?**

La depresión es la enfermedad de nuestros tiempos, se le compara con plagas como la peste bubónica, la sífilis o el sida y pertenece ya a este selecto grupo de males que han marcado hitos en la historia.

Las enfermedades pueden ser físicas o psicológicas. Un cuerpo sano puede sufrir de enfermedades psicológicas y viceversa. Stephen W. Hawking, considerado el genio más grande desde Einstein, está confinado a una silla de ruedas y no puede siquiera hablar. Mientras tanto, a diario vemos jóvenes en plenitud sucumbir ante enfermedades como la bulimia, la anorexia, dependencia a las drogas o al alcohol, y en el peor de los casos al suicidio o al crimen.

Esto que es cierto para los individuos, lo es también para los grupos de personas. Una comunidad, una sociedad, una ciudad, un país, hasta grandes sectores de la humanidad pueden tener épocas de gran creatividad y progreso o pueden sucumbir víctimas de enfermedades psicológicas colectivas.

Mientras que la OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que en todo el mundo hay más de 150 millones de personas con depresión; en México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) estimó que 8.8% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor, alguna vez en la vida con una media de edad de inicio de 24 años.<sup>10</sup>

La Ciudad de México concentra el 9.3% de la población del país y más de la mitad tiene entre 0 y 29 años (el 58.8%). Se ha identificado un 15.4% de malestar depresivo, siendo mayor la prevalencia en mujeres que en hombres. Estas edades tempranas de inicio del padecimiento, implican muchos años de sufrimiento e interrupciones en diferentes ámbitos de la vida, como la educación, el empleo, la pareja y el entorno familiar.

---

<sup>10</sup> Fernández C. El test EPDS permite diagnosticar la depresión posparto en primaria- Diario Médico 2011. N° 2178

Después de la depresión grave, las causas que más contribuyen al desarrollo de una depresión son la dependencia del alcohol, los trastornos afectivos bipolares y la esquizofrenia.

A nivel mundial cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad son problemas mentales y la depresión se encuentra entre ellas. Este padecimiento aumentará en los próximos años.

Cuando una persona tiene depresión usualmente sufre de ánimo depresivo (tristeza), fatiga, pérdida de interés y capacidad de goce de actividades comunes, conocida como anhedonia<sup>11</sup>. Los signos comunes de la depresión son cansancio, tristeza, falta de concentración, ansiedad, irritabilidad, trastornos de sueño y dolor en diferentes partes del cuerpo. Estos síntomas deberán alertar al médico sobre la presencia de depresión y conducirlo a una valoración del riesgo de complicación mayor de un evento depresivo que es el suicidio.

Las características clínicas específicas asociadas con un riesgo aumentado de suicidio en la depresión son: Insomnio persistente, descuido consigo mismo, deterioro de la memoria, agitación y los considerados como “ataques de pánico”.

Acorde al Instituto Nacional de Psiquiatría, la prevalencia de intento suicida en la Ciudad de México hasta el año 2012 fue de 10.5%.

Es por ello, que la Depresión no debe ser visualizada tan solo como una alteración del estado de ánimo de un individuo, debe ser evaluada a detalle, ya que se ha documentado que quienes la padecen, sufren mayores complicaciones en cualquier tipo de enfermedades subyacentes que previamente padezcan (diabetes, hipertensión, procesos alérgicos, enfermedades reumáticas, etc), debido a que por el estado anímico alterado hay una interrupción de tratamientos agravando situaciones que inicialmente estaban controladas.<sup>12</sup>

Una manera de reconocer a los pacientes con alto riesgo de comportamiento suicida es identificando algunos factores individuales y sociodemográficos como lo son: tener algún trastorno psiquiátrico (generalmente depresión, alcoholismo y trastornos de la personalidad); enfermedades físicas (terminales, dolorosas o debilitantes como por ejemplo SIDA), historia familiar de suicidio, alcoholismo y/u otros trastornos psiquiátricos; intentos suicidas previos; estatus de divorcio, viudez

---

<sup>11</sup> Constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión, se caracteriza por la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros.

<sup>12</sup> Acuña M. Actualización en depresión postparto. EVIDENCIA en Atención Primaria, Vol. 5 No. 6.

o soltería; vivir solo (aislado socialmente); desempleo o retiro; pérdida sensible en la infancia. Si el paciente está bajo tratamiento psiquiátrico, el riesgo es más alto en aquellos que han sido dados de alta del hospital y/o aquellos que han cometido intentos de suicidio previos.

Adicionalmente los acontecimientos estresantes recientes que pueden provocar un aumento en el riesgo de suicidio son: separación marital; pérdida sensible, problemas familiares, cambio en el status ocupacional o financiero, rechazo por parte de una persona importante, vergüenza o temor a ser encontrado culpable.

Existen varias escalas para valorar el grado de Depresión y el riesgo de suicidio, mas no son sustituto de una buena entrevista clínica para identificar el estado emocional de la persona y si esta se encuentra en riesgo inminente o potencial de cometer suicidio.<sup>13</sup>

Es frecuente que se reconozca que quienes han llegado a estar en esta etapa de la Depresión, de una u otra forma han comunicado en cierto grado la profundidad de afectación de su estado emocional, con antelación a cualquier intento o acometida suicida.

Pero, ¿por qué es tan grave que el país este deprimido? ¿Cómo pudieron contagiarse millones de mexicanos de este oculto mal?

Para explicar la depresión voy a relatar un experimento clásico que realizan los laboratoristas de la psicología clínica llamado el “Botón rojo”.<sup>14</sup>

El experimento consiste en aislar unas ratas en un cubo de cristal y enseñarles a oprimir cierto botoncito rojo para obtener alimento y acostumbrarse a hacerlo cada vez que tienen hambre. Cuando las ratas ya están habituadas a oprimir el botón rojo cada vez que tienen hambre, con resultados inmediatos, precisos e infalibles, de pronto, sin aviso ni preparación alguna, sin modificación ninguna de luz, sonidos o cualquier otra señal en el entorno, se les corta de tajo el suministro de alimento.

Cuando falla ese recurso por primera vez, las ratas quedan desconcertadas un momento pero siguen su día con normalidad. Luego, conforme aumenta su apetito, vuelven a intentarlo y presionan el botón rojo una y otra vez sin resultados.

---

<sup>13</sup> M. Bloch et al. / Israel Hospital General de Psiquiatría 28 (2008) 3–8

<sup>14</sup> Blazer D, Kessler R, Mccobagle K. Prevalencia y distribución de la depresión mayor en una muestra nacional de la comunidad: Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Am J Pshychiatry 2011; 151:979-86.

Y luego otra vez, y otra, y otra hasta caer en el enojo, lo cual los hace presionar el botón obsesiva, frenética y hasta rabiosamente.

Poco a poco, conforme crece su frustración, reduce la frecuencia de sus intentos hasta que deja de intentarlo por completo, es decir, deja de oprimir el botón rojo que ya no le da alimento y que no le resuelve el problema del hambre. El animalito aprende que haga lo que haga, bien o mal, lento o rápido, con gracia o torpemente, no obtiene su ración.

En ese momento el animal se rinde, cabizbajo se retira al fondo del cubo, se echa al suelo, su vista se pierde en el horizonte, su rostro adquiere un semblante triste, pierde la autoestima, padece problemas de concentración, pérdida de memoria e insomnio, pierde interés en actividades que antes disfrutaba, se vuelve irritable y finalmente piensa en la muerte. El nombre que los científicos dan a ese estado es depresión.

La depresión del animalito no es un proceso consciente, proviene de lo más profundo de su inconsciente, el cuerpo parece decir ¡basta!, se rehúsa a seguir luchando y prefiere dejarse morir.

La depresión es entonces una reacción inconsciente a estímulos negativos fuera del control del individuo. Cuando esta situación se prolonga a lo largo del tiempo, el nivel de tolerancia del sujeto es rebasado y aprende que su situación no tiene salida, que haga lo que haga va a seguir recibiendo los estímulos negativos.

Los sujetos, tanto en lo individual como lo colectivo, aprenden que no tiene ningún sentido esforzarse, que es igual o mejor no hacer nada, resignarse o huir. Aprenden que no defenderse constituye el mejor método para evitar en el futuro los castigos y maltratos del pasado. En otras palabras, si un individuo o un grupo son sometidos constantemente a estímulos negativos fuera de su control y si estos estímulos negativos continúan, haga lo que haga ese individuo o ese grupo, tarde o temprano cae en depresión.

Y vaya que hay millones de mexicanos que tienen razones para estar deprimidos, porque el botón rojo nacional no funciona...

- Empresarios honestos que generaron empleos, invirtieron tiempo y recursos, obraron con inteligencia y honradez, produjeron bienes y hoy ven impotentes quebrar sus negocios, víctimas de robos, devaluaciones, monopolios, contrabando, trámites de locura, servicios y créditos a precios de lumbre y mil obstáculos más.

- Otros son empleados, ejecutivos, funcionarios y obreros que en muchos casos dedicaron años de sus vidas a construir sus carreras y de pronto se ven desempleados, no pueden conseguir trabajo y tienen que recurrir a familiares en busca de auxilio.
- Amas de casa por toda la República que a pesar de ser hacendosas, cuidadosas con el gasto, de aprender trucos y manualidades para estirar el dinero y dar a sus familiares un mejor nivel de vida, ven con impotencia como el dinero les rinde cada día menos y no pueden mantener el bienestar de sus familias.
- Millones de estudiantes que se esforzaron en terminar sus carreras y obtener buenas calificaciones y no encontrarán acomodo digno en el aparato productivo nacional o bien, lo encontrarán pero ejerciendo profesiones muy distintas a las que los satisfacen económica y espiritualmente.
- Ecologistas que preocupados buscan limpiar al país sólo para descubrir que México se ha vuelto un basurero y que se enfila directo a convertirse en una tierra árida y erosionada, sin bosques, con los ríos y mares totalmente contaminados, sin flora, sin fauna.
- Millones que hartos de la corrupción realizan esfuerzos por hacer las cosas correctas y que siguen siendo vejados, humillados, insultados y extorsionados por una burocracia cada vez mayor, más ineficiente, vulgar, majadera y corrupta.

Y así sucesivamente, podríamos llenar cientos de páginas con ejemplos aberrantes como los anteriores, que ilustran la forma como millones de mexicanos, cual ratones de laboratorio, presionan el botón rojo una y otra vez sin obtener a cambio los resultados esperados.

Víctimas de una frustración cada día mayor, convencidos de que no pueden hacer nada por solucionar su situación ni la de los suyos y por ende sumidos en una profunda depresión. Y si, millones de empresarios, estudiantes, amas de casa, ciudadanos, ecologistas, ejecutivos, obreros y empleados están deprimidos, entonces la felicidad de los privilegiados, que cada día son menos, no es suficiente para compensar la depresión de los demás y por ello es que México está deprimido.



### 3.1.2. HISTORIA DE LA DEPRESIÓN

Como es fácil suponer, la depresión ha existido desde que el hombre vivía en cavernas. Se trata de uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos que hayan sido documentados, pues en diversos escritos clásicos aparecen descripciones de sus síntomas. Hasta hace relativamente poco, la enfermedad se desconocía bastante, y apenas se sabía qué se podía hacer para ayudar a las personas que entraban en un estado absoluto de pesadumbre. A veces se han utilizado remedios mágicos, porque el brujo de la tribu correspondiente le atribuía la culpa a espíritus negativos, o factores sobrenaturales.

Durante mucho tiempo, la enfermedad se conocía como melancolía. Y se pensaba que afectaba sobre todo a los artistas, pues muchos de ellos la padecían, e incluso la convertían en fuente de inspiración para sus trabajos. Ciertamente, muchos de los afectados eran personas de lo más imaginativas.

El origen histórico de la depresión se da con Hipócrates (460-370 a.c.), el planeaba tres formas fundamentales de locura: la melancolía, la frenitis y la manía. La melancolía se caracteriza, en la versión hipocrática, por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia. Hipócrates subraya la sintomatología más específicamente somática. Sin embargo el médico de Cos sugiere que el miedo y la tristeza, sean o no sean depresivos, cuando se mantienen por tiempo prolongado se pueden transformar en melancolía. (Hipócrates 1967).

Retomando los conceptos Hipocráticos, Galeno propone una teoría de la melancolía en tres fases: la bilis negra, que se estancaba en la región gástrica (hipocondría), la acumulación de vapores de bilis negra en el cerebro (ideas delirantes) y la distribución de la bilis negra en todo el cuerpo (melancolía).

Hipócrates ya era por tanto consciente de que se trataba de una enfermedad. Otro ilustre personaje de la cultura helena, Aristóteles, estaba convencido de que la mayoría de personajes relevantes padecían este problema.

En el siglo XVIII, en Inglaterra, se habla de depresión por primera vez. El médico de la corte y poeta Richard Blackmore escribe que estar deprimido supone padecer tristeza. El término se deriva de la palabra latina "*premere*", que significa "empujar hacia abajo".

Más tarde, durante el Renacimiento, André de Laurens, médico de la corte francesa en el siglo XVI, publica una obra muy importante, llamada; "Discurso

sobre la conservación de la vista, las enfermedades melancólicas, los catarros y la vejez". El autor llega a la conclusión de que la bilis negra puede llevar al hombre a un estado espiritual que le hace propenso al estudio de la filosofía y la poesía.

En el siglo XVII, el médico británico Thomas Willis se da cuenta de que la teoría de los cuatro humores se ha quedado desfasada. Llegará a la conclusión de que esta dolencia es provocada por diversos procesos químicos del cerebro.

En este mismo siglo, Bonetus establece la conexión psicopatológica entre la manía y la melancolía, aspecto que ya Hipócrates y Aretes habían establecido antes. Bonetus en su obra "la manía de la melancolía marca la relación entre ellas y emplea el término *maniacomelancholicus*, término equivalente al uso de "maniaco-depresivo" (Álvarez 2008).

En el largo periodo medieval, la melancolía se conceptualiza como acedía. Sin embargo, a pesar del uso de este término se extiende alrededor de más de 10 siglos, su significación no es constante. Durante el periodo inicial, la acedía es tipificada como un "estado del alma" cuyo padecimiento se restringía únicamente a los religiosos que vivían en el aislamiento y la sociedad de sus respectivas celdas.

En el transcurso de dos siglos siguientes, el concepto de acedía casi se volatiliza; en su lugar adquiere un uso progresivamente mayor en el término *melancolía*. A lo largo de este proceso conceptual, la melancolía queda adscrita al fin a la clínica sin ninguna connotación o remembranza de su antigua vinculación con la acedía y con el contexto religioso en que ésta surgió.

"*El remedio de la sangre negra*" término común del cuadro en Europa del siglo XVI, en el que se recomienda como tratamiento un conocimiento de hierbas y un jugo obtenido de flores de buen olor, y se sugieren como indicaciones generales las siguientes:

"Ha de andar en un lugar sombreado, y se ha de abastecer de trato carnal. Beberá moderadamente el pulque<sup>15</sup> y mejor no lo beba, si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres, como es el canto, la música, el tocar los instrumentos con que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas."

El reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades, como la epilepsia, indican un largo grado de adelanto en la medicina mexicana para esos tiempos.

Hubo que esperar a finales del siglo XIX y principios del XX para que se empezara a estudiar en profundidad. Quienes empezaron a profundizar en la enfermedad

---

<sup>15</sup> Bebida fermentada obtenida de un agave.

fueron el alemán Emil Kraepelin y el austríaco Sigmund Freud, considerado el padre del psicoanálisis.

Freud estaba convencido de que esta dolencia estaba motivada por el contraste entre el "ello" (la naturaleza salvaje básica del ser humano) y el "superyo" (las reglas sociales). Por su parte, Kraepelin estableció una clasificación de la enfermedad, que podía ser simple, confusa, grave o fantástica, entre otras modalidades. Pensaba que tenía causas orgánicas vinculadas a elementos hereditarios. Realiza un listado de diferentes síndromes afectivos como un diagnóstico específico de melancolía y en 1895 cambia el término de "melancolía" por el actual "depresión".

En los 60's el estudioso americano Aaron T. Beck defiende que la depresión tiene su origen en problemas con el procesamiento de información mental. Cuando en los recuerdos absorbidos por el individuo predomina una visión negativa del mundo, puede aparecer la enfermedad.

A lo largo del siglo XX el término "*depresión*" se divide en otros más específicos como "*obsesión*", "*ansiedad*", etc. Nació la biopsiquiatría<sup>16</sup>, que estudia los mecanismos químicos y el funcionamiento de los neurotransmisores, como causantes de los trastornos del estado de ánimo.

---

<sup>16</sup> Rama de la psiquiatría que intenta comprender los trastornos mentales en términos de la función biológica del sistema nervioso.

### 3.1.3. DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN

La palabra depresión viene del latín “*Depressius*” que significa hundimiento, abatido, derivado, es decir, el paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia; en términos coloquiales se presenta con un estado de infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición.

La depresión clínica es una condición de depresión con componentes médicos y físicos que alcanzan criterios generalmente aceptados por médicos. La depresión es la sensación de estar triste y emocionalmente decaído, así como haber perdido el interés en cualquier actividad agradable. Es importante mencionar que la depresión es una enfermedad como la diabetes y no es solo una sensación de estar triste o desanimado.

Aunque cualquier estado de ánimo con elementos de tristeza puede ser considerado como depresión, la depresión clínica es más que un estado temporal de tristeza. Los síntomas que se extiendan más de dos semanas y lo suficientemente severos como para interferir con la vida diaria son los que constituyen una depresión clínica.

Esta enfermedad progresa día tras día afectando al individuo que la padece en sus pensamientos, sentimientos, salud física y su forma de comportarse. Esta enfermedad es mas frecuente en estos tiempos en jóvenes adultos de sexo femenino, aunque esto no significa que los hombres estén exentos de ella, esta enfermedad no es culpa de la persona quien la padece, como tampoco es una muestra de debilidad de su personalidad.

Las personas que padecen depresión presentan síntomas característicos que les afectan casi todos los días por lo menos por un periodo de dos semanas, entre los síntomas mas característicos son la pérdida por el interés de ejercer actividades agradables, así como sentirse triste, decaído emocionalmente o cabizbajo; además:

- Sentir que no tiene energía, cansado, o al contrario, sentirse inquieto y sin poder quedarse tranquilo.
- Sentir que no vale nada o sentirse culpable.
- Que le aumente o disminuya el apetito o el peso.
- Tener pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

- Tener problemas para concentrarse, pensar, recordar, o tomar decisiones.
- No poder dormir, o dormir demasiado.

Además se asocian otros síntomas de tipo físico o psicológico, como pueden ser:

- Cefaleas.
- Dolor general o en partes específicas del cuerpo.
- Alteraciones digestivas o gástricas.
- Problemas sexuales.
- Sentirse pesimista
- Sentirse ansioso o preocupado.

Algunos médicos tienen pacientes a los que ellos llaman “pacientes ambulatorios” y son aquellos que pueden llegar al consultorio por sí mismos y definirle al médico su enfermedad, siendo la depresión una de las enfermedades más frecuentes. Algunos médicos consideran que uno de cada ocho pacientes que llegan por su propia cuenta padece depresión. Este es un porcentaje muy alto que nos permite hacer conciencia de qué tan grave es esta enfermedad y cuál es el grado de importancia que se le da a la misma.<sup>17</sup>

Situaciones fuertes como la pérdida de un familiar o persona querida puede desencadenar la depresión o provocar que la persona no se pueda recuperar completamente, incluso en ocasiones se presenta cuando todo esta bien. Entre el 10 y 15% de las depresiones son provocadas por un problema médico. Esta enfermedad puede ser curada mediante medicamentos y terapias psicológicas, aunque muchas veces estas personas no son tratadas porque no aceptan que la tienen o porque simplemente no se dan cuenta que la padecen, siendo importante aquí la observación de las personas cercanas a ellas.

---

<sup>17</sup> Radloff L: Escala de depresión. Investigación de las diferencias generales populares étnicas en el riesgo para la salud, 2010;24(1):111-127

### 3.1.4. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

La clasificación de la depresión se basa primordialmente en la identidad de los agentes causales para distinguir unas enfermedades de otras. “En el círculo de la depresión, siguiendo la línea de la causalidad o etiología, ha prevalecido durante largo tiempo la postura de resignación recluida en el criterio de bipolaridad.”<sup>18</sup> Los conocimientos que se tienen actualmente unidos con una mejor experiencia clínica nos permiten arrojar la postura de la bipolaridad para entrar en una auténtica clasificación del círculo depresivo.

#### 3.1.4.1. Clasificación clásica

La depresión ha sido clasificada de diversas maneras, pero esto no ha hecho más que confundir a los profesionales en lo que se refiere a las consecuencias de los pronósticos y a las terapéuticas lógicas. “Hay que tener en cuenta que para clasificar es preciso antes identificar, observar y concretar.”

La depresión está clasificada en:

- Depresión endógena
- Depresión somatógena
- Depresión neurótica
- Depresión situativa

La diferencia entre estas, fundamentalmente causal, se extiende a otros apartados, sobre todo la personalidad depresiva, la sintomatología y la evolución.

A continuación se presenta un cuadro comparativo de cuatro de ellas:

Enfermedad Depresiva	Etiología	Personalidad	Sintomatología	Evolución
<b>Depresión Endógena</b>	Herencia	Personalidad Sintónica/ciclotímica	Acentuada y completa	Multifásica de tipo unipolar (solo depresión) o bipolar (alternancia entre episodios depresivos e hipertímicos)
<b>Depresión Neurótica</b>	Ansiedad o inseguridad neurótica	Personalidad inhibida e hipersensitiva	Ligera o moderada y asociada con rasgos neuróticos	Crónica

<sup>18</sup> Weitbrecht HJ. Manual de Psiquiatría. Madrid, Gredos.

<b>Depresión Situativa</b>	Situación en la vida	Personalidad obsesiva o limite	Variable	Variable, pero siempre unipolar
<b>Depresión Somatógica</b>	Patología medica o sustancia química exógena	Variable	Enmascarada con el proceso somático fundamental.	Unifásica

### 3.1.4.2. Depresión endógena

Este tipo de depresión aparece sin ningún motivo aparente, depende del medio ambiente del sujeto y actualmente existe como una idea hipotética, en otras palabras: “esta hipótesis es más una teoría que un hecho.” Puesto que no se sabe si los desequilibrios químicos (de los cuales se hablará más adelante) son la causa de que la persona no haya podido enfrentar sus problemas emocionales o, por el contrario, son una consecuencia de los cambios de ánimo que experimenta por dichos problemas.<sup>19</sup>

Se dice que es hipotética ya que hay gente que experimenta la enfermedad sin ningún precursor emocional aparente, como ejemplo el siguiente comentario: “No entiendo. No tengo problemas con mi familia. En el trabajo me va bien. Tengo todo lo que necesito. No me duele nada y, pese a todo, me siento muy triste.” Pero son eventos poco comunes y no documentados.

Sintomatología:

- Exclusión de todo placer.
- Sentimiento de culpa.
- Lentitud psicomotora.
- Sensación de anestesia mental.
- Pérdida de reacción a los estímulos agradables.
- Desconfianza e irritabilidad.
- Insomnio.
- Multifasicidad.

En lo que concierne a este último punto, cabe señalar que la evolución de la depresión endógena presenta una serie de fases. Estas fases pueden ser de tipo unipolar, durante los cuales la persona presenta sólo cuadros de depresión o: de tipo bipolar, donde se van alternando episodios depresivos con episodios

<sup>19</sup> Sarason, I. y Sarason, B. Psicología Anormal. México, editorial Prentice May, , p 85-90.

hipertímicos. Dichos episodios hipertímicos son exactamente lo contrario a un cuadro depresivo, donde todos los rasgos de una depresión son exaltados. A los individuos que presentan esta multifasidad se les llama coloquialmente “maniaco-depresivos”.

Además, personas con otro tipo de depresiones presentan este tipo de problema ante algunos eventos emocionales mayores, por ejemplo: “En esta vida, más importante que el propio problema, es la capacidad del individuo, para en cada momento enfrentarse a él” y puede ser, como se dijo anteriormente, fácil confundir la causa con la consecuencia.

#### **3.1.4.3. Depresión somatógena**

Las depresiones somatógenas se presentan cuando hay una enfermedad orgánica que no esté directamente relacionada con la psique del paciente. Un ejemplo común es el de la gripe, que además de los malestares propios de la enfermedad, trae consigo una depresión.

Aún cuando este tipo de depresión es causada por la sensación de debilidad que trae un estado de enfermedad, puede perdurar después de que se haya superado dicha enfermedad, y por lo tanto, debe ser tratada a la par de la misma.

#### **3.1.4.4. Depresión situativa**

La depresión psicógena, también llamada situativa, es originada por causas psíquicas o ambientales, por fuertes tensiones o por componentes psicosociales. Es más común entre individuos que hayan perdido a alguno o ambos de sus padres antes de los 15 años y los que no tienen un soporte social.

Su evolución es unipolar y generalmente multifásica, se acompaña de un desequilibrio químico causado por el o los eventos emocionales que hayan llevado a la depresión. Cada individuo tiene un cierto límite para poder aguantar fuertes tensiones y al pasar este límite es probable que aparezcan manifestaciones "siquiátricas y/o psicósomáticas"

Tras haber efectuado numerosas comparaciones de casos específicos, los doctores Holmes y Rahe han enunciado y evaluado, de acuerdo con su importancia jerárquica, acontecimientos que podrían desencadenar malestares psicósomáticos (Tabla 1).



Tabla 1. Evaluación de acontecimientos que pueden desencadenar malestares psicosomáticos.

Acontecimiento	Valor
Muerte del cónyuge	100
Divorcio	73
Separación	65
Prisión	63
Muerte de un pariente cercano	63
Enfermedad personal grave	53
Matrimonio	50
Pérdida del empleo	47
Reconciliación con el cónyuge	45
Jubilación	45
Enfermedad de un pariente cercano	43
Embarazo	39
Problemas sexuales	39
Integración en una nueva familia	39
Readaptación a algún negocio	39
Muerte de un amigo íntimo	37
Cambio en el tipo de trabajo	36
Cambio en la frecuencia de las discusiones conyugales	35
Contraer una hipoteca elevada	31
Un hijo se va de casa	29
Problemas con la familia política	29
Obtener un gran logro personal	28
Los hijos inician o acaban el colegio	26
Cambio en las condiciones de vida	25
Malas relaciones con un superior	23
Cambio de horario en el trabajo	20
Cambio de casa	20
Cambio en las actividades recreativas	19
Cambio en la practica religiosa	19
Contraer un hipoteca no muy elevada	19
Cambio en la frecuencia de las reuniones familiares	17
Cambio en los hábitos alimenticios	16

Como se puede observar en el cuadro anterior, a pesar de que no todos los factores son malos, algunos pueden llegar a constituir ciertas fuentes de tensión que desencadenen malestares psicosomáticos.

#### **3.1.4.5. Depresión neurótica**

Esta surge a partir de una neurosis asintomática, una neurosis de angustia o una fóbica; normalmente se presenta después de los veinte años, a diferencia de la neurosis que regularmente se inicia en la infancia o la adolescencia.

La depresión neurótica es muy difícil de detectar, pues el síntoma faltante que se podría relacionar con la depresión es el desorden comunicativo; que aunque se siga comunicando, no es capaz de obtener una sintonía con la gente a su alrededor. O puede confundirse con una distimia por causa de los episodios depresivos.

Los datos importantes sobre el paciente para saber si ha caído en una depresión neurótica son: el deseo de muerte, el auto-reproche, el desinterés sexual y la fijación en el pasado, entre otros.

Lo más significativo en el cambio de la personalidad del afectado para saber si sufre o no de depresión, es su actitud frente a la muerte. Mientras que el neurótico presenta un temor increíble hacia la muerte, cuando la depresión se asienta en este deseo, se convierte en un deseo ambiguo a que llegue la muerte, lo cual puede orillar al suicidio. Es una completa paradoja donde para escapar del miedo a la muerte, la persona busca llegar a ella y acabar con su temor.

### 3.1.5. CLASIFICACIÓN ACTUAL DE LA DEPRESIÓN

Aún cuando se habla muy a menudo de los términos clásicos antes ya mencionados, es mejor usar el concepto clínico que a continuación mencionaremos. Aquí se hace mayor hincapié para saber si la depresión esta relacionada con otras entidades y si cumple los requisitos, como son, síntomas, signos, gravedad y tiempo de evolución.

#### 3.1.5.1. Depresión secundaria

Este tipo de depresión, es la que tiene relación con otras enfermedades psiquiátricas y médicas. En este caso el concepto “secundario” se entiende como la consecuencia de, y es indispensable identificar el trastorno original que las originó.

Las alteraciones psiquiátricas como esquizofrenia, adicción y trastornos ansiosos, traen como consecuencia las depresiones secundarias y por último enfermedades médicas.

*“Las secundarias son en relación con otras alteraciones psiquiátricas”.*<sup>20</sup> En estas enfermedades es común la aparición de síntomas depresivos:

La esquizofrenia, se caracteriza por una actitud clínica negativa, falta de voluntad, decaimiento afectivo, carencia de energía. Los estados de ansiedad aguda o generalizada si se vuelven crónicos con el tiempo no se resuelven.

#### 3.1.5.2. Depresión primaria.

La depresión primaria es lo contrario de las secundarias, estas no tienen que ver con la enfermedad médica o psiquiátrica. Aparecen autónomamente o una vez que se producen los desencadenamientos ya descritos, éstas están subdivididas en cuanto su gravedad.

#### Depresiones primarias unipolares

Se presentan casi siempre en fases (esta es cuando no se remedian), a los intervalos de normalidad, siguen fases depresivas. El tiempo que duran las fases

---

<sup>20</sup> Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. Manual de Psicopatología. Madrid, editorial Isabel Capella, primera edición, 1995, p.35

depende del individuo. Estas depresiones aparecen a los 30 años de edad pero desaparecen con un tratamiento adecuado.

### **Depresiones primarias bipolares**

Estas alteran los intervalos de normalidad, pero también con episodios maniáticos.

La manía es otra cara de la moneda de la depresión, cuando esto se presenta en los pacientes eutróficos, expresivos, son imperativos y padecen insomnios, hacen gastos excesivos y se encuentran intolerables cuando alguien les lleva la contra. En casos mayores producen alucinaciones, los especialistas están tratando de encontrar elementos para determinar qué personas son las que pueden presentar este cuadro bipolar, entre algunas cosas se ha encontrado:

- Enfermedades antes de los 25 años
- Antecedentes familiares de enfermedad bipolar
- Respuesta maniática tras el tratamiento con antidepresivos.

En este caso, el pronóstico de los trastornos bipolares es peor que los unipolares, porque por lo general son más inestables. Sin embargo, se han encontrado tratamientos para estos que han funcionado de manera satisfactoria.

### **Depresiones primarias mayores**

Este término “mayores” se refiere a que tiene un nivel mayor de gravedad de trastorno y se aplica en las depresiones bipolares y unipolares, en el caso de bipolares se trata de psicosis maniaco-depresiva.

### **Depresiones primarias menores**

Este término “menores” aplica igual a las depresiones unipolares y las bipolares, en el caso de las unipolares menores no presentan un cuadro completo y se prolongan mucho tiempo. Las bipolares menores o alteraciones clínicas del estado de ánimo mimetizan el trastorno maniaco-depresivo, pero con menor prolongación de tiempo

#### **3.1.5.3. Trastorno depresivo mayor**

Un episodio depresivo mayor se caracteriza por estado de ánimo de tristeza de una intensidad que sobrepasa sentimientos comunes de desilusión de la vida

diaria. Se presenta como un abatimiento extremo o como una pérdida dramática de interés en aspectos de la vida que antes eran placenteros. En algunos casos tiene sus raíces en una experiencia de duelo debido a la eventos traumáticos como la muerte de un ser querido, la pérdida de un trabajo, etc.<sup>21</sup>

Sin embargo, muchos episodios depresivos mayores no son precipitados por un evento particular, es decir, puede surgir de forma repentina, aspecto que provoca que las personas se sientan abrumadas, con la sensación de que su vida es un caos debido a lo incapacitante que resulta en todas sus áreas de vida (personal, familiar, laboral, social).

Se presentan algunas señales físicas que se denominan síntomas somáticos como movimientos corporales lentos (retardo psicomotor), alteraciones en la alimentación que se presentan en los extremos, ya sea evitando la comida o comiendo demasiado, cambios en los patrones de sueño, durmiendo mucho más de lo habitual o con presencia de insomnio, despertares intermitentes o el despertar muy temprano por la mañana, se presenta auto-concepto muy negativo, baja autoestima y la idea de ser castigados, recuerdos recurrentes de los errores del pasado, indecisión en asuntos insignificantes, sentimiento de desesperanza que los lleva a tener pensamientos suicidas.

Una vez que se inicia el episodio depresivo mayor pueden experimentar síntomas durante dos semanas o meses, curiosamente sin tratamiento la mayoría de los episodios depresivos mayores parecen detenerse en algún momento después de 6 meses y la mayoría de las personas regresan a su vida normal, sin embargo aproximadamente una cuarta parte de estos individuos continua experimentando los síntomas durante meses o años.

El trastorno depresivo mayor se presenta bajo dos modalidades:

a) Episodios melancólicos. Pérdida de interés en la mayoría de las actividades, dificultad para reaccionar ante situaciones que les causaban placer, la mañana es difícil pues experimentan melancolía, culpa, lentitud en movimientos y tiempos de reacción.

b) Episodios con un patrón estacional. La depresión se presenta en la misma época del año aproximadamente de dos meses de duración, durante el otoño o invierno, pero después regresan a su funcionamiento habitual. Estudios realizados

---

<sup>21</sup> Winokur G & Black DW (2007) Diagnóstico psiquiátrico y médico como factores de riesgo de mortalidad para los pacientes depresivos; 144:208-211

con personas que padecen depresión estacional, establecen que puede estar asociada a una alteración en los ritmos biológicos relacionada con variaciones de la cantidad de luz.

#### **3.1.5.4. Trastorno distímico**

Presentan al menos durante dos años algunos de los síntomas similares a los experimentados por personas con un trastorno depresivo mayor, como alteraciones en el apetito, sueño, fatiga, concentración disminuida, baja autoestima, dificultad para tomar decisiones, incapacidad para sentir placer, sentimientos de inadecuación en la mayoría de sus actividades, irritabilidad, alejamiento. Son síntomas mantenidos y la persona nunca está libre de esos síntomas por un período mayor de dos meses, presentando sentimientos de desesperanza, pero la característica principal es que los síntomas no son tan severos.

Es poco común que se hospitalicen a las personas con este trastorno, excepto cuando la depresión conduce a una conducta suicida.

### 3.1.6. FACTORES SOCIALES DE LA DEPRESIÓN

Dentro del análisis psicosocial de la depresión y la salud mental, las influencias sociales definidas como la provisión de recursos, reales o percibidos, materiales o no, procedentes de la red social: familia, amigos, compañeros de escuela o trabajo, etc., constituyen los factores más ampliamente estudiados.

Se denominan procesos psicosociales a los factores que modifican la vulnerabilidad o susceptibilidad de los individuos a la enfermedad, parte de su diferente relación con ciertos fenómenos. Estos procesos psicosociales incluyen dos categorías: una categoría de estresores negativos para la salud mental y otra de procesos protectores, o beneficiosos para la misma; este segundo conjunto de procesos disminuirán el efecto del primer tipo de procesos. Sin embargo, la característica común de éstos es la fuerza del apoyo social, la cual proviene de los grupos primarios, es decir, los que son los de mayor importancia para un individuo.

Existen dos hipótesis en torno al mecanismo del apoyo social. La primera es la hipótesis de efectos de amortiguación, en ella, el apoyo social tendrá efectos positivos para la salud mental de las personas, en especial, cuando en la vida de estas surjan acontecimientos o situaciones que generen estrés, es decir que únicamente cuando una persona deba afrontar una situación difícil, tendrá un papel importante la red social.

La segunda es la hipótesis de efectos directos o principales que sugiere que el apoyo social tendrá un efecto positivo independientemente de que el individuo experimente estrés o no. Así, sistemáticamente y en todo momento, a mayores niveles de apoyo social, mayor nivel de bienestar psicológico.

Ambas hipótesis muestran argumentos semejantes, sin embargo, el factor social según Cobb “facilita el afrontamiento de crisis y momentos de adaptación a un cambio, el apoyo social es una variante protectora”. Su definición de apoyo social es una de las más citadas:

El apoyo social es concebido como la información perteneciente a uno o más de los siguientes tipos:

- Información que lleva al sujeto a creer que es cuidado y amado.
- Información que lleva al sujeto a creer que es estimado y valorado.

- Información que lleva al sujeto a creer que pertenece a una red de comunicación y obligaciones mutuas

El primer tipo de información se genera en la intimidad, es un marco de confianza; este es el apoyo emocional. El segundo tipo de información es más efectiva en público, afirma la valía del individuo. El tercer tipo de información se refiere tanto a bienes y servicios disponibles como a posibles peligros y métodos de defensa mutua frente a ellos, se refiere a un apoyo instrumental.

### **3.1.6.1. Conceptos de apoyo social**

Fundamentalmente existen dos perspectivas de estudio del apoyo social, la funcional y la estructural. La estructural se centra en la existencia, cantidad y propiedades de las relaciones sociales que mantiene una persona: cuántos amigos tiene, frecuencia con la que se producen visitas en la familia, etc. Desde esta perspectiva se entiende que el mantenimiento de relaciones sociales implica la existencia de apoyo social. Es preciso señalar que no todas las relaciones sociales son fuentes de apoyo, incluso es posible que se conviertan en relaciones estresantes. En resumen, las medidas basadas en una perspectiva estructural tienden a utilizar indicadores que no garantizan la existencia de relaciones de apoyo.

La perspectiva funcional, resalta un aspecto diferente de las relaciones sociales. Se trata de identificar las funciones que satisfacen al individuo. Nos encontramos así ante una transacción de recursos (desde dinero hasta cariño) orientados a la satisfacción de una necesidad concreta, en otras palabras, lo específico del apoyo social serían las funciones que las interacciones sociales desempeñan para quien recibe el apoyo.

Se han señalado diversas funciones del apoyo social.

Se dividen en tres grupos:

**Apoyo emocional.** Implica la necesidad de alguien con quien hablar, plantear problemas, etc., y se refiere a las funciones desempeñadas por la familia, amigos, vecinos, etc. Se trata de las demostraciones de amor, cariño, simpatía, etc. Es el elemento más importante en la reducción del deterioro psicológico.

**Apoyo instrumental.** Consiste en la ayuda que implica una carencia de recursos materiales o bien la resolución de problemas cotidianos.



**Apoyo informacional.** Se trata de consejos, informaciones o guías de actuación útiles para afrontar los cambios vitales o para dar sentido a un dilema.<sup>22</sup>

Esta perspectiva defiende la existencia de una serie de funciones desempeñadas por cada uno de los miembros de la red de apoyo para el individuo.

El apoyo puede ser real y efectivamente recibido o puede ser una percepción por parte del individuo. Se pone de manifiesto que el apoyo recibido promueve el ajuste ante el estrés incrementando la percepción de que dicho apoyo estará disponible en el futuro, en otras palabras, el apoyo recibido puede reforzar la expectativa de un apoyo disponible y, así, influir en el ajuste psicosocial de forma directa.

Con respecto a las relaciones íntimas, se considera que son el aspecto más importante del apoyo social, ofrecen una definición basada en la fortaleza de los lazos con personas próximas. Las relaciones sociales son el punto de partida del apoyo social, el acceso y utilización de fuertes lazos con personas similares constituyen el núcleo central del apoyo social.

El apoyo social está ligado a ciertas necesidades básicas, estas necesidades incluyen afecto, estima, pertenencia, identidad y seguridad, de esta manera el apoyo social se define como el grado en el cual las necesidades sociales básicas de una persona son gratificadas a través de la interacción de las relaciones con otros.

### **3.1.6.2. Modelos de apoyo social.**

Modelo interactivo

El apoyo es una condición bajo la cual el estrés tiene menos impacto sobre el bienestar. El apoyo actúa directamente sobre el estrés. En un modelo típico de amortiguación, el apoyo puede moderar el efecto del estrés dependiendo o no del nivel de éste. Además, no hay efectos directos del apoyo social sobre el deterioro.

Modelo aditivo

La presencia de amortiguación ya no es tan clara. Aquí es esencial que los niveles de apoyo dependan de los niveles de estrés. En otras palabras, el apoyo

---

<sup>22</sup> Sánchez, e., a. Garrido y J. I. Álvaro. 2010. "Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental." *Revista de Psicología Social* 18: 17-33

social es activado y movilizado por las situaciones estresantes y, en esta medida, existe un efecto de amortiguación.

El fenómeno de la depresión no es un problema reciente del ser humano, pero a pesar de ello, aún no se ha alcanzado un consenso sobre él. Esto es evidente en el conflicto “causa-consecuencia” donde no hay una opinión generalizada sobre el asunto. Asimismo, con las bases teóricas ya presentadas será más fácil comprender todos los elementos que conforman este complejo tema.

### **3.1.7. TEORIAS SOBRE LA DEPRESIÓN**

#### **3.1.7.1. Teoría psicoanalítica**

La primera hipótesis sobre la melancolía, la desarrolla Freud en su libro “Duelo y melancolía”, publicado en 1917. Donde habla de relaciones objetales y compara la melancolía con un dolor normal por la pérdida del objeto amado. En donde plantea que la melancolía se da como una reacción a una pérdida imaginaria o percibida vagamente. Las acusaciones que una persona melancólica se hace a sí mismo son manifestaciones de hostilidad hacia el objeto, que por una parte es amado y por otra parte es perdido.

Es una regresión hacia la etapa oral del yo, por una identificación narcisista del yo con el objeto a través de la introyección. De esta manera, la melancolía surge de cruzar el proceso de duelo y el proceso de la regresión del objeto narcisista.

Freud ve la depresión como un acompañante de la neurosis y su explicación gira en torno al “duelo por la pérdida de la libido”, pues al no haber una vida instintiva, se produce una acumulación de tensión sexual psíquica. Asocia la melancolía con la anestesia sexual, debido a que la excitación sexual somática decrece o desaparece. (Zizumbo, 2007).

#### **3.1.7.2. Teoría de la libido**

En el enfoque libidinal, Freud y sus seguidores explican la depresión como resultado de la baja autoestima producida por el fracaso en las relaciones amorosas adultas, que es a la vez resultado de una fijación oral provocada por problemas en la relación madre-hijo.

Abraham centra la depresión en una fuerte oralidad y ambivalencia, donde ésta es el resultado de una fijación oral, derivada de constantes decepciones con respecto a la madre durante la infancia.

Como adulto, cuando hay un enojo en el individuo, ocurre un proceso de introyección que conlleva a una baja autoestima, para terminar en una depresión.

Freud distingue el proceso del enojo tanto en el duelo como en la depresión. En el primero, el enojo se dirige al objeto amado y en la depresión, éste se vuelve hacia el “yo” llegándose a una fase oral-narcisista. (Zizumbo, 2007).

### **3.1.7.3. Teoría del yo**

También conocida como teoría ego-psicológica de la depresión, propuesta por Bibring, en donde los mecanismos yoicos y la fijación oral tienen una relación con la depresión del individuo.

Esta es resultado cuando una persona advierte que es incapaz de cumplir las aspiraciones que esperaba. Sintiendo fracaso, por lo tanto se deprime (Papalia, pág 200).

Arieti (1978) describe que la depresión ocurre después de una pérdida, fracaso del vínculo o de la meta y desencadena el siguiente proceso:

*Merced a su apreciación cognitiva del hecho, la persona advierte que va a ejercer efectos, desorganizadores en su vida y autoimagen.<sup>23</sup> La configuración cognitiva dominante ya no le va a ser útil para hacer frente a la situación. Este reconocimiento, reactiva el dolor padecido en la primera infancia cuando sintió haber perdido el amor a su madre, de esta manera, la pérdida actual tiene el mismo valor que la pérdida del amor a la madre.*

La persona advierte que han fracasado todos sus métodos para impedir la catástrofe. Cree que sus métodos son los únicos que puede usar. No puede utilizar los mismos de otras personas para recuperarse de los estados de tristeza. Se encuentra en un estado de impotencia que le impide elaborar el dolor.

Por último la tristeza se transforma en una depresión que continúa haciéndose más intensa.

### **3.1.7.4. Teoría de las relaciones objetales**

Según la teoría de las relaciones objetales en la que la palabra "objeto" se usa normalmente con referencia a la "persona", la depresión proviene del fracaso del individuo en reconciliar sus buenos y malos sentimientos hacia su madre. La ambivalencia resultante produce culpabilidad y tensión, y puede, más tarde, provocar depresión en el momento de perder algún objeto importante (una persona, un status social, la salud física o algún otro atributo).

---

<sup>23</sup> Sweeney, K. Anderson. 2008. "Estilo de atribución en la depresión. Revista de Personalidad y Psicología Social 50: 974-91.

En aparente contraste con este planteamiento que contempla la depresión como una reacción ante una pérdida.

Para Melanie Klein la predisposición a la depresión se origina en la relación madre-hijo. En su formulación de la posición depresiva, los niños experimentan un complejo de sentimientos de dolor hacia el objeto amado, incluyendo el temor de perderlo y el deseo de recuperarlo, previo a adquirir la seguridad de que la madre realmente les ama y estableciendo relaciones con otros objetos.

La posición depresiva nunca se elabora completamente, siempre tendremos ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa y situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas. Cualquier pérdida de la vida posterior revivirá la ansiedad de perder el objeto interno bueno, y con ella, todas las ansiedades sentidas originalmente durante la posición depresiva.

Si durante la posición depresiva el bebé ha podido establecer un objeto interno bueno, bien afianzado, las situaciones anteriores de ansiedad depresiva no le conducirán a la depresión, sino a una elaboración fructífera, cuyas consecuencias son mayor enriquecimiento y creatividad. Por otro lado, si la posición depresiva no se ha elaborado, el yo se siente constantemente amenazado de perder totalmente las situaciones internas buenas, está empobrecido, debilitado y su relación con la realidad es frágil (Segal, pág 314).

#### **3.1.7.5. Teoría biológica**

En ella es considerada a la depresión como una emoción fundamental en donde los factores psicológicos y fisiológicos están relacionados. Las investigaciones genéticas de la depresión se han desarrollado con métodos epidemiológicos y de genética molecular. Se han estudiado diversas poblaciones evaluando familias, gemelos y niños generando evidencia de que la depresión tiene un factor hereditario.

Goldman menciona que el riesgo de sufrir depresión mayor en parientes de primer grado, es aproximadamente 2 a 3 veces el riesgo de la población general. La genética molecular está llevando a cabo estudios para determinar los genes específicos susceptibles a la depresión, pero dicen que es sólo una predisposición y que el factor ambiente tiene una influencia importante.

Dentro de la búsqueda de síntomas de la depresión se fueron identificando diversos componentes bioquímicos como mecanismos moleculares intracelulares.

En diversos estudios se han encontrado que la dopamina, serotonina y norepinefrina están involucrados en la depresión y se están llevando a cabo estudios para entender las causas y el desarrollo de la enfermedad y el contexto de los tratamientos antidepresivos.

Una de las hipótesis más importantes que explican la depresión, se orienta a las alteraciones de la regulación de los sistemas de neurotransmisores monoamínicos (en especial de la serotonina y noradrenalina).

En vista de que los sistemas de neurotransmisores monoamínicos del Sistema Nervioso Central (SNC) se encuentran distribuidos con amplitud y participan en la regulación tónica de las funciones vegetativas como excitación, movilidad, sueño, agresividad, etc. Se prestan bien a este papel hipotético. También existe otra hipótesis, la cual dice que la depresión se acompaña de la regulación alterada del equilibrio colinérgico y adrenérgico y se caracteriza por un dominio colinérgico relativo.

Para entender mejor la biología de la depresión se debe considerar como una falta de regulación básica de uno o más de los sistemas neuroconductuales; la facilitación conductual, inhibición conductual, grado de respuesta al estrés, ritmos biológicos y procesamiento ejecutivo cortical de la información. Letechipia (2007) menciona que estas anomalías pueden ser heredadas o adquiridas y lo más probable es que pueden desarrollarse como una interacción de los sucesos estresantes de la vida, las pautas específicas de vulnerabilidad biológica y genética no son claras aún.

#### **3.1.7.6. Teoría cognitivo-conductual**

Esta teoría tiene como principio, que existen ciertos procesos cognoscitivos que están relacionados con el inicio, el curso o el final de la depresión. Sin embargo, existen diferentes modelos cognoscitivos de la depresión, desde los que incluyen un solo proceso, hasta los que están formados por puros procesos cognoscitivos.

Teorías relacionadas con los productos cognoscitivos

Albert Ellis, (1962) plantea un modelo en que el error de las ideas del paciente adquieren un lugar central y desarrolla la teoría racional-emotiva.

Dentro del modelo nos proporciona una propuesta del pensamiento de una persona deprimida y la explicación es que se debe a ideas irracionales, o errores en el razonamiento de la persona que son desatadas por el estrés emocional y

otros síntomas de la depresión, aunque esto no es una explicación profunda, si es un intento de explicación.

#### Teoría de la desesperanza aprendida

Propuesta por Seligman considera que las personas deprimidas tienen la idea de que no pueden controlar los resultados negativos por lo que su comportamiento se da con las expectativas de los resultados anteriores. La teoría fue revisada en 1978 por Abramson, reestructurándola como una teoría de la desesperanza y la depresión. En ella nos dice que un individuo ante un evento negativo hace atribuciones globales y se mantiene en ella, o ante un evento positivo la atribución es inestable y específica. El resultado es la depresión.

#### Teorías enfocadas en los procesos cognoscitivos

Son las teorías que se enfocan en los procesos cognoscitivos que lleva a cabo una persona deprimida. Estos procesos son la parte central de su visión de la depresión.

Liwinson (1985), propone una teoría sobre la atención centrada en la persona. Un paciente deprimido se centra en sí mismo y habla más de sí mismo en las conversaciones. Greenberg afirma que cuando una persona vive una disrupción en su vida que es determinante para su autoestima, se inicia un proceso en el que la persona se enfoca en sí mismo y a su vez inicia un proceso de autoevaluación.

#### Teoría de Nolen Hoeksema

Es otra teoría basada en proceso, la cual propone que la depresión consiste en lograr mantener el ánimo depresivo por un largo periodo de tiempo, para lo cual la persona se ve forzada a realizar procesos cognitivos, que son principalmente los de rumiar los síntomas depresivos. (Zizumbo 2007).

#### Teorías enfocadas a las estructuras cognoscitivas y proposiciones

Estas teorías estudian además del pensamiento otros elementos cognoscitivos, principalmente la estructura cognoscitiva como componentes críticos de la depresión.

Blatt identifica dos tipos de depresión a partir de las relaciones objetales:

1) La depresión anaclítica, que se describe por sentimientos de desesperanza, debilidad, vacío y el no sentirse amado, en donde la persona evalúa a los otros en función de su capacidad de proveer la gratificación deseada.

2) La depresión introyectiva, son sentimientos de ser poco valioso, una sensación de ser "in-amable", culpable y haber fallado en lograr las expectativas y estándares.

Beck desarrolla la teoría cognoscitiva de la depresión conocida y aceptada. Él plantea que las cogniciones disfuncionales son la causa de la depresión y busca identificar la estructura profunda de la misma. Menciona también que en este proceso se encuentran involucradas tres capas. Los pensamientos automáticos, que son todos los pensamientos negativos que una persona deprimida tiene, sin embargo, debajo de estos pensamientos automáticos se encuentran cogniciones irracionales que son el producto de esquemas depresivos más profundos.

Propone tres conceptos para explicar la depresión. La triada cognoscitiva, que se divide en tres partes:

- El paciente tiene una visión negativa de sí mismo.
- La persona depresiva tiene una interpretación de sus experiencias de forma negativa.
- Una visión negativa sobre el futuro.

A partir de esta triada se pueden explicar los demás síntomas de la depresión, como son los motivacionales, las ideas suicidas, la dependencia y los aspectos físicos.

La organización estructural del pensamiento depresivo

Este concepto trata de explicar el espiral depresivo. Beck propone que las personas ponen atención de manera selectiva a estímulos específicos del mundo y que un individuo tiende a ser consistente en sus juicios. A estos patrones Beck los define como "esquemas" y son la base para localizar diferencias y codificar un estímulo determinado al que se enfrenta el individuo. Estos esquemas pueden mantenerse latentes hasta que una situación estresante en la vida de las personas los active.



Errores en el procesamiento de la información. Son resultado de la necesidad del paciente para adecuar su mundo con su depresión, comete errores de pensamiento para seguir creyendo en la validez de sus conceptos negativos a pesar de que exista evidencia positiva en contra.

Se dan a través de: indiferencia arbitraria, abstracción selectiva de detalles fuera de su contexto, generalización a partir de situaciones aisladas, maximización y minimización excesiva de la magnitud de un evento, personalización o atribución personal de los estímulos externos y/o un pensamiento absolutista o dicotómico.

Beck centra su teoría en el individuo, sin embargo, no deja a un lado la importancia de las interrelaciones, él plantea que éstas tienen un factor importante y que a partir “del rechazo por parte de otros”, puede ser el primer eslabón de la cadena que conduce a la depresión clínica.

### 3.1.8. PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

Afectividad, estado de ánimo o humor y sentimiento

Para comprender la psicopatología de los trastornos del ánimo, y particularmente para diferenciar los trastornos del ánimo como enfermedades de las reacciones vivenciales anormales y de los problemas afectivos de la vida cotidiana, es muy importante la diferenciación de dos fenómenos psicopatológicos que subyacen en cada una de estas condiciones: el estado de ánimo o humor y los sentimientos.

Por afectividad entendemos al conjunto de los sentimientos y de estados de ánimo. El estado de ánimo o humor es un estado afectivo de carácter relativamente autónomo y duradero en el tiempo, aunque generalmente de carácter autolimitado, que afecta de modo global a las experiencias psicológicas y corporales. Es, por lo tanto, un modo de experiencia total que afecta en primera instancia a la percepción del propio yo, y secundariamente a la experiencia del mundo que rodea a la persona.

Los sentimientos son vivencias muy variables, que en su concepción más habitual son de naturaleza psicológica (pena, alegría, ira, rabia, frustración), pero no exclusivamente. Un filósofo, Max Scheler, ha elaborado una clasificación de los sentimientos en estratos que ha sido aplicada a la psiquiatría por Schneider y Weitbrech, que tiene importantes implicaciones psicopatológicas y neurobiológicas (Fig. 1).

De acuerdo con esta clasificación las capas más profundas de los sentimientos corresponden a vivencias afectivas primarias, difusas y poco elaboradas ligadas a la corporalidad que serían el reflejo de alteraciones biológicas. Por el contrario, las capas más superficiales corresponden a sentimientos muy elaborados que son dependientes de la biografía y las circunstancias de la persona.

La importancia de esta concepción de los sentimientos, se debe a que las alteraciones del ánimo conllevan principalmente una alteración de las capas de los sentimientos profundas, entre las que surge la denominada tristeza patológica, hasta el punto de que ambos ámbitos –el humor y los sentimientos profundos– están inextricablemente unidos. También tiene implicaciones terapéuticas para los estados depresivos, ya que la alteración de las capas superficiales de los sentimientos apuntan a abordajes psicológicos y la de las capas profundas a los abordajes biológicos.

En definitiva, los sentimientos y el humor son fenómenos independientes, aunque las alteraciones del humor pueden condicionar la alteración de los sentimientos sensoriales y vitales.

La distinción entre alteraciones del estado de ánimo o sentimientos es particularmente importante para los sentimientos psicológicos ya que éstos son los más frecuentes y aparentes.

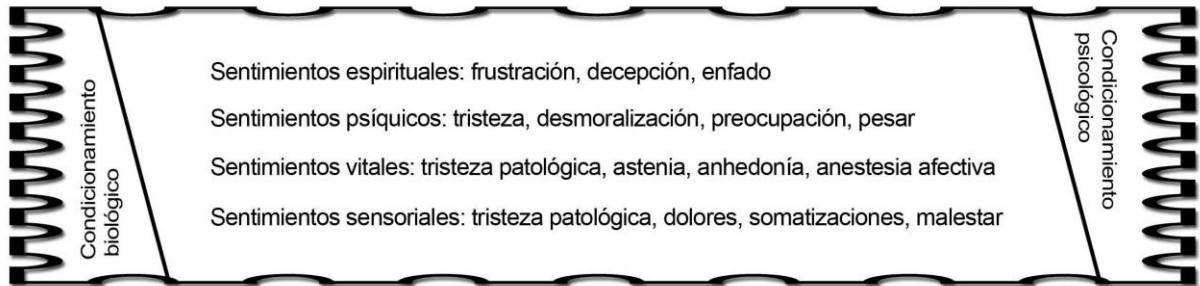


Figura. 1. Clasificación jerárquica de los sentimientos en referencia a aquellos de tonalidad depresiva.

El estado de ánimo y los sentimientos se distinguen entre sí por su relación temporal, ya que los estados de ánimo persisten durante periodos relativamente largos y se oponen a la brevedad e inestabilidad de los sentimientos. Las alteraciones del estado de ánimo son relativamente autónomas del ambiente y muchas veces comienzan y terminan sin motivo aparente, mientras que los sentimientos están unidos a las circunstancias vitales y tienen un comienzo y final brusco. El humor posee profundidad al estar anclado en la personalidad y entretelado en su estructura, carece de dirección, está dirigido al propio yo, está fuera del alcance de la voluntad y carece de intencionalidad; el humor es una experiencia básica que no está mediada por procesos psicológicos.

Por el contrario, los sentimientos comportan una respuesta ante un acontecimiento, pueden ser dirigidos intencionalmente y por ello representan bosquejos de acciones. En este sentido, los sentimientos constituyen fenómenos sociales.

Otra característica diferenciadora de los estados anímicos y los sentimientos es el hecho de que mientras la coexistencia simultánea de distintos estados de ánimo es la excepción (esto sólo ocurre en patologías afectivas raras como la ciclación rápida y los estados mixtos), la coexistencia de distintos sentimientos es la regla, así uno puede sentir a la vez tristeza, cólera, rabia o incluso alegría.

Las alteraciones básicas del estado de ánimo son el depresivo, el eufórico y el disfórico. La alteración del estado de ánimo del polo depresivo, corresponde con la aparición de los sentimientos de las capas profundas (vitales y sensoriales) de tonalidad depresiva, mientras que los sentimientos psicológicos sólo se afectan de manera secundaria.

La afectación de los sentimientos vitales suele conllevar la experiencia de tristeza, que por tener un carácter cualitativamente distinto de la experiencia normal de tristeza, se la denomina tristeza patológica.

Esta diferenciación es básica para delimitar las enfermedades afectivas de las reacciones vivenciales anormales y de los problemas afectivos (Tabla 2).

Tabla 2. Psicopatología de la afectividad depresiva.

Tipo de afectividad	Mecanismo psicopatológico	Experiencia subjetiva	Trastorno
Sentimientos	Estimulación normal Estimulación exagerada	Tristeza normal Tristeza disfuncional	No trastorno Reacción vivencial normal
Estado de ánimo	Alteración cualitativa	Tristeza patológica	Enfermedades del estado de ánimo

### 3.1.8.1. Tristeza normal y patológica

La tristeza normal y patológica, respectivamente, son la expresión de la afectación de dos fenómenos psíquicos muy distintos: el humor o estado de ánimo y los sentimientos. Hablamos de tristeza normal cuando ésta es meramente una estimulación del sentimiento y de tristeza patológica cuando ésta es la expresión de una alteración del estado de ánimo.

La tristeza es un sentimiento que se experimenta ante una gran diversidad de situaciones cotidianas desagradables o adversas, cuyo común denominador es, por lo general, la pérdida de algo más o menos importante. Se trata, por lo tanto, de una experiencia psicológica corriente, coherente con lo que la desencadena y con una intensidad y duración adecuada a la situación desencadenante. La tristeza patológica, que no siempre se puede diferenciar nítidamente de la normal, se caracteriza por aparecer sin motivo fácilmente identificable, y cuando éste

existe, no guarda proporción con el desencadenante, y afecta de manera importante al funcionamiento global. Entre la tristeza normal y la patológica cabe mencionar la tristeza disfuncional, que es una tristeza de cualidades normales pero que es exagerada tanto en intensidad como en duración, en relación con el acontecimiento desencadenante. Esta tristeza puede ser desadaptativa, pero no necesariamente es de carácter morboso ni implica necesidad de tratamiento.

La experiencia de la tristeza normal es un sentimiento fácil de identificar, comunicar y reconocer, tanto por la persona que lo sufre como por la persona a la que se le comunica. Es por lo tanto un sentimiento empático y relacional. Una persona que se siente apenada o afligida puede contagiar estos sentimientos a otra persona, y ésta sentir sentimientos similares.

La tristeza patológica es un sentimiento cualitativamente distinto de la tristeza normal, que los propios pacientes diferencian muy bien como una cualidad distinta y a veces inefable del estado de ánimo. Tal es así que un enfermo deprimido puede ser incapaz de sentir tristeza por un acontecimiento que habitualmente le hubiera entristecido, lo que le hace sentirse como indigno y culpable. Por otra parte, la tristeza patológica se acompaña de una serie de manifestaciones en los ámbitos cognitivo, somático, y conductual que no suelen acompañar a la tristeza normal. La tristeza patológica, probablemente por su distinta cualidad, no es tan fácilmente comunicable, y de hecho, pocos pacientes con depresiones graves les cuesta expresar este sentimiento, y algunos incluso, niegan sentirse tristes, ya que la tristeza patológica muchas veces tiene un carácter difuso e inefable.

Cuando los enfermos deprimidos expresan sus sentimientos, éstos son difícilmente comprendidos por otras personas, ya que no encuentran resonancias equivalentes en sus propias vivencias y experiencias. Por ello muchos pacientes se quejan, no sin razón, de que nadie comprende su estado. Incluso dos pacientes melancólicos no pueden comunicarse su tristeza sobre el mismo tema.

La tristeza patológica también se conoce como tristeza vital y como melancolía, términos que en gran parte se superponen. El nombre de vital hace referencia al carácter corpóreo de la tristeza y a su frecuente asociación con manifestaciones somáticas diversas, mientras que el término de melancolía fundamentalmente hace referencia a las distintas cualidades de la tristeza, tales como experiencia cualitativamente distinta y falta de resonancia afectiva.

### 3.1.9. EL SÍNDROME AXIAL DE LA DEPRESIÓN

Tradicionalmente se ha considerado la depresión como síntoma, síndrome o enfermedad, y se han realizado muchos esfuerzos para delimitar las características esenciales de la depresión con el objeto de ser fiablemente diagnosticada y tratada.

Un diagnóstico conlleva implicaciones psicopatológicas, etiológicas y terapéuticas, por lo que cualquier esfuerzo en este sentido debe ser válido con respecto a estas variables (validez externa o de criterio). No es lo mismo el diagnóstico de una “depresión” susceptible de ser tratada con psicoterapia que otra con el mismo nombre y susceptible de ser tratada con tratamientos biológicos.

Las dificultades en definir la depresión a nivel sindrómico, por una parte se deben a la dificultad de delimitar los distintos síntomas y el propio síndrome de conductas y sentimientos normales o proporcionales a determinadas situaciones vitales, y por otra, a la enorme variabilidad clínica de los cuadros depresivos. Ante la ausencia de validadores externos de los trastornos depresivos, el diagnóstico debe de ser necesariamente psicopatológico y clínico. Con el propósito de delimitar las formas de depresión (con sus distintas implicaciones), se han desarrollado numerosos intentos de delimitación de las características psicopatológicas nucleares del síndrome depresivo. Las diferentes denominaciones que ha recibido el síndrome nuclear de la enfermedad depresiva a lo largo del tiempo (endógena, melancólica, autónoma, somatógena, vital, mayor) reflejan las dificultades de la delimitación de sus características fundamentales.

En la tabla 3<sup>24</sup> se mencionan las características psicopatológicas de lo que podríamos denominar el síndrome axial de la depresión. Aunque los diferentes componentes de este síndrome están muy cohesionados y tienden a darse de manera conjunta, en un determinado paciente su expresividad puede variar enormemente y uno o más de los componentes pueden estar ausentes. Ninguno de los componentes es condición necesaria para el diagnóstico del síndrome, ni siquiera la presencia de la tristeza, ya que hay formas de depresión no infrecuentes y que plantean importantes problemas diagnósticos para el médico de atención primaria en que los pacientes no la experimentan (depresiones vegetativas, enmascaradas o equivalentes depresivos).

---

<sup>24</sup> Jones PB, Tarrant CJ. Precusores del desarrollo y los marcadores biológicos de la esquizofrenia y trastornos afectivos: la especificidad y las implicaciones de salud pública. *Psiquiatría Clínica* 2010, 250: 286-291.

Tabla 3. El síndrome axial de las depresiones.

<b>I. El síndrome axial general (modificado de Glatzel<sup>25</sup>)</b>	
<b>A. Alteraciones del humor</b>	Humor depresivo, tristeza patológica
<b>B. Alteraciones de los sentimientos vitales y sensoriales</b>	Astenia Anhedonia Dolores, quejas somáticas
<b>C. Alteraciones del pensamiento/cognitivas</b>	Ideas de culpa Ideas de minusvalía Ideas de muerte Ideas hipocondriacas Desesperanza Quejas cognitivas subjetivas
<b>D. Alteraciones vegetativas</b>	Alteraciones del sueño Alteraciones del apetito Alteraciones del peso Estreñimiento
<b>E. Alteraciones motoras</b>	Inhibición psicomotora Inquietud/agitación psicomotora
<b>F. Alteraciones de la conducta</b>	Aislamiento social Retraimiento emocional Conducta autolítica
<b>G. Alteraciones de los biorritmos</b>	Empeoramiento matutino Despertar precoz Influencia estacional
<b>II. características de la depresión melancólica (DSM-IV<sup>26</sup>)</b>	
<b>A. Presencia de uno de estos dos síntomas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anhedonia</li> <li>• Falta de reactividad del humor ante estímulos habitualmente placenteros</li> </ul>
<b>B. Presencia de tres o más de estos síntomas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualidad distinta del estado de ánimo depresivo</li> <li>• Empeoramiento matutino de la tristeza</li> <li>• Despertar precoz</li> <li>• Enlentecimiento o agitación psicomotriz</li> <li>• Anorexia significativa o pérdida de peso</li> <li>• Culpabilidad excesiva o inapropiada</li> </ul>

<sup>25</sup> Glatzel J. La depresión endógena. Psicopatología, estados de ánimo ciclotímicos clínicos y terapéuticos. Stuttgart, Thieme, última actualización Agosto 2006.

<sup>26</sup> Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)

Las alteraciones somáticas, motoras, y particularmente la alteración de los biorritmos tradicionalmente han sido consideradas como marcadores de la depresión y de una buena respuesta a los tratamientos biológicos, por lo que se les ha atribuido una particular relevancia diagnóstica.

El síndrome depresivo aquí expuesto tiene una finalidad eminentemente descriptiva, y cuantos más componentes (del A al G) estén presentes más probable es el diagnóstico del trastorno.



### 3.1.10. NOSOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

En las ciencias naturales, la forma de clasificar los distintos objetos de estudio, ha suscitado importantes problemas metodológicos que tienen una raíz filosófica sobre cómo entender la naturaleza, y que han tenido y tienen importantes repercusiones prácticas en el campo de la medicina y más específicamente el de la psiquiatría. Los principales enfoques están representados por la aproximación categorial y la dimensional (tabla 3).

Tabla 3. Clasificaciones categoriales vs dimensionales.

	<b>CATEGORIAL</b>	<b>DIMENSIONAL</b>
Filosofía subyacente	Platónica	Aristotélica
Tipo de clasificación	Cualitativa	Cuantitativa
Metodología estadística	Análisis de cluster	Análisis factorial
Tratamiento de la información	Dicotómica	Cuantitativa
Mecanismo clasificatorio	Tipos ideales (prototipos)	Agrupamiento natural de síntomas
Tratamiento de lo clasificado	Excluyente	Complementario
	Dependientes	Independientes
Categorías diagnósticas	Clínica	Investigación y clínica
Área principal de aplicación	Simplista	Compleja
Problemas asociados	Elevada comorbilidad	No instrumentos estándar
	Casos atípicos	
	Formas mixtas	

En el ámbito de las enfermedades mentales, tradicionalmente ha predominado la aproximación categorial al diagnóstico, aunque ésta ha sido criticada con poderosos argumentos teóricos, empíricos y prácticos. Sin embargo, las aproximaciones categorial y dimensional no son necesariamente antagónicas, sino complementarias y se han propuesto diversos modelos integradores para algunos trastornos mentales.

El caso de las depresiones no es una excepción, y a pesar de que dentro de los trastornos mentales este grupo de trastornos es uno de los candidatos más firmes para un abordaje dimensional, tradicionalmente han prevalecido las clasificaciones categoriales.

### **3.1.11. CLASIFICACIONES CATEGORIALES**

Si la definición del síndrome axial depresivo no está exenta de dificultades, la clasificación de las depresiones plantea aún más problemas, algunos de ellos derivados de la propia definición del síndrome depresivo, y otros derivados de la gran heterogeneidad (etiológica, clínica y evolutiva) de los trastornos depresivos.

Una categoría es un conjunto de síntomas que tienen un alto índice de ocurrencia. Tiene un origen clínico, donde se da la observación clínica y la inclusión del sujeto en una categoría, suponiendo la exclusión de las restantes categorías. Este procedimiento se utiliza en instituciones psiquiátricas (Letechipía, 2007).

Las clasificaciones más conocidas son las del CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana.

#### **3.1.11.1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)**

La organización Mundial de la Salud (1993), clasifica los trastornos del estado de humor (afectivos) en:

- Episodio depresivo
- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo moderado
- Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Otros episodios depresivos:

- Episodio depresivo sin especificación
- Trastornos depresivos recurrentes, con episodio actual leve
- Trastorno depresivo recurrente con episodio actual moderado
- Trastorno depresivo recurrente con episodio actual grave sin síntomas psicóticos
- Trastornos depresivo recurrente episodio actualo grave con síntomas psicóticos
- Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- Otros trastornos depresivos recurrentes
- Trastorno depresivo recurrente sin especificación
- Trastornos de humor (afectivos) persistentes. (Zizumbo, 2007)

### **3.1.11.2. Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-4TR)**

Es la más utilizada en nuestro país. Se plantea que la persona debe cumplir por lo menos con cinco de los síntomas que se estipulan y con una duración de dos semanas para considerarse depresión.

Los criterios que se toman en cuenta en el DSM-4TR para diagnosticar la depresión son:

#### **1. Depresión Mayor.**

Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas por un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a las actividades previas; uno de los síntomas debe ser: 1. Estado de ánimo depresivo o 2. Pérdida de placer o de la capacidad para el placer.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto.
- Disminución acusada del interés o capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi todo el día.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día
- Agitación o enlentecimiento casi cada día.
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
- Disminución de la capacidad para concentrarse o indecisión casi cada día
- Pensamientos recurrentes de muerte ideación suicida recurrente sin un plan específico

\*Los síntomas no cumplen con los criterios para un episodio mixto.

\*Los síntomas provocan clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo.

\*Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

\*Los síntomas no se explican mejor con la presencia de un duelo.

\*Los síntomas persisten por más de dos meses o se caracterizan por una notable incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.<sup>27</sup>

El modelo categórico tiene como ventajas, la facilidad para comunicar, la creación de diseños de investigación, es fácil de memorizar, responde mejor a las exigencias de una organización institucional asistencial, en los aspectos que tienen que ver con la administración y archivo de historias clínicas, con la planificación de servicios y con la realización de estudios epidemiológicos.

También dan unidad a la psicopatología y la constatación de que constituyen un estándar de referencia ya establecido entre clínicos. Por otro lado, las desventajas de este modelo es que se crea una clasificación de procesos psicopatológicos de entidades discretas, plantea la duda de si las categorías son artificiales o derivadas empíricamente, existiendo el riesgo de imponer a unos datos una estructura que tal vez no exista.

Bennasar menciona que el problema principal de esta clasificación, es que el diagnóstico se establece por la suma de síntomas y la consecuencia de esto es, que se ha conseguido un sistema diagnóstico con elevada fiabilidad y escasa validez, en el que la estabilidad diagnóstica resulta baja.

Concretamente la categoría de depresión mayor, que es básica en el grupo de trastornos unipolares es inespecífica y se solapa con otros trastornos como la distimia. Las repercusiones de esto se pueden observar en la dificultad de predicción del curso, el pronóstico y la escasa consistencia de los hallazgos biológicos y las referencias terapéuticas inespecíficas y poco útiles en la práctica clínica (Letechipía, 2007).

En la tabla 5 se presenta una clasificación ecléctica, sistemática y clínicamente relevante de los trastornos depresivos. Esta clasificación es muy ilustrativa desde varios puntos de vista. Primero, como toda clasificación categorial, los diferentes subtipos están expresados en términos categoriales de presencia vs ausencia. En segundo lugar, es muy comprensiva y muestra claramente la gran heterogeneidad clínica, ya que una simple permutación de los diferentes subtipos proporcionaría cientos de posibles formas clínicas de depresión.

---

<sup>27</sup> Van Praag HM. En la corriente principal: requerimientos diagnósticos para la investigación psiquiátrica biológica. *Psiquiatría Res* 2007; 72: 201-212.

Tabla 5. Clasificación categorial de las depresiones.

---

**Según etiología:**

- a. Primarias
  - a.1. Endógenas
    - a.1.1. Con factores hereditarios
    - a.2. Reactivas (a desencadenantes psicosociales)
  - b. Sintomáticas o secundarias (a factores biológicos o enfermedades médicas)

**Según la presencia de factores específicos:**

- a. Estacionales
- b. Hormonales
  - b.1. Postparto
  - b.2. Postmenopáusica

**Según la presencia del síndrome melancólico:**

- a. Melancólicas
- b. No melancólicas
  - b.1. Neuróticas
  - b.2. Distímicas
  - b.3. Atípicas

**Según la clínica (depresiones melancólicas y/o endógenas, según Glatzel):**

- a. Melancolía simple
  - a.1. Depresión agitada (angustiosa)
  - a.2. Depresión inhibida (estuporosa)
  - a.3. Depresión obsesiva
- b. Depresión vital
  - b.1. Anérgica
  - b.2. Vegetativa (depresión enmascarada)
- c. Depresión con síntomas de despersonalización
- d. Depresión psicótica

**Según la evolución:**

- a. Trastorno depresivo recurrente (depresión monopolar)
- b. Depresión bipolar (trastorno ciclotímico, trastorno bipolar)
- c. Depresión crónica (trastorno distímico)
- d. Depresión resistente al tratamiento

**Según la intensidad del síndrome depresivo:**

- a. Leve
- b. Moderada
- c. Grave
  - c.1. Sin síntomas psicóticos
  - c.2. Con síntomas psicóticos

**Según la edad de presentación:**

- a. Infantiles
  - b. Del adulto
  - C.** De la tercera edad
-

Sin embargo, estas características -que son las propias de cualquier sistema clasificatorio categorial- aunque válidas desde el punto de vista didáctico y hasta teórico- tienen importantes dificultades desde el punto de vista clínico y práctico.

1. Algunos criterios de clasificación producen subtipos excluyentes entre sí; por ejemplo depresión endógena vs reactiva, depresión melancólica vs distimia. Esto es rigurosamente erróneo desde el punto de vista clínico, ya que un paciente puede tener un trastorno distímico y a la vez un episodio depresivo mayor con melancolía y los factores endorreactivos y psicorreactivos pueden estar presentes a la vez, lo que de hecho es la situación clínica habitual.
2. Las diferentes formas clínicas se pueden dar de manera simultánea y con distinta intensidad en un mismo paciente, y además ser cambiantes a lo largo del tiempo; éste es el caso de las características melancólicas que no siempre aparecen en cada episodio depresivo.
3. Aunque no está expresamente formulado, cualquier clasificación categorial de la depresión lleva implícita la asunción de que la depresión se puede delimitar claramente de la normalidad por un lado y de otros trastornos mentales por otro.

Ya se ha hecho referencia a algunos criterios psicopatológicos que nos ayudan a distinguir la depresión como trastorno o enfermedad de formas de reacción normal o disfuncional con elementos depresivos, sin embargo esta distinción no siempre es fácil, de lo que se derivan cuestiones terapéuticas tan relevantes como si se debe intervenir, cuándo y de qué manera.

La delimitación de los trastornos depresivos de otras enfermedades mentales es aún más compleja, ya que a menudo se plantean problemas de diagnóstico diferencial con trastornos limítrofes, que están en función de los síntomas depresivos predominantes (Fig. 2).

Así por ejemplo, cuando aparecen síntomas psicóticos (delirios y/o alucinaciones) especialmente si son incongruentes con el humor depresivo, a menudo se plantea el problema del diagnóstico diferencial con un trastorno esquizo-afectivo, problema que muchas veces se resuelve en una u otra dirección por criterios tan arbitrarios como la duración o intensidad de un tipo de síntomas sobre otro.

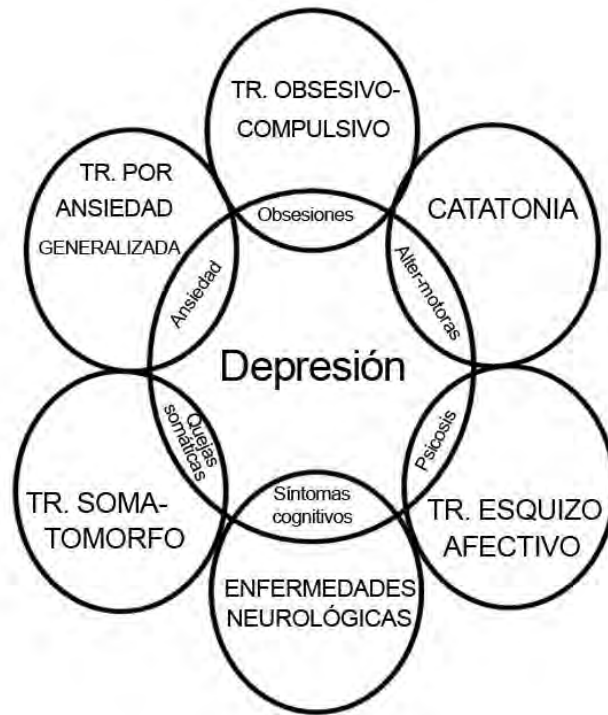


Figura 2. Las fronteras de la depresión con otros trastornos mentales.

### 3.1.12. CLASIFICACIONES DIMENSIONALES

Supuestos de la aproximación dimensional a los trastornos depresivos

La clasificación por dimensiones, es muy arraigada a la Psicología; presenta una alternativa global, al tipo de supuestos de la clasificación categorial. El término dimensión hace referencia a un conjunto de características que refieren entre sí, en función de la cantidad en que contienen una serie de atributos.

Las agrupaciones que establecen son continuas y no discretas. Las dimensiones no representan en sí individuos concretos, sino características que típicamente aparecen en muchos individuos diferentes. Así la inclusión de un sujeto, en un punto de vista determinado no excluye que también aparezca representado en otras dimensiones. La descripción de este sujeto se realiza en función del lugar que ocupe en todas y cada una de las dimensiones en que aparece.

En la clasificación dimensional se plantea que los componentes básicos del funcionamiento psicológico pueden ser más o menos prominentes en los desórdenes psiquiátricos. Cada paciente puede ser evaluado de alto a bajo en diversos componentes de emoción, cognición, percepción, ansiedad, síntomas depresivos, etc. Aunque los componentes son universales, la evaluación dimensional es única en cada individuo. En el estudio de la depresión, este modelo ha identificado componentes importantes de ésta.

Se ha observado que existe un rango en el que se expresan los síntomas depresivos, que van de la experiencia universal de un breve humor depresivo, pasando por una depresión menor que experimentan un número considerable de personas, a aquellas personas que pueden experimentar en un grado mayor la severidad y recurrencia de una depresión breve. La depresión menor y la depresión breve pueden evolucionar en distimia o en una depresión mayor. De esta manera, al detectar niveles bajos de depresión, en especial una depresión breve que ha sido recurrente, puede ser un importante método para pronosticar una depresión mayor o distimia.

Para fines prácticos, el éxito de la aproximación dimensional se desarrolló en contingencia con instrumentos que evalúan de esta manera a través de escalas. El uso amplio de las escalas corresponde al campo de la investigación psicosocial y en clínica. El tipo de escalas más comunes registra síntomas y se utiliza para conocer el estado del paciente y evaluar los cambios que podrían presentarse.



Existe una evidencia consistente de que los límites de los trastornos afectivos son difusos desde cuatro perspectivas o fronteras distintas: la normalidad, las características del propio síndrome depresivo, la relación entre las distintas formas de trastornos afectivos, y la relación con otros trastornos psiquiátricos. Por otra parte, es un hecho bien establecido que los factores causales son múltiples y que en la mayoría de los pacientes están presentes en mayor o menor intensidad. Por ello, cualquier intento de clasificar las depresiones debe necesariamente tener en cuenta estos factores, cuestión para la que los abordajes dimensionales son más apropiados dado su manera de integrar la información (complementaria, aditiva, y no excluyente).

### **3.1.12.1. Clasificaciones unidimensionales**

Kendell realizó una de las primeras formulaciones operativas sobre la dimensionalidad de la depresión basándose en técnicas estadísticas multivariantes, comprobando que la depresión tiene una distribución unimodal. Por lo tanto, la depresión puede ser conceptualizada a lo largo de un continuo en el que se sitúan todos los trastornos depresivos, y en el que las formas crónicas leves y las formas psicóticas graves representan los extremos.

Este modelo ha sido recientemente revitalizado por otros investigadores al encontrar que, a pesar del hallazgo de varias dimensiones clínicas, las depresiones se agrupan en un continuo de gravedad. De hecho, la depresión representa el paradigma de la dimensionalidad de los trastornos mentales al conectar los trastornos afectivos con la esquizofrenia siguiendo el criterio de gravedad: Síntomas depresivos - Síndrome depresivo - Depresión melancólica - Depresión psicótica - Trastorno esquizoafectivo/subtipo afectivo - Trastorno esquizoafectivo/subtipo esquizofrénico - Esquizofrenia con síntomas depresivos.

Aunque probablemente existe una dimensión común a todos los trastornos depresivos que estaría en función del número, intensidad y duración de los síntomas depresivos, esta dimensión difícilmente explica la gran variabilidad etiológica, psicopatológica y evolutiva de los trastornos depresivos. De hecho, el mismo Kendell observó que las formas más graves responden mejor al tratamiento que las formas más leves (pero más crónicas), lo que evidencia una incongruencia entre la gravedad de la sintomatología y la evolución, lo cual es consistente con la práctica clínica.

### 3.1.12.2. Clasificaciones multidimensionales

Estas clasificaciones, a diferencia de las categoriales, pretenden integrar toda la información clínica y etiológica disponible de una manera aditiva e integradora. Hay precedentes de propuestas de clasificaciones multidimensionales que bien han estado centradas en los síndromes psicopatológicos, o han esbozado una clasificación que integra aspectos biológicos, psicopatológicos y evolutivos. Sin embargo, toda aproximación multidimensional que pretenda ser comprensiva e integradora debe tener en consideración las 4 dimensiones cardinales: la presencia del síndrome axial, la etiológica, los síndromes clínicos y los patrones evolutivos (Fig. 3).

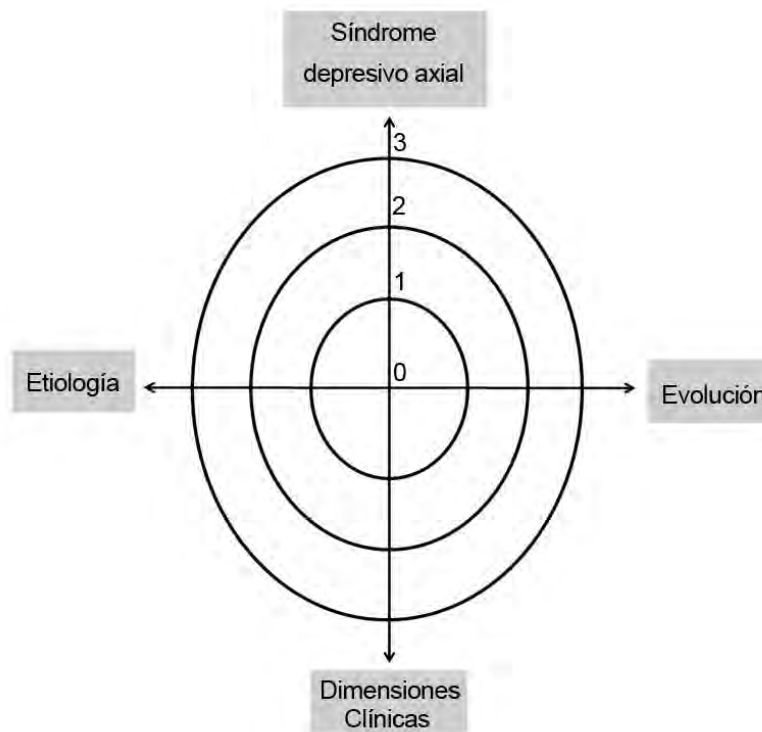


Figura 3. Multidimensionalidad de las Depresiones.

El primer paso de esta aproximación consiste en determinar la presencia en algún grado del síndrome axial y posteriormente evaluar al paciente en función de las dimensiones etiológicas, sintomatológicas y evolutivas. Estas dimensiones básicas, a su vez se componen de subdimensiones que representan sus elementos característicos. En las figuras 4, 5 y 6 se muestran respectivamente las dimensiones etiológicas, sintomatológicas y evolutivas. Cada dimensión esta expresada de forma cuantitativa en términos de ausencia y presencia en grado ligero, moderado y grave, aunque otros criterios de cuantificación son posibles.

De acuerdo a la multidimensionalidad etiológica (Fig. 4), en un determinado paciente pueden, por ejemplo, estar ausentes factores genéticos, médicos y estacionales, y estar presentes en diferente intensidad factores de personalidad, hormonales y reactivos. Este sería el caso de una paciente que presenta rasgos de personalidad obsesiva (factor predisponente), relaciones afectivas inestables (factor biográfico), que de forma no deseada queda embarazada (precipitante psicológico) y que tras el parto (factor hormonal) presenta un trastorno depresivo mayor.

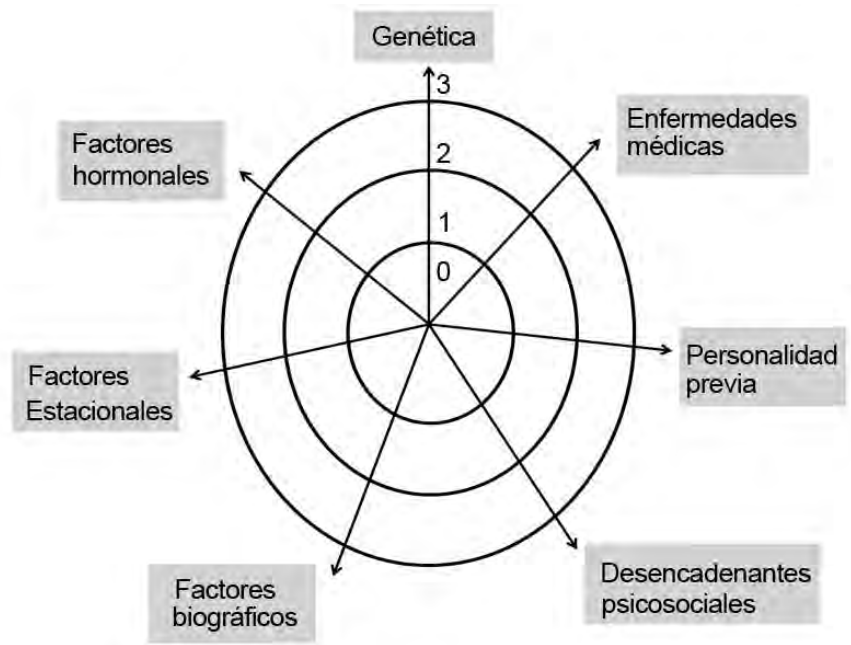


Figura 4. Multidimensionalidad etiológica.

Las dimensiones sintomatológicas (Fig. 5) son especialmente relevantes desde el punto de vista clínico y terapéutico. Así, además del tratamiento habitual del síndrome depresivo con fármacos antidepresivos y psicoterapia, la presencia de cada una de estas dimensiones clínicas implica abordajes terapéuticos diferentes.

Así, la presencia de ansiedad es susceptible de tratamiento con ansiolíticos. La presencia de quejas somáticas plantea importantes problemas de diagnóstico diferencial con múltiples trastornos médicos que de manera frecuente conducen a exploraciones médicas innecesarias y diagnósticos erróneos, especialmente cuando la tristeza es poco patente o está ausente (depresiones enmascaradas).

La presencia de humor disfórico más que depresivo implica dificultades adicionales de diagnóstico y de manejo, ya que estos pacientes se muestran disruptivos, poco colaboradores, con escasa conciencia de enfermedad, y no suelen acudir al médico.

La presencia de síntomas motores, especialmente cuando dominan el cuadro clínico en forma de síntomas catatónicos (marcada inhibición, aquinesia, estupor, rigidez) sientan la indicación de tratamiento con Terapia Electro Convulsiva (TEC), a la que suelen responder muy bien. La presencia de síntomas psicóticos indica la necesidad de tratamiento con neurolépticos y eventualmente con TEC. Por último, ante la presencia de riesgo de suicidio se debe supeditar el tratamiento del cuadro depresivo a las medidas apropiadas para controlar dicho riesgo.

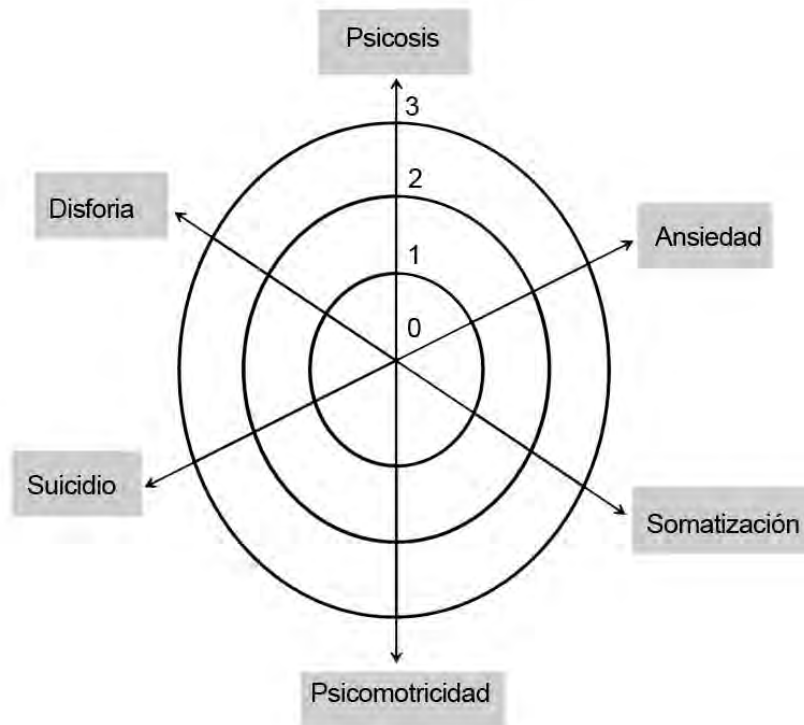


Figura 5. Multidimensionalidad clínica

La importancia de considerar los diferentes patrones de evolución (Fig. 6), estriba en el hecho cada vez más contrastado de que, a pesar de la evolución normalmente cíclica de la depresión, existe una elevada prevalencia de síntomas residuales (entre el 32% y 38%) y de importantes déficits funcionales en los ámbitos sociales y laborales, así como en la calidad de vida.

Estos datos ponen en entredicho la creencia bastante generalizada de que la mayoría de los trastornos depresivos se curan sin dejar secuelas, y aunque esto puede ser cierto en el plano sintomático, no lo es tanto en el plano de la discapacidad residual que provocan. La consideración de una dimensión bipolar nos permite diferenciar las depresiones bipolares de las monopolares, que tienen importantes diferencias clínicas y biológicas.

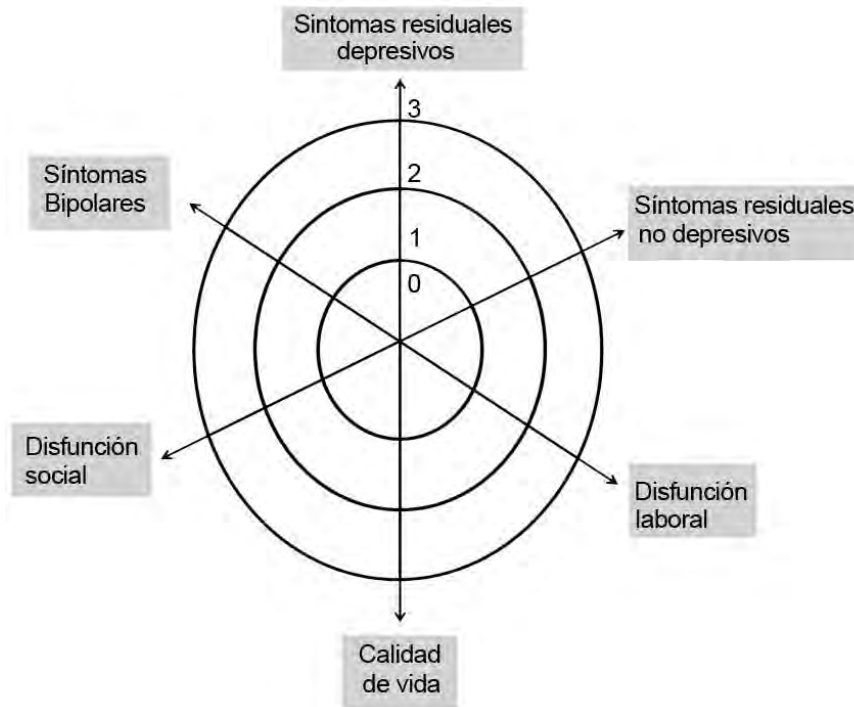


Figura 6. Multidimensionalidad evolutiva

Una característica común a la mayoría de las nosologías categoriales de la depresión es que mezclan los planos etiológico, sintomatológico y evolutivo, lo que da lugar a solapamiento y confusión en los subtipos. Por el contrario, una de las características fundamentales de la clasificación multidimensional que se han descrito es que los niveles etiológico, sintomático y evolutivo son considerados de manera independiente y a la vez de forma integradora.

Este modelo no pretende sustituir a las clasificaciones categoriales al uso, sino, ambos tipos de clasificaciones son complementarias y como tal, deberían de emplearse conjuntamente y evaluar su validez predictiva de forma comparativa, tal y como se ha realizado en otros trastornos mentales. Este modelo tampoco pretende ser exhaustivo en cada una de sus dimensiones, y por lo tanto debe de considerarse provisional. Esta aproximación parece ser válida desde el punto de

vista teórico y clínicamente útil ya que toma en consideración las principales variables implicadas en los trastornos depresivos. Además, es un modelo que permite generar hipótesis, tales como la de los tres planos que están interrelacionados, lo que puede arrojar luz sobre áreas que conocemos muy poco, como las relaciones entre los diferentes factores etiológicos, síntomas clínicos y patrones evolutivos.

Por poner un sólo ejemplo, con relevantes implicaciones de sufrimiento personal para el paciente y de política sanitaria, sería interesante conocer los determinantes etiológicos (biológicos, psicológicos, sociales) y clínicos de la importante discapacidad que conllevan los trastornos depresivos.

Las personas que presentan una depresión manifiestan un conjunto variado de síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y físicos.

Sin embargo, de manera tradicional el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés y de placer por la mayoría de las situaciones son las características más relevantes de este tipo de trastornos.

### 3.2. CAPÍTULO II. PRINCIPALES CAUSAS, SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN

En la depresión se da un factor muy importante que es el desequilibrio bioquímico, en este “los sectores químicos de la depresión se encuentran ocultas en el cerebro en una región denominada sistema límbico, que controla emociones como el temor, la ira y el hambre. La localización central del sistema límbico puede explicar la forma en que cualquier variación química ahí ocurrida cause los abundantes síntomas mentales y físicos de la depresión”. Los mensajes eléctricos deben traducirse en reacciones químicas. “Los mensajes viajan a través de las brechas entre neuronas mediante 20 compuestos químicos llamados neurotransmisores”. Los cuales parecen estar implicados en el estado anímico.

“En el caso de la depresión, existe un bloqueo en las neuronas receptoras ocasionado por las endomorfinas que inhiben la serotonina”

“Se ha descubierto que ciertos neurotransmisores se relacionaban con los cambios de humor en los pacientes maniaco depresivos”.

Siempre que hay un estímulo hay una respuesta, para que ese estímulo llegue al sistema nervioso se necesita de un mensajero, llamado neurotransmisor (noradrenalina, serótina, dopamina, acetil-colina, etc.). Estos neurotransmisores llegan a la zona de sinapsis,<sup>28</sup> en la cual se transmite la información, donde la neurona puede ser excitada o inhibida según el estímulo. Esta neurona manda un mensaje al hipotálamo, el cual regula muchas funciones vegetativas como la temperatura, hambre, sed, instinto sexual, actividad gastrointestinal, presión sanguínea y emociones como ira, cólera, depresión, etc. (esto llevado a cabo a nivel del sistema endocrino regulado en su mayoría por la hipófisis.) El organismo depende de estas estructuras para poder regular la cantidad de sustancias que se requieren para mantener al dicho organismo en homeostasis.<sup>29</sup>

Cuando estas sustancias u hormonas no son secretadas correctamente ya sea en menor o mayor cantidad se pierde dicho estado de homeóstasis, provocando cambios fisiológicos, al no haber suficientes receptores a nivel celular en el órgano blanco.<sup>30</sup> Esto provoca cambios fisiológicos en el interior que se ven expresados al exterior como una depresión.

---

<sup>28</sup> Unión de dos o más neuronas.

<sup>29</sup> Mantenimiento del equilibrio de un organismo del interior con el medio que lo rodea.

<sup>30</sup> Sitio del organismo en el que van a actuar las hormonas.

### 3.2.1. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

No se ha especificado una causa para la depresión, pero se cree que involucra una serie de factores. El medio ambiente en el que vive la persona, así como una serie de elementos biológicos y fisiológicos puede dar pie a que se presente un cuadro clínico de depresión.

#### 3.2.1.1. Causas biológicas

Existen una serie de factores biológicos normalmente relacionados con la depresión, aunque si bien son causas, normalmente requieren de algún “gatillo” social para degenerar en un cuadro completo de depresión.

- Herencia. La tendencia a sufrir de depresión puede ser hereditaria, existe evidencia de que este desorden emocional corre por generaciones.
- Fisiología. Pueden existir cambios en los químicos cerebrales que transmiten la información en el cerebro, llamados neurotransmisores. Muchas drogas antidepresivas modernas intentan incrementar los niveles de ciertos neurotransmisores, como la serotonina.
- Condiciones médicas. Ciertas enfermedades, como la hepatitis, la mononucleosis<sup>31</sup> y el hipotiroidismo pueden contribuir a la depresión, al igual que ciertas drogas prescritas tales como las píldoras anticonceptivas y los esteroides.
- Alcohol y otras drogas. El uso del alcohol puede tener un efecto adverso en el estado de humor, el uso erróneo o abuso del alcohol, los tranquilizantes de benzodiazepina y las píldoras para dormir pueden jugar un papel importante en la duración y gravedad de la depresión, el lazo entre el uso frecuente de la marihuana y la depresión también está ampliamente documentado, aunque la dirección de la causalidad sigue estando en duda.
- Depresión postparto. Alrededor del diez por ciento de mujeres recién convertidas en madres sufren de algún tipo de depresión después de dar a luz. Cuando esto ocurre, la enfermedad se presenta regularmente tres

---

<sup>31</sup> Enfermedad infecciosa causada por el virus de Epstein Barr (VEB) que pertenece a la misma familia del virus del herpes. Aparece más frecuentemente en adolescentes y adultos jóvenes, y los síntomas que la caracterizan son fiebre, faringitis o dolor de garganta, inflamación de los linfonodos y fatiga.



meses después del parto y puede durar varios meses. Dos de cada mil madres presentan depresiones lo suficientemente severas como para inducirles alucinaciones o demencias.

- **Desorden afectivo estacional (SAD).** Este es un tipo de desorden depresivo que ocurre en invierno cuando las horas del día son más cortas. Se cree que la producción corporal de melatonina, que se produce en niveles aumentados durante la oscuridad, juega un papel principal en el sufrimiento del SAD, así que muchos pacientes responden correctamente a la terapia por luz brillante, también conocida como fototerapia. Se cree que altos niveles de ácidos grasos Omega-6 en el cerebro también contribuyen a este desorden.

### **3.2.1.2. Causas psicológicas**

La baja autoestima, la auto-derrota y el pensamiento distorsionado están aunados a la depresión. Aún cuando no se tiene claro cuál es la causa y cuál es el efecto, se sabe que los pacientes que hacen correcciones en sus patrones de pensamiento muestran mejoras en su estado de humor y en su autoestima.

Los factores psicológicos incluyen el complejo desarrollo de la personalidad y como se ha aprendido a soportar factores ambientales externos tales como el estrés

- **Experiencias tempranas.** Eventos tales como la pérdida de alguno de los progenitores, rechazo, enfermedad crónica y abuso severo, ya sea físico, psicológico o sexual, pueden incrementar la posibilidad de sufrir depresión en etapas más avanzadas de la vida. El estrés post-traumático incluye a la depresión como uno de sus síntomas principales.
- **Experiencias actuales.** La pérdida del empleo, las dificultades financieras, largos periodos de desempleo, la pérdida de un cónyuge u otro miembro de la familia, divorcio o el final de alguna otra relación profunda u otros eventos traumáticos pueden disparar la depresión. Estrés a largo plazo, en el trabajo, la casa o la escuela pueden estar aunados también.
- **Vivir con una persona deprimida .** Aquellos que viven con personas en depresión experimentan también altos niveles de ansiedad y disrupción vital, lo que incrementa la posibilidad de que también se depriman.

- Teoría evolutiva. Existen un par de teorías evolutivas que explican la depresión como una causa natural. Ambas sugieren que la depresión es un mecanismo de defensa, si un individuo se encuentra en una larga lucha por dominación de su grupo social y claramente está perdiendo, la depresión causa que el individuo se repliegue y acepte un papel sumiso. Así, el individuo se protege de daño innecesario y evita desperdiciar energía, tiempo y recursos en la lucha.

De este modo la depresión mantiene la jerarquía social. Por otro lado, puede que la respuesta cognitiva que produce la depresión moderna haya evolucionado como un mecanismo que le permite a la gente darse cuenta si está persiguiendo una meta imposible. Aún así, otros dicen que la depresión puede estar aunada al perfeccionismo. La gente que puede aceptar finales satisfactorios en vez de "los mejores" tiende a vivir vidas más felices.

### **3.2.1.3. Causas sociales**

Diversos autores han situado a la estructura social como un factor etiológico de la enfermedad mental; la sensibilidad al contexto social, en el cual se desarrolla, tiene como consecuencia radical el deterioro psicológico. Las características del ambiente físico y social de los individuos y la posición que estos ocupan dentro de la estructura son aspectos fundamentales para el bienestar mental que se han señalado en esta parte de la investigación.

### 3.2.2. EL MODELO VITAMÍNICO DE LA SALUD MENTAL

El modelo de Peter Warr<sup>32</sup> destaca tres aspectos fundamentales. Por un lado, se encuentran una serie de categorías ambientales. Estas categorías ambientales mantienen un orden de relación con el bienestar psicológico del individuo, constituyendo la segunda parte del modelo. En tercer lugar, Warr reconoce la existencia de diferencias individuales y lo define como el papel del individuo.

Warr considera nueve características del ambiente que pueden influir en el bienestar psicológico.

1. Oportunidad de control. Este factor tiene dos características principales. En primer lugar, la oportunidad para tomar decisiones y actuar en la forma elegida. En segundo lugar, la posibilidad de predecir las consecuencias de acción.
2. Oportunidad para la utilización y desarrollo de conocimientos y habilidades. El ambiente lo puede limitar en dos sentidos. Primero, puede limitar la utilización de habilidades que un individuo posee, permitiendo sólo comportamientos rutinarios. Segundo, puede existir una restricción en la adquisición de nuevas habilidades.
3. Existencia de metas externamente generadas. Las obligaciones y objetivos que surgen de los roles desempeñados requieren de normas de comportamiento. Esto genera una rutina de acción que estructura la actividad individual. Un ambiente que no genera demandas sobre una persona y que tampoco genera metas u objetivos, ni potencia ninguna actividad o logro, es negativo para la salud mental. Ahora bien, un ambiente que genera metas excesivas o demasiado complejas también puede influir negativamente sobre el bienestar psicológico de la persona.
4. Variedad ambiental. Si las metas y acciones fijadas por el ambiente se asocian con acciones repetitivas e invariantes, el bienestar psicológico se verá negativamente afectado.
5. Claridad ambiental. Implica tres aspectos. El primero, la disponibilidad de información acerca de las consecuencias de una acción. Segundo, el grado en el que las conductas de las otras personas son predecibles. Tercero. La

---

<sup>32</sup> WARR Peter. Un marco conceptual para el estudio de la salud mental. 8:84-97

claridad de las exigencias del rol del individuo y las normas requeridas sobre su comportamiento.

6. Disponibilidad económica. La falta de recursos económicos implica la ausencia de control, afectando negativamente la salud mental.
7. Seguridad física. Para que una persona tenga una buena salud mental requiere de un ambiente en el cual sienta seguridad, el ambiente debe de protegerlo de amenazas físicas. Se trata de ofrecer los niveles de seguridad adecuados. Esto incluye tener un lugar para dormir, donde preparar los alimentos, un área de intimidad personal, etc.
8. Oportunidad para el desarrollo de las relaciones interpersonales. Existen cuatro razones por las cuales las relaciones interpersonales son beneficiosas para la salud mental. En primer lugar, satisfacen las necesidades de amistad, reduciendo los sentimientos de soledad. Segundo, puede generar ayuda de diversos tipos, nos referimos al apoyo social. En tercer lugar, dentro del marco de las relaciones interpersonales se desarrolla la comparación social. Por último, dota al individuo de un sentimiento grupal.
9. Posición social valorada. La posición en la estructura social tiene efectos sobre la autoestima y sobre la valoración y aprobación social. La valoración propia del individuo se genera del valor que se da a las diferentes actividades propias del rol. Aunque también es consecuencia de la contribución a las instituciones de las que forme parte. El prestigio asociado a la posición social supone la prueba pública de posesión de ciertas capacidades y de conformidad con ciertas normas y obligaciones.

### 3.2.3. FACTORES DE CAUSACIÓN SOCIAL

Existe una relación entre estatus socioeconómico y deterioro psicológico, es decir, a medida que aumenta el bienestar social y económico de los grupos sociales, se reduce la presencia del deterioro psicológico. Aunque también las causas del deterioro psicológico se encuentran en los procesos socio-estructurales de las experiencias de las personas.

Con respecto a esto, existe una hipótesis, llamada hipótesis de causación social, según la cual los procesos sociales pueden producir condiciones que incrementan la vulnerabilidad ante el deterioro psicológico.

La segunda aproximación señala que el orden causal sería el inverso. En otras palabras, es más común encontrar algún tipo de deterioro psicológico entre los que pertenecen a los grupos desfavorecidos.

Los procesos socio-estructurales no darían lugar a los diferentes niveles de salud mental, sino que en realidad nos encontraríamos con un proceso de selección social, en la cual los individuos que padecen deterioro psicológico se verían incapacitados para ascender en las escalas de posición social, o no conseguirían mantener la posición socioeconómica de su familia de origen. Es el deterioro psicológico el que condiciona la clase social, y no al contrario.

Existen cuatro componentes fundamentales del deterioro psicológico. En primer lugar, los factores sociales subyacentes, estos factores se relacionan con la clase social y la etapa en el ciclo vital. El segundo componente es el factor etiológico (o agentes provocadores del deterioro) por un lado, nos encontramos con los sucesos vitales severos.<sup>33</sup> En gran medida consiste en la separación de alguna persona significativa para el individuo. Como segundo factor etiológico nos encontramos con aquellos problemas importantes que duran al menos dos años y que implican problemas no relacionados con la salud, y son denominados como problemas mayores. El tercer componente son los factores de vulnerabilidad, estos factores como en las causas psicológicas, sólo actúan ante la presencia de un estresor.

---

<sup>33</sup> Se entiende por severo a un proceso que implica una pérdida importante, o la amenaza de dicha pérdida.

Con esto surge una pregunta, ¿Cuáles son esos factores que incrementan el riesgo de depresión ante un suceso vital o en la experiencia de dificultades mayores?

Pues bien, nos encontramos con cuatro factores. El primero y el más importante, es el *apoyo social*, en el que se incluyen; la calidad de las relaciones interpersonales, lo que se denomina como intimidad y que toma en cuenta la frecuencia y calidad de las relaciones sociales.

El segundo factor de vulnerabilidad es la *pérdida de la madre* por muerte o por separación antes de los 11 años de edad.

El tercer factor consiste en la presencia en casa de *3 o más hijos* con una edad de 14 años o menos. El cuarto y último factor de riesgo es la *carencia de un empleo*, ya sea de tiempo completo o tiempo parcial.

Ahora bien, tanto los factores etiológicos como los factores de vulnerabilidad implican el funcionamiento de una variable psicológica. En el caso de los sucesos vitales y dificultades cotidianas graves, dicha variable es la desesperanza.

La secuencia causal es la siguiente:

Pérdida → desesperanza → depresión.

El cuarto componente del deterioro psicológico se refiere a los factores que influyen en la cronicidad y gravedad de los síntomas, éstos se llaman **factores de formación de síntomas**. La gravedad de los síntomas de la depresión se relaciona con una pérdida de importancia en el pasado, esto implica cualquier tipo de pérdida, especialmente durante la niñez o la adolescencia. El tipo de pérdida se relaciona con la tipología de los síntomas. Una pérdida por muerte lleva a un diagnóstico de depresión psicótica. Una pérdida por separación lleva a un diagnóstico de depresión neurótica.

En cuanto a los síntomas crónicos, el principal determinante son las dificultades a largo plazo. Este tipo de dificultades varía en función de la clase social. De esta manera, las dificultades domésticas, económicas y relacionadas con los familiares tardan más en resolverse en las personas de bajos recursos. Esto, y la mayor frecuencia de aparición de nuevas dificultades explican la mayor prevalencia de la depresión en la clase baja.

De esta manera, se trata de explicar no sólo la aparición de la depresión, sino también la gravedad y duración de sus síntomas. Cabe señalar, que los factores etiológicos, los factores de vulnerabilidad y factores de formación de síntomas, tienen un marcado origen social, ya que constituyen parte de las condiciones de vida de las personas y que de igual forma no son iguales en todas las posiciones sociales. A su vez, esta distribución desigual entre las clases sociales explica las diferencias en incidencia y prevalencia de la depresión.

Dentro de los procesos socio-estructurales existen tres factores que explican la relación entre estatus socioeconómico y deterioro psicológico (depresión y ansiedad).

Ciertas características sociodemográficas (empleo, ingresos, educación, género, raza y estatus matrimonial) determinan las condiciones de vida de los individuos, estas condiciones generan una serie de experiencias, y las experiencias características de los diferentes estatus socioeconómicos dan lugar al desarrollo de distintas creencias e interpretaciones acerca de la sociedad, las relaciones sociales, etc.

El nivel de deterioro va a depender de esas ciencias. La alienación<sup>34</sup>, autoritarismo y desigualdad son los vínculos entre la realidad externa y la realidad interna del deterioro psicológico.

---

<sup>34</sup> Estado mental que se caracteriza por una pérdida del sentimiento de la propia identidad.

### 3.2.4. SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

De acuerdo con el criterio del DSM-IV-TR para diagnosticar un desorden depresivo mayor, se requieren uno o dos de los siguientes elementos:

- Estado de ánimo depresivo
- Pérdida de interés o placer

Es suficiente tener uno de estos síntomas, además de cuatro de la siguiente lista:

- Sentimientos dominantes de tristeza o miedo, o la inhabilidad de sentir emociones.
- Una disminución de la cantidad de placer derivado de lo que solían ser actividades placenteras.
- Cambio del apetito marcado por una diferencia de peso.
- Patrones alterados de sueño, como insomnio o sueño excesivo.
- Cambios en los niveles de actividad.
- Fatiga mental y física.
- Sentimientos de culpa, inseguridad y/o miedo.
- Falta de autoestima.
- Problemas para concentrarse o tomar decisiones.
- Daño personal o consideración del mismo.
- Consideración de suicidio o muerte.

El descenso del estado de ánimo es constante día tras día, sin responder a cambios en las circunstancias ambientales, aunque puede mostrar variaciones en sus características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio, las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación motriz pueden predominar sobre la sintomatología depresiva (Larios, 2008).

Es frecuente que la aflicción, el desaliento y el estado de ánimo “depresivo” estén enmascarados por situaciones que parecieran no estar relacionadas con la depresión. Se calcula que más del 50% de los pacientes deprimidos tienen cuadros clínicos diferentes a la depresión.



Según Calderón, las manifestaciones clínicas de la depresión se pueden clasificar en cuatro grupos:

- Trastornos afectivos
- Trastornos intelectuales
- Trastornos conductuales
- Trastornos somáticos

#### 3.2.4.1. Trastornos afectivos

Los síntomas que se presentan en este tipo de trastornos son:

- **Indiferencia afectiva.** Disminución o pérdida de interés a situaciones o circunstancias que antes le causaban entusiasmo. Con frecuencia permanece encerrado en su casa o con disminución absoluta de su interés. De acuerdo con Beck, la pérdida del sentimiento de satisfacción suele ir acompañada de una pérdida de la relación emocional con otras personas o actividades.
- **Tristeza.** Cuando la depresión no es muy severa, la tristeza puede fluctuar durante el día con altas y bajas, o en ocasiones lo percibe como pérdida del sentido del humor. Se puede presentar con tendencia al llanto, en algunos momentos sienten deseos de llorar pero no pueden hacerlo y reportan que es un alivio si en algún momento pueden desahogarse.
- **Inseguridad.** Manifiesta que no tiene confianza en sí mismo, se le dificulta tomar decisiones, hecho que deteriora su actividad y voluntad. Con frecuencia se muestra desinteresado, aburrido y sin capacidad para concebir ideas. La inseguridad determina que se vea indeciso, vacilante y dudoso cuando se presenten varias alternativas, y cambia fácilmente de opinión. Una decisión intrascendente se vuelve en ocasiones un problema.
- **Pesimismo.** Sentimientos de devaluación personal con un enfoque vital derrotista, que se manifiesta con frases como “soy un inútil”, “todo lo hago mal”, etc. Estos sentimientos hacen que la persona se vuelva dependiente de la familia al depositar sus responsabilidades a otros.

- **Miedo.** Se puede presentar a algo específico que con frecuencia esta relacionado a alguna circunstancia con el principio de su molestia y también se puede presentar un miedo indiferenciado, es decir, a todo o nada en especial.
- **Ansiedad.** Puede presentarse en grado variable, con frecuencia aparece en la mañana y va disminuyendo en el transcurso del día. Para identificarla es importante buscar los componentes orgánicos que la acompañan (falta de aire, nudo en la garganta, etc.)
- **Irritabilidad.** Se presenta con agresividad, lo que da origen a problemas en las relaciones laborales, de pareja e interpersonales.

#### 3.2.4.2. Trastornos intelectuales

Se pueden presentar algunos síntomas importantes, como son:

- **Sensopercepción disminuida.** Mala captación de estímulos, situación que se puede observar cuando es necesario repetirle las preguntas dos o tres veces al paciente para obtener la respuesta.
- **Trastornos de memoria.** Dificultad para evocar los recuerdos almacenados. Se les dificulta representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que desea.
- **Disminución de la atención.** Repercute en la memoria, dado que la fijación de los recuerdos se hace en forma superficial, o en ocasiones no se hace. Suele presentarse para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, sobre todo en pequeños hechos de la vida cotidiana.
- **Disminución de la concentración.** Dificultad para el estudio.
- **Ideas de culpa o de fracaso.** Mala opinión de sí mismo e ideas de indignidad que a veces se acompaña de sentimientos de culpa apoyados en una falta real, pero trivial. Con frecuencia extiende un profundo pesimismo al mundo que lo rodea.

- **Pensamiento obsesivo.** Las ideas repetitivas contribuyen a torturar más al enfermo, trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan, pero su lucha es inútil.

La persona afectada, tiene una sensación de incapacidad que le impide ejecutar acciones que produzcan satisfacción personal y que acaben con el sufrimiento. Por otra parte tiene la creencia de que cualquier acción que ejecute va a tener un resultado negativo. No actúa por temor a que el resultado previsto le vaya a originar aún más dolor del que actualmente siente, espera que los acontecimientos negativos presentes continúen y empeoren en el futuro. Por lo tanto, se encuentra atrapado dentro de un círculo vicioso del que no puede salir.

#### 3.2.4.3. Trastornos conductuales

En esta clasificación los síntomas a considerar son:

- **Actividad disminuida.** Descuido de sus obligaciones ya sea en el hogar o en el trabajo, y también en su aseo personal.
- **Productividad disminuida.** Mal rendimiento en el trabajo debido a que se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aún teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarla a cabo.
- **Impulsos suicidas.** Ideas o intentos de privarse la vida.
- **Impulso a la ingestión del alcohol y otras drogas.** Tendencia a beber o a utilizar drogas como mecanismo de escape a la ansiedad o con el fin de utilizar sus efectos desinhibidores para moderar su angustia. Ésta posibilidad no puede generalizarse a todas las personas que presentan el síndrome de dependencia al alcohol o a los farmacodependientes que iniciaron su consumo antes del episodio depresivo.

#### 3.2.4.4. Trastornos somáticos

Calderón menciona que algunos pacientes acuden al médico con quejas somáticas; se muestran sonrientes y en general no da la impresión de que sufra de depresión. Puede ir de médico en médico buscando la causa de su mal sin

encontrar respuesta. Esta situación ocurre debido a que en un principio los pacientes subestiman su problema emocional, que naturalmente no tiene la intensidad que se ha descrito anteriormente.

El examen clínico del enfermo pone en evidencia que se trata de una persona preocupada o triste; la cara presenta el ceño fruncido y las comisuras de la boca bajas; camina encorvado como si tuviera que soportar un gran peso. Con frecuencia se le ve desalineado y con un total desinterés por lo que le rodea.

Generalmente se presentan en las depresiones enmascaradas, ya que los síntomas anteriores no se manifiestan tan claramente. Las depresiones enmascaradas pueden pasar inadvertidas por los médicos.

Sus síntomas y manifestaciones son las siguientes:

- Trastornos del sueño. Insomnio que se presenta al principio o al final del periodo de descanso o en la madrugada sin poder volver a conciliar el sueño. En algunos casos hay hipersomnía.
- Trastornos del apetito. Anorexia que puede originar pérdida importante de peso y en ocasiones puede presentarse un hambre compulsiva con un aumento de peso excesivo.
- Cefalea tensional. Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.
- Trastornos digestivos. Presenta dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas, etc.
- Trastornos cardiovasculares. Trastornos de la frecuencia o del ritmo cardiaco, disnea suspirosa<sup>35</sup>, etc.
- Otros. Mareos, prurito, alopecia, etc.

Ostow plantea que en cualquier enfermedad mental es importante distinguir:

- Las influencias que hicieron que el paciente cayera enfermo.
- Las influencias que provocaron la enfermedad en ese preciso momento y no en otro.

---

<sup>35</sup> Suele existir una respiración ruidosa o aparatosa, pero sobre todo resulta notoria la presencia de suspiros hondos y repetidos, casi siempre entrecortados.

- Las influencias que provocaron la enfermedad precisamente de esa manera y no de otra.
- Las influencias que le hicieron centrarse en esos peculiares pensamientos.

Es difícil para gente que no ha experimentado la depresión, ya sea personalmente o por exposición regular a individuos deprimidos, entender su impacto emocional, interpretándolo como si fuera similar a “sentirse apachurrado” o “andar triste”.

Como indica lo antes citado, la depresión clínica es un síndrome de síntomas interconectados que van mucho más allá de sentimientos tristes o dolorosos. Una gran variedad de indicadores biológicos muestran que hay cambios significativos en la química cerebral y una reducción de actividad cerebral.

### 3.2.5. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN

#### 3.2.5.1. Disfunción familiar

En la última década los problemas de violencia intrafamiliar, maltrato físico, abuso sexual de menores de edad, crisis familiares por problemas económicos debido a la situación financiera que vive el mundo, especialmente los países latinoamericanos, se han acentuado de manera drástica, siendo por ello motivo de múltiples estudios por parte de expertos en la materia.

Es de conocimiento general que problemas en el ámbito de la interacción familiar generan cambios emocionales y psíquicos entre sus miembros y la funcionalidad de la familia se altera. En los procesos de la disfunción familiar influyen notoriamente las situaciones actuales de desempleo y de carencia de medios materiales que obliga a ambos padres e inclusive a sus hijos a trabajar fuera del hogar, situación que a su vez es un “círculo vicioso”, pues exagera aún más los conflictos familiares subyacentes.

Existe una extensa gama de literatura que documenta la asociación entre alteraciones en la relación familiar y una amplia variedad de problemas de salud mental. Se ha reportado que la construcción del comportamiento de los jóvenes en edad escolar está relacionada con las características del estilo de paternidad y la familia. Los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar se han asociado con la presencia de depresión en jóvenes.<sup>36</sup>

Los conflictos familiares han sido asociados con la externalización de problemas, como son: la agresividad y el comportamiento antisocial, al igual que con su interiorización, resultando en problemas como ansiedad y baja autoestima.

La relación encontrada entre calidad de la relación familiar y depresión sugiere una vez más el papel de la familia como factor protector importante en el riesgo de depresión. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y hermanos, así como la discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas, en donde no se puedan contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes.

---

<sup>36</sup> Borges,G., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista,C., Zambrano, J. (2008). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública de México. Vol.46, Núm.5, 417-424.

### **3.2.5.2. Disfunción social**

El soporte social es definido como "el sentido de ser alguien importante ante los ojos de otros, ser cuidado y amado, ser estimado y valorado como una persona y tener alguien que escuchará, entenderá y ayudará cuando sea necesario".

Concretamente, se ha encontrado que la pérdida y disminución de dicho soporte, sumado al mantenimiento de interacciones sociales negativas, genera mayores dificultades en el bienestar psicológico, lo cual puede llevar a la depresión.

La disfunción social es el factor que mide la gravedad de los síntomas y la necesidad del tratamiento, ya que el rechazo de amigos, compañeros y familiares, causa un gran daño a la personalidad. Suele crear síntomas como angustia, ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima y somatización. También puede producir un daño neurológico leve, moderado o grave que puede alterar el desarrollo del individuo respecto a su entorno.

Durante una parte significativa del tiempo, desde el inicio de la alteración, hasta el final, una o más áreas importantes de actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia: fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperado de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

### **3.2.5.3. Suicidio**

La mayor parte de los que tienen ideas suicidas están deprimidos. Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación). Ante la depresión y las ideas suicidas que de ella derivan sólo puede resultar eficaz una terapia que ayude a recuperar el control y la esperanza.

La depresión hace que la visión del mundo circundante se estreche hasta tal punto que se llegue a distorsionar la realidad. Los individuos se fijan únicamente en los aspectos negativos de la vida, y los positivos los pasan de largo como si no tuvieran importancia alguna, o sencillamente no existieran. Rechazan todas las opciones que se les ofrece para resolver su problema, hasta que parece que no

hay solución posible. Interiorizan una tristeza persistente y angustiosa que, como la muerte súbita del padre o de la madre, produce un dolor que dura semanas, meses e incluso años. Empiezan a creer que nada los puede aliviar y que su dolor no va a acabarse nunca.

El suicidio no soluciona nada, lo único que hace es adelantar el final sin haber encontrado la solución. No se puede decir que el suicidio sea una opción, ya que "opción" quiere decir "posibilidad de optar o elegir", y el suicidio nos arrebatara para siempre lo uno y lo otro.

La muerte es un acontecimiento irreversible que no sólo no elimina el dolor, sino que lo transmite a quienes nos rodean. También transmiten su dolor las personas que viven en la más absoluta soledad y se quitan la vida. Se lo transmiten a aquellos miembros de la sociedad a quienes les importa y les preocupa. Algunas personas pueden ser genéticamente propensas a la depresión, padecer un desequilibrio químico, o haber pasado muchas desgracias a lo largo de su vida: algo que, en suma, les conduce a la depresión. Hay personas que "llaman a la depresión a gritos": son las que cultivan procesos de pensamiento cognitivo irreales y aspiran en la vida a objetivos inalcanzables. Sea cual sea la causa de la depresión, cualquier persona puede verse asaltada por intensas ideas de suicidio cuando el futuro se muestra desesperanzador.

No hay ninguna clase o tipo específico de persona que pueda tener la seguridad de no albergar jamás pensamientos suicidas. El personal de salud, los terapeutas y los adolescentes ocupan los primeros puestos en las estadísticas de suicidios consumados.

Los tres síntomas de la depresión relacionados con el suicidio son:

- Aumento del insomnio
- Aumento del abandono del cuidado personal
- Aumento del deterioro cognitivo

Existen varias opiniones sobre la significación de los síntomas psiquiátricos en el paciente suicida. Los intentos de suicidio presentan una condición depresiva que es fácil de reconocer. Los depresivos endógenos corren mayor riesgo que los depresivos reactivos, los intentos de suicidio son impulsivos, pueden decidirse una hora antes.



Los intentos de suicidio son especialmente comunes entre las mujeres menores de 35 años (más entre 15 y 24 años), los hombres lo hacen en edad más avanzada. Por clases sociales es más común en las más bajas, pero más efectivo entre las clases altas y grupos profesionales de alto estatus económico.

En general los pacientes suicidas están dispuestos a hablar de sus intenciones y para algunos la necesidad de desahogarse con alguien que les toma en serio es terapéuticamente positivo. Cuando existe la posibilidad de suicidio se le debe animar a que hable de ello y procurar emplear tiempo en el futuro para seguir hablando del tema, con lo cual se puede facilitar el ingreso temporal en una unidad psiquiátrica y/o proporcionar la ayuda necesaria para atenuar las circunstancias que provocan el intento suicida.

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una "solución."

La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento cuando los padres sospechan que el niño o el joven pueden tener un problema serio.

En aquellos cuadros depresivos asociados a una manifiesta histeria, en pleno periodo de estado, hay anuncios e intentos suicidas. Pero, hay casi siempre anuncios más o menos melodramáticos. El hecho suele producirse, efectivamente, ante un auditorio. Por lo general, no es serio, es decir, el recurso no es idóneo para lograr la muerte. No se arroja al vacío, ni se dispara un tiro, ni piensa en tirarse a las vías del ferrocarril. Se elige el corte en el antebrazo (cortarse las venas), tomar fármacos comunes, etc. El objeto es llamar la atención, con alto contenido histriónico, y consecutivo a situaciones conflictivas explosivas. Es un intento "utilitario" en el sentido de conseguir algún objetivo en el entorno.

En cambio los intentos suicidas del deprimido severo, son serios. Suele planearse, generalmente en cierto secreto y el cuidado que pone en su ejecución hace que casi siempre culmine en muerte.

En su comienzo, el sujeto suele manifestar a quienes lo rodean que "es mejor terminar con todo, así no se puede vivir, esto no tiene arreglo, es mejor

desaparecer". Es explícita su idea autodestructiva. Pero hasta aquí hay ambivalencia: se piensa en el suicidio, pero se resiste a la idea. Sin embargo, el riesgo aumenta, cuando el individuo parece tranquilizarse.

Se puede expresar que la resolución suicida es, esencialmente un elemento de la esfera afectiva (en este caso con depresión). Por lo tanto, el nivel cultural del sujeto, las apelaciones a su alta capacidad de razonamiento, no tienen sentido. Tampoco debe confiarse, en absoluto, en que la psicoterapia, en esa situación, pueda brindar resultados y en todo caso, implica un riesgo tan alto que no puede ser asumido. La idea suicida no es un razonamiento, sino un sentimiento. Por ello el deprimido grave con alta tendencia suicida debe ser internado con la misma urgencia de un abdomen agudo.

En caso de una situación álgida (riesgo de suicidio, ansiedad, componente psicótico, etc.) la psicoterapia profunda no tiene cabida. Más aún, se insiste en que la exploración del inconsciente y la psicoterapia introspectiva están contraindicadas formalmente. El análisis de motivaciones inconscientes puede producir en el paciente desasosiego y angustia al descubrir elementos negativos de su historia vital, agranda el cuadro. No es este el momento, en el cual, más adelante, ya mejorado el paciente, podrá ser considerado ese tratamiento.

La aproximación psicoterápica, en ese momento álgido, debe ser de apoyo, y así debe continuar hasta cesado el cuadro. Se debe insistir en luchar contra las ideas de culpa, ruina, indignidad, pesimismo. Es preciso desvalorizar estos sentimientos, quitarles vigor, minimizándolos. Presentar su porvenir aceptable es imprescindible.

Se debe decir al paciente, concretamente, que no tendrá deterioro al salir de su enfermedad, que ésta no afecta "al intelecto", sino a la afectividad. Debe insistirse, una y otra vez, en que la esperanza existe, que es razonable y segura, visto el tratamiento que habrá de hacerse y que él comprobará pronto cuan infundadas son sus ideas depresivas.

### 3.3. CAPÍTULO III. LA DEPRESIÓN POSTPARTO

La depresión posparto es un tema que se habla en la vida diaria, sin saber mucho lo que es y qué se puede hacer cuando se presenta.

¿Cuántas veces hemos escuchado que alguien cercano a nosotros esta triste, melancólico o deprimido?

Desde una perspectiva psicosocial, la maternidad trae aparejada una serie de dudas y cuestionamientos a la mujer que se enfrenta a la decisión de tener un hijo, o directamente a su condición de embarazo: ¿Será la edad adecuada para tener hijos?, ¿Estoy dispuesta a postergar mi profesión?, ¿Qué espero del padre de mis hijos?, ¿Qué quiero dejar a mis hijos?, ¿Mi trabajo es compatible con mi familia?, ¿Estaré preparada para ser madre?, ¿Mi marido me querrá con otra talla?, etc.

En una encuesta realizada a hombres y mujeres, abordando el tema del trabajo de la mujer. Un 74% afirmó que los hijos y el ejercicio de una profesión son compatibles, y sólo un 22% que se debe elegir entre uno de esos caminos. Un 7% piensa que la mujer puede sentirse realizada aún sin haber tenido hijos. El 22% cree que dedicarse a los hijos y a la casa es un trabajo como cualquier otro. Sólo el 9% no esta de acuerdo con que la mujer deba aportar al ingreso familiar. Lo anterior se contrasta con el perfil de la mujer actual, como mujer independiente, que contribuye al ingreso familiar, cree que es más fácil ser profesional que madre y que se inclina más por el trabajo remunerado que por las labores del hogar.

Ante la pregunta de la compatibilidad entre trabajo y crianza, 16% de los encuestados consideraron que una mujer que trabaja es capaz de criar 1 hijo, 42% 2 hijos, 13% 3 hijos, 7% 4 o más hijos y un 2% consideró que no era posible criar ningún hijo si se trabajaba, en tanto que un 20% no sabe o no respondió a esta interrogante. La mujer/madre de hoy, de hecho es una mujer independiente, con ingresos propios (fruto de haber estudiado y sacado adelante una carrera profesional), que rechaza el rol de ama de casa y exige al hombre una relación de igualdad tanto en lo que se refiere a la administración de la casa como al cuidado de los hijos.<sup>37</sup>

Entonces, la conclusión es que existe una tensión cada vez mayor entre la condición cultural y el deseo de ser madre. Deseo ante el cual, las mujeres

---

<sup>37</sup> Dennis CL, Creedy D. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión posparto La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, n.º 4.

pueden verse frustradas y/o sumamente complicadas, por la creencia de que es muy difícil ser madre.

La Depresión es una de las enfermedades de mayor relevancia en la Salud Pública como ya se ha mencionado, uno de cada seis adultos experimenta depresión en el curso de su vida, es la cuarta causa mayor de carga de enfermedad a nivel global (morbilidad + mortalidad) y casi el 90% de los pacientes deprimidos presentan alteraciones de moderadas a severas en el trabajo, el hogar, las relaciones o el funcionamiento social.

La importancia que reviste la depresión radica en que, siendo un cuadro de alta prevalencia, produce sufrimiento al individuo y al entorno, implica altos niveles de discapacidad, ocasiona aumento de consultas médicas y psicológicas, disminuye la sobrevida general y es una enfermedad que recurre en la mayoría de los pacientes.

Entre las poblaciones de mayor riesgo para desarrollar cuadros depresivos se encuentran las mujeres durante el periodo de postparto, pues los cambios hormonales (baja de estrógenos) y la escases de recursos psicológicos para enfrentar los eventos psicosociales desencadenantes de estrés, favorecen la aparición de dichas patologías; llegando a alcanzar tasas cercanas al 10% en el caso específico de la Depresión Posparto.

Existen, también diferencias en la forma de presentación y curso de la depresión entre hombres y mujeres. Así, los síntomas vegetativos inversos (hiperfagia o hipersomnias) son más comunes en mujeres, hay mayor comorbilidad con ansiedad y con trastornos alimenticios, siendo menos frecuente la comorbilidad con alcoholismo y abuso de sustancias. Las mujeres presentan más efecto estacional en el estado de ánimo y una mayor asociación con eventos de vida estresantes.

### 3.3.1. DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

A lo largo de la literatura determinados estudios han demostrado que el rango de depresión en mujeres es más alto que en hombres. Además, hay determinadas situaciones como el embarazo, el aborto, la infertilidad y el periodo postparto que afectan el estado emocional de la mujer incrementando la presencia de trastornos afectivos.<sup>38</sup>

El estado de gestación es un periodo especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones; entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional que influyen en que la mujer tenga partos más largos y más complicados. Durante esta etapa, la depresión puede aumentar el riesgo de efectos perinatales adversos, así como afectar el desarrollo del feto. A pesar de la importancia de las alteraciones emocionales durante el periodo de gestación, uno de los problemas terapéuticos más observados a lo largo de la literatura ha sido la ausencia de un tratamiento apropiado. Se han utilizado, entre otros, fármacos antidepresivos aunque ninguno parece ser seguro para el desarrollo del feto.

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 con la incertidumbre añadida de poder recuperar la imagen previa. En tercer lugar, aparecen sentimientos de inseguridad sobre la viabilidad del feto, el temor a lesionarle inadvertidamente, a la muerte o al nacimiento del niño con una enfermedad congénita. Otro temor es el de no ser una madre suficientemente buena, con miedo de no cuidar al recién nacido de forma adecuada, de no ser capaz de alimentarle o comprender sus demandas. Así mismo, las relaciones de pareja cambian, se debe preparar el camino para admitir un nuevo miembro que se interpondrá entre ambos; la pareja deja de serlo para convertirse en una familia, con modificaciones de funciones, de obligaciones, incluso cambios en sus relaciones de amistad y de relaciones que estarán condicionadas a las necesidades del niño.

Los cambios hormonales y físicos durante esta etapa condicionan la aparición de un ánimo disfórico con frecuente irritabilidad y aumento de la sensibilidad. Puede aparecer llanto inmotivado, cambios bruscos de humor y ansiedad que muchas

---

<sup>38</sup> Llewellyn, Stowe y Nemeroff, 1997; citados en Buela Casal, 2010

veces no son muy 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 si se asocia con falta de apoyo conyugal y un embarazo prolongado aumenta la posibilidad de depresión seis meses después del parto.<sup>39</sup>

Kitamura y Cols (1996)<sup>40</sup>, encontraron que las puntuaciones altas en depresión durante el primer trimestre del embarazo están determinadas básicamente por factores psicosociales, entre los que citan el ser casada en segundas nupcias, problemas con la vivienda o masificación de esta, síntomas fisiológicos (nauseas, vómito y anorexia) factores obstétricos (antecedentes de síndrome disfórico premestruar y dismenorrea, primer embarazo o historia previa de abortos), pérdidas parentales precoces, falta de atención materna, embarazo no deseado, respuesta negativa por parte de la mujer o su pareja o falta de intimidad con su cónyuge, así como puntuaciones altas en neurosis.

Bernazzani y Cols, estudiaron los factores que se asocian con la depresión durante el embarazo y definieron cuatro áreas de riesgo que tenían un efecto directo de la sintomatología depresiva: locus de control<sup>41</sup>, relaciones interpersonales, estresores e historia psiquiátrica previa, mientras que para los sentimientos de ambivalencia y temores los factores predominantes eran sociodemográficos, el propio nivel de la depresión, relaciones interpersonales e historia familiar, aunque muchos factores pueden influir de modo directo (Cercos, 1999).

El temor a una posible malformación del feto o a su pérdida es más frecuente al inicio del embarazo y se asocia con otras variables, como la presencia de antecedentes familiares de enfermedades congénitas o incluso de retrasos mentales de otra causa o idiopáticos, la presencia de conductas de riesgo previas (consumo de sustancias o medicamentos, tabaquismo o consumo de alcohol), la dificultad previa para conseguir el embarazo (en el caso de embarazos que han precisado técnicas especiales o deseados durante largo termino), los antecedentes de muertes perinatales o abortos en anteriores embarazos de la propia mujer o de sus familiares (sobre todo en familiares de primer grado) o dificultades físicas de la mujer (discapacidades, enfermedades cardiopulmonares o metabólicas). Es frecuente el temor a transmitir al feto las enfermedades que posee la mujer, sea éste fundado, como en el caso de mujeres portadoras de

---

<sup>39</sup> Demyttenaere, 1995; citado en Cercos, 2009

<sup>40</sup> Citado en Cercos, 2009

<sup>41</sup> Es el grado en que un sujeto percibe que el origen de eventos, conductas y de su propio comportamiento, es interno o externo a él.

VIH/SIDA o menos fundado como en el caso de la diabetes o incluso de trastornos psiquiátricos.

En particular en las primerizas, es frecuente el temor a los dolores del parto, a no poder soportarlo o, por el contrario, la creencia de que el parto debe llevar aparejado dolor, con el miedo de no querer al niño si no nace por cesárea o se le aplica anestesia. Puede suceder también cuando los partos anteriores han sido traumáticos o han aparecido molestias físicas posteriores. En estos temores influyen en gran medida las creencias culturales y la experiencia previa de la embarazada (en si misma o en personas allegadas). Fisher y Cols, encontraron peor respuesta del estado de ánimo y disminución de la autoestima en primíparas que habían sufrido una cesárea en relación con aquellas que habían tenido los partos por vía vaginal.

El embarazo supone una fuente mayor de estrés cuando no se ha buscado. Es posible que la pareja acepte el embarazo y que éste siga una evolución normal, pero en tal caso pueden aparecer sentimientos de culpa si algo no sale bien 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.

Berthiaume, David, Saucier y Borgeat (1998),<sup>42</sup>llevaron a cabo un estudio, en el que evaluaron la sintomatología depresiva de un grupo de 350 mujeres a principios del segundo trimestre de gestación. Los resultados del estudio indican que las mujeres con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan niveles más bajos de depresión preparto. Además, el haber tenido experiencias emocionales previas negativas, la intensidad del estrés perinatal y el número de hombres con los que la mujer informaba haber tenido experiencias negativas, son factores que se asocian con un incremento de los niveles de depresión en mujeres embarazadas. Por otra parte, Condon y Corkindale (1997) llevaron a cabo un estudio con el objeto de evaluar en qué medida el estado emocional de la mujer embarazada puede influir en el apego maternal de la misma, tanto durante el embarazo, como después del mismo. Los resultados del estudio pusieron de manifiesto que las madres con un menor apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social fuera de su relación de pareja. Estos resultados indican por tanto que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye notablemente en su apego maternal.

---

<sup>42</sup> Citados en Buela Casal, 2010

### **3.3.1.1. Estrés y el embarazo**

Durante el embarazo se pueden presentar problemas emocionales o de ansiedad, si estos se dan de manera conjunta es un determinante más para el inicio de la sintomatología de la depresión postparto.

Los temores pueden ser preocupación por su salud, alguna complicación durante el embarazo, el mismo parto, miedo al dolor, a la muerte y a otros aspectos como son preocupaciones económicas, de vivienda y de las relaciones maritales. Así también debemos considerar el temor por el hijo, como son miedo a malformaciones congénitas, problemas mentales o temor al aborto, etc.

Durante la gestación, el acontecimiento estresante más importante suele ser el embarazo mismo. La gestación sea la primera o no, tiene dos características que le conceden importancia para que un acontecimiento pueda ser estresante: la ambigüedad y la inminencia.

Un embarazo aparece inicialmente con señales dudosas: su evolución futura es problemática. La actitud de la mujer es ambivalente: desea el embarazo y a la vez lo rechaza (Salvatierra). La gestación anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos que suceden a lo largo de la misma, hasta terminar en el parto y nacimiento del hijo. No cabe duda de que el estrés del embarazo es debido en gran parte al presagio inminente del parto. Pero hay otros sucesos que son predecibles en cuanto se sabe que van a ocurrir, pero cuyo resultado no es seguro y esos sucesos ocurren a intervalos breves e, incluso, se acumulan al final.

Una gestación suele tener pequeñas exigencias y molestias que originan estrés por sí mismas. La experiencia del embarazo se acompaña de trastornos (náusea, vértigo, cambio de apetito, etc.) que pueden causar inquietud. El mismo aumento de peso y la deformación corporal pueden motivar estrés. La gestación puede favorecer esas microirritaciones, que Lazarus (1986) considera tal vez más importantes que los acontecimientos mayores. En segundo lugar la necesidad de acudir al médico o al servicio de salud, de sufrir exploraciones y pruebas, de obtener ciertos resultados pueden incrementar la tensión crónica sobre todo para la mujer que trabaja o que tiene otros hijos pequeños.

Es indudable que la capacidad del acontecimiento para causar estrés se debe a su doble aspecto, como desafío y como amenaza, ya que la gestación implica una tarea de desarrollo psicosocial o una sucesión de tareas u objetivos. Se trata de tareas difíciles y comprometedoras, cada vez más exigentes, pero simultáneamente, hay importantes descargas físicas y una concreta amenaza de



daño, incluso de muerte, con seguridad de dolor, no sólo para la mujer sino también para el feto. La mujer es consciente de ello y experimenta preocupación y miedo

El embarazo se puede considerar como una crisis de maduración, porque pone a la mujer de cara a la realidad presente y futura, intensificando la percepción de sí misma.

Durante la gestación se pueden identificar tres periodos críticos que son fuente generadora de estrés:

- La percepción de embarazo y en especial, el periodo de espera para confirmar el diagnóstico.
- La percepción de movimientos fetales, que se dan alrededor del quinto mes.
- La percepción de inminencia del parto. Por la distensión del abdomen y por la presentación de las contracciones uterinas, se pueden generar altos niveles de ansiedad.

Cada uno de estos periodos genera estrés y exige a la madre un proceso de adaptación y maduración para alcanzar los objetivos psicosociales y biológicos del embarazo.

### **3.3.1.2. Eventos de vida estresantes**

Diversos estudios han encontrado que existe una relación importante entre situaciones de vida negativas o en contra, (generalmente durante y después del embarazo) convirtiéndose éste en un indicador que puede presentar la depresión postparto.

Los eventos más comunes de vida adversos son: la pérdida de trabajo (de ellas o de su pareja), cambios repentinos y desagradables en casa, accidente o mala salud que afecte a un miembro de la familia cercano, que el producto sea a consecuencia de una violación, ser victimizadas y/o la muerte de un paciente cercano o amigo. Seyfried, (2008).

### **3.3.1.3. Relación con la pareja**

La importancia de la pareja no solo es la manutención o crianza del niño, sino que es una fuente muy importante de soporte social para la mujer y apoyo para poder establecer un buen vínculo entre madre-hijo. Actividades tan cotidianas dentro del hogar como los quehaceres de la casa, el compartir alimentar al bebé, el apoyo de atención al niño que permita descansar a la madre, son aspectos importantes para mantener la salud mental de la mujer. Acoltzi 2008.

Hay evidencias en investigación de una importante asociación entre la satisfacción marital y la depresión postparto.

### **3.3.1.4. Relación con la madre**

Esta relación es importante en la vida de la mujer. La madre tiene un soporte emotivo, de ayuda, de apoyo y consejo. Cuando la relación es negativa, distante o conflictiva se priva de dicho apoyo y esto probablemente sea más de lo que se puede llegar a esperar en la mayoría de las mujeres.

Estudios reportan que durante el posparto, la madre necesita seguridad, soporte afectivo, calma y tranquilidad de apoyo familiar y social, que permita a la nueva madre “dejarse llevar por las emociones” para comprender mejor a su hijo. Por lo tanto, es necesario el apoyo familiar y social pero en específico el de la madre debido a que ésta figura da un soporte afectivo necesario. González (2006).

### **3.3.1.5. Complicaciones obstétricas**

No hay evidencias consistentes de la relación entre las complicaciones obstétricas y el humor en el periodo postparto. Sin embargo, hay reportes en donde los partos más difíciles fueron asociados con niveles bajos de depresión postparto.

### **3.3.1.6. Soporte social**

El apoyo social o soporte social es la percepción que tiene el individuo a partir de su inserción en las relaciones interpersonales de ser cuidado, amado, valorado, estimado y de pertenecer a una red social de deberes y derechos. Varios estudios reportan la importancia del papel del soporte social en mujeres como una protección de la depresión postparto.

El soporte social se puede formar de numerosas fuentes: amigos, vecinos, conocidos, parientes, grupos de apoyo, profesionales, etc.

En lo que respecta al embarazo, la cultura determina la forma del apoyo social, desde tres enfoques diferentes:

- **Como Recurso Psicosocial.** Se trata de la totalidad de factores que ayudan a la gestante a llevar felizmente a término su embarazo, con el acento puesto en la sociedad. Se incluyen aquí los apoyos “tangibles”, incluso desconocidos por la gestante, como el nivel socioeconómico, la estructura de salud, etc., pero también factores más inmediatos y conocidos, como buenas relaciones de trabajo, ayuda doméstica, simpatía y autoridad de los médicos etc. Algunos estudios han demostrado la importancia de estos recursos psicosociales para moderar la influencia del estrés y disminuir las complicaciones del embarazo.
- **Como Red Social.** Se admite que el número y extensión de las relaciones personales que tiene la gestante y el juego específico de ligazones en la que está inmersa, tiene una acción protectora del estrés. Sin embargo, es posible que esa red ejerza también demandas estresantes. En principio, es probable que cuanto mayor sea la red social, mayor será la habilidad y competencia social de la mujer y, por tanto, su capacidad de afrontamiento. Como núcleo fundamental está la familia, los padres y el matrimonio, es decir, la pareja. La protección que concede el matrimonio es indudable no sólo ante el embarazo, sino ante cualquier estrés.
- **Como Percepción de Apoyo Social.** Como recurso de afrontamiento, lo verdaderamente importante es el “apoyo percibido” prescindiendo de su realidad objetiva y sin duda, la percepción de apoyo por parte de las personas clave, a las que la embarazada está ligada: en primer lugar, el compañero, y en segundo lugar, la madre. Con la aplicación del Inventario de Apoyo Social Percibido, han comprobado que el apoyo social actúa en relación estrecha con la “actitud” hacia la gestación y con un “locus” interno de control.

### **3.3.2. HISTORIA PERSONAL Y/O FAMILIAR DE DEPRESIÓN O ANSIEDAD**

La depresión durante el embarazo podría ser el indicador más confiable para desarrollar depresión postparto, seguido por un alto nivel de ansiedad durante el embarazo y una historia previa de depresión, así como, de un desorden de ansiedad. Definitivamente, las mujeres con una historia de sintomatología depresiva están en un riesgo importante de padecerla nuevamente después del parto. Sin embargo, algunos autores han observado que las mujeres generalmente tienden a callar si hubo antecedentes de algún familiar que haya vivido depresión.

Los puntos más importantes para establecer un diagnóstico son los siguientes:

- Historia personal de depresión, ansiedad, trastorno bipolar o esquizofrenia.
- Un historial familiar psiquiátrico especialmente en parientes de primer grado.
- Un historial personal o familiar de alcoholismo, depresión postparto o psicosis postparto.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Una historia de trauma sexual.
- El embarazo no planeado o no deseado; ambivalencia acerca de estar embarazada.
- Una severa falta de dormir al final del embarazo, durante el parto y el periodo posparto inmediato.
- Edad en el momento del embarazo; entre más joven sea la mujer, mayor probabilidad de complicaciones psiquiátricas.
- Mujeres que viven solas.
- Durante el último año se presentaron eventos estresantes incluyendo la pérdida de empleo, enfermedades y complicaciones en el embarazo.
- Problemas financieros y/o viven en la pobreza.
- Complicaciones de salud del bebé.
- Ser madre soltera.
- Conflictos de pareja.
- Complicaciones con la lactancia materna.
- Aislamiento social.
- Cambios de humor, mientras toman anticonceptivos orales o medicamentos para la fertilidad.
- Historia de complicaciones con fertilidad, Aborto o embarazos múltiples.
- El estrés neonatal (en particular la salud del bebé)

### 3.3.3. ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

La depresión postparto consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque no es normal. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la depresión parece no tener sentido.

Estas mujeres no son desagradecidas o malas madres, sino que están experimentando una de las complicaciones más frecuentes del parto, la depresión postparto, un trastorno que todavía sufren en silencio un gran número de mujeres.

Ante esta problemática, surgen varios cuestionamientos que puedan indicarnos las razones por las cuales existe ese rechazo hacia el nuevo integrante de la familia.

¿Cuál es la frecuencia?

La depresión postparto es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto, ya que afecta a una de cada diez parturientas. Si no se trata adecuadamente puede persistir durante meses e incluso años.

¿Cuáles son sus síntomas?

Tristeza

La tristeza es desde luego el síntoma más frecuente de la depresión postparto. Las pacientes se sienten bajas de ánimo, infelices y desgraciadas la mayor parte del tiempo, aunque estos síntomas pueden empeorar en algún momento particular del día, como por las mañanas o por las tardes. En ocasiones, las pacientes pasan días malos y días buenos, siendo estos últimos realmente frustrantes ya que el día bueno previo hizo que se albergaran esperanzas de mejorar. A veces, a las pacientes les parece que no merece la pena vivir, precisamente en unos momentos en que deberían sentirse muy alegres.

Irritabilidad

La irritabilidad con frecuencia acompaña a la sensación de tristeza. La paciente puede estar irritable con sus otros hijos y ocasionalmente incluso con el recién nacido, aunque la mayoría de las veces lo está con su marido quien no suele comprender qué es lo que está pasando.

## Fatiga

Todas las nuevas madres se sienten un poco abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión postparto se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física.

## Insomnio

Cuando por fin la madre se va a la cama puede que tenga dificultad para conciliar el sueño, o si duerme, puede que se despierte muy pronto, incluso aunque su pareja sea quien se ocupe de alimentar al bebé durante la noche.

## Pérdida de apetito

Las madres deprimidas generalmente no tienen ni tiempo ni ganas de comer, lo cual contribuye a que se sientan malhumoradas y agotadas. Algunas madres deprimidas comen en exceso para aliviar su malestar psicológico y luego se sienten culpables y molestas con el peso que ganan.

## Incapacidad para disfrutar

Lo que antes era un placer ahora no apetece y lo que antes interesaba ahora se convierte en aburrido. Esto es especialmente cierto en el caso de las relaciones sexuales. Algunas mujeres recuperan el interés por el sexo (si es que en algún momento lo perdieron) antes de que transcurran 6 semanas del parto, pero las madres con depresión postparto suelen rechazar cualquier contacto sexual lo cual puede generar tensión en la pareja.

## Desbordamiento

Las madres con depresión postparto tienen la sensación de no disponer de tiempo para nada, de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo. A estas pacientes les resulta realmente difícil el establecer nuevas rutinas para poder hacer frente al bebé y a la nueva situación que viven.

## Ansiedad

Suele ser aguda y se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con el bebé por miedo a que este grite, no quiera comer, se ahogue, se caiga o se haga daño de cualquier otra forma. Algunas madres deprimidas perciben a su bebé como un objeto. En vez de sentir que han dado a luz a la criatura más cariñosa y

adorable del mundo, se sienten distantes de su hijo al cual perciben como un pequeño ser misterioso y extraño, cuyos pensamientos (de tener alguno) son insondables y cuyas necesidades y emociones deben ser en algún modo satisfechas.

La tarea de la nueva madre deprimida que todavía no se ha "enamorado" de su hijo es realmente dura. No obstante, el amor surge al final, cuando el niño es mayor y más interesante.

Sin embargo, la depresión postparto puede desarrollarse aún cuando el amor por el recién nacido sea intenso. En estos casos, la madre teme desesperadamente perder a su precioso bebé por no cuidarlo bien, porque no se desarrolle adecuadamente, por una infección o bien teme que muera súbitamente. Un simple resfriado puede causar una gran preocupación.

La madre puede obsesionarse con el peso del bebé y alarmarse si llora demasiado o incluso si pasa mucho tiempo en silencio, llegando a pensar: ¿habrá dejado de respirar? Es frecuente que la paciente desee ser constantemente tranquilizada por su pareja, su familia, su médico o cualquier otra persona.

La ansiedad también puede hacer a la madre preocuparse por su propia salud. Puede sentir pánico cuando su pulso se acelera o si tiene alguna palpitación, llegando incluso a pensar que tiene algo malo en el corazón o que está al borde de un accidente cerebrovascular. En ocasiones se siente tan debilitada que piensa que tiene alguna enfermedad terrible y que nunca volverá a tener energía de nuevo.

Estas sensaciones extrañas e inusuales le harán plantearse la pregunta ¿Me estoy volviendo loca? (La respuesta es NO).

El temor de quedarse sola con todas estas preocupaciones puede dar lugar a que incluso la mujer más capaz se sienta tan indefensa que no desee que su marido vaya al trabajo.

¿Cuándo ocurre?

La mayoría de los casos de depresión postparto surgen en el primer mes tras el parto, aunque en ocasiones este trastorno puede dar la cara 6 meses más tarde.

¿Por qué ocurre?

Aún no se sabe lo suficiente sobre porqué las mujeres desarrollan depresiones postparto como para poder estar seguros de quién la desarrollará y quién no. Probablemente no existe una causa única, sino diferentes tipos de estrés que pueden tener la misma consecuencia o que pueden actuar conjuntamente. Sin embargo, una mujer puede sufrir una depresión postparto sin que se aprecie ninguna razón obvia para la misma.

¿Maltratan las mujeres con depresión postparto a sus bebés?

No, ellas no lo hacen. Se pueden sentir como si lo fueran a hacer y se preocupan mucho por la posibilidad de hacer daño a sus hijos, aunque realmente nunca lo hacen. Para ser honestos, muchas mujeres sin depresión postparto han podido llegar a pensar en alguna ocasión "Creo que si sigue llorando lo voy a lanzar por la ventana".

Las mujeres que "golpean" a sus bebés con frecuencia presentan graves trastornos emocionales que tienen origen en su infancia.

Raramente, sin embargo, un bebé es herido o incluso asesinado, constituyendo un infanticidio, por una madre que presenta un trastorno mental grave en esos momentos. Esta es una consecuencia trágica de la llamada "psicosis puerperal", una enfermedad mental muy grave, aunque tratable, que puede aparecer a los pocos días del parto.

La madre puede delirar y llegar a pensar que su hijo es el diablo y por eso tiene que acabar con él, o puede tener ideas suicidas y decidir acabar no sólo con su vida sino también con la del recién nacido. La psicosis puerperal ocurre únicamente en uno de cada 500 partos y el infanticidio es afortunadamente muy raro.

¿Qué se puede hacer?

Muchas cosas, pero lo primero desde luego es reconocer y diagnosticar la depresión.

Muchas madres deprimidas no son conscientes de que tienen una enfermedad y se sienten avergonzadas de tener que admitir cómo les ha afectado su reciente maternidad. Algunas pueden llegar a creer que si dicen como se sienten realmente puede que les quiten a su hijo (esto NO ocurrirá).



En la actualidad existe una mayor concientización para el reconocimiento y tratamiento de la depresión en general y la depresión postparto no debe ser una excepción.

Una vez que se sospecha la presencia de este trastorno, hay que animar a la paciente para que exprese como se siente realmente tras el parto de su hijo. Si manifiesta sentirse triste, desgraciada, irritable, incompetente, asustada y desinteresada por el bebé, debe aceptarse esto con una actitud comprensiva, no con alarma y reproches.

El decirle a la madre que todo lo que le está pasando es consecuencia de que tiene una enfermedad llamada depresión postparto suele ser de gran ayuda, ya que por lo menos sabrá a qué tiene que enfrentarse. Hay que tranquilizarla e intentar convencerla de que ella no es una madre caprichosa, extravagante o una mala madre, y de que otras muchas personas han padecido y padecen la misma enfermedad. La depresión postparto es muy frecuente, y si se pone tratamiento sin duda mejorará. Hay que advertir a la paciente que el tratamiento necesitará su tiempo para hacer efecto y que será necesario el concertar algunas citas para que reciba el apoyo necesario hasta que se recupere.

En este momento es importante el involucrar a la pareja de la paciente de forma que él pueda comprender qué es lo que ha estado pasando (no olvidemos que él también ha estado sufriendo las consecuencias de la depresión postparto). Posiblemente él sea quien mejor pueda apoyar a la paciente, aunque también necesitará algo de apoyo para sí mismo, especialmente si es el primer hijo que tiene la pareja y si se ha sentido desplazado tras su llegada.

Este es un aspecto realmente importante ya que si el marido está resentido y no comprende hasta que punto su esposa necesita de su apoyo y ayuda podrán surgir más problemas. La pareja de la paciente también se sentirá aliviada por el diagnóstico y por recibir consejos sobre cómo actuar. La ayuda práctica con el recién nacido, una actitud comprensiva y afectiva y el ser positivo serán apreciados incluso cuando la depresión desaparezca.

¿Qué pasa con el tratamiento hablado?

La oportunidad de poder hablar tranquilamente con un interlocutor simpático, comprensivo y no crítico, que puede ser un amigo, un familiar, un profesional o cualquier otra persona, puede significar una gran ayuda para la paciente.

Los tratamientos psicológicos más especializados tales como la psicoterapia (mediante la cual intentará comprender la depresión en términos de lo que le ocurrió en el pasado) y la terapia cognitiva (que intentará hacerle sentir más positivo sobre sí mismo) constituyen también una gran ayuda.

¿Cuál es el futuro de la depresión postparto si no se trata?

La mayoría de las mujeres suelen mejorar en algún grado al cabo de semanas, meses o incluso uno o dos años. Sin embargo, esto es a costa de un gran sufrimiento injustificado. La depresión postparto hace de la maternidad una mala experiencia y dificulta la relación entre la pareja. De forma que lo mejor es detectar lo antes posible este trastorno para tratarlo precozmente.

La historia de la depresión postparto (DPP) se remonta a la década de 1850 cuando los profesionales psiquiátricos reconocen por primera vez la enfermedad, aunque ya en el año 700 a.c. Hipócrates escribió sobre las dificultades emocionales que enfrentan las mujeres después del parto

La DPP es una forma de depresión que la madre experimenta después del nacimiento de su hijo. Es una combinación compleja de cambios físicos, emocionales y conductuales. Es un momento de especial vulnerabilidad. Las diferencias de género en la expresión de los trastornos afectivos se han atribuido al impacto de la influencia hormonal, la socialización y la genética.

Hamilton definió la depresión post parto como “un síndrome caracterizado por un estado depresivo moderado, al que acompañan síntomas como llanto, fatiga, pérdida de energía, incomodidad física, problemas de concentración, pérdida de apetito, etc. cuya duración puede variar desde unas horas hasta unos días”. Es correcto dicho enunciado, pero con las recientes investigaciones podemos afirmar que la depresión postparto está basada en la depresión que experimenta la madre tras el nacimiento de su hijo.

En la mayoría de casos, ésta depresión tiene una razón de ser lógica, pero a veces no. Se dan situaciones en que la propia madre se examina y dice: "Deseaba tanto tener este hijo y ahora que lo tengo me siento completamente desdichada", "¿Qué me está pasando?", "Tenía miedo que el bebé tuviera algún defecto al nacer, pero es perfecto", "Entonces, ¿Por qué no lo estoy disfrutando?, Quizás no sirvo para ser madre".

Esto es, concretamente, a lo que se llama depresión postparto, además es acompañado por otras sensaciones de repudio hacia el recién nacido.

El embarazo es considerado un momento importante en la vida de la mujer, generalmente está asociado con un bienestar emocional, no obstante, datos recientes indican que casi el 10% de las mujeres embarazadas experimentan algún síntoma depresivo durante el embarazo.

En el DSM-4TR<sup>43</sup> refiere que el parto puede ser un evento disparador que precipite un episodio depresivo mayor. Y que posterior al parto es común que la mujer viva desórdenes emocionales o algún trastorno psiquiátrico como trastornos postparto.

La llegada del nacimiento de un niño es un gran cambio en la vida de una mujer en diferentes niveles: en los aspectos físicos (se presentan náuseas, mareos, cefaleas y dolor de estómago, incremento del peso corporal, se modifica el metabolismo a nivel hormonal, entre otros); en el psicológico (preocupación y miedo sobre el nacimiento, la salud del bebé, sobre el papel de madre que va desempeñar, sobre los cambios que generará el nacimiento); durante el embarazo, en el parto y posterior a este.

Cuando estos cambios son más intensos de lo esperado va afectar todo el contexto en el que se mueve: las relaciones familiares, sus actividades cotidianas, su ambiente laboral provocando un nivel de tensión o estrés muy alto.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) también considera los trastornos relacionados con el periodo de postparto, el cual inicia seis semanas posteriores al parto.

Como podemos ver, la depresión en la mujer puérpera, es un estado devastador que repercute tanto a ella misma, como al bebé, la relación de ambos y también la relación con los demás miembros de la familia, principalmente con el vínculo afectivo y en el acoplamiento de esta relación madre-hijo. (cotlib y cols. 2009, citado en Acoltzi 2008)

---

<sup>43</sup> Manual de Diagnósticos Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM-4TR)

### **3.3.4. DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO (DPP)**

La depresión postparto (también conocida como depresión post natal, DPP) es una forma de depresión que puede afectar a las mujeres y con menos frecuencia a los hombres después del nacimiento de un hijo. En general, se manifiesta por sentimientos de tristeza y tendencia al llanto, aunque también puede mostrar síntomas de la depresión.

Cambios esperados en el estado anímico:

- Las mujeres comúnmente presentan cambios en el estado anímico durante el embarazo, los cuales son causados por cambios en los niveles hormonales.
- Muchos cambios en el estado anímico son normales e incluso esperados, dado que tener un bebé puede llevar a algunos cambios en el estilo de vida. El apoyo por parte de la familia y los amigos puede ayudar.

### **3.3.5. FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

Hay una serie de factores asociados o de riesgo que vulneran el estado emocional de la nueva madre, los cuales los podemos dividir en biológicos, psicológicos y sociales.

#### **3.3.5.1. Factores biológicos**

Investigadores como Gotlib y Kramlinger consideran que el factor biológico tiene un papel muy importante y está relacionado con los factores genéticos de la mujer, donde plantean que existe una influencia importante en la depresión, sin embargo, no existe evidencia empírica que sustente la hipótesis de un gen dominante en el cromosoma X que sea el causante de la presencia de la depresión.

Se deben considerar los cambios hormonales que sufre la mujer en las diferentes etapas de su vida, en donde hay una modificación de los niveles de estrógenos y progesterona, estos inician en la adolescencia y terminan en la menopausia. Estos cambios hormonales pueden ser la justificación de la depresión en la mujer y más si se relaciona con diversos cambios como en el embarazo, el parto y síndrome premenstrual.

Las investigaciones recientes dejan ver que no todas las mujeres experimentan la depresión. Las mujeres que experimentan algún síntoma de depresión son aquellas que tienen vulnerabilidad ya sea genética o de otro tipo.

Como bien sabemos, las mujeres son más reactivas al estrés que los hombres, una posible causa de esto es por la influencia de las hormonas gonadales. El sistema hipotálamo-pituitario-adrenal puede ser activado por un estresor y así generar la depresión.

Otra diferencia es el sistema neurotransmisor de noradrenalina y serotonina, aunque el funcionamiento de este mecanismo no es claro todavía. Bebbington menciona que las mujeres se deprimen con mayor frecuencia a causa de las hormonas y pueden promover el estereotipo social de discriminación a la mujer. Por lo tanto se debe tener cuidado en este tipo de afirmaciones.

### 3.3.5.2. Factores psicosociales

Bleichman menciona que la incidencia en la depresión no debe buscarse en la fisiología, sino que existen otros factores como las condiciones de vida y las características de la subjetividad, como son los efectos del rol que se le ha dado a la mujer como ser víctima de violencia, la discriminación, entre otros.

“Acontecimientos psicológicos y sociales como: la calidad de vida, la red de apoyo (amigos, pareja, familiares), la satisfacción social y los factores de riesgo como: depresión en el embarazo, preocupaciones y temores de ser madre, la evaluación cognitiva del embarazo, las complicaciones obstétricas, una historia familiar y/o individual de un trastorno afectivo, de ansiedad o depresión, relaciones interpersonales deficientes y estresores como los problemas económicos, dejar la escuela o el trabajo, separación de la pareja y/o de la madre, dificultades en la lactancia, pueden explicar la variabilidad del grado de intensidad de la sintomatología depresiva”.

Existen investigaciones que nos refieren que hay una tendencia a desarrollar un trastorno afectivo como la depresión postparto en mujeres de clase trabajadora o nivel socioeconómico bajo. El embarazo durante la adolescencia puede ser otro factor que genere una sintomatología de depresión, aunque no se ha confirmado que la edad, el estado civil, y el nivel socioeconómico sean un factor asociado a ella, si se han encontrado porcentajes altos de depresión en el periodo de postparto y en el embarazo. En países como Brasil se encontró que la depresión postparto tenía una prevalencia de 36.7% y estaba asociada a un nivel socioeconómico bajo y a la ausencia de pareja. (Acoltzi 2008).

Varios estudios han encontrado una asociación entre los síntomas depresivos durante el embarazo y de la depresión posparto. Así como las preocupaciones, temores y la evaluación cognitiva que la madre tiene durante ambos periodos de la misma y sus capacidades, de las situaciones familiares, sociales, culturales y económicas y diferentes estresores externos. Con lo mencionado, se puede observar que la depresión se puede convertir en una respuesta inevitable a una situación que no permite a la mujer tener control sobre las cosas más importantes en su vida, y ante las cuales es relativamente fácil percibir que existen pocas esperanzas de modificar. Para Bebbington es importante la aceptación social y es precisamente ésta área la más afectada en la depresión.

Los factores de riesgo de la depresión posparto más consistentes en la literatura son: la depresión en el embarazo y tener una historia previa de depresión.

### 3.3.6. CONDUCTAS ASOCIADAS EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO

#### Emocionales:

- Ansiedad
- Apatía
- Abatimiento
- Culpa y desaliento
- Soledad
- Baja autoestima
- Tristeza
- Sensación de falta de valía personal

#### Físicas:

- Anorexia. Modificaciones del peso. Estreñimiento. Indigestión. Náuseas
- Fatiga
- Trastornos del sueño. Insomnio

#### Cognitivas:

- Incapacidad para concentrarse
- Pérdida de interés y motivación
- Pesimismo
- Desprecio de uno mismo
- Pensamientos autodestructivos
- Incertidumbre

#### Conductuales:

- Autoagresividad. Agitación. Irritabilidad.
- Alteración del nivel de actividad
- Exceso de dependencia
- Escasa higiene personal
- Aislamiento social
- Labilidad emocional

### 3.3.7. TIPOS DE DEPRESIÓN POSTPARTO

#### 3.3.7.1. Baby blues o Síndrome del tercer día

Es este el nombre con el que actualmente se conocen los síntomas transitorios, depresivos y ansiosos, que presentan alrededor del 50% al 80% de las mujeres durante el puerperio.

El término blues es debido al nombre acuñado por los afroamericanos a un tipo de música triste que produce nostalgia y refleja recuerdos y costumbres del pasado de los músicos. Los síntomas consisten en labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad y tristeza, pero no son lo suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que los padece, ni es necesario implementar un tratamiento específico para este. El pico de estos síntomas ocurre generalmente entre el tercer y el quinto día postparto y su duración generalmente es corta, pero puede durar varios días, e incluso, semanas.

La proclividad para estos síntomas no está relacionada con la historia personal psiquiátrica, los estresores ambientales, la lactancia o la paridad; sin embargo, estos factores pueden influir en el inicio de una DPP posterior a un periodo de Baby blues, situación que ocurre hasta en el 20% de los casos.

Hay dos hipótesis principales que intentan explicar este fenómeno:

La primera es la que relaciona la supresión hormonal abrupta. Se conoce que el gran cambio hormonal presente en todas las mujeres durante este periodo y en especial el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente de alopregnanolona,<sup>44</sup> puede asociarse con los síntomas. Estas sustancias poseen gran afinidad a los receptores GABA siendo esta la razón por la que poseen efectos ansiolíticos y anestésicos. Se ha observado que las mujeres con Baby blues presentan un mayor aumento de los niveles de progesterona en las últimas semanas del embarazo y durante el postparto, presentan una mayor disminución de este nivel y de otras sustancias como el colesterol y los triglicéridos que también se han asociado con cambios en el ánimo.

---

<sup>44</sup> Es un metabolito de la progesterona que modula el receptor GABA A y, por tanto, ejerce efectos ansiolíticos y se piensa implicada en la respuesta de estrés. Durante el trastorno depresivo mayor, se han hallado niveles bajos de alopregnanolona en el plasma y LCR; normalizándose dichos niveles tras el tratamiento eficaz con antidepresivos.



La segunda hipótesis se relaciona con la activación del sistema biológico mamífero que relaciona a la madre y su hijo y que está regulado por la oxitocina.<sup>45</sup>

Este mecanismo en situaciones normales produce una mejor relación entre la madre-hijo; sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental puede relacionarse con los síntomas depresivos y ansiosos, en especial en mujeres más sensibles al estrés psicosocial.

### **3.3.7.2. Depresión postparto sin psicosis (DPSP)**

Es un trastorno del humor que incluye síntomas como: ánimo triste, disforia, apatía irritabilidad, angustia, ansiedad, anhedonia, aislamiento social, sentimientos de infelicidad de no ser apta como madre, trastornos del sueño y del apetito, dificultad para concentrarse, entre otros.

Los trastornos del sueño habitualmente se caracterizan por insomnio de conciliación, incluso cuando alguien está cuidando al bebé. Su severidad y pronóstico suelen ser de mayor gravedad que los Baby blues.

La Depresión postparto que no es tratada puede tener consecuencias a largo plazo; para la madre, puede ser un episodio precursor de un trastorno depresivo recurrente; para los hijos, una madre deprimida puede contribuir a problemas a nivel emocional, cognitivo o conductual en el futuro. Este trastorno está presente aproximadamente en el 10% y 20% de las mujeres en diferentes países durante los seis meses del postparto.

Se ha calculado entonces que en países como Estados Unidos, una de cada ocho mujeres presenta en su postparto tal patología, estando el número total de mujeres afectadas en aproximadamente un millón de mujeres por año. Este trastorno generalmente inicia antes de la sexta semana y dura entre tres y catorce meses.

Se han identificado factores predictores y factores de riesgo para DPP como el antecedente personal o familiar de depresión o de trastorno disfórico premenstrual, la presencia de ansiedad o depresión durante el embarazo o de Baby blues, el alto estrés psicosocial, el ser madre soltera o la disfunción de pareja, la baja autoestima materna, el bajo nivel socioeconómico, los embarazos

---

<sup>45</sup> Hormona relacionada con los patrones sexuales y con la conducta maternal y paternal que actúa también como neurotransmisor en el cerebro.

no deseados o no planeados, y la imposibilidad de lactar o con el cese temprano de la lactancia.

Además de la influencia de los factores ya mencionados la presencia de síntomas depresivos persistentes después de seis meses de postparto, situación que ocurre hasta en el 50% de los casos, se ha relacionado con el inicio durante el embarazo de los síntomas, el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre.

No hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la DPSP y los cambios mencionados en el Baby blues, solo llevan a depresión cuando existe una vulnerabilidad genética o alto estrés psicosocial. Sin embargo, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas de estos pacientes durante este período.

Se ha relacionado entonces, que durante el quinto y sexto día postparto se encuentra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano,<sup>46</sup> principalmente en las madres con Baby blues, pero este nivel permanece reducido hasta por seis meses en las madres deprimidas; sin embargo, el administrar triptófano en el embarazo no previene la aparición ni de Baby blues ni de DPSP.

Se ha observado una gran variación cultural en la incidencia de depresión postparto, notándose que en países y en estudios en los que se provee apoyo psicosocial durante el embarazo, el parto y el postparto, la incidencia de este trastorno es baja.

### **3.3.7.3. Depresión postparto con psicosis (DPCP)**

Si se descartan los casos de psicosis relacionados con enfermedad médica y/o con fármacos, los síntomas psicóticos durante el puerperio son en la mayoría de los casos, síntomas de un trastorno afectivo ya sea uni o bipolar y ocurren dependiendo de los criterios y el tiempo utilizado para el diagnóstico, entre el 0.1% y el 0.2% de los postpartos.

Comparado con los episodios afectivos con síntomas psicóticos que no se relacionan con el parto, se evidencia que en las DPCP hay alucinaciones visuales,

---

<sup>46</sup> Es uno de los 20 aminoácidos incluidos en el código genético (codón UGG). Se clasifica entre los aminoácidos apolares, también llamados hidrófobos. Es esencial para promover la liberación del neurotransmisor serotonina, involucrado en la regulación del sueño y el placer.

olfativas y hápticas,<sup>47</sup> labilidad afectiva, desorientación y confusión. Además estos síntomas son oscilantes, y confrontando este cuadro con la DPSP hay una mayor probabilidad de presentar ideas de agredir a su hijo y más riesgo de que éste pensamiento se lleve a cabo, acusándosele a esta patología estar presente en casi 2/3 del total de los filicidios.<sup>48</sup>

Se han realizado diferentes estudios tratando de establecer la etiología de este fenómeno y se ha encontrado entonces que las mujeres con alto riesgo de DPCP tienen una respuesta aumentada de la hormona de crecimiento a la aplicación de apomorfina durante el cuarto día postparto (antes del inicio del episodio), demostrándose a su vez, que las mujeres que tienen episodios recurrentes durante los siguientes postpartos poseen una respuesta aún mayor que las que presentan un solo episodio y que el grupo control. Esto se puede explicar debido a que la hormona del crecimiento se puede usar para medir la respuesta de las neuronas hipotalámicas o de otras áreas cerebrales, sensibles a la dopamina durante la supresión de estrógenos del postparto.

La supresión de la melatonina, que tiene efecto antidopaminérgico, se ha asociado también con los síntomas psicóticos postparto. Se cree que la melatonina actúa como un antipsicótico endógeno bloqueando la liberación límbica presináptica de dopamina y la supresión durante este período puede relacionarse con la presencia de los síntomas, por aumento de la actividad dopaminérgica.

Si este episodio se trata adecuadamente y con éxito, no se relaciona con un aumento del riesgo de psicopatología en el recién nacido, pero sí se ha evidenciado una alta probabilidad de que las DPCP presenten nuevos episodios, en especial si no reciben tratamiento de mantenimiento.

#### **3.3.7.4. Depresión post-aborto**

Las mujeres que presentan pérdidas del producto de la gestación, ya sea por aborto o por el nacimiento de un mortinato (óbito), poseen también riesgo de desarrollar un episodio de síntomas mentales postparto, principalmente dentro de los primeros tres meses de la pérdida; no obstante, el riesgo de presentar trastornos psiquiátricos permanece aumentado hasta cuatro años post aborto.

Se ha observado que las mujeres que presentan abortos y tienen antecedente de depresión, poseen casi el doble del riesgo que tendría si hubiera obtenido un hijo

---

<sup>47</sup> Relativo al tacto.

<sup>48</sup> Muerte dada por uno de los padres a un hijo.

vivo; en las mujeres sin antecedente de depresión el riesgo es similar al que poseen las madres que obtienen hijos vivos.

A su vez, se ha evidenciado que este riesgo se eleva en las mujeres de bajo nivel socioeconómico, que no tienen hijos, y también se puede producir un episodio depresivo en aquellas que no deseaban el embarazo, siendo un factor de alarma las que no se noten afligidas durante las dos primeras semanas o las que después de seis a nueve meses no presenten ninguna reducción de los síntomas depresivos.

Se afirma, además, que las mujeres que tienen mortinatos, poseen más síntomas de depresión y ansiedad especialmente en el tercer trimestre de su próximo embarazo y mayor riesgo de depresión postparto de su próximo parto, en especial si entre el mortinato y el posterior embarazo hay un lapso de tiempo menor de un año.

### **3.4. CAPÍTULO IV. ESTUDIOS REALIZADOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

#### **3.4.1. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

Por sus siglas en inglés IBD (Beck Depression Inventory), cubre una gama amplia de síntomas asociados con la depresión, tanto los de carácter afectivo, cognoscitivo, fisiológico y conductual. Zizumo (2007). Se ha convertido en el instrumento más utilizado para evaluar si una persona sufre una depresión. Entre sus múltiples ventajas destaca su rapidez, pues se contesta en relativamente pocos minutos, es un inventario altamente utilizado en el ámbito clínico, con el cual se han realizado infinidad de estudios, en donde se reconocen las propiedades psicosométricas del mismo.

El test fue desarrollado en 1961. Entonces constaba de 21 preguntas, que evaluaban un enorme espectro de síntomas de la enfermedad. Posteriormente se revisó en 1979, eliminando dos de estas 21 categorías, y estableciendo 4 respuestas para cada una (anteriormente había entre 4 y 6 respuestas).

##### Historia del Test de Depresión de Beck

El cuestionario fue creado por el doctor Aaron Temkim Beck, profesor de psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania. A principios de los 60 desarrolló la llamada Terapia Cognitiva, cuando puso en marcha una serie de experimentos para demostrar algunos de los preceptos fundamentales del psicoanálisis, pero no logró su objetivo, lo que le llevó a buscar otras formas de terapia.

Fue así como después de una larga temporada de trabajo, Beck desarrolló la Terapia Cognitiva, que parte de la base de que los problemas mentales y emocionales tienen su origen en procesos psicológicos que no se pueden observar desde el exterior. El postulado central es que la persona se ve alterada por su interpretación de lo que le ha ocurrido, y no por los sucesos en sí mismos.

##### Utilización del Inventario para la Depresión de Beck

El Inventario ha sido muy importante para la Psiquiatría, pues permite evaluar rápidamente a las personas de forma orientativa. En cualquier caso, el resultado del BDI no permite al médico por sí solo diagnosticar una depresión, pero le da pistas para llegar a conclusiones en el contexto del historial del afectado.

Por regla general, el psiquiatra entrega al paciente una copia del cuestionario, para que pueda seguirle con más claridad mientras él lee las preguntas y las cuatro respuestas. De estas últimas debe escoger la que describa mejor cómo se ha sentido ese día y durante la última semana.

El Inventario de Depresión de Beck, consta de 21 reactivos. Los primeros 14 se refieren a síntomas afecto-cognitivos y las 7 restantes a síntomas fisiológicos y conductuales que regularmente se incluyen en el diagnóstico de depresión mayor.

Las categorías evaluadas por el Inventario de Depresión de Beck son:

1. Ánimo
2. Pesimismo
3. Sensación de fracaso
4. Insatisfacción
5. Sentimientos de culpa
6. Sensaciones de castigo
7. Auto-aceptación
8. Auto-acusación
9. Idea suicida
10. Llanto
11. Irritabilidad
12. Aislamiento
13. Indecisión
14. Imagen corporal
15. Rendimiento laboral
16. Trastornos de sueño
17. Fatigabilidad
18. Apetito
19. Pérdida de peso
20. Preocupación somática
21. Pérdida de libido.

Los reactivos se evalúan con cuatro opciones de respuestas. Cada una de ellas es una aseveración en tiempo presente, que describen las características sintomáticas y conductuales de la persona. El reactivo tiene una escala de intensidad que va del 0 al 3, el 0 representa un estado de no depresión y el 3 de un estado depresivo grave. La puntuación total va de una escala de 0 a 63 puntos. La depresión se mide con puntuaciones altas.

### **3.4.2. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO**

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), por sus siglas en inglés. Se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen depresión postparto.

Estudios previos demostraron que la depresión postparto afecta por lo menos al 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo.

La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico.

La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta a las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala por si misma, a no ser que tenga problemas para leer.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación mayor a 10, muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> Véase formato de cuestionario aplicado en el estudio en Anexos/Pág. 161



### 3.4.3. ESCALA DE HAMILTON

La HDRS (Hamilton Depresión Rating Scale), por sus siglas en inglés, es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.

Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems<sup>50</sup>, posteriormente se realizó una, versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.<sup>51</sup> Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

El valor del puntaje obtenido se clasifica de la siguiente manera:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo.

---

<sup>50</sup> Hamilton, M., La escala de calificación de la depresión. *Psiquiatría* 1960 (23): p. 56-62.

<sup>51</sup> Ramos-Brieva, JC, AA nueva validación de la Escala de Hamilton para la depresión. p. 21-28.

### **3.5. CAPÍTULO V. COMPORTAMIENTO DE LA “NUEVA MADRE” ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS SOCIALES**

#### **3.5.1. LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO, “CONTACTO PIEL A PIEL”**

Durante el embarazo, el feto está totalmente ligado a la madre, encerrado en un medio en que todas las variables físicas están controladas y en el que es alimentado sin esfuerzo de su parte a través de la placenta.

La situación de los recién nacidos es diferente:

- No podemos saber cómo se siente un recién nacido/a pero podemos suponer que pasar a través del canal del parto es una experiencia traumática. Llega a un ambiente donde bruscamente conoce el aire, la luz, el hambre, el frío y mil cosas más.
- Después del parto, la criatura sigue dependiendo de su madre para su alimentación, abrigo, contacto, estímulo y comodidad, pero ya no está directamente conectada a ella. En los primeros meses tiene pocas maneras de llamar su atención y sólo tiene el recurso de llorar, hasta que aprende a desplazarse para buscar a su madre o a usar palabras y sonrisas para atraerla.
- Nacemos muy inmaduros y lo que se requiere para el desarrollo ya no se obtiene en forma automática. Todos nuestros órganos completan su desarrollo en el período post-natal. El cerebro humano experimenta el mayor crecimiento en las primeras semanas después del parto y el desarrollo neurológico se va completando lentamente. El aparato digestivo y el hígado son tan inmaduros que no pueden recibir otra cosa que leche con las características de la leche materna. Riñones, glándulas endocrinas y sistema inmunológico requieren sustancias nutritivas específicas que se encuentran en la leche materna.

Por esto, las necesidades de los recién nacidos son muchas. La madre puede satisfacer sus necesidades sensoriales y afectivas dándole calor y contacto físico, hablándole o cantándole, bañándole, etc.

Estos estímulos le sirven de referentes en el mundo físico. Por ejemplo, el feto escucha constantemente el latido cardíaco de la madre durante el embarazo; si ella lo mantiene cerca de su pecho después del parto, el seguir escuchando este latido le da al recién nacido una sensación de continuidad en medio de los cambios. La madre también puede satisfacer todas sus necesidades nutricionales a través de la lactancia, ya que la leche tiene el mismo significado biológico que la sangre que le llegaba a través de la placenta.

Si la madre que cursa por una depresión postparto y aún no es diagnosticada, tiene un alejamiento con el recién nacido, surge el miedo a que éste tenga secuelas tras la falta de vínculo materno.

Los estudios demuestran que la depresión postparto no tratada puede tener consecuencias cognitivas y emocionales en el recién nacido a corto y a largo plazo, como pueden ser problemas psicomotrices, de aprendizaje o de sociabilidad.

Por todo ello, se hace de nuevo evidente la necesidad de la prevención y de conocer los principales síntomas para poder iniciarse un tratamiento psicológico cuanto antes.

### 3.5.2. LACTANCIA MATERNA

Los cambios que experimenta la madre en la primera etapa postparto permiten que se establezca la lactancia y facilitan su recuperación fisiológica:

Durante los primeros días después del parto desaparecen de la circulación materna las hormonas que se producían en la placenta durante el embarazo y que mantenían inhibida la secreción de leche. Se producen grandes cantidades de prolactina (la hormona encargada de estimular la producción de leche) y de oxitocina (la hormona responsable de hacer salir la leche durante la succión y de estimular las contracciones que facilitan la involución uterina).

El ovario está deprimido, ya que la hipófisis (glándula que regula el trabajo del ovario) no produce suficientes hormonas para estimularlo. Esta inhibición del ovario dura algunas semanas en las mujeres que no amamantan, quienes presentan la primera ovulación entre cuatro y ocho semanas después del parto. En cambio, en la mujer que amamanta, el ovario se mantiene inhibido por un período más prolongado que puede durar semanas o meses. Durante las primeras semanas postparto, se producen también cambios en la anatomía del aparato genital y en la fisiología de la mujer que va recuperando paulatinamente la condición que tenía antes del embarazo.

Mientras dura la lactancia, el estímulo de la succión mantiene la fisiología de la madre en sintonía con las necesidades del niño/a, mantiene la producción de leche e inhibe la función ovárica y la recuperación de la fertilidad por un tiempo variable. La interacción entre la madre y su hijo/a cambia paulatinamente con el tiempo, a medida que disminuye la frecuencia de succión y el/la lactante comienza a recibir otros alimentos:

- Se inician nuevamente los ciclos menstruales, con la consiguiente recuperación de la fertilidad. La duración del período de amenorrea e infertilidad es variable.
- La madre se recupera paulatinamente del desgaste nutricional del embarazo y la lactancia. Es importante que el intervalo entre los embarazos sea suficientemente prolongado para permitir esta recuperación. Esto es aún más importante en las mujeres que no tienen un buen estado nutricional y que no tienen una dieta bien balanceada.

- Los niños aprenden a desplazarse, a hablar, a caminar y a relacionarse de modo diferente con el medio que los rodea. La madurez progresiva de sus funciones fisiológicas y neurológicas los hace cada vez más independientes. Tienen nuevas maneras de expresar sus demandas y otras personas pueden responder a ellas más fácilmente que en la primera etapa.

Es importante considerar el significado que puede tener una buena lactancia en este contexto. Esta se asocia a sentimientos de logro y satisfacción personal, aumento de la autoestima y aprobación social por el desempeño de la madre. Estos sentimientos son especialmente importantes para las mujeres de los sectores populares, quienes tienen pocas alternativas para sentirse realizadas y para obtener afecto o reconocimiento de sus parejas, sus familiares o el ambiente laboral. Además, la composición de la leche materna va cambiando a lo largo del tiempo para adaptarse a las necesidades del lactante en cada etapa de su desarrollo. Por estas razones, la lactancia es un componente esencial del postparto. Sin embargo, hay mujeres que deciden no amamantar por diversas razones o que no pueden hacerlo por razones médicas o que deben interrumpir la lactancia por cuestiones laborales y es importante respetar su decisión y su situación de vida.

Como lo expresaron mujeres entrevistadas durante un programa de fomento de la lactancia materna: "Yo creía que no valía nada, que no sabía nada. Al aprender que era tan importante para el niño, empecé a valorarme yo también" "Ahora sé algo que no sabía, que puedo aprender y hacer algo bien" "Lo que he aprendido del niño, se lo digo a mi esposo y ahora él está orgulloso de mí" "Lo que más me gusta es darle pecho a mi niña, me pasa algo tan rico." "Nunca pensé que sería tan bueno, el niño está bien y lo quiero tanto" "Me siento completa, siento al niño tan cerca, estoy tan contenta".

### Los conflictos

En la vida diaria, el deseo de ser buenas madres para el recién nacido/a puede entrar en conflicto con sus otras funciones como cuidar otros hijos si los hay, atender a las demandas de la pareja y realizar los trabajos domésticos. También puede entrar en conflicto con otras metas o necesidades como el trabajo fuera de la casa, actividades de desarrollo personal o de auto-cuidado, necesidad de descanso o demandas del grupo social. Además, está siempre presente el cansancio físico debido al gasto de energía que significa la lactancia y a la falta de sueño suficiente por las demandas del lactante durante la noche.

Las mujeres no deben sentirse culpables por sus conflictos de intereses en el período postparto, sino apoyadas por la familia en la búsqueda de soluciones. Lo ideal es que los conflictos se solucionen sin que se deteriore el cuidado de los recién nacidos y sin que la madre tenga que esforzarse más de lo que puede.

Los padres y otros adultos en la familia pueden ayudar en la atención de otros niños para permitir que la madre pueda descansar en algunos momentos durante el día. Habitualmente, las madres, suegras o hermanas realizan esta función en nuestra cultura.

### **3.5.3. LA NUEVA FAMILIA O EL CRECIMIENTO DE LA MISMA**

La relación con la pareja puede cambiar, especialmente después del primer parto. En ocasiones aparecen celos por parte del padre, quien reclama a la mujer porque el niño/a ocupa todo su tiempo y lo hace sentirse desplazado a un segundo lugar.

Las mujeres, en general, consideran inevitable su preocupación centrada en el hijo/a y esta doble exigencia afectiva puede ser fuente de tensión en la relación de pareja.

La participación del padre

Es distinta la relación de pareja cuando el padre se siente involucrado en la atención del niño/a y participa en los cuidados y manifestaciones de afecto y alegría. Esto constituye un estímulo para la mujer y hace más fáciles los cambios que se producen en la relación.

Las mujeres valoran mucho la ayuda y apoyo que reciben de sus parejas en esta etapa. No se trata sólo de ayuda en las tareas concretas ni de que esto beneficie solamente a la madre. Uno de los roles importantes del padre, en la crianza de sus hijos en las primeras etapas del postparto, es la contención afectiva de la madre. Mientras más tranquila y contenta se sienta la mujer, mejor y más fácil será su interacción con su hijo/a. Así, el padre contribuye al bienestar y crecimiento de los recién nacidos, facilitando un ambiente emocional adecuado.

Por otra parte, el padre tiene un papel esencial en el desarrollo psicomotor y social de sus hijos ya que él aporta estímulos sensoriales, cognitivos y afectivos que son complementarios o diferentes a los que entrega la madre. Esta variedad de estímulos enriquece el mundo interior de los niños y les ayuda a apreciar la diversidad del mundo que les rodea. Además, ambos padres perciben a sus hijos en forma diferente. Así, el niño o niña desarrolla una imagen más completa de sí, viendo reflejadas diferentes facetas de su personalidad.

Por otra parte, el padre y la madre representan una diferente identidad sexual y tienen diferentes perspectivas de acuerdo a su género masculino o femenino. Esto es un elemento esencial en la socialización de las niñas y los niños y en el desarrollo de su identidad como personas sexuadas. Idealmente, las diferentes perspectivas de ambos padres deben expresarse en un ambiente de colaboración, donde los conflictos se resuelvan en forma constructiva.

Uno de los grandes problemas en nuestra cultura es cuando el padre no participa en el cuidado y educación de sus hijos. En parte, los hombres consideran que su rol esencial es ser proveedores en lo económico y que no les corresponden a ellos las tareas relacionadas con los hijos o el hogar. En parte, las mujeres los excluyen porque sienten que el hogar es su territorio y argumentan que los hombres no saben hacerlo bien. Esta división rígida de las tareas puede crear frustraciones tanto en las mujeres como los hombres. Sin embargo, para la vida de pareja y el desarrollo de los hijos, es importante que ambos padres compartan los roles y tareas e, incluso, los intercambien con flexibilidad. Esto puede ser también un beneficio importante para el desarrollo personal de los hombres, no sólo por la satisfacción de ser mejores padres, sino porque su mundo afectivo se enriquece.

### La vida sexual

Otra fuente de tensión para las mujeres en las primeras semanas del postparto puede ser el momento para reiniciar la actividad sexual. Pueden sentirse físicamente doloridas o cansadas. Tienen, en general, mucho temor a otro embarazo. En muchos casos experimentan escaso o ningún deseo sexual y, a veces, una disfunción sexual.

Esto se debe a varios factores: a los cambios en los niveles hormonales, a los cambios emocionales, a la atención centrada en el hijo/a, a la falta de sueño y al cansancio. Puede haber dolor durante las relaciones sexuales, producido por la falta de lubricación de las paredes vaginales o como consecuencia de la cicatrización de la episiotomía.

Este desinterés por la vida sexual puede prolongarse por un tiempo variable. En cambio, los hombres generalmente desean reanudar las relaciones sexuales lo antes posible, lo que provoca conflictos en la relación de pareja.

Después del parto, se requiere un período variable de abstinencia. En algunas parejas, este puede estar precedido de abstinencia en las últimas semanas del embarazo, ya sea por temor de la pareja a provocar daño al feto o por indicación médica en caso de ciertas patologías. Esta abstinencia, si es prolongada, también puede causar tensión en la pareja.

El cambio en los roles de la madre, el cansancio producido por la demanda de atención del nuevo hijo y la tensión generada por el conflicto de roles determinan cambios en la receptividad de la mujer y en la conducta sexual. Por otra parte, el hombre puede sentirse postergado y rechazado al ver a la mujer centrada en el cuidado del recién nacido/a y menos dispuesta para la actividad sexual.



En la conducta sexual de este período también influye el temor a tener complicaciones médicas si se reinician las relaciones sexuales y el temor a un nuevo embarazo cuando aún no se ha iniciado un método anticonceptivo.

### El grupo familiar

En esta etapa, cambian las relaciones en el grupo familiar. Si hay otros hijos, suelen reaccionar con celos y agresión, conductas regresivas o comportamientos sorprendentemente adultos. Ambos padres deben estar atentos a estas manifestaciones y responder a las demandas de cariño que así se expresan.

Otros adultos de la familia pueden ser de gran ayuda, haciéndose cargo de algunas funciones que entran en conflicto con la atención de los niños, como las tareas domésticas, o encargándose de entregarles afecto y entretenimiento mientras la madre tiene que destinar mucho tiempo al lactante.

En caso de que la madre esté cursando por una depresión postparto, es necesario que si hay mas hijos se les de una correcta orientación, en primer lugar hay que tener en cuenta la edad del niño y, en función de ésta, adaptar la información y el lenguaje a su nivel evolutivo. Mentirle y decirle que a mamá no le pasa nada es perjudicial, pues buscará la respuesta en sus fantasías y hasta puede llegar a pensar que es por su culpa.

Las investigaciones han demostrado que los niños tienen una gran capacidad de adaptación emocional. También es bueno que continúen con sus hábitos en la medida de lo posible y que los adultos estén receptivos ante cualquier duda que puedan tener, respondiendo con cariño y paciencia.

### 3.5.4. EL ENTORNO DE LA MADRE

Hay que recordar que muchas mujeres están sin pareja en el momento del parto. Ellas viven una situación muy difícil, especialmente si son muy jóvenes y no cuentan con suficiente apoyo de su grupo familiar. Tanto la comunidad como las y los profesionales de la salud, podemos ayudar en esta etapa, ofreciendo comprensión y apoyo emocional y motivándolas a compartir su experiencia con otras mujeres en situación similar y creando o facilitando redes de apoyo a su alrededor.

Cuando se habla de depresión postparto, no se debe dejar de lado a los familiares de la mujer que la sufre, pero ¿cómo afecta la depresión postparto al entorno de la madre?

Para los familiares, la pareja y los hijos es muy doloroso ver a su ser querido sufrir en una situación que además no se comprende. A esto se le suma la impotencia de no saber cómo ayudar y la culpabilidad por no estar haciendo lo correcto. Por este motivo, además de la intervención con la mujer, es recomendable dedicar espacio y tiempo para hablar con los familiares e informarles acerca del trastorno, su curso y tratamiento.

Conocer qué es la depresión o la psicosis postparto puede ayudar al entorno a entender por qué una madre tiene esos comportamientos con su hijo. Además, el tener información da sensación de control y si se obtienen pautas acerca del cuidado de la madre y los pasos a seguir en el día a día disminuirá la incertidumbre y la sensación de impotencia. La mejor manera de ayudar en esta situación es transmitiendo apoyo, cariño y empatía. Es importante estar abierto al diálogo, infundir ánimo y, sobre todo, respetar el ritmo que vaya marcando la mujer o, en su caso, el profesional que la atiende.

Normalmente, lo que sale por instinto es intentar animar a alguien que se encuentra deprimido, y una forma de hacerlo es intentar distraerle, buscar actividades divertidas o argumentar razones lógicas para sentirse bien, lo que en esta situación es contraproducente, pues la mujer puede sentirse poco comprendida, presionada y culpable por sentirse así, incrementando su malestar. No debemos olvidar que la mujer deprimida no ve la realidad como los demás y que ella no elige sentirse así. Los familiares y amigos también pueden contribuir ayudando a la madre en el cuidado del recién nacido y con otras tareas cotidianas. Con el tiempo, la mujer irá paulatinamente incorporando nuevas responsabilidades.

### **3.6. CAPÍTULO VI. TRATAMIENTO, PRONÓSTICO Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

#### **3.6.1. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN**

Tratamiento es cuidado y atenciones prestadas a un paciente, con el objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno o lesión traumática.<sup>52</sup>

Es importante saber que la depresión postparto (DPP) es tratable y que desaparecerá. El tipo de tratamiento dependerá de la severidad de la DPP. La DPP puede ser tratada con medicamentos (antidepresivos) y psicoterapia.

Muchas veces se aconseja a las mujeres que asistan a un grupo de apoyo para hablar con otras mujeres que están pasando por la misma situación. En general el tratamiento de la depresión postparto tiene buenos resultados. Sin embargo, el buen pronóstico dependerá de la detección precoz del problema.

En primer lugar, es necesario identificar, reconocer y diagnosticar la enfermedad. Algunos profesionales de la salud se encuentran capacitados para afrontar la depresión postparto, sin embargo, otros lo pasan por alto.

Una vez que se sospecha la presencia de este trastorno, hay que animar a la paciente para que exprese como se siente realmente tras el parto de su hijo. Si manifiesta sentirse triste, desgraciada, irritable, incompetente, asustada y desinteresada por el bebé, debe aceptarse esto con una actitud comprensiva, no con alarma ni reproches.

El decirle a la madre que todo lo que le está pasando es consecuencia de que tiene una enfermedad llamada depresión postparto suele ser de gran ayuda, ya que por lo menos sabrá a qué tiene que enfrentarse. Hay que tranquilizarla e intentar convencerla de que ella no es una madre caprichosa, extravagante o una mala madre, y de que muchas otras personas han padecido y padecen la misma enfermedad. Hay que advertir a la paciente que el tratamiento necesitará su tiempo para hacer efecto y que será necesario el concertar algunas citas para que reciba el apoyo necesario hasta que se recupere.

---

<sup>52</sup> Diccionario de Medicina Mosby 2004, Pág. 1289.

En este momento es importante involucrar a la pareja de la paciente de forma que él pueda comprender qué es lo que ha estado pasando (no olvidemos que él también ha estado sufriendo las consecuencias de la depresión postparto). Posiblemente él sea quien mejor pueda apoyar a la paciente, aunque también necesitará algo de apoyo para sí mismo, especialmente si es el primer hijo que tiene la pareja y si se ha sentido desplazado tras su llegada.

Este es un aspecto realmente importante ya que si el esposo está resentido y no comprende hasta qué punto su esposa necesita de su apoyo y ayuda podrán surgir más problemas. El marido de la paciente también se sentirá aliviado por el diagnóstico y por recibir consejos sobre cómo actuar. La ayuda práctica con el recién nacido, una actitud comprensiva y afectiva y el ser positivo serán apreciados incluso cuando la depresión desaparezca.

Los tratamientos de la depresión varían ampliamente y son diferentes para cada individuo, regularmente se intentan varios tipos de estos y sus combinaciones.

#### **3.6.1.1. Tratamiento con medicamentos**

Los medicamentos antidepresivos son regularmente la primera opción de tratamiento prescrita por los médicos. Los antidepresivos alivian los síntomas de la depresión, lo cual facilita al paciente enfrentar sus problemas y tomar las acciones apropiadas.

Muchas veces es combinado con tratamiento psicoterapéutico para aumentar su eficacia. En general, se ha demostrado que los inhibidores de la recaptación de serotonina son más eficaces que los antidepresivos tricíclicos.

- Drogas Tricíclicas. Son las más viejas y casi fuera de uso, ya que provocan efectos secundarios como hipertensión, náuseas, boca seca y fallas en la memoria. Además de ser potencialmente mortales en sobredosis moderadas. Aún se utilizan dada su alta potencia en casos severos de depresión clínica.
- Inhibidores de serotonina (SSRIs). Comprenden la familia estándar de antidepresivos. Se piensa que una de las causas de la depresión es la producción de una cantidad no adecuada de serotonina, un químico que el cerebro usa para transmitir señales entre las neuronas. Estas drogas previenen la reabsorción de serotonina para mantener al cerebro funcionando correctamente. Sus efectos secundarios son poco severos, como náuseas, boca seca o reducción de la funcionalidad sexual.

- Inhibidores de monoamino-oxidasa (MAOIs). Estos se usan en caso de que otros tratamientos sean inefectivos. Son peligrosos ya que tienen interacciones no deseables con ciertos alimentos y drogas.
- Inhibidores de noradrenalina (NARIs). Actúan por vía de la noradrenalina y se supone que tienen un efecto positivo en la concentración y la motivación.
- Inhibidores de serotonina y norepinefrina (SNRIs). Son una forma nueva de antidepresivo con efectos secundarios muy similares a los SSRIs aunque con algo de síndrome de abstinencia al abandonar el tratamiento.
- Tranquilizantes y sedantes. Típicamente prescritos para calmar la ansiedad y apoyar al sueño. Dado su alto potencial para adicción, se aplican solamente para uso ocasional o de corto plazo. Normalmente se usan para combatir efectos secundarios de otras drogas.
- Antipsicóticos. Son estabilizadores de humor efectivos en tratar la ansiedad que se utilizan para aumentar la potencia de algún antidepresivo o para aliviar los síntomas psicóticos o paranoides que acompañan a la depresión clínica. Sus efectos secundarios son severos: visión borrosa, espasmos musculares, disquinesia (movimientos involuntarios) y aumento de peso.
- Litio. Este sigue siendo el tratamiento estándar para el desorden bipolar, pero también es particularmente efectivo para prevenir recaídas en pacientes que hayan sufrido de depresión. Puede causar sed, temblores, náusea o diarrea.
- SP Antagonistas. La sustancia P es un péptido neuroquímico de amplia distribución en el cerebro; en 1980 se crearon una serie de clones del receptor cerebral de esta sustancia, de estos, el compuesto MK-869 se ha probado para combatir depresiones mayores y ha dado resultados satisfactorios. Los “antagonistas de sustancia P” como sería su nombre en español, son más eficaces que la paroxitina pero con efectos laterales mucho menos malignos.

### **3.6.1.2. Terapia psicológica**

Se ha comprobado que la psicoterapia a corto plazo es útil en distintos trastornos depresivos. Este tipo de terapia se concentra en tratar los problemas que agravan la depresión, ayudando a los pacientes a cambiar su forma de pensar y de actuar asociada a la depresión.

Por otro lado las terapias tratan de ayudar al paciente a resolver sus conflictos, este tipo de terapia se complementa con medicamentos o terapia electroconvulsiva.

En la terapia psicológica, el paciente recibe asistencia para entender y resolver los problemas que puedan estar contribuyendo a la depresión. Esto se puede hacer a solas o dentro de un grupo, y es dirigido por profesionales de salud mental, como son psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales o enfermeras psiquiátricas. Es importante para el paciente conocer el entrenamiento con el que cuenta el terapeuta, así como los métodos que emplea, ya que se forma un lazo entre el medico y el paciente, es importante que el paciente se sienta comprendido por el terapeuta.

Los consejeros pueden ayudar a una persona a hacer cambios en sus patrones de pensamiento, a lidiar con problemas de relaciones interpersonales, detectar y tratar recaídas y entender los factores que contribuyen a la depresión.

Existen muchos métodos terapéuticos, como la terapia de habilidades sociales, la terapia de auto-control o la de resolución de problemas, pero todas están orientadas a mejorar el funcionamiento personal e interpersonal del paciente.

La terapia cognitiva o “Terapia Cognitiva del Comportamiento” se enfoca en como la gente se ve a sí misma y a sus relaciones con el mundo. Funciona contraatacando los patrones negativos del pensamiento y aumentando la autoestima. La terapia se puede usar para ayudar a desarrollar o mejorar las habilidades interpersonales del paciente para aliviar el estrés.

La “Terapia de Comportamiento” se basa en asumir que los comportamientos se aprenden para poder así, enseñar al paciente, nuevos comportamientos más saludables.

La “Terapia de Apoyo” alienta a la gente a discutir sus problemas y las provee de apoyo emocional. El enfoque es compartir información, ideas y estrategias para sobrellevar la vida diaria.

La “Terapia Familiar” Ayuda a la gente a vivir juntos de una manera más armónica y a deshacer patrones de conducta destructiva.

### **3.6.1.3. Terapia electroconvulsiva**

También conocida como terapia de electrochoques, terapia de shock o ECT (Electroconvulsive Therapy), por sus siglas en inglés, la terapia electroconvulsiva emplea choques pequeños y controlados de electricidad (fijados a 0.9 amperes en máquinas típicas) en el hemisferio derecho para inducir un ataque epiléptico artificial mientras que el paciente se encuentra bajo el efecto de anestesia general.

Este tipo de terapia ha adquirido una reputación temible por su uso como método de represión por la antigua URSS, y las muestras ficticias de esta en el cine y la televisión. Pero cuando se aplica apropiadamente es un tratamiento útil donde han fallado otros o donde el uso de drogas no es viable, como por ejemplo durante el embarazo o la lactancia.

En un régimen de tratamiento típico, el paciente recibe alrededor de tres tratamientos por semana por cerca de un mes, aunque en algunos casos se puede requerir sesiones repetidas. Se puede sufrir de pérdida de memoria a corto o largo plazo a causa de este tratamiento, así como cefalea.

### **3.6.1.4. Tratamientos naturales**

Una variedad de actividades naturales pueden utilizarse para aliviar la depresión, como son el ejercicio, el yoga o la meditación.

Es ampliamente creíble que el ejercicio y la actividad física ayuda a los pacientes a superar la depresión de una manera más rápida y tranquila durante el curso de otro tratamiento, también se cree que ayuda a que los antidepresivos y la psicoterapia funcionen más rápido y de manera efectiva.

Puede ser difícil encontrar la motivación para hacer ejercicio si la depresión es severa, pero es recomendable que los pacientes tomen parte de actividades físicas con horarios regulares si es posible. El ejercicio no debe ser extenuante necesariamente; ejercicios cardiovasculares ligeros como caminar o trotar pueden ser de gran ayuda.

El ejercicio produce niveles altos de químicos como la dopamina, la serotonina y la norepinefrina en el cerebro. En general, esto trae una mejora en el humor, lo cual es efectivo en contrarrestar la depresión.

Desafortunadamente podemos notar como el conflicto “causa-efecto” al que se enfrenta el estudio de la depresión tiene graves consecuencias en el tratamiento al que se puede someter un paciente, ya que al parecer los tratamientos médicos pueden no ser más que intentos burdos por contrarrestar las consecuencias de un cuadro depresivo disparado por algún trauma infantil o una experiencia desagradable.

Por otro lado, también es notorio como la terapia psicológica aunada a los tratamientos químicos presentan una alternativa viable para las personas que sufren de este trastorno.



### **3.6.2. PRONÓSTICO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

La mayoría de las madres con depresión posparto se recuperan por completo. Esto es especialmente cierto si la enfermedad se diagnostica y se trata en su etapa inicial.

Alrededor del 50% de las mujeres que se recuperan de una depresión posparto vuelven a desarrollar la enfermedad en futuros embarazos.

Para disminuir el riesgo, en algunos casos de mujeres con antecedentes de depresión posparto, se sugiere comenzar a tomar antidepresivos inmediatamente después del parto, antes de que éstas puedan tener depresión.

Es complicado predecir cuánto tiempo dura la depresión posparto. En algunos casos la duración puede ser limitada y en otros pueden durar meses. Se recomienda tratar la depresión posparto desde el principio. Si no se trata adecuadamente puede persistir durante meses e incluso años.

En general, con un buen acompañamiento, apoyo de la pareja y familia, terapias alternativas, tomar conciencia personal del momento que se está viviendo, el pronóstico es bastante bueno.

### 3.6.3. CONSECUENCIAS SI NO SE DA UN TRATAMIENTO

Una depresión postparto no diagnosticada y no tratada adecuadamente puede llevar a grandes problemas en la madre y en la familia, y en último término afectar al niño quien puede tener por ejemplo; retrasos en el desarrollo del lenguaje o el desarrollo cognitivo, o bien, presentar a futuro problemas conductuales en el colegio.

La madre deprimida no tiene ganas ni energía para relacionarse activamente con su bebé ni con los demás. Se siente aislada e incomprendida y a la vez que temerosa de expresar su sufrimiento. Puede pasar la mayor parte del día con preocupaciones obsesivas, sentimientos de fracaso, incompetencia e incluso deseos de muerte.

La depresión postparto tiene un efecto significativo en el desarrollo emocional y cognitivo del niño. Las madres deprimidas interactúan menos con sus bebés, se altera la comunicación y el niño está menos estimulado, es decir, la depresión dificulta la maternidad y la crianza.

Los hijos de madres con depresión postparto tienen más problemas de conducta y peor rendimiento cognitivo que los hijos de madres que no padecen depresión. Los niños cuyas madres siguen deprimidas después de 6 meses tienen peor desarrollo psicomotor al año de vida.

La mayoría de las mujeres suelen mejorar en algún grado al cabo de semanas, meses o incluso uno o dos años. Sin embargo, esto es a costa de un gran sufrimiento injustificado. La depresión postparto hace de la maternidad una mala experiencia y dificulta la relación entre la pareja, sin poder medir exactamente, cuántos casos de divorcio pueden darse a consecuencia de este padecimiento. De forma que lo mejor es detectar lo antes posible este trastorno para tratarlo de la manera adecuada. La expresión de sentimientos, la comunicación, la ayuda familiar, la buena distribución de las actividades en el hogar, son algunas intervenciones sugeridas para la buena recuperación y salud mental de las pacientes púerperas. Depende del personal de enfermería, explicarle los diferentes cambios emocionales y conductuales, para que no intente ser una “súper mamá” y de esta manera, que no se encuentre en debilidad física por la recuperación de un proceso de parto y establecer correctamente las intervenciones oportunas de enfermería para que tenga un buen establecimiento de sus prioridades y se pueda integrar de manera formidable a su vida habitual.

### 3.6.4. PREVENCIÓN

Es cualquier acto dirigido a prevenir la enfermedad y promover la salud cuyo objetivo es evitar la necesidad de atención primaria, secundaria o terciaria.<sup>53</sup>

Existen 3 formas de prevención:

- Detectar precozmente el trastorno
- Tratarlo rápidamente
- Evitar sus consecuencias, al respecto debemos sugerir a la madre lo siguiente:
  - No intente ser una súper mujer.
  - Evite mudarse de casa mientras está embarazada o hasta que el niño tenga, por lo menos, seis meses.
  - Haga amistad, o contacte con otras parejas que están esperando un hijo o que lo hayan tenido recientemente.
  - Identifique a alguien en quien puede confiar, es bueno disponer de una amistad a quien acudir en caso de necesidad.
  - Si ha sufrido previamente una depresión postparto, no significa que vaya a tenerla de nuevo en el siguiente parto.
  - Lo que se recomienda tras el parto, es que se ponga en contacto con el profesional de la salud para que éste vigile la posible aparición de cualquier signo de recurrencia de la depresión postparto, y así comenzar lo antes posible con el tratamiento.

La psicoterapia interpersonal interactiva ha demostrado ser efectiva en la reducción del riesgo de desarrollar depresión postparto en mujeres que tuvieron episodios previamente. La detección temprana de síntomas y la pronta iniciación del tratamiento pueden reducir significativamente las consecuencias.

Es importante tener en cuenta algunos factores que pueden inducir una mayor probabilidad de sufrir depresión postparto. Varios estudios han demostrado que el embarazo en adolescentes se asocia con una tasa mayor de DPP.

De la misma manera, aquellas mujeres que tienen un embarazo no deseado, sobre todo en madres solteras, mujeres con escasa red de soporte social o que estén expuestas a factores de estrés psicosocial en los últimos 6 meses.

---

<sup>53</sup> Según Diccionario de Medicina Mosby (2004, Pág. 1066)

### **3.6.5. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

- Proporcionar cuidados individualizados y flexibles durante el posparto basándose en la identificación de síntomas depresivos y en la preferencia de la madre.
- Poner en marcha las estrategias de prevención en el posparto.
- La EPDS (Escala para la Depresión Postparto de Edimburgo) se puede administrar en cualquier momento durante el periodo del posparto.
- Alentar a las madres a completar la EPDS después del parto, por sí mismas y en la intimidad.
- Proporcionar una valoración inmediata en caso de autolesiones, ideas o comportamientos suicidas cuando una madre presenta una puntuación positiva (por ejemplo, de 1 a 3) en el ítem 10 de la escala EPDS sobre autolesiones.
- Proporcionar intervenciones semanales de apoyo y valoraciones continuas, centradas en las necesidades de salud mental de las madres puérperas que experimentan síntomas depresivos.
- Facilitar oportunidades de participar en grupos de apoyo a las madres puérperas con síntomas depresivos.
- Facilitar la participación de la pareja y los miembros de la familia a la hora de prestar cuidados en el posparto, según corresponda, a las madres que experimentan síntomas depresivos.
- Promover actividades de autocuidado entre las nuevas madres para ayudar a aliviar los síntomas de depresión durante el periodo posparto.
- Consultar los recursos apropiados para obtener información actualizada y precisa antes de educar a las madres con síntomas depresivos acerca de los medicamentos prescritos.

# **Tercera parte**

#### 4. RESULTADOS

La muestra obtenida para el estudio, incluye 340 pacientes cursando por un puerperio fisiológico o quirúrgico y que fueron atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de julio de 2013, cuyo rango de edad oscila entre los 14 y 39 años.

Se realizó un análisis transversal, mediante la Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto, incluyendo las variables siguientes: Edad, Estado civil, Escolaridad, Situación económica, Control prenatal y Tipo de procedimiento (Parto Fisiológico o Cesárea).

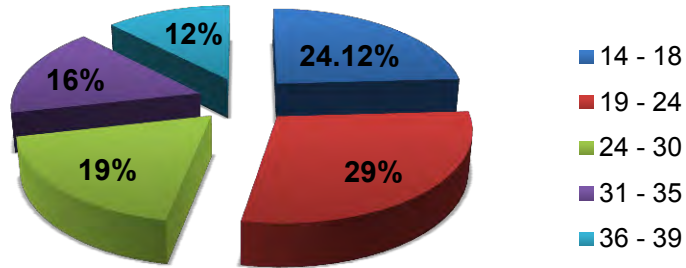
De acuerdo al cotejo de los resultados obtenidos durante el periodo de estudio del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013, se obtienen lo siguiente:

**Cuadro 2. Resultados de las Variables**

<b>CANTIDAD DE MUJERES ENTRE LAS EDADES DE 14 A 39 AÑOS</b>				
14 - 18	19 - 24	25 - 30	31 - 35	36 - 39
82	98	63	55	42
<b>ESTADO CIVIL</b>				
Solteras	Casadas		En unión libre	
50	146		144	
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>				
Primaria	Secundaria	Medio superior	Superior	
40	112	158	30	
<b>SOLVENCIA ECONÓMICA</b>				
Adecuados a sus necesidades	Suficientes		Problemas económicos	
40	201		99	
<b>CONTROL PRENATAL ADECUADO</b>				
SI $\geq 5$			NO $< 4$	
180			160	
<b>TIPO DE PROCEDIMIENTO</b>				
Parto fisiológico			Cesárea	
249			91	
<b>DEPRESIÓN POSTPARTO</b>				
EDAD	EPDS menor que 10 Sin riesgo de depresión posparto	EPDS 10-12 Puntaje límite para riesgo de depresión	EPDS mayor o igual a 13 Puntaje indicador de probable depresión	
14 - 18	46	22	14	
19 - 24	71	25	2	
25 - 30	58	4	1	
31 - 35	48	4	3	
36 - 39	19	10	13	
TOTAL	242	65	33	

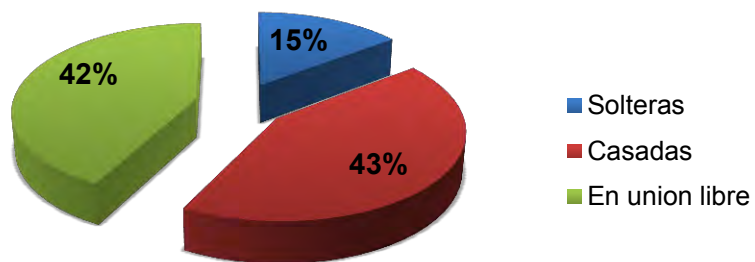
Gráfica 1

Porcentaje de Pacientes entre los 14 y 39 años, de una muestra de 340, atendidas en el Hospital General José Vicente Villada, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013



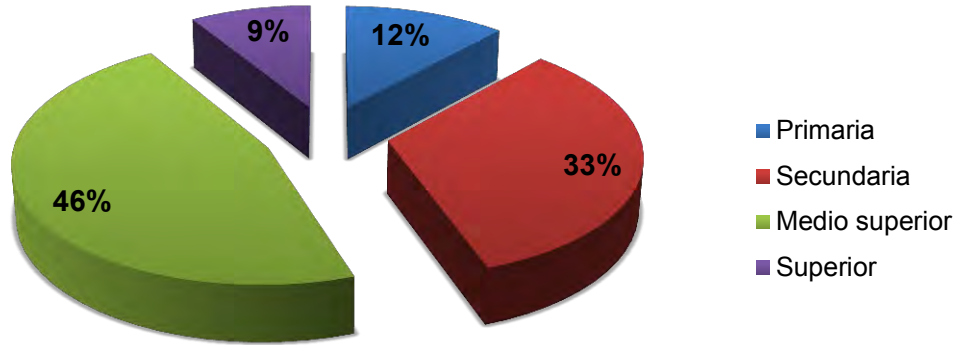
Gráfica 2

Estado civil de las Pacientes incluidas en el estudio



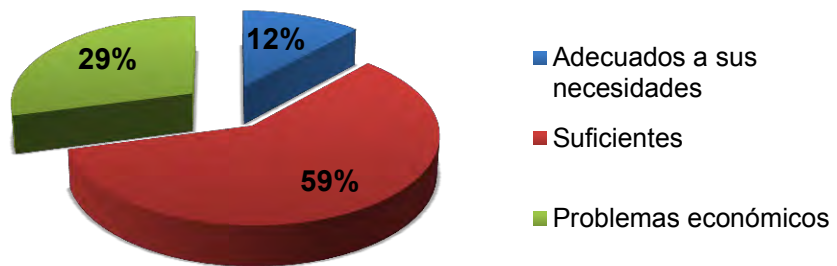
Gráfica 3

Escolaridad de las Pacientes incluidas en el estudio



Gráfica 4

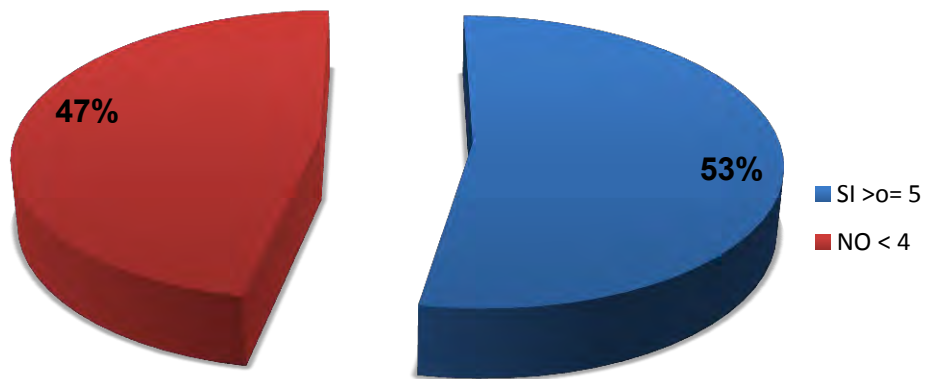
Solvencia económica de las Pacientes incluidas en el estudio





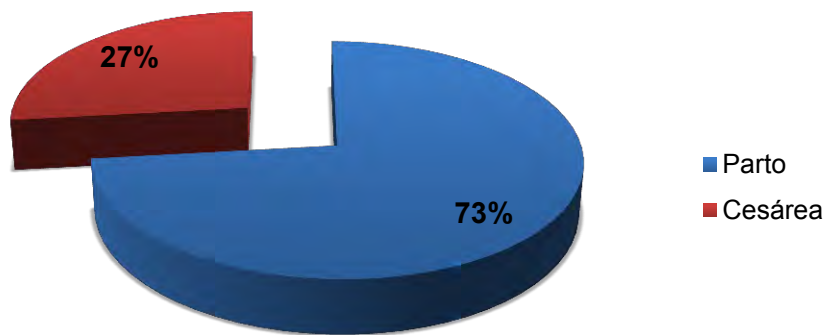
Gráfica 5

Control prenatal adecuado de las Pacientes incluidas en el estudio



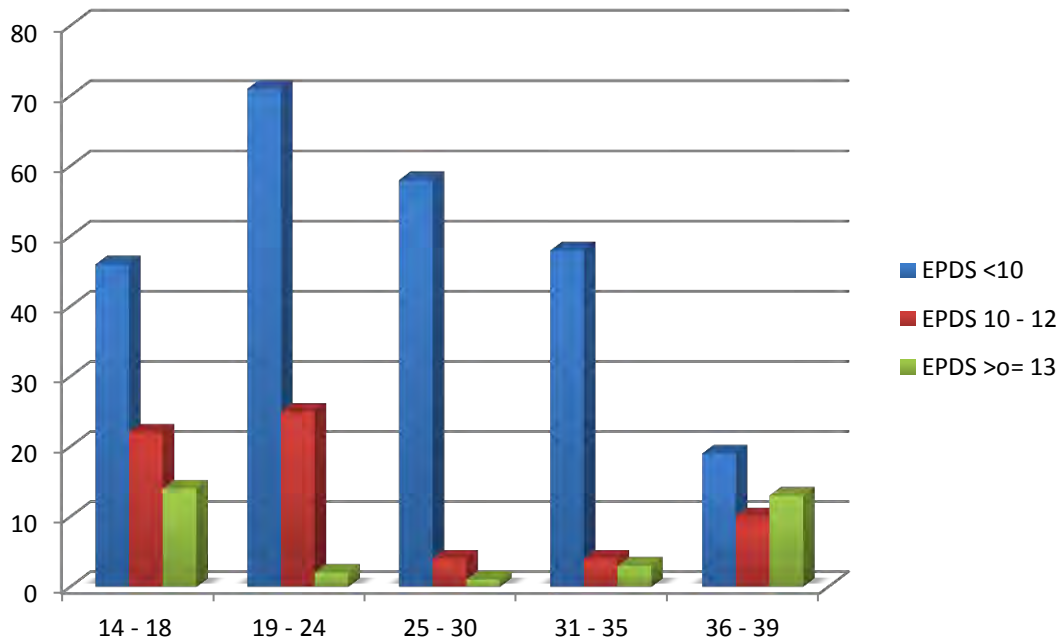
Gráfica 6

Tipo de procedimiento de las Pacientes incluidas en el estudio



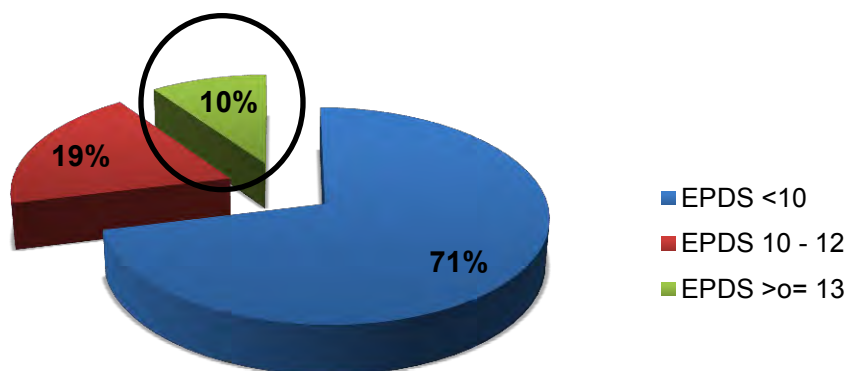
Gráfica 7

**Puntaje de la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo de las Pacientes incluidas en el estudio por escala de edades.**



Gráfica 9

**Porcentaje total de Pacientes con alto riesgo de Depresión Postparto de acuerdo al test de Edimburgo.**



#### 4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis cualitativo de las variables se obtuvo de la muestra de **340** pacientes cursando por un puerperio fisiológico o quirúrgico, atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013. De acuerdo al rango de edad de las pacientes incluidas en el estudio (14 – 39 años), se obtuvo que **98** pacientes (**29%**), oscilaban entre los **19 y 24** años, 82 pacientes (21.12%) de entre 14 y 18 años, 63 pacientes (19%) entre 24 y 30 años, 55 pacientes (16%) entre 31 y 34 años y 42 (12%) pacientes entre 36 y 39 años. Con lo cual se puede observar que la población femenina que acude a los servicios de salud, en su mayoría son menores de 25 años.

Con respecto al estado civil de las 340 pacientes incluidas en el estudio, obtenemos que 146 (**43%**) son **casadas**, representando el mayor porcentaje, con un rango de diferencia del 1%, es decir 144 (42%) de las pacientes viven en unión libre y solo 50 (15%) son solteras.

En cuanto a la escolaridad, se obtiene que **158** pacientes (**46%**), tienen estudios de nivel medio superior, 112 (33%) concluyeron la secundaria, 40 pacientes (12%) cuentan con educación primaria y solo 30 (9%) tienen estudios universitarios.

La solvencia económica fue una de las variables en donde hubo mayor coincidencia entre las 340 pacientes incluidas en el estudio, ya que 201 pacientes (59%) manifestaron tener recursos económicos “suficientes” para cubrir sus necesidades básicas, 99 pacientes (29%) refirieron tener problemas económicos y solo 40 (12%) mencionaron tener ingresos económicos por arriba de lo justo.

Referente al control prenatal, se pudo observar que a pesar de que hoy en día existe la información y los medios necesarios para poder llevar un buen control prenatal, muchas mujeres no acuden a sus centros de salud como debe ser, incluso, hay mujeres que no van a una sola consulta de control, lo cual nos indica que el profesional de la salud debe establecer estrategias que motiven a las futuras madres a asistir a sus unidades de salud desde antes y durante el transcurso de la gestación. Los datos obtenidos de la muestra de 340 pacientes, arrojaron que **180 (53%)** sí acudieron a sus consultas de control prenatal y 160 (47%) no lo hicieron, o acudieron a menos de 4 consultas de control.

La Organización Mundial de la Salud establece que de los nacimientos totales sólo deben practicarse 15% por cesárea y en los hospitales de tercer nivel en nuestro

país, el porcentaje tolerado puede ser de hasta 20% debido a la atención de embarazos de alto riesgo. Pero el número de estas cirugías se ha incrementado a un 36% en la última década. En el sector público el porcentaje de cesáreas llegó a 50% y en los hospitales privados alcanza un 90%. México no es el único país en rebasar esta media permitida, a nivel mundial también se ha excedido la medida recomendada por la OMS, ya que el promedio de nacimientos por esta vía es de 80%.

La razón de que en las clínicas privadas el número de cesáreas sea mayor, obedece a una cuestión económica; ya que el parto fisiológico requiere un médico, enfermera y pediatra, un día de hospitalización y hasta 10 horas de trabajo de parto.

En cambio, la cesárea requiere hasta tres días de internamiento, además de un quirófano y un anestesiólogo, lo que incrementa los costos. Los factores culturales también han influido. “Las mujeres ya no quieren la labor de parto, le tienen miedo a que el bebé salga por el canal vaginal y prefieren programar su cesárea.

Sin embargo, los riesgos y las contraindicaciones surgen precisamente en la cirugía. La OMS ha demostrado que las cesáreas requieren, en gran medida, el uso de antibióticos después del parto para prevenir infecciones a nivel abdominal. La recuperación es más lenta, la cicatrización de la herida tarda más y las pacientes tardan hasta tres días en abandonar el hospital.

Además, la morbilidad y mortalidad materna, así como la mortalidad neonatal y la permanencia del recién nacido en terapia intensiva, están directamente relacionadas con el abuso de esta cirugía.

En los datos obtenidos en el estudio para esta variable, se puede notar que en el Hospital General “José Vicente Villada”, se realizan más procedimientos de partos fisiológicos que por Cesárea, ya que **249 (73%)** pacientes de las 340 que componen la muestra, cursan por un **puerperio fisiológico**, y solo 91 pacientes (27%) cursan un puerperio quirúrgico.

De acuerdo a la correlación de resultados, en los cuestionarios aplicados mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, se obtiene lo siguiente:

De la muestra de 340 pacientes que participaron en el estudio, el 10% corresponde a un EPDS mayor o igual a 13 que es el puntaje indicador de probable depresión postparto, distribuyéndose de la siguiente manera.

Tabla 5. Porcentajes de pacientes con EPDS mayor o igual a 13

EDAD	PORCENTAJE
<b>14 – 18</b>	<b>4.2%</b>
19 – 24	0.6%
25 – 30	0.3%
31 – 35	0.9%
<b>36 – 39</b>	<b>4.0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10%</b>

Como se observa en la tabla anterior, del 10% total de las pacientes con **EPDS mayor o igual a 13**, el **4.2%** corresponde al rango de edad entre **14 y 18** años (14 de 82 pacientes), en las cuales se destaca lo siguiente:

- El 70% manifestaron vivir en unión libre con su pareja.
- El 55% refirió tener recursos económicos “suficientes” para cubrir sus necesidades básicas.
- El 60% cuenta con escolaridad a nivel secundaria.
- El 51% acudió a menos de 4 consultas de control prenatal.
- El 81% cursaba un puerperio fisiológico.
- Solo 2 de las 14 pacientes refirieron tener un empleo.

**EDAD PROMEDIO**<sup>54</sup> = 16.4 AÑOS

**MODA** = 17 AÑOS

**MEDIANA** = 17 AÑOS

En correlación al dato anterior, se puede observar que del 10% total de las pacientes con **EPDS mayor o igual a 13**, el **4.0%** corresponde al rango de edad entre **36 y 39** años (13 de 42 pacientes), de las cuales:

- El 99% de pacientes son casadas.
- El 70% refirió tener recursos económicos “suficientes” para cubrir sus necesidades básicas.
- El 52% cuenta con escolaridad de nivel medio superior.
- El 90% acudió a 5 o más consultas de control prenatal.
- El 75% cursaba un puerperio fisiológico.
- Ninguna de estas pacientes refirió tener empleo.

**EDAD PROMEDIO** = 37 AÑOS

**MODA** = 36 AÑOS

**MEDIANA** = 37 AÑOS

<sup>54</sup> Ver tablas de los registros. Anexos B. Pág. 164

Con estos datos podemos observar que las pacientes que se encuentran con un alto riesgo de padecer una depresión postparto se encuentran en los extremos de las edades, es decir, las que tienen una edad promedio de 17 años y 37 años.

Estos resultados nos permiten ver un panorama muy marcado en cuanto a sus condiciones sociodemográficas y económicas. Las de menor edad en su mayoría solo tienen una escolaridad a nivel secundaria, viven en unión libre con su pareja, sus recursos económicos son “suficientes” (en dos casos mencionaron tener problemas económicos) y no tuvieron un control prenatal adecuado.

En el estudio observacional se destaca el hecho de la falta de identificación con sus bebés, algunas no accedían a la lactancia materna, manifestando no tener producción de leche (cuando se verificaba mediante la exploración todas tenían producción de leche) y se mostraban renuentes ante el fomento a lactancia materna, en muchas ocasiones se mostraban apáticas ante el hecho de cambiar el pañal al recién nacido, pocas veces preguntaban acerca de los cuidados que debían tener en casa (aún siendo algunas madres primerizas) y no les ilusionaba el hecho de ver a sus familiares en la hora de visita, incluso en algunos casos llegaron a discutir con su pareja o algún miembro de su familia.

Por otro lado, las mujeres entre los 36 y 39 años, que resultó ser el segundo lugar (4.0%) en el porcentaje total de las expuestas a la depresión postparto, se mostraron melancólicas, en algunas ocasiones una de las pacientes lloraba. Otras pasaban el tiempo platicando con sus compañeras de cuarto acerca de problemas económicos, o de la preocupación de sus otros hijos que estaban en casa, cuando llegaba la hora de visita se centraban en el hecho de atender a sus familiares y si el bebé comenzaba a llorar llamaban a alguna de las enfermeras para que las “apoyaran” con fórmula para que se controlara el recién nacido. No obstante, en este grupo de mujeres, resalta que las condiciones sociodemográficas varían en comparación al rango de 14 y 19 años, arrojando como resultado que solo una de ellas vivía en unión libre con su pareja, su escolaridad ascendía a un nivel medio superior y sus condiciones económicas estaban menos comprometidas que las pacientes con menor edad.

Por lo cual se pudo notar que a pesar de que los factores de riesgo sociodemográficos, culturales, educativos y económicos pueden tener semejanza en los diferentes rangos de edad de las pacientes atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Julio de 2013, las pacientes que resultaron expuestas a padecer una depresión postparto, no coinciden con estas cualidades.

Se encontró asociación significativa del 10% (33/340) de riesgo y/o probable depresión postparto quedando en el límite el **19% (65/340)** para el desarrollo de la misma, descrito en la literatura.

## 5. CONCLUSIONES

1. La depresión postparto es una patología severa, frecuente y tratable, que tiene repercusiones a corto y a largo plazo en la salud del niño y de la madre, por lo cuál, el personal de enfermería toma un papel muy importante en la identificación de los factores de riesgo que exponen a las mujeres púerperas a padecerla. La importancia de realizar pruebas de tamizaje, no es sólo por el hecho de acceder a un diagnóstico temprano y de esa manera evitar las complicaciones, sino porque existe la necesidad de determinar la etiología y los factores desencadenantes de este problema y con ello facilitar un tratamiento adecuado.
2. La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es la herramienta recomendada para confirmar los síntomas de depresión en las madres en el periodo postparto. Una puntuación superior a 13 en la EPDS puede indicar síntomas depresivos en este periodo entre las mujeres que hablan nuestro idioma como lengua materna. Este criterio debe interpretarse con cautela en los casos de madres que: 1) no hablan nuestro idioma, 2) solo hablan nuestro idioma como segunda lengua, y/o 3) provienen de culturas diferentes.<sup>55</sup>
3. Es necesario complementar el test de Edimburgo con pruebas psicológicas subsecuentes para así poder tener un diagnóstico claro, y poder brindarle a la madre el tratamiento adecuado. Es posible que la evaluación de estas pacientes se realice a través de una entrevista psiquiátrica estructurada, a cargo de médicos capacitados, quienes podrían iniciar el tratamiento oportunamente en los casos que lo requieran, derivando sólo a aquellas pacientes con sintomatología más severa o con comorbilidad psiquiátrica.
4. Las mujeres menores de 18 años tienen mayor riesgo de padecer depresión postparto debido a que se encuentran menos preparadas física y psicológicamente, en algunos casos son madres de hijos no planeados, o bien, por producto de embarazos en relaciones violentas.
5. Las mujeres mayores de 36 años corren mayor riesgo de padecer depresión postparto, debido a la carga de responsabilidades en el hogar,

---

<sup>55</sup> Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, 2005).

Intervenciones para la depresión postparto. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.



presiones conyugales y atención con los hijos que no están a su cuidado durante el postparto, o bien, por no haber podido procrear antes y una vez logrado, no logran sentirse realizadas.

6. La depresión postparto es muy frecuente, sin embargo, son muchas las mujeres que la sufren en silencio. Aunque su origen no está del todo claro, hay varios motivos reconocidos que podrían llevar a padecerla. La incertidumbre de convertirse en madre, el cambio de relación con los demás (familia, amigos, pareja), el sentimiento de falta de apoyo, un parto distócico, las propias experiencias en la infancia, una dieta irregular o antecedentes de depresión son algunos de los factores más marcados.
7. Los trastornos hormonales que se producen durante el parto también se relacionan con la aparición de depresión. Durante el parto se requieren altos niveles de progesterona, tras dar a luz, la cantidad de esta hormona se reduce de forma drástica. Estas fluctuaciones tan radicales afectan de manera importante a la mujer y al desarrollo de la depresión postparto.
8. La depresión postparto también puede conllevar a la pérdida del apetito, ataques de pánico con palpitaciones, manos sudorosas y sentimientos de culpabilidad; síntomas físicos como dolor abdominal, cefaleas y visión borrosa; e, incluso, pensamientos sobre la muerte. Estos últimos pueden ser aterradores y llevar a la paciente a sentirse fuera de control o a tener miedo de contar estos sentimientos a alguien, o incluso, llegar a lastimar a sus hijos.
9. El tratamiento para la depresión postparto a menudo incluye medicamentos antidepressivos, terapia o la combinación de ambos. Es importante que la paciente siga el tratamiento de forma rigurosa, ya que las complicaciones potenciales a largo plazo son las mismas que en la depresión mayor.
10. La mayoría de las mujeres suelen mejorar en algún grado al cabo de semanas, meses o incluso uno o dos años. Sin embargo, esto es a costa de un gran sufrimiento injustificado. La depresión postparto hace de la maternidad una mala experiencia y dificulta la relación entre la pareja. De forma que lo mejor es detectar lo antes posible este trastorno para tratarlo precozmente.
11. El apoyo social y familiar es muy importante para reducir las posibilidades de desarrollo de depresión postparto en la mujer.

12. Es importante que la mujer adquiera información antes y durante el embarazo, acerca de los cambios fisiológicos y psicológicos a los cuales se enfrentará, y hacerles saber que el sentir tristeza o temor no es raro tras la llegada de su hijo, pero que no deben luchar contra esos sentimientos que serán transitorios, ya que pueden convertirse en un factor muy importante para desencadenar un trastorno emocional que las exponga a una depresión postparto.
13. La información sobre este padecimiento, no solo es importante hacerla llegar a las mujeres que cursan un embarazo, sino también al entorno social y especialmente a la pareja, para que sea consciente de lo que implican los cambios tras el parto y el proceso psicológico por el que puede atravesar la mujer y les brinden apoyo y comprensión.
14. Mantener un nivel de actividad adecuado, realizando aquello que a la madre le gusta durante el embarazo (depresión en el embarazo puede conllevar en el postparto), saliendo, estando en contacto con otras madres después de dar a luz, practicando relajación... puede ayudar a mitigar la tristeza tras el parto.
15. El profesional de enfermería debe facilitar la participación de la pareja y los miembros de la familia a la hora de prestar cuidados en el postparto, según corresponda, a las madres que experimentan síntomas depresivos.
16. El profesional de enfermería debe ser el encargado de promover actividades de autocuidado entre las nuevas madres para poder ayudar a aliviar los síntomas de depresión durante el postparto, así como consultar los recursos apropiados para obtener información precisa sobre el padecimiento y acerca de los medicamentos elegidos para su tratamiento.
17. El profesional de enfermería que proporciona atención a las nuevas madres, debe recibir formación y actualizaciones, acerca de la depresión postparto para ayudar a confirmar los síntomas depresivos y para realizar intervenciones de prevención y tratamiento adecuados.
18. Los entornos sanitarios deben establecer vías clínicas locales y protocolos para orientar la práctica y garantizar que las madres puérperas con síntomas depresivos tengan acceso a un tratamiento seguro y eficaz, además de proporcionar orientación y formación continua relacionadas con el cuidado de las mismas.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, 2005).

19. La presente investigación arroja datos de suma importancia para que el profesional de la salud siga indagando sobre los medios de prevención y la elaboración de estrategias que sean funcionales para poder disminuir la incidencia de este padecimiento.
20. Los resultados obtenidos en el estudio han sido satisfactorios y servirán como punto de partida para futuras investigaciones que se centren en este padecimiento en donde día a día van aumentando el número de mujeres que se ven afectadas.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VARGAS-MENDOZA J. y García M. “Depresión Postparto: presencia y manejo psicológico”. México 2009. Centro Regional de Investigación en Psicología. Vol. 3 Núm. 1; Pág. 11-18.
2. GUADARRAMA L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión.
3. DSM-4TR manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª edición. (American Psychiatric Association).
4. MORRISON Michelle. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Ed. HarcourtBrace. 2005.
5. VEGA-Dienstmaier, JM, Mazotti Suarez G, Campos Sanchez M. “Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo”. Actas Especializadas en Psiquiatría 2012;30 (2):106-111.
6. DIETZ PM, Williams SB, Callaghan WM. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. Am J Psychiatry 2007; 164:1515–20. (Versión en español)
7. ORTEGA, I; T. Lartigue; M. E. Figueroa. Prevalencia de la depresión a través de la escala de depresión perinatal de Edimburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas.
8. OSTOW, M. la depresión psicológica de la melancolía. Edit. Alianza.
9. SALVATIERRA, V. M. Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Edit. Martínez Roca.
10. PAPALIA, D. E.; Wendkos. Psicología. McGraw Hill. México.
11. ZIZUMBO C., D. La disolución de la pareja: la relación con los celos, la ansiedad y la depresión. UNAM, Facultad de psicología. México, D.F. 2007.
12. ACUÑA M. Actualización en depresión postparto 2010. EVIDENCIA en Atención Primaria, Vol. 5 No. 6.

13. ACOLTZI (actztzli E., R. R. 2008). Seguimiento a seis semanas de una intervención psicoeducativa para prevenir la depresión postparto. UNAM 2008.
14. ÁLVAREZ E., A. frecuencia de depresión postparto en mujeres derechohabientes de dos clínicas de medicina familiar del ISSSTE. UNAM México, 2007.
15. ARIETI. Psicoterapia de la depresión, México, Ed. Paidós.
16. BEBBINGTON. Los orígenes de las diferencias de sexo en los trastornos depresivos. Revista internacional de psiquiatría, 8, 295-332.
17. BECK, La terapia cognitiva de la depresión. Edit. Guilfort.
18. CALDERON, G. Depresión: Un libro para enfermos deprimidos y médicos generales, Edit. Trillas, México.
19. JASDRESIC, E. M; Jara C.; R. Araya. Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. Pp. 63-74.
20. LETECHIPIÁ, G. G. Relación de pareja y síntomas de depresión durante el embarazo. UNAM, México.
21. Asociación Americana de Psiquiatría. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Cuarta edición en línea: "[www.behavenet.com](http://www.behavenet.com)" Washington D.C., 2007-2008.
22. CALDERÓN Narváez, Guillermo. Depresión. México, editorial Trillas, sexta reimpresión, 2004, p.15-30.
23. ELLES, Richard y Levine. Introducción a la sociología, aplicaciones con países de habla hispana. Londres, editorial Mr. Graw Hill, 2007, p. 55-60.
24. OPAZO, R.; Bagladi, V. (2006) La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia integrativa en revista electrónica.
25. ANTELO ME, Guerra JM, Padilla M, Pintado Y, Jiménez Y. Trastornos psicológicos en los adolescentes. Una visión general. Rev Psicol. Psiquiatr Nino Adolesc 2010, 9 (1): 11-27.

26. Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, 6ª ed. Editorial Elsevier España. 2003.
27. British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 2007, Volumen 1050 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky.
28. VARGAS-MENDOZA, Jaime Ernesto. Magdalena García Jarquín. Depresión Postparto: Presencia y Manejo Psicológico.
29. SAMPIERI, Roberto H. Carlos Fernández-Collado. Metodología de la investigación. 4ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2006.
30. PÉREZ R, Sáez K, Alarcón I, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev. Obstet. Ginecol. Venez 2007; 67(3):187-91.
31. OLIVIEDO, G.; Jordan, V. Trastornos afectivos postparto. Revista Universitaria Médica. 2006. 47(2): 131-140.
32. ANTELO ME, Guerra JM, Padilla M, Pintado Y, Jiménez Y. Trastornos psicológicos en los adolescentes. Una visión general. Rev. Psicología y Psiquiatría Niño Adolescentes 2010, 9 (1): 11-27
33. OLZA I. Repercusiones psicológicas y sociales del nacimiento por cesárea. Revista Trabajo social y Salud, num 45 p221-230. 2013.
34. Beltran AP et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatric and perinatal epidemiology 2007;21:98-113.

## 7. **ANEXOS**

CUADRO 1. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR	CRITERIOS DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE/ INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICION
<b>Edad de la madre</b>		Edad	< 18 años 18 - 35 años > 35 años	< 18 años 18 - 35 años > 35 años	Cuantitativa continua	Entrevista
<b>Grado de estudios</b>		Nivel de escolaridad	Primaria Secundaria Superior	Completa Incompleta	Cualitativa nominal	Entrevista
<b>Estado civil</b>		Relación que existe con la pareja	Unión libre Soltera Casada	Solo vive con la pareja No vive con la pareja Es casada	Cualitativa nominal	Entrevista
<b>Situación económica subjetiva</b>		Solvencia económica	Suficientes Justos Escasos	Adecuados a sus necesidades Suficientes Problemas económicos	Cualitativa nominal	Entrevista
<b>Condición familiar</b>		Dependencia de familiares	Dependiente Independiente	Depende de la familia No depende de familia	Cualitativa nominal	Entrevista
<b>Control Prenatal</b>		Asistencia al numero de controles adecuados	Si No	≥ 6 < 6	Cualitativa ordinal	Entrevista
<b>Tipo de procedimiento</b>		Como concluyó el embarazo	Cesárea Parto	En tiempo Emergencia	Cualitativa nominal	Entrevista
<b>Depresión Postparto</b>	Disforia		< 10 10 a 12 > 13	Sin riesgo de depresión Riesgo de depresión Probable depresión	Cualitativa ordinal	Escala Edinburgh para la Depresión Postnatal
	Ansiedad					
	Sentimiento de culpa					
	Ideas suicidas					
	Dificultad de concentración					



## A. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo



INSTITUTO UNIVERSITARIO Y TECNOLÓGICO MODELO  
ESTUDIOS INCORPORADOS A UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8858-12  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Usuaris del Hospital General Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada", la finalidad de este cuestionario es para la realización de un trabajo de investigación, por lo cual pido su colaboración respondiendo con sinceridad las preguntas enumeradas a continuación, por lo cual quedará muy agradecida. Le aseguro la confidencialidad de los datos brindados dado que la encuesta es ANONIMA.

Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltera ( ) Casada ( ) Unión libre ( )

Escolaridad: Primaria ( ) Secundaria ( ) Medio Superior ( ) Superior ( )

Situación Económica: Adecuada a sus necesidades ( ) Suficiente/Justa ( ) Con problemas económicos ( )

Control Prenatal: Consultas a las que asistió 5 o más ( ) Menos de 4 ( )

Tipo de procedimiento: Parto Fisiológico ( ) Cesárea ( )

Como usted hace poco que tuvo un bebé, me gustaría saber cómo se siente actualmente. Por favor MARQUE (X) la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo cómo se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

**Me he sentido feliz:**

Sí, todo el tiempo \_\_\_\_\_ 0

Sí, la mayor parte del tiempo   x   1

No, no muy a menudo \_\_\_\_\_ 2

**1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas**

Tanto como siempre he podido hacerlo \_\_\_\_\_ 0

No tanto ahora \_\_\_\_\_ 1

Sin duda, mucho menos ahora \_\_\_\_\_ 2

No, en absoluto \_\_\_\_\_3

**2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:**

Tanto como siempre \_\_\_\_\_0

Algo menos de lo que solía hacerlo \_\_\_\_\_1

Definitivamente menos de lo que solía hacerlo \_\_\_\_\_2

Prácticamente nunca \_\_\_\_\_3

**3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:**

Sí, casi siempre \_\_\_\_\_3

Sí, algunas veces \_\_\_\_\_2

No muy a menudo \_\_\_\_\_1

No, nunca \_\_\_\_\_0

**4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:**

No, en absoluto \_\_\_\_\_0

Casi nada \_\_\_\_\_1

Sí, a veces \_\_\_\_\_2

Sí, muy a menudo \_\_\_\_\_3

**5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:**

Sí, bastante \_\_\_\_\_3

Sí, a veces \_\_\_\_\_2

No, no mucho \_\_\_\_\_1

No, en absoluto \_\_\_\_\_0

**6. Las cosas me oprimen o agobian:**

Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas \_\_\_\_\_3

Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera \_\_\_\_\_2

No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien \_\_\_\_\_1

No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre \_\_\_\_\_0

**7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:**

Sí, casi siempre	___3
Sí, a veces	___2
No muy a menudo	___1
No, en absoluto	___0

**8. Me he sentido triste y desgraciada:**

Sí, casi siempre	___3
Sí, bastante a menudo	___2
No muy a menudo	___1
No, en absoluto	___0

**9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:**

Sí, casi siempre	___3
Sí, bastante a menudo	___2
Ocasionalmente	___1
No, nunca	___0

**10. He pensado en hacerme daño:**

Sí, bastante a menudo	___3
A veces	___2
Casi nunca	___1
No, nunca	___0

***MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION***

B. Tabla 7. Registro de valores de EPDS mayor o igual a 13

NÚMERO DE PACIENTES	14 – 18 años	36 – 39 años
P1	14	36
P2	16	37
P3	16	36
P4	17	39
P5	18	38
P6	15	37
P7	17	36
P8	18	37
P9	14	39
P10	17	36
P11	17	37
P12	18	38
P13	17	36
P14	16	
<b>PROMEDIO</b>	<b>230 / 14 = 16.4</b>	<b>482 / 13 = 37.0</b>
<b>MODA</b>	<b>17</b>	<b>36</b>

P=Paciente

**MEDIANA**

**14 – 18 AÑOS**

14, 14, 15, 16, 16, 16, 17, 17, 17, 17, 17, 18, 18, 18

$$17 + 17 / 2 = 17$$

**36 – 39 AÑOS**

36, 36, 36, 36, 36, 37, 37, 37, 37, 38, 38, 39, 39

## **C. SIGLAS Y ABREVIATURAS**

DPP – Depresión Postparto

OMS – Organización Mundial de la Salud

CIE-10 - Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM-4TR - Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales

LUI – Legrado Uterino Instrumental

IBD - Inventario de Depresión de Beck

EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale/Escala de Depresión de Postparto de Edinburgh

DPSP - Depresión postparto sin psicosis

DPCP - Depresión postparto con psicosis

TEC - Terapia Electro Convulsiva

SAD - Desorden afectivo estacional

## D. GLOSARIO

- **Aerofagia.** Ocurre cuando una persona traga mucho aire que llega al estómago. Causa distensión abdominal y frecuentes eructos y puede causar dolor.
- **Apoyo informal.** Ayuda y recursos proporcionados por personas relacionadas con el individuo que está recibiendo cuidados. Las personas que prestan apoyo informal puede incluir: familia, amigos, vecinos y/o miembros de la comunidad.
- **Astenia.** Sensación generalizada de cansancio, fatiga, debilidad física y psíquica.
- **Ambigüedad.** Posibilidad de que algo pueda entenderse de varios modos o de que admita distintas interpretaciones.
- **Ansiedad.** Anticipación aprensiva de peligro futuro o desgracia acompañada por un sentimiento de disforia o desasosiego.
- **Ciclotimia.** Trastorno del estado de ánimo. Provoca altibajos emocionales, pero no tan extremos como en el trastorno bipolar.
- **Dicotómico.** Tendencia a clasificar las experiencias según dos categorías opuestas, todo o nada, bueno o malo, perfecto o inútil, no existen las gradaciones sino las polaridades.
- **Disforia.** Se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud.
- **Dispepsia.** Trastorno de la secreción, motilidad gastrointestinal o sensibilidad gástrica que perturba la digestión.
- **Disruptivos.** Desajuste en el desarrollo evolutivo de una persona, imposibilitándolo para crear y mantener relaciones sociales saludables.
- **Distimia.** Estado de ánimo crónicamente deprimido, menos grave que la depresión y que no cumple los criterios para una depresión mayor, o lo hace sólo en períodos muy cortos.

- **Epidemiología.** Estudio de la incidencia, distribución y control de una enfermedad.
- **Especificidad.** Medida de la precisión con la que un test describe la proporción de verdaderos negativos de entre todos los negativos.
- **Estudios de correlación.** Estudios que identifican las relaciones entre variables. Puede haber tres tipos de resultados: sin relación, correlación positiva y correlación negativa.
- **Etiología.** Causas u orígenes de la enfermedad.
- **Heterogéneo.** Grupo con mezcla en la composición o con características diferentes.
- **Hipertímicos.** Trastorno del ánimo caracterizado por un exceso de la actividad acompañada habitualmente de cierta euforia, afectividad excesiva, verborrea, hiperfrenia y exaltación.
- **Homogéneo.** Grupo que tiene atributos o características similares.
- **Inminencia.** Inmediatez de un suceso, especialmente de un riesgo o peligro.
- **Investigación cualitativa.** Método de recolección de datos y análisis que no es cuantitativo. La investigación cualitativa utiliza una serie de metodologías para obtener datos de la observación o de los participantes mediante entrevistas para comprender sus puntos de vista, su visión del mundo o sus experiencias.
- **Meteorismo.** Exceso de gas intestinal que causa espasmos, flatulencias y distensión abdominal.
- **Morbilidad.** Incidencia de la enfermedad en una población, incluidos los casos mortales y los no mortales.
- **Multifasicidad.** Cuando el individuo experimenta diversas características como desconfianza, irritabilidad, insomnio, etc.
- **Periodo postparto:** Periodo de tiempo que se produce inmediatamente después de que una mujer da a luz hasta transcurridas 52 semanas.
- **Prenatal.** Período de embarazo antes del nacimiento.

- **Psicoterapia interpersonal.** Proceso en el que profesionales de la salud que representan la experiencia de varias disciplinas sanitarias participan en el proceso de apoyo a las pacientes y sus familias.
- **Psicótico.** Cualquier trastorno mental grave en el que el contacto con la realidad se pierde o está muy distorsionado.
- **Riesgo relativo.** Riesgo de daño en una población expuesta a una sustancia potencialmente dañina, en comparación con el riesgo entre la población no expuesta.
- **Síntomas depresivos.** Síntomas compuestos por una constelación de nueve síntomas clásicos, afectivos, cognitivos y somáticos o fisiológicos como se indican en el DSM-IV, y que incluyen: estado de ánimo deprimido, incapacidad para disfrutar de actividades de las que antes se disfrutaba, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva/inapropiada, dificultad para concentrarse o pensar con claridad, trastornos del apetito, trastornos del sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía y pensamientos o conductas suicidas.
- **Sintónica.** Los que la poseen están siempre un poco tristes, un poco alegres, muy alegres muy tristes ó tienen estados de ánimo mixtos, en los que se sienten simultáneamente alegres y tristes. No consiguen llegar nunca a un estado de neutralidad.
- **Terapia cognitivo-conductual.** Método psicoterapéutico altamente estructurado que se emplea para modificar pensamientos distorsionados mediante la identificación y la sustitución de pensamientos negativos o erróneos.
- **Tristeza posparto.** Periodo que describe las primeras semanas después del parto en el que hasta un 15% de las nuevas madres pueden experimentar llanto, fatiga, irritabilidad, dificultad para dormir, cambios de humor, y otros signos de la "tristeza posparto" (baby blues).