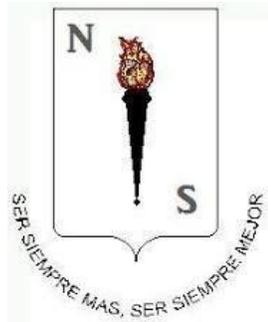


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

DEPRESIÓN POST PARTO, EN VISIÓN DE MARJORY GORDON

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARINTIA JOCELIN MIRANDA MARTÍNEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

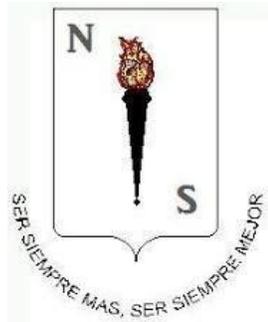
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

DEPRESIÓN POST PARTO, EN VISIÓN DE MARJORY GORDON

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARINTIA JOCELIN MIRANDA MARTÍNEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2019

Agradecimientos

Como una muestra de mi cariño y agradecimiento, por todo el amor y el apoyo brindado y porque hoy veo llegar a su fin una de las metas de mi vida, le agradezco la orientación que siempre me han otorgado.

A quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: amor. A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo. Por esto y más.

Le agradezco más que nada a mis padres Sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida de sacrificio y esfuerzo, quiero que sientan que el objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo. Con cariño y admiración.

Le agradezco a Dios por darme la oportunidad de en "MI" cuidar a él & servirle a él en mis pacientes.

Dedicatorias

Dios:

Gracias por darme la oportunidad de cuidarte a ti en los pacientes y servirte. “Gracias Dios por haberme ayudado durante estos años, el sacrificio fue grande pero tú siempre me diste la fuerza necesaria para continuar y lograrlo, este triunfo también es tuyo mi Dios”.

“Terminar mi carrera no fue nada fácil pero gracias a Dios pude hacerlo, él siempre estuvo conmigo, en especial en los exámenes.

A Mi Papá:

Por qué más que nada él es un ejemplo a seguir para mí, siempre me motivo y me apoyo en toda condición, nunca me dejo sola y siempre quiso lo mejor para mí. Porque eres de esa clase de personas que todo lo comprenden y dan lo mejor de ser mismos sin esperar nada a cambio... porque sabes escuchar y brindar ayuda cuando es necesario... porque te has ganado el cariño, admiración y respeto de todo el que te conoce. Como un testimonio de gratitud y eterno reconocimiento, por el apoyo que siempre me han brindado y con el cual he logrado terminar mi carrera profesional, siendo para mí, la mejor de las herencias. Con admiración y respeto.

A Mi Mamá:

Por qué es la mujer que me motivo a seguir una carrera, siempre quiso lo mejor para mí y siempre tuve su apoyo, sus palabras me hacían seguir adelante y no darme por vencida. Porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de mis anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo,

amor y confianza que en mi se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecido. Con cariño y respeto.

A Mi Hermano Jairo:

Porque me gusta saber que el también sigue mis pasos para ser un profesionalista en la vida. Como un pequeño testimonio por el gran apoyo brindado durante los años más difíciles y más felices de mi vida, en los cuales he logrado terminar mi carrera profesional, la cual constituye un aliciente para continuar con mi superación.

A Mi Hermana Emily:

Por ella estoy aquí, porque quiero darle lo mejor en un futuro cuando mis padres nos falten. Porque gracias a su apoyo y consejo he llegado a realizar la más grande de mis metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir. Con admiración y respeto.

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- MARCO TEÓRICO.....	1
2.1.- VIDA Y OBRA.....	4
2.2.- INFLUENCIAS.....	5
2.4.- JUSTIFICACIÓN.....	6
2.5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
2.6.- OBJETIVO.....	7
2.6.1.- GENERAL.....	7
2.6.2.- ESPECÍFICO.....	8
2.7.- MÉTODOS.....	8
2.7.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	8
2.7.2.- NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2.7.3.- MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	9
2.9.- ENCUESTA RESULTADO.....	10
2.10.- GRÁFICAS.....	13
2.10.1.- CONCLUSIÓN DE LAS ENCUESTAS.....	14
3.- ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN POSPARTO?.....	18
3.1.- ¿QUÉ CAUSA LA DEPRESIÓN POSPARTO?.....	20
3.2.- ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POSPARTO?.....	21
3.2.1.- TRISTEZA.....	22
3.2.2.- IRRITABILIDAD.....	22
3.2.3.- FATIGA.....	22
3.2.4.- ANSIEDAD.....	22
3.2.5.- DESINTERÉS POR EL SEXO.....	23
3.2.6.- AGOBIOS.....	23
3.2.7.- LOS FACTORES DE RIESGO MÁS IMPORTANTES.....	23
3.3.- OTROS FACTORES DE RIESGO MENOS PREDECIBLES.....	24

3.4.- ¿CÓMO PUEDE UNA MUJER DARSE CUENTA QUE PADECE DE DEPRESIÓN POSPARTO?	24
3.5.- ¿SON ALGUNAS MUJERES MÁS PROPENSAS A PADECER DE LA DEPRESIÓN POSPARTO?	24
3.6.- ¿CÓMO SE TRATA LA DEPRESIÓN POSPARTO?	25
3.7.- ¿QUÉ PUEDE SUCEDER SI NO SE TRATA LA DEPRESIÓN POSPARTO?	31
3.8.- ¿CÓMO PUEDEN AYUDAR LA FAMILIA Y LOS AMIGOS?	31
3.9.- CAMBIO DE VIDA	31
3.10.- ¿NO SE SIENTEN TODAS LAS MUJERES UN POCO ASÍ TRAS TENER UN HIJO?	31
3.11.- ¿CUÁNDO OCURRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO?	32
3.12.- ¿POR QUÉ OCURRE?	32
3.13.- ¿QUÉ PASA CON LAS HORMONAS?	32
3.14.- ¿MALTRATAN LAS MUJERES CON DEPRESIÓN POSTPARTO A SUS BEBÉS?	33
3.15.- ¿QUÉ PUEDE HACERSE?	33
3.16.- TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS	35
3.17.- TRATAMIENTO HABLADO	36
3.18.- ¿CUÁL ES EL FUTURO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO SI NO SE TRATA?	36
3.19.- ¿PUEDE PREVENIRSE LA DEPRESIÓN POSTPARTO?	37
4.- CUIDADOS	38
4.1.- PERMANEZCA ACTIVA	39
4.2.- REALICE ALGUNA ACTIVIDAD QUE LE PAREZCA DIVERTIDA TODOS LOS DÍAS	39
4.3.- PASE TIEMPO CON LAS PERSONAS QUE LA AYUDAN O LA APOYAN	39
4.4.- RELÁJESE	40
4.5.- FIJE METAS SIMPLES	40
4.6.- INTERVENCIONES ENFERMERAS	40
4.7.- FORMAS DE AYUDARSE A USTED MISMA	42
5.- ANALISIS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO	44

5.1.- CAUSAS DE LA DEPRESIÓN	45
5.2.- TIPOS DE DEPRESIÓN	45
5.3.- SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN	46
5.4.- ¿CUESTIÓN DE GÉNERO?	47
5.5.- DEPRESIÓN POSTPARTO Y ANSIEDAD	48
5.6.- ¿DEPRESIVO POR HERENCIA?.....	49
5.7.- DEPRESIÓN Y CAPACIDAD DE TRABAJO	49
5.8.- DEPRESIÓN ESTACIONAL.....	50
5.8.1.- TRATAMIENTO	50
5.9.- RECAÍDA.....	51
5.9.1.- ¿CÓMO EVITAR UNA RECAÍDA?	52
5.10.- SITUACIÓN MUNDIAL	53
5.11.- ¿QUÉ HACER ANTE UNA POSIBLE DEPRESIÓN?	53
5.11.1.- TRATAMIENTO	55
5.12.- CUIDADO DE ENFERMERÍA A MADRES PRIMIGESTAS CON DEPRESIÓN POSTPARTO.....	56
6.- CASOS REALES DE MADRES CON DEPRESIÓN POSTPARTO.....	56
6.1.- TESTIMONIO ANÓNIMO DE PACIENTES TRAS EL PARTO	58
6.1.- ENTREVISTA DE UNA PACIENTE CON DEPRESIÓN POSTPARTO	58
7.- ¿LA DEPRESION POSTPARTO ES COMO LAS OTRAS?.....	65
7.1.- COMO FUNCIONA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	66
7.2.- ÁREAS DE BRODMANN.....	68
7.3.- LÓBULO FRONTAL	68
7.4.- LÓBULO PARIETAL	69
7.5.- LÓBULO TEMPORAL.....	69
7.6.- LÓBULO OCCIPITAL.....	70
7.7.- CUERPO CALLOSO	70
7.8.- CAPSULA INTERNA.....	70
7.9.- TÁLAMO.....	71
7.10.- HIPOTÁLAMO	71

7.11.- GANGLIOS BASALES	71
7.12.- SUSTANCIA GRIS Y SUSTANCIA BLANCA	72
7.13.- LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO	72
7.14.- ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS	72
8.- PERIODO DE VIDA CON UNA PACIENTE CON DEPRESION POSTPARTO	76
8.1.- DEPRESIÓN DESPUES DE UNA CIRUGÍA	78
8.2.- ETIOLOGÍA.....	81
8.3.- SIGNOS Y SÍNTOMAS	87
8.4.- TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE.....	89
8.5.- TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL.....	90
8.6.- OTRO TRASTORNO DEPRESIVO	91
8.7.- ESPECIFICADORES	91
8.8.- ¿QUIÉN PUEDE PRESENTAR TRASTORNOS MENTALES?	104
9.- CONCLUSIÓN	116
10.- BIBLIOGRAFÍA	122
10.1.- BÁSICA	122
10.2.- COMPLEMENTARIA.....	126
11.- GLOSARIO.....	127

1.- INTRODUCCIÓN

Es una depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto.

La depresión es una de las alteraciones emocionales que pueden acompañar a la mujer gestante durante o después del proceso del embarazo. La evolución en el tiempo dependerá de factores personales (características psicológicas, estilos de afrontamiento, etc.) o socio demográficas fundamentalmente. Dicha alteración negativa repercute a su vez en el proceso de adaptación al embarazo y como consecuencia en el proceso de vinculación afectiva con el niño tanto antes como después del nacimiento. Se estima que un 85% de las mujeres experimentan en la fase posparto temprana lo que se le conoce como “baby blues”. Esto tiende a comenzar entre el tercer y cuarto día luego de dar a luz. Nos sentimos vulnerables, extremadamente emocionales y sensitivas, llorosas, tenemos ansiedad, irritabilidad, insomnio, pobre concentración, miedos, e inestabilidad emocional. Lo bueno es que estos síntomas se resuelven por sí solos en una o dos semanas. Se piensa que los famosos “baby blues” son la causa de los cambios hormonales luego del parto. Sin embargo, entre un 10 a un 15% de las mujeres, estos síntomas no desaparecen, sino que continúan pasado las dos semanas posparto, y están presentes casi todo el día entonces se debe considerar la depresión posparto. Para otras madres los síntomas de depresión posparto no se presentan hasta meses luego del parto. Se considera como depresión posparto si los síntomas se presentan hasta un año posparto. Si los síntomas se presentan luego del primer año del bebé, entonces se relaciona la depresión posparto al agotamiento en la madre. La depresión postparto, es una alteración psicológica de la que se derivan múltiples afectados. La madre en primer lugar siente tristeza, agobi

inutilidad... El recién nacido tiene que aprender en los primeros días de su vida no va a tener a su madre preparada para acogerlo y cuidarlo. La familia, por otra parte, también se sentirá al principio despistada, luego atónita por las reacciones de la madre, y al final impotente: es un problema que les sobrepasa. Los primeros meses de vida son primordiales para establecer un vínculo afectivo entre la madre y su hijo que les unirá para siempre. Este vínculo se ve gravemente dañado en la época en la que dura la depresión. El recién nacido se puede ver falto de atenciones y cuidados, pero sobretodo, falto del afecto y cariño incondicional de una madre en esos primeros días y meses de vida en el que se desarrollan multitud de aptitudes cognitivas, sociales... y en el que el estimular o no al bebé es decisivo de alcanzar su capacidad intelectual y motora óptima.

Otro punto que recalcar de los factores que rodean a la depresión postparto, son los prejuicios sociales. La depresión en general es una patología que cuesta mucho diagnosticar por la vergüenza que da admitir que se está enfermo y que se necesita ayuda. La población está mucho más concienciada de sentir empatía o compasión por patologías físicas, pero si no ven un tumor, una escara o fiebre, cuesta acercarnos a esa persona sin prejuicios como “quejica”, “débil”, etc.

Más aun en las madres con depresión postparto, los prejuicios aumentan. Es sabido por todos que dar a luz o tener un hijo que es el momento más feliz de la vida de una persona, especialmente de la madre. ¿Cómo puede ser que una mujer sienta tristeza y rechazo? Por todo y al hilo conductor del título de esta reflexión antropológica sí a la vida, quiero hacer mi particular defensa a la vida por encima de todo. Si bien es cierto que la depresión postparto es una seria complicación del puerperio que puede provocar miedo o indecisión a la hora de plantearse tener un hijo, especialmente en mujeres que ya lo conocen y se describen como sensibles o vulnerables a ello, no debe implicar el no hacerle frente sino pedir ayuda de profesionales. “No estás sola y, sobretodo, no es tu

culpa. ¡Existen soluciones!”. De hecho la educación sanitaria y el apoyo incondicional de la enfermera hacia la madre son de gran ayuda para que cuide al bebé con el mismo amor que fue concebido. Lo que nos lleva a considerar que en ningún caso el miedo a sufrir depresión postparto debe ni puede ser motivo de interrupción voluntaria de un embarazo puesto que tener un hijo siempre merece la pena.

Sé que como enfermera deberé conciliar decisiones importantes para la mujer pero también sé que la formación humanística recibida en la carrera, me ayudará a ver el valor del ser humano en todas ellas.

2.- MARCO TEÓRICO

Según varios estudios la epidemiología de depresión postparto en México es del 10-15% es decir, que una de cada 10 mujeres padece este tipo de depresión tras dar a luz o en los meses posteriores, siendo la patología más común durante el puerperio. No hay ningún período en la vida de la mujer en que tenga más riesgo de enfermar de enfermedades psiquiátricas que en los 30 días que siguen al período postparto lo que transforma el hecho de dar a luz en la causa más frecuente de depresión médica, hecho que con frecuencia es ignorado". Según otras fuentes, la depresión postparto puede llegar a afectar al 25% de las mujeres. La depresión en México afecta al 10% de la población, es decir, casi a 4 millones de ciudadanos; encontrándose en estado de depresión leve el 52% de los diagnosticados, en situación moderada el 36% y en grave el 11%. Además, la depresión "es dos veces más frecuente en las mujeres en edad adulta que en los varones. Mundialmente, la depresión en mujeres (entre 18 y 44 años de edad) es la causa más frecuente de incapacidad laboral", según un estudio de 2012. Entre las características físicas, psicológicas, sociales, culturales, etc. que se identifican como antecedentes predisponentes y factores de riesgo se encuentran los que se van a nombrar a continuación.

La causa con mayor peso en la etiología de la depresión postparto parecen ser los cambios hormonales debido a la relación entre las variaciones en estos niveles de hormonas en períodos clave de desequilibrio como el período premenstrual, postparto y climaterio. Por tanto, se sitúa la causa física como la mayor predisposición a la aparición de esta complicación del puerperio. Además, los estrógenos y la progesterona afectan de manera directa al sistema nervioso, estimulando o inhibiendo los centros del hipotálamo e hipófisis, estas modificaciones tienen repercusión en el estado de ánimo de las mujeres, pudiendo llegar a provocar depresión. Siguiendo en la línea de relación entre hormonas y estados de ánimo, es sabido que los estrógenos tienen un carácter

(indirectamente) antidepresivo. Esto es originado porque los estrógenos estimulan la producción de noradrenalina y separan el triptófano de la albúmina de los alimentos, a partir de la cual el cuerpo sintetiza serotonina. Los compuestos que consiguen aumentar la cantidad de neurotransmisores libres en las zonas de sinapsis logran un efecto antidepresivo. Así mismo existen situaciones sociales que pueden favorecer una respuesta negativa en la nueva madre al producir un estrés añadido en esta época de aumento de responsabilidades entre las que se encuentran la reciente condición de la mujer que debe compatibilizar esta nueva etapa de su vida con el trabajo, el aumento de demandas del bebé que no siempre van a la par con la ayuda que nos pueda ofrecer la pareja o familia, y el encontrarse sola en casa mientras la pareja trabaja, sintiéndose sin apoyo o protección. Además las estadísticas se ven influenciadas si la paciente ha padecido depresión previa o tiene antecedentes familiares de depresión. En este sentido si a la depresión postparto le añadimos el aliciente psicológico de haber padecido depresión anterior, las probabilidades aumentan pues según estudios publicados: “haber padecido episodios de depresión previa incrementa la incidencia un 10 -24%. Si la depresión se da durante el embarazo, el riesgo aumenta a 35%., y si existen precedentes de depresión postparto, el valor se dispara hasta el 50%. También, cuando una mujer ya ha tenido un episodio de depresión postparto en embarazo anterior, aumenta en un 25% el riesgo de padecer de nuevo otra depresión en partos posteriores. Finalmente, es factor de riesgo las características del propio embarazo, como la morbilidad materna o fetal en ese mismo embarazo o en anteriores, abortos previos, embarazos múltiples, incluso si el parto es por cesárea o vaginal, ya que el cuerpo pasa por el proceso normal de adaptarse al cambio hormonalmente, y no de manera brusca. Así mismo según algunos estudios, la depresión postparto también es más frecuente en primíparas, especialmente si son adolescentes. Según Teresa Lartigue, (México 2008) la depresión postparto “puede iniciarse en la tercera y

cuarta semana post parto hasta un año después, encontrándose un pico de presentación en las semanas 8 a 12 post natal.” Los síntomas dependerán de la intensidad de la depresión siendo los más comunes según la citada autora: tristeza, pesimismo, inseguridad, sentimientos de autorreproche, impotencia, desbordamiento o incapacidad ante la nueva situación, que le hacen padecer y afligirse, incluso es común entrar en un estado de ansiedad. La madre se siente irritable y sensible, de llanto fácil expresando tales emociones la mayor de las veces con el núcleo familiar (con su pareja especialmente). Además se siente cansada y con necesidad de quedarse en la cama durante varias horas, inapetente, apática e incluso en ocasiones surge un deseo intenso de comer en exceso (sobretudo, dulces) o, por el contrario, de dejar de hacerlo y perder peso. También puede presentar insomnio, encontrando así momentos de estrés y ansiedad, y momentos de desgana general, típicos de una depresión. Como ocurre en otras depresiones, el diagnóstico es difícil de obtener. Suele ser a través de unos síntomas notorios que denotan la necesidad de un tratamiento que ponga remedio a la situación. A menudo, son los familiares quienes instan a la madre a acudir a la consulta del médico en busca de ayuda, porque notan un cambio en el comportamiento de la madre, limitaciones en rutinas cotidianas y cambios muy fuertes de humor, predominando los sentimientos de tristeza y apatía, aunque otras veces es el propio paciente quien solicita la ayuda.

2.1.- VIDA Y OBRA



Marjory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon (Gordon's functional health patterns). fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA. Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en 2009.²

La doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts. Fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College.

Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros (Manual of Nursing Diagnosis), actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes.⁴²

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de

conocimiento enfermero basado en las evidencias. Este lenguaje también formará la base del componente enfermero en el registro médico electrónico.

“Es difícil explicar, y seguramente no hace falta, la importancia de su contribución a la profesión enfermera, nos enseñó cómo mirar a las personas para entender qué cuidados necesitan, nos ayudó a tejer el delicado lenguaje del cuidado”.

Otra de las teóricas más importantes ha dicho de ella:

... una de las características que me inspiraron de Marjory Gordon ha sido su compromiso total reflejado tanto en sus escritos sobre la organización del trabajo profesional, como en su labor instruyendo a otros, su atención se centra siempre con claridad en definir el fenómeno del conocimiento y la práctica de la Enfermería. La Enfermería como disciplina es más firme en los EE.UU. y en todo el mundo debido a los esfuerzos de Gordon...” Callista Roy

2.2.- INFLUENCIAS

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 patrones patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

- Patrón 1: Percepción de la salud.

- Patrón 2: Nutricional - Metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad - Ejercicio.
- Patrón 5: Sueño - Descanso.
- Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo.
- Patrón 7: Autopercepción - Auto concepto.
- Patrón 8: Rol - Relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad - Reproducción.
- Patrón 10: Tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores - Creencias.

2.3.- HIPÓTESIS

¿En enfermería se debe aplicar el cuidado con pacientes con depresión post parto?

La depresión postparto es un problema común que sufren algunas mujeres después de haber dado a luz. Es normalmente un problema leve, pero puede agravarse si no se trata correctamente. En este sentido, Enfermería tiene un papel primordial a través de distintas intervenciones que aumentan la seguridad y autoestima.

2.4.- JUSTIFICACIÓN

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 de 50% de estos trastornos no son diagnosticados ni tratados. La enfermera deberá disminuir y estar capacitada para tratar este tipo de enfermedad. El importante porcentaje de riesgo y prevalencia de la depresión post parto, ponen de manifiesto la necesidad de realizar un abordaje integral de la mujer que sufre esta complicación tras el parto mediante un programa de salud específico a los habituales programas de puerperio.

2.5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Depresión Postparto es frecuente debido a que durante el puerperio las hormonas del embarazo pueden afectar sustancias químicas del cerebro que se relacionan directamente con la depresión y la ansiedad.

La depresión que no se trata puede tener riesgos peligrosos potenciales a la madre y al bebé, puede conducir a alteraciones en el desarrollo psicomotor por falta de estimulación al hijo de la madre deprimida, así como conductas agresivas de la madre, alteraciones en la dinámica familiar, etc. En nuestro país se han realizado pocos estudios recientes acerca de la depresión postparto, a pesar de la frecuencia que reporta la literatura. El trastorno depresivo durante la gestación y el postparto es muy frecuente sin embargo es poco diagnosticado por el personal de salud, probablemente esto se debe a la falta de criterio médico para identificar los síntomas depresivos en este tipo de pacientes.

2.6.- OBJETIVO

2.6.1.- GENERAL

- Lograr la identificación por parte del equipo de enfermería para una detección oportuna en los signos y síntomas de alarma en el inicio de la depresión postparto en la paciente.
- Brindar promoción a la salud en las instituciones hospitalarias.

- Capacitación a las pacientes acerca de la depresión postparto.
- Promocionar la atención de la mujer embarazada para identificar los factores de riesgo de la depresión post parto y prevenir en su caso las complicaciones de la misma.
- Tratar adecuadamente a la paciente con depresión postparto, llevando a cabo los cuidados individualizados que se establecen en el Plan de Atención de Enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE).
- Normalizar el entorno familiar de la madre para conciliar la acogida del bebé en casa con la demanda de cuidados y convivencia.
- Educar a la población en general acerca de la depresión postparto para sensibilizar su apoyo y comprensión en los casos ya instaurados.

2.6.2.- ESPECÍFICO

- Describir las intervenciones en la prevención, detección y tratamiento de la DPP, así como determinar las intervenciones por parte de matronas/enfermeras en la atención a la depresión posparto de la mujer.
- Saber detectar los síntomas de la DPP.
- Lograr un tratamiento de 99% eficaz para las pacientes.

2.7.- MÉTODOS

2.7.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, transversal, prospectivo.

2.7.2.- NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo

2.7.3.- MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la siguiente investigación se realizara el método prolectivo ya que estudia la información que se recogerá, de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación.

2.8.- VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION TEORICA.	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	INTERR
Depresión posparto.	Trastorno del estado de ánimo que puede ocurrir dentro de los primeros días hasta un año después del nacimiento del niño, pero usualmente ocurre dentro de los tres primeros meses.	Mujeres que tengan en conocimiento acerca del tema.	Conocimiento.	Evaluar a la población femenina sobre el conocimiento que tiene acerca de la depresión postparto.	1 ¿Qué es la depresión post parto? 2 ¿Cómo debe evitarse? 3 ¿Cuáles son sus síntomas? 4 ¿Cuál es el tratamiento ? 5 ¿Cuál es la situación mundial? 6 ¿Qué es la recaída? 7 ¿Cuál es el tratamiento ?

					8 ¿Cuáles son los tipos de depresión? 9 ¿Cuál es el tratamiento hablado? 10 ¿Existe ansiedad? 11 ¿Hay desinterés por el deseo sexual?
--	--	--	--	--	--

2.9.- ENCUESTA RESULTADO

El siguiente cuestionario fue diseñado específicamente para identificar las señales de alerta de una posible depresión posparto. Contesta las preguntas con absoluta sinceridad tomando en cuenta cómo te has sentido durante los últimos siete días, no solamente hoy:

1. He sido capaz de reír y ver el lado gracioso de las cosas

- Sí, igual que de costumbre
- No tanto
- Definitivamente no tanto
- Absolutamente no

2. He mirado el futuro con placer

- Sí, igual que de costumbre

- Un poco menos de lo que habitual
- Definitivamente menos que antes
- No, tengo dificultad

3. Me he culpado innecesariamente cuando algo sale mal

- Sí, la mayoría del tiempo
- Sí, algunas veces
- No con frecuencia
- No, nunca

4. He estado ansiosa o preocupada sin razón aparente

- No, absolutamente no
- No mucho
- Sí, algunas veces
- Sí, con frecuencia

5. Me he sentido asustada o entrado en pánico sin razón

- Sí, con frecuencia
- Sí, algunas veces
- No, no mucho
- No, absolutamente no

6. He sentido que no tengo control sobre las cosas y me agobian

- Sí, la mayoría del tiempo no he podido lidiar con las presiones
- Sí, algunas veces me cuesta lidiar con presiones como solía hacerlo
- No.

7. Me he sentido tan infeliz que me cuesta dormir

- Sí, la mayoría del tiempo
- Sí, algunas veces
- Solo ocasionalmente
- No, absolutamente no

8. Me he sentido triste o miserable

- Sí, la mayoría del tiempo
- Sí, con frecuencia
- Solo ocasionalmente
- No, nunca

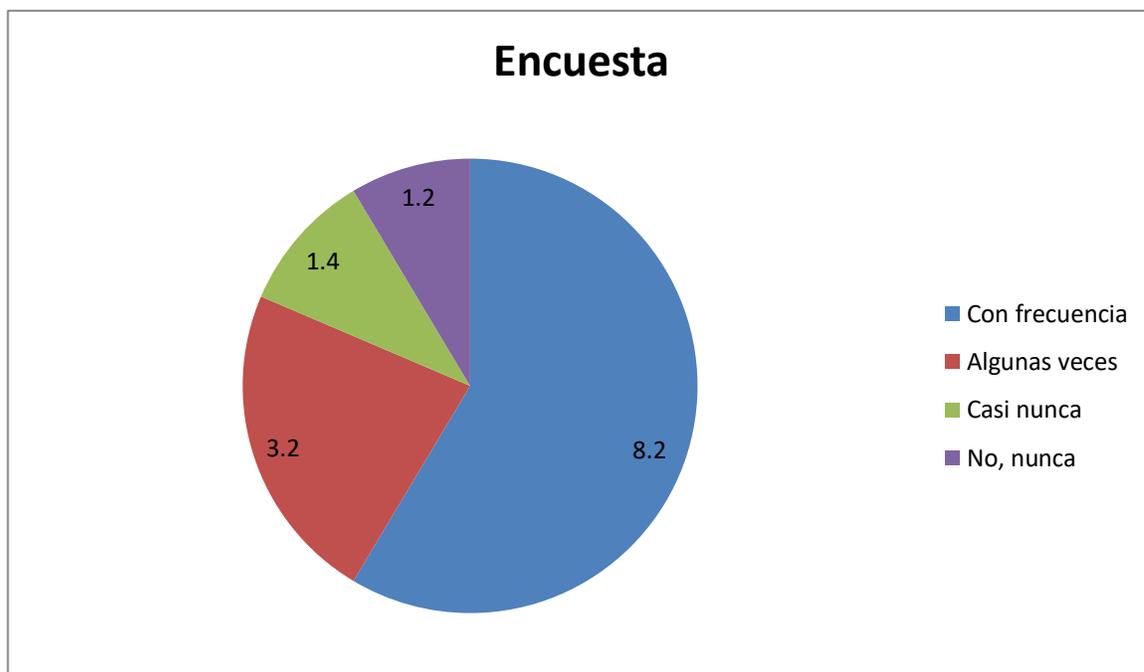
9. Me he sentido tan infeliz que me causa llanto

- Sí, la mayoría del tiempo
- Sí, con frecuencia
- Solo ocasionalmente
- No, nunca

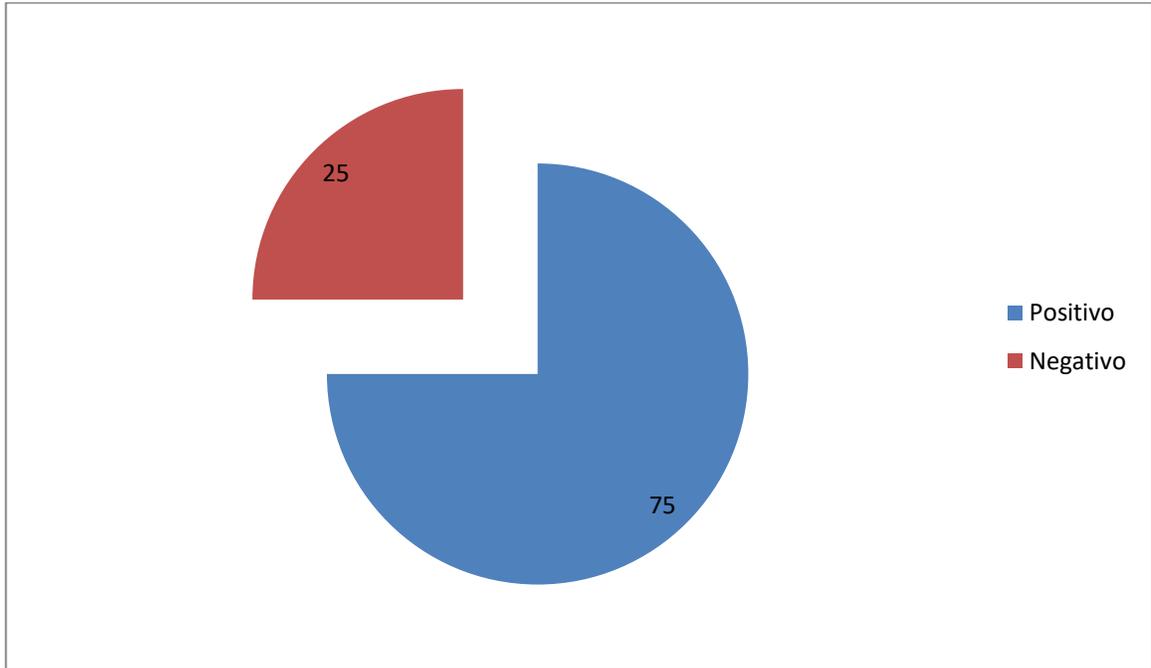
10. La idea de hacerme daño ha cruzado mi mente

- Sí, con frecuencia
- Algunas veces
- Casi nunca
- No, nunca

2.10.- GRÁFICAS



#Frecuencia de casos con Depresión Posparto en mujeres en etapa de puerperio.



2.10.1.- CONCLUSIÓN DE LAS ENCUESTAS

En las encuestas nos muestra que mayormente la población femenina después de haber tenido a su bebe tiene depresión postparto consta de un 75% en positivo y 25% en negativo, esto quiere decir que la población no está adecuadamente con sus bebés y tampoco conocen signos ni síntomas acerca de este padecimiento.







3.- ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN POSPARTO?

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas. Cualquier mujer, que acabe de dar a luz, puede padecer una depresión posparto sin causa aparente. El brusco descenso de las hormonas que experimenta el cuerpo de la mujer tras el parto es el responsable de la depresión posparto.

Algunas sensaciones contradictorias con el momento que vive la mujer como nueva mamá, entre ellas la ansiedad, la tristeza, el cansancio y el nerviosismo pueden romper el desarrollo del vínculo materno-filial, y afectar negativamente en el crecimiento del bebé recién nacido. Los síntomas más comunes asociados con la depresión posparto son la tristeza, la irritabilidad, la fatiga, el insomnio, la pérdida de apetito y la ansiedad. La depresión es una enfermedad mental que se abre paso silenciosamente entre la población mexicana, sin que el país cuente con los recursos ni los mecanismos suficientes para su prevención y tratamiento, advierten especialistas.

Este padecimiento actualmente no sólo afecta a más de 10 millones de mexicanos —8.4% de los habitantes de México—, sino que también se extiende y se ubica entre las principales causas de pérdida de calidad de vida, ausentismo laboral y disminución de la productividad.

Para generar conciencia sobre el tema, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió que este año el Día Mundial de la Salud —que se conmemora el 7 de abril— esté dedicado a este mal, que en México históricamente no ha recibido la importancia debida, dice María Elena Medina Mora, directora del Instituto Nacional de Psiquiatría.

"No siempre se da a la enfermedad mental y a la depresión, que es una de las más frecuentes, el lugar que requieren (...) Es importante decir que (la depresión) afecta a una proporción importante de la población: tenemos prevalencias en el último año de 11.4% en las mujeres y en los hombres de 8.6%", señala en entrevista a Expansión. De 2014 a 2015, la depresión tuvo un crecimiento de 31%, al pasar de 69,594 a 91,521 nuevos casos detectados, según el Anuario de Morbilidad de la Secretaría de Salud federal. Los grupos de edad más afectados son los que van de los 25 a los 59 años y los de personas mayores a 65.

Medina Mora explica que algunos factores que fomentan esta enfermedad son la inseguridad pública, la violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias tóxicas y el medio ambiente, así como condiciones socioeconómicas como la pobreza, la falta de oportunidades de desarrollo personal y las altas exigencias laborales. Ante este contexto y el crecimiento de la depresión —que en el peor de los casos lleva al suicidio—, la especialista reconoce que, si bien hay una estrategia desde el gobierno federal que incluye la capacitación de especialistas, el suministro de medicamentos y la operación centros de atención, es necesario reencauzar los esfuerzos para que el país tenga un programa integral. "Necesitamos cambiar el esquema de red de atención. Digamos que ahorita, si pensamos en la atención especializada, las personas a las que les da depresión tardan hasta 14 años en llegar a tratamiento, llegan más frecuentemente a hospitales (...) no llegan a un primer nivel de atención", dice Medina Mora, quien también subraya la necesidad de que se reconozca este padecimiento como un problema social. Entre las propuestas que plantea están el desarrollo de redes comunitarias de ayuda, la puesta en marcha de centros de atención de primer nivel que permitan la detección y atención de casos en su fase inicial, así como la capacitación no sólo de especialistas, sino de la propia población. La experta expone que esto último permitiría a las personas detectar en sí mismas los signos de la depresión de manera oportuna.

En todo el mundo, la depresión afecta a más de 300 millones de personas. Y en México, es la primera causa de discapacidad en hombres y la novena en mujeres, y la responsable de 54% de los casos de ausentismo laboral, de acuerdo con la organización civil Voz Pro Salud Mental.

"Cuando hablamos de depresión, no nos referimos simplemente a 'estar triste', sino a una enfermedad real que puede llegar a ser discapacitante o terminar con la vida", refiere la ONG.

En un llamado a atender el problema, Voz Pro Salud Mental cita información de las revistas Salud Mental y The Lancet. En 2016, esta última publicación estimó que la depresión y la ansiedad no tratadas son responsables de más de 12,000 millones de días productivos perdidos al año, en 36 países, lo cual equivale a una pérdida económica de más de 925,000 millones de dólares. Esto se debe a que un caso de depresión no tratado puede desembocar en discapacidad psicosocial, asociada con una disminución de la calidad de vida, la dificultad para que una persona se relacione socialmente y el abandono de los estudios o del empleo.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2007, el promedio de días de trabajo perdidos en 2006 por causa de la depresión fue de 25.1, mientras que el de días perdidos por enfermedades crónicas fue de 6.89.

3.1.- ¿QUÉ CAUSA LA DEPRESIÓN POSPARTO?

La depresión posparto no tiene una sola causa, sino que es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales. La depresión posparto no ocurre por algo que una madre hace o deja de hacer. Después de dar a luz, los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) en las mujeres bajan rápidamente. Esto genera alteraciones químicas en el cerebro que pueden

provocar cambios en el estado de ánimo. Además, muchas mujeres no pueden descansar tanto como deberían para poder recuperarse totalmente del parto. La falta constante de sueño puede generar incomodidad física y agotamiento, factores que pueden contribuir a los síntomas de la depresión posparto.

3.2.- ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POSPARTO?

Algunos de los síntomas más comunes que se puede experimentar incluyen los siguientes:

- Sentirse triste, desesperanzada, vacía o abrumada
- Llorar más frecuentemente de lo normal o sin motivo aparente
- Preocuparse o sentirse excesivamente ansiosa
- Sentirse malhumorada, irritable o inquieta
- Dormir en exceso o no poder dormir, incluso cuando el bebé duerme
- Tener problemas para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones
- Sentir enojo o furia
- Perder el interés en las actividades que le resultaban agradables
- Padecer dolores y molestias físicas, como dolores de cabeza frecuentes, problemas estomacales y dolor muscular
- Comer demasiado o muy poco
- Aislarse de amigos y familiares
- Tener problemas para crear un vínculo emocional con su bebé

- Dudar constantemente de su capacidad de cuidar al bebé
- Pensar en hacerse daño a sí misma o a su bebé.

3.2.1.- TRISTEZA

Es el síntoma más frecuente. La paciente se siente baja de ánimo, desgraciada e infeliz, llorosa o con ganas de llorar en cualquier momento y sin razón aparente, especialmente en determinados momentos.

3.2.2.- IRRITABILIDAD

La nueva mamá se muestra irritable y agitada con su pareja, con la familia, e incluso con sus hijos y el recién nacido. Siente una cierta desorganización en sus pensamientos y algo de incapacidad para la realización de sus tareas cotidianas.

3.2.3.- FATIGA

La depresión posparto hace que la mujer se sienta agotada, abrumada y fatigada para realizar sus primeras tareas de madre. Se siente incapaz e inútil. Insomnio. La mujer siente dificultad para conciliar el sueño.

Pérdida de apetito. Debido a la depresión posparto, normalmente, la nueva madre no tiene tiempo ni ganas de comer, lo que puede llevarla a sentirse malhumorada y cansada. Otras madres lo hacen al revés. Comen en exceso para aliviar el malestar psicológico.

3.2.4.- ANSIEDAD

Se manifiesta con una sensación de miedo. La mujer teme quedarse sola con su bebé, no poder cuidarle, atenderle si está enfermo, y se siente culpable por

no estar lo suficientemente "enamorada" de su bebé como debería estarlo. Le quiere, pero no puede con él porque no se siente lo suficientemente animada y fuerte.

3.2.5.- DESINTERÉS POR EL SEXO

Lo que antes era un placer, ahora se convierte en algo aburrido para la madre. La paciente suele rechazar cualquier contacto sexual, lo cual puede generar tensión en la pareja.

3.2.6.- AGOBIOS

La paciente tiene la sensación de no tener tiempo para nada. Le costará establecer nuevas rutinas frente al bebé y a la nueva situación que vive.

3.2.7.- LOS FACTORES DE RIESGO MÁS IMPORTANTES

- Crisis frecuentes de ansiedad o depresión durante el embarazo, particularmente durante el tercer trimestre.
- Haber sufrido de depresión o ansiedad previamente.
- Historial de depresión o ansiedad en la familia.
- Estrés causado por el cuidado infantil.
- Falta de apoyo social.
- Dificultades en el matrimonio.
- Estrés por eventos externos como problemas financieros o la pérdida de un trabajo.
- Cuidar a un niño con un temperamento difícil.
- Una baja autoestima.

3.3.- OTROS FACTORES DE RIESGO MENOS PREDECIBLES

- Un embarazo no deseado o planeado.
- Bajos recursos financieros.

3.4.- ¿CÓMO PUEDE UNA MUJER DARSE CUENTA QUE PADECE DE DEPRESIÓN POSPARTO?

Solo un proveedor de atención médica puede diagnosticar la depresión posparto en una mujer. Dado que los síntomas son amplios y pueden variar de una mujer a otra, el proveedor de atención médica puede ayudar a determinar si se deben a una depresión posparto o a algún otro factor. Una mujer que padece de estos síntomas debe consultar inmediatamente con un proveedor de atención médica

3.5.- ¿SON ALGUNAS MUJERES MÁS PROPENSAS A PADECER DE LA DEPRESIÓN POSPARTO?

Algunas mujeres están expuestas a un mayor riesgo de padecer de depresión posparto porque tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo:

- Síntomas de depresión durante o después de un embarazo anterior
- Antecedentes de depresión o trastorno bipolar en otra etapa de su vida
- Un miembro de su familia que padeció depresión u otras enfermedades mentales
- Una situación estresante durante el embarazo o poco después de dar a luz, como la pérdida del empleo, la muerte de un ser querido, violencia doméstica o enfermedad
- Complicaciones médicas durante el parto, como el parto prematuro o que el bebé nazca con problemas médicos

- Sentimientos encontrados sobre el embarazo, así haya sido planificado o no
- Falta de apoyo emocional de su esposo, pareja, familia o amigos
- Problemas de abuso de alcohol o drogas. La depresión posparto puede afectar a cualquier mujer, independientemente de su edad, raza, origen étnico o situación económica.

3.6.- ¿CÓMO SE TRATA LA DEPRESIÓN POSPARTO?

Existen tratamientos eficaces para la depresión posparto. Un proveedor de atención médica puede ayudar a elegir el mejor tratamiento, que puede incluir lo siguiente:

- **Consejería/terapia de diálogo:** Este tratamiento consiste en hablar de manera individual con un profesional de la salud mental (un consejero, terapeuta, psicólogo, psiquiatra o trabajador social). Los siguientes son dos tipos de consejería que han demostrado ser particularmente eficaces en el tratamiento de la depresión posparto: – la terapia cognitiva-conductual (TCC), que ayuda a las personas a reconocer y cambiar sus pensamientos y conductas negativas; y – la terapia interpersonal (TIP), que ayuda a las personas a comprender y lidiar con relaciones personales problemáticas.

- **Medicamentos:** Los medicamentos antidepresivos actúan sobre las sustancias químicas del cerebro que intervienen en la regulación del estado de ánimo. Muchos antidepresivos demoran unas semanas en ser más eficaces. Aunque estos medicamentos generalmente se consideran seguros para usar durante el amamantamiento, la mujer debería consultar con su proveedor de atención médica acerca de los riesgos y los beneficios que estos medicamentos implican tanto para sí misma como para su bebé.

Es difícil decir cuánto tiempo dura la depresión posparto. Algunos casos duran una semana y otros pueden durar meses. Los médicos recomiendan tratar la

depresión posparto desde el principio. Si no se trata adecuadamente puede persistir durante meses e incluso años.

La depresión posparto tiene un tratamiento parecido a cualquier otra depresión. La terapia psicológica es lo más indicado, sobre todo, cuando la madre está dando el pecho a su bebé. No obstante, en algunos casos, es necesario combinarla con medicamentos.

El tratamiento empieza desde el momento en que se sospecha la presencia del trastorno. Se anima a la paciente para que exprese cómo se siente, y los terapeutas intentan ayudarla para que vea sus problemas a través de una actitud positiva, comprensiva, tolerante, y no con reproches o culpas.

La misión de los terapeutas es hacerle ver que este trastorno tiene cura y le enseñarán como enfrentarlo. Primero, la nueva mamá necesitará apoyo y tranquilidad, luego debe concienciarse de su problema para iniciar la recuperación. Es muy importante que la pareja de la paciente esté involucrada en su tratamiento. El marido también participará de las terapias, y se sentirá más aliviado al saber de lo que se trata, y por recibir consejos sobre cómo actuar y ayudar a su esposa. En cuanto al tratamiento farmacológico, será siempre el médico quien prescribirá el tratamiento. Es importante determinar si se trata de una madre lactante, que le de el pecho a su hijo, ya que pueden pasar al bebé a través de la leche materna. La depresión en adolescentes se ha convertido en un fenómeno que preocupa al mundo. Pues padres, pares y expertos se encuentran en vilo ante jóvenes frágiles que no resisten ciertas emociones y viven abrumados. Pero, ¿cuál es su origen? Aunque los especialistas indican que este problema resulta del momento emocional angustiante que muchos jóvenes viven actualmente, la realidad es que la ciencia ha logrado determinar no solo sus causas, sino también los modos de tratar esta patología que afecta a uno de cada cinco adolescentes.

Ciertamente, la depresión es un estado grave, especialmente si el mismo toma el control del menor. Por eso, si tu hijo se siente triste, melancólico, infeliz, abatido o desbastado, este artículo será de gran utilidad. Presta atención que a continuación conocerás cómo tratar a un joven que lo padece.

Uno de cada cinco adolescentes sufre de depresión en algún momento. Su hijo adolescente puede estar deprimido si se siente triste, melancólico, infeliz o abatido. La depresión es un problema grave, más aun si estos sentimientos han tomado el control de la vida de su hijo. La depresión en adolescentes es un problema médico grave que causa una sensación persistente de tristeza y pérdida de interés en las actividades. Afecta la forma en que piensa su hijo, se siente y se comporta, y puede causar problemas emocionales, funcionales y físicas. Aunque los trastornos del estado de ánimo, como la depresión, puede ocurrir en cualquier momento de la vida, los síntomas pueden ser diferentes entre los adolescentes y adultos.

Cuestiones tales como la presión de grupo, las expectativas académicas y el cambio de los cuerpos pueden traer una gran cantidad de subidas y bajadas para los adolescentes. Sin embargo, para algunos adolescentes, los mínimos son más que sentimientos temporales – son un síntoma de la depresión.

Como los adolescentes suelen cambiar de estados de ánimo, puede ser difícil reconocer cuando su hijo o hija se ha deprimido y podría necesitar ayuda. Lo primero que se suele observar es el retraimiento, o cuando el adolescente deja de hacer cosas que generalmente le gusta hacer. Podría haber otros cambios en el estado de ánimo, inclusive tristeza o irritabilidad. O en su conducta, que incluye el apetito, nivel de energía, patrones de sueño y desempeño académico. Si varios de estos síntomas están presentes, esté pendiente de la posibilidad de depresión.

Esto es especialmente importante porque para el momento que los familiares y las personas que están alrededor del adolescente observan su falta de interés en la mayoría de las cosas, o lo que denominamos anhedonia, generalmente ha estado deprimido por algún tiempo. La depresión es un trastorno de internalización; es decir, uno que trastorna la vida emocional del paciente, en vez de un trastorno por externalización, el cual toma la forma de una conducta problemática o perturbadora. Como tal, es necesario cierto tiempo para que los demás no solo lo reconozcan sino generalmente para que el paciente en sí se dé cuenta que sus pensamientos y respuestas emocionales están perturbados.

Obsérvese que en realidad hay dos tipos de depresión. En el trastorno depresivo mayor —la forma más familiar de depresión— los síntomas ocurren en lo que pueden ser episodios severos que tienden a durar de siete a nueve meses. Pero también hay otra forma de depresión llamada trastorno distímico, en el que los síntomas son más leves, pero duran más tiempo, incluso años. De manera que, aunque la experiencia de distimia puede ser menos debilitante para el niño en algún momento determinado, el riesgo es que haya mayor daño acumulado, más tiempo en el que el niño se mantiene fuera del proceso de desarrollo saludable.

Por qué la intervención temprana es de suma importancia

Cuando un adolescente está deprimido, su sufrimiento no es la única razón por la que es importante ayudar. Además del trastorno en sí, hay efectos adicionales que puede causar problemas de por vida. Con la depresión vienen la baja energía y la escasa concentración, dos factores que es probable que tengan una repercusión significativa sobre el funcionamiento social y académico.

Es fácil ver los efectos del mal funcionamiento académico: rezagarse en la escuela debilita la confianza e imagen de sí mismo que tiene el niño, y puede repercutir en su vida futura si se prolonga. Pero el aprendizaje social es tan crítico como el aprendizaje académico en la adolescencia. Las deficiencias en las habilidades sociales, no solo ponen a los adolescentes deprimidos detrás de sus pares, sino que, en ellos mismos, puede agravar la depresión.

Pensamiento suicida

Es importante entender que un adolescente que está deprimido puede que también presente ansiedad, y puede que sea necesario tratarle por dos trastornos aparte. Puede que la depresión conduzca a la ansiedad —el estado mental negativo de un adolescente deprimido es idóneo para la incertidumbre. Si no se siente bien consigo mismo, no se siente confiado, seguro o protegido, puede que la ansiedad encuentre el terreno abonado. También puede que sea que las regiones del cerebro afectadas por la ansiedad y la depresión se encuentran próximas y se afectan entre sí.

Dos problemas graves que se asocian directamente con la depresión y ansiedad en adolescentes son el pensamiento (o la conducta) suicida y el consumo de drogas. El suicidio es la tercera causa principal de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes, de edades entre 15 y 24 años, y sabemos que la mayoría de los niños que comenten suicidio han estado sufriendo de una enfermedad psiquiátrica. En situación de riesgo se encuentran especialmente los adolescentes que esconden su depresión y ansiedad de los padres y amigos. Es por eso que es importante estar alerta a los signos de estos trastornos —retramiento, cambios en el desempeño escolar, hábitos de alimentación, patrones de sueño, cosas que ellos disfrutaban hacer —incluso cuando los adolescentes no son comunicativos acerca de cómo se sienten.

Igualmente, la mayoría de los adolescentes que presentan problemas de consumo de drogas también tienen un trastorno psiquiátrico, que incluye, con mayor frecuencia, la ansiedad o la depresión, lo cual es otro motivo importante para buscar tratamiento de manera oportuna.

Tratamientos para la depresión

Afortunadamente, la participación temprana de los profesionales de la salud puede acortar el período de enfermedad y disminuir las probabilidades de perder lecciones de vida importantes.

El tratamiento más frecuente que un profesional de la salud mental es apto para usar es alguna forma de terapia cognitivo-conductual, y dependiendo de lo pequeño que sea el niño, puede implicar también enseñar a los padres. La terapia cognitivo-conductual se fundamenta en la idea de que una persona que esté sufriendo de un trastorno del estado de ánimo está atrapada en un patrón de pensamiento negativo. Los niños deprimidos tienden a autoevaluarse de forma negativa, interpretar las acciones de otros de forma negativa y suponer el resultado más oscuro posible de los eventos. En la TCC, le enseñamos a los que sufren a desafiar esos pensamientos negativos, a reconocer el patrón y a autoentrenarse para pensar más allá de ellos. Y en muchos casos observamos verdadera mejoría.

Si la depresión es moderada a severa, el tratamiento puede implicar medicamentos, tales como antidepresivos. Generalmente, una combinación de psicoterapia y medicamentos funciona mejor que cualquiera de ellas sola.

3.7.- ¿QUÉ PUEDE SUCEDER SI NO SE TRATA LA DEPRESIÓN POSPARTO?

Sin tratamiento, la depresión posparto puede durar meses o años. Además de afectar la salud de la madre, puede interferir con su capacidad de relacionarse con y de cuidar de su bebé, y puede hacer que éste tenga problemas para dormir y alimentarse además de conducta a medida que crece.

3.8.- ¿CÓMO PUEDEN AYUDAR LA FAMILIA Y LOS AMIGOS?

Es probable que los familiares y los amigos sean los primeros en reconocer los síntomas de la depresión posparto en una mujer que acaba de dar a luz. Pueden alentarla a que hable con su proveedor de atención médica, ofrecerle apoyo emocional y ayudarla con las tareas diarias como cuidar del bebé y del hogar.

3.9.- CAMBIO DE VIDA

Aunque se desconoce la causa, todo ello está justificado por el gran cambio de vida en el que se sumerge la madre. El sueño se altera, el útero pasa de pesar 70 o 100 g a 1 kg, la madre no tiene tiempo para sí misma debido a que ocupa su tiempo en cuidar al bebé.

Muchos especialistas piensan que esto es debido a los cambios hormonales, aunque no se ha descubierto un nivel de estrógenos diferentes entre las mujeres embarazadas y las que no.

3.10.- ¿NO SE SIENTEN TODAS LAS MUJERES UN POCO ASÍ TRAS TENER UN HIJO?

Muchas mujeres, aproximadamente una de cada dos, se sienten un poco llorosas, desanimadas e inseguras en el tercer o cuarto día tras el parto.

Es la conocida como depresión del tercer día que dura de unas horas a un par de días y que pronto desaparece.

Desde luego, muchas mujeres se sienten cansadas y un poco desorganizadas cuando regresan a casa del hospital, pero generalmente controlan perfectamente la situación cuando pasa más o menos una semana. Sin embargo, para las madres con una depresión postparto las cosas empeoran día tras día.

3.11.- ¿CUÁNDO OCURRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO?

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

3.12.- ¿POR QUÉ OCURRE?

Todavía no sabemos lo suficiente sobre por qué las mujeres desarrollan depresiones postparto como para poder estar seguros de quien la desarrollará y quién no.

Probablemente no existe una causa única sino más bien diferentes tipos de estrés que pueden tener la misma consecuencia o que pueden actuar conjuntamente.

3.13.- ¿QUÉ PASA CON LAS HORMONAS?

Parece probable que la depresión postparto esté relacionada con los importantes cambios hormonales que tienen lugar en el momento del nacimiento de su hijo, aunque todavía no dispongamos de evidencias al respecto.

Aunque los niveles de estrógenos, progesterona y otras hormonas relacionadas con la reproducción que pueden afectar a las emociones descienden

bruscamente tras el parto, no se han encontrado diferencias entre las hormonas de las madres que desarrollan una depresión postparto y las de las que no.

Una posible explicación es que probablemente algunas mujeres puedan ser más sensibles que otras a tales cambios.

3.14.- ¿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.

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

3.15.- ¿QUÉ PUEDE HACERSE?

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 cómo se sienten realmente puede que les quiten a su hijo (esto NO ocurrirá).

Algunos médicos, enfermeras y trabajadores sociales están preparados para reconocer la depresión postparto ya que conocen su existencia y se esfuerzan por detectar, sin embargo, otros profesionales la pasan por alto o, lo que es peor, la ignoran considerándola como trastorno pasajero.

En la actualidad existe una mayor concienciación 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 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.

3.16.- TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS

Los médicos de cabecera no siempre prescriben tratamiento farmacológico para sus pacientes con trastornos emocionales. Sin embargo, en ocasiones la naturaleza de la depresión es tal que hace necesario un tratamiento con fármacos antidepresivos.

Estos medicamentos:

- No son tranquilizantes ni estimulantes.
- No son adictivos, no crean dependencia.
- Necesitan dos semanas o más para empezar a hacer efecto.
- No hacen necesario el suspender la lactancia materna ya que entre los muchos antidepresivos disponibles existen algunos que no pasan a la leche materna y por tanto no afectarán a su hijo en absoluto.
- Necesitan ser mantenidos durante al menos 6 meses tras la depresión para reducir el riesgo de recaída.

A muchas mujeres les parece más atractiva la posibilidad de recibir tratamiento con hormonas en lugar de con antidepresivos ya que consideran a éstas más naturales. Sin embargo, las evidencias disponibles sobre su eficacia son cuestionables y además no están exentas de efectos secundarios.

La progesterona parece funcionar mejor en supositorios, mientras que los estrógenos se aplican actualmente en forma de parches en la piel.

No existe duda de que muchas mujeres creen que el tratamiento hormonal que han recibido les ha beneficiado, pero todavía está por demostrar que este sea algo más que un placebo, es decir que la curación se produce más por la esperanza puesta en el tratamiento que por el propio tratamiento en sí.

3.17.- 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 y pueden ser solicitada por su médico.

3.18.- ¿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.

3.19.- ¿PUEDE PREVENIRSE LA DEPRESIÓN POSTPARTO?

Sí. Existen tres formas de prevención: detectar precozmente el trastorno, tratarlo rápidamente y evitar sus consecuencias. Este folleto está especialmente dedicado a la detección y tratamiento precoz de la depresión postparto.

- No intente ser una súper mujer. El tener un hijo es un trabajo que puede exigir dedicación exclusiva, de forma que durante su embarazo intente reducir sus compromisos (si trabaja, asegúrese que se alimenta de forma suficiente y con regularidad y ponga los pies en alto durante la hora de la comida).
- No se mude de casa mientras esté embarazada o hasta que su hijo no tenga seis meses.
- Haga amistad con otras parejas que estén esperando un hijo o que lo hayan tenido recientemente. Entre otras cosas, esto le posibilitará el disponer de alguien que pueda cuidar a su hijo cuando lo precise.
- Identifique a alguien en quien pueda confiar, es necesario disponer de algún amigo a quien acudir en caso de necesidad.
- Vaya a las clases preparto y lleve a su pareja consigo.

Si ha sufrido previamente una depresión, esto no significa que usted vaya a tenerla de nuevo en el siguiente parto. Sin embargo, tras el parto es necesario que se ponga en contacto con su médico de cabecera 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.

Una vez que el bebé haya nacido:

- Aproveche cualquier oportunidad para descansar. Aprenda a echar cabezadas o pequeñas siestas. Su pareja podrá encargarse de alimentar al bebé por la noche, utilizando si usted lo desea incluso su propia leche extraída con anterioridad.
- Aliméntese adecuadamente. Las ensaladas, los vegetales frescos, la fruta, los zumos, la leche y los cereales son alimentos muy adecuados para este momento y que además no necesitan de mucha cocina.
- Encuentre tiempo para disfrutar con su pareja. Intente conseguir una niñera y salgan juntos a cenar, al cine, a ver unos amigos o tomar una copa.
- Intente intimar con su pareja, incluso aunque todavía no le apetezca tener relaciones sexuales completas, un beso, un abrazo, una caricia, o un mimo pueden ser bastante reconfortarles hasta que regrese el deseo sexual al completo.
- No sea muy crítica consigo misma ni con su pareja. La vida se hace bastante dura en estos momentos y el cansancio y la irritabilidad de ambos puede conducir a discusiones frecuentes que no harán más que debilitar su relación en unos momentos en que esta debería ser más fuerte.
- No tema pedir ayuda cuando la necesite. Aunque su médico es quien debe realizar el diagnóstico de su depresión postparto, lo que usted haya aprendido en las clases preparto y en folletos como este puede orientarle sobre cuando pedir ayuda.

4.- CUIDADOS

- Solicite ayuda a su pareja, familia y amigos con las necesidades del bebé y el hogar.

- NO esconda sus sentimientos. Hable acerca de ellos con su pareja, familia y amigos.
- NO haga ningún tipo de cambios mayores en su vida durante el embarazo o inmediatamente después de dar a luz.
- NO intente hacer demasiado o ser perfecta.
- Aparte tiempo para salir, visitar a los amigos o pasar tiempo sola con su pareja.
- Descanse lo más que pueda. Duerma cuando el bebé esté durmiendo.
- Hable con otras madres o únase a un grupo de apoyo.

4.1.- PERMANEZCA ACTIVA.

Hágase tiempo todos los días para hacer alguna actividad física, como caminar durante 10 a 20 minutos o bailar al ritmo de una canción favorita.

4.2.- REALICE ALGUNA ACTIVIDAD QUE LE PAREZCA DIVERTIDA TODOS LOS DÍAS

A pesar de que quizá deba esforzarse un poco más para divertirse, intente hacer actividades que hayan sido divertidas siempre, como un pasatiempo, escuchar música o mirar un programa favorito de televisión.

4.3.- PASE TIEMPO CON LAS PERSONAS QUE LA AYUDAN O LA APOYAN

Es fácil evitar estar con otras personas cuando una se siente deprimida, pero no debería estar sola todo el tiempo. Dedique algún tiempo a hablar o hacer actividades con otras personas. Intente hablar con ellas sobre cómo se siente. Pero sepa que también está bien si, al principio, no puede hablar sobre lo que siente.

4.4.- RELÁJESE

Para muchas personas que tienen depresión, es difícil dejar de sentirse afligidas o de tener pensamientos tristes. Aprender a relajarse puede ayudar. Intente respirar de manera lenta y profunda, mientras se dice a usted misma palabras de consuelo o se da un baño tibio.

4.5.- FIJE METAS SIMPLES

No espere lograr demasiado, muy pronto. Fíjese metas simples, como tomarse tiempo para leer algunas páginas de una revista o para prepararse una taza de té o de chocolate. Posponga las decisiones importantes hasta que se sienta mejor. Dese crédito por cada cosa que haga.

4.6.- INTERVENCIONES ENFERMERAS

Además del tratamiento farmacológico, existen terapias e intervenciones no farmacológicas para poder manejar la depresión postparto. Desde Enfermería tenemos un papel muy importante desde el momento posterior del parto, en la unidad de maternidad; hasta un tiempo después, desde atención primaria. Por lo tanto, es importante que hay una correcta formación hacia Enfermería sobre qué es la depresión postparto, y todo lo que ella acontece (síntomas, riesgos, etc.), así como sobre las intervenciones que pueden llevarse a cabo.

Por otro lado, es primordial que exista una buena relación enfermera-paciente, donde predomine la confianza y cordialidad, para conseguir que la paciente exprese sus sentimientos, miedos, emociones, etc.; intentando que reconozca las causas que desencadenan los sentimientos y pensamientos negativos. Así, es importante preguntarle sobre posibles ideas suicidas que pueda tener. Además, es fundamental ponernos a disposición continua para cualquier ayuda que necesite.

Para llevar a cabo una buena actuación enfermera es importante realizar valoraciones desde el inicio, teniendo no solo en cuenta su historial clínico y las necesidades que poseen y que son necesarias tratar, y para ver lo cambios en la evolución de la enfermedad. Además, es necesario valorar positivamente todos los logros que haya conseguido y sus esfuerzos.

Es importante educar en salud, promoviendo tanto los autocuidados como los cuidados correctos para el bebé, para así potenciar la autoestima y la seguridad de la paciente, dándole cierta independencia. No obstante, es primordial hacerle ver la importancia de pedir ayuda a su pareja, familiares y demás personas cercanas cuando lo necesite, tanto para cuidarla a ella como a su bebé, y para dedicar cierto tiempo al descanso y el ocio, y que los cambios que deba llevar a cabo para adaptar su nueva vida es necesario que se hagan de forma progresiva.

Por lo anterior, es necesario instaurar un buen sistema de apoyo social, por parte de las personas cercanas, las cuales, también deben participar de ese proceso de educación para la salud, dándoles a conocer información sobre la depresión para que puedan detectar posibles empeoramientos o mejoras, y sobre los cuidados que se le deben hacer al recién nacido y a la madre. Además, se ha comprobado que los grupos de ayuda, suponen una mejora notable en el estado de la enfermedad, por lo que es conveniente fomentar su participación en ellos.

Respecto a la nutrición, debemos hacerle ver la importancia de llevar a cabo una dieta adecuada, enseñándole, además, a planificar las comidas según sus necesidades y preferencias. También es relevante fomentar el ejercicio físico.

En relación al sueño y descanso, tenemos que ayudarla a eliminar los problemas que presente. Así, debemos enseñarla a programar y priorizar actividades para acomodar los niveles de energía, de forma que es importante que dentro de su vida coordine los cuidados al bebé con actividades de ocio y descanso, pudiendo aprovechar las horas de sueño del bebé para dormir. En este sentido, es muy adecuado fomentar terapias de relajación.

4.7.- FORMAS DE AYUDARSE A USTED MISMA

- Descanse y duerma bien.
- Aliméntese bien. No se someta a dietas demasiado pronto. Espere al menos seis semanas antes de comenzar una dieta para perder peso. Aliméntese de manera sensata para recuperar y mantener su energía.
- Beba mucho líquido, especialmente si está amamantando.
- Intente realizar algún tipo de ejercicio suave todos los días. El ejercicio es un gran energizante y una buena forma de liberar la tensión y frustración.
- Programe breves períodos para estar lejos del bebé.
- Salga de la casa al menos una vez por día para dar un paseo.
- Establezca relaciones con otras mamás recientes. Participe de algún grupo de apoyo para madres o de un grupo contra la depresión posparto. Comparta sus experiencias y sus miedos. Mientras más hable sobre sus preocupaciones, más fácilmente se dará cuenta que no está sola.

- Pida a otros que la ayuden con las tareas domésticas, el cuidado del bebé y de los otros niños para que pueda escaparse por un rato.
- Busque apoyo en su familia, amigos, iglesia, proveedor de cuidados de la salud, clínica o centro de salud mental. Mantenga sus números de teléfono cerca de su teléfono.
- Intente postergar otros cambios importantes en su vida, como mudarse a un nuevo hogar, siempre que sea posible.
- Organice y prepare todo lo que pueda la noche anterior. Esto le ayudará a despertarse sintiéndose bien organizada y lista para enfrentar el día.
- Calcule más tiempo del que realmente crea que va a necesitar. Si agrega 15 ó 20 minutos al tiempo total que haya calculado, tendrá mayores probabilidades de llegar puntualmente.
- Nunca compare a su bebé con otro bebé. Cada niño es único y cada uno crece y se desarrolla a su propio ritmo.
- Conserve el sentido del humor. No siempre puede hacerse responsable del comportamiento de su bebé. Si se ríe en los momentos embarazosos, la mayoría de las personas se reirán con usted.
- Sea buena con usted misma, intente satisfacer sus necesidades. Regálese a usted misma un buen libro, un baño relajante o un peinado nuevo.
- Disfrute de su bebé. Relájese y goce siempre que le sea posible. Abraze, bese, mime y ame a su bebé, y ríase con él.

Adaptarse a la paternidad es un desafío importante. El rol de padres es una experiencia de aprendizaje continuo. A medida que descubra más acerca de su bebé, le resultará más sencillo establecer una rutina.

Recuerde, no solo se está adaptando a un nuevo trabajo de 24 horas por día como padre y a una relación cambiante con su pareja, sino que, además, se está recuperando del parto. Por lo general, estos sentimientos de ansiedad desaparecen después de varias semanas, especialmente con la comprensión y el apoyo de su pareja y amigos, y a medida que ve a su bebé crecer y desarrollarse.

5.- ANALISIS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Es una enfermedad que se caracteriza por un sentimiento de profunda tristeza, decaimiento anímico, pérdida de interés por todo e imposibilidad de experimentar placer o capacidad de disfrutar de cualquier experiencia. Se prolonga por un extenso periodo de tiempo, afectando el orden de la vida cotidiana y relaciones sociales; tanto es así que es la segunda enfermedad mental más incapacitante en cuanto al grado de discapacidad y el gasto social que origina.

Su origen no depende de la debilidad, fragilidad o carácter de una persona, es una enfermedad equiparable a otra patología crónica como la diabetes, aunque factores como el estrés y ansiedad constante pueden influir en su aparición. Como consecuencias de padecerla se encuentra que quienes la sufren tienen un 8% de mayor riesgo de muerte por suicidio.

La depresión, probablemente una de las enfermedades que ha estado presente en todas las épocas y que no hace distinción de edad, género, estilo de vida ni situación socioeconómica.

5.1.- CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Existen varios factores que pueden influir en su desarrollo, unos de maneras más directas que otros:

- El Tabaco: la nicotina que contiene posee efectos negativos sobre el organismo, entre ellos suele afectar el funcionamiento de los neurotransmisores en el cerebro, produciendo un mayor nivel de dopamina y serotonina.
- Problemas de tiroides: cuando la glándula tiroides no funciona bien y tienen fallos en la producción de hormonas tiroideas, como es el caso del hipotiroidismo, puede provocar depresión, ya que una de las funciones de estas hormonas es regular los niveles de serotonina.
- Lugar de residencia: el lugar donde se vive puede estar relacionado a la salud emocional, así como el clima, personas con las que se convive, así como colores y aspecto del barrio. Por ejemplo, en las grandes ciudades suelen registrarse mayores cifras de depresión y suicidios en comparación que en pueblos en zonas rurales o cercanas a playas.
- Insomnio: aparte de la fatiga, la irritabilidad y otra de las consecuencias de no dormir es la depresión, el cansancio generado al dormir poco genera vulnerabilidad y afecta a la toma de decisiones, algunos lo atribuyen a la falta de contacto con la naturaleza y el estrés originado por las grandes ciudades.

5.2.- TIPOS DE DEPRESIÓN

- Trastorno depresivo recurrente: se caracteriza por repetidos episodios de depresión durante los cuales se manifiesta un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, capacidad de disfrute, reducción de energía y actividad física, durante un periodo mínimo de dos semanas. Otros síntomas puede

ser la ansiedad, alteración del sueño, falta de apetito, sentimiento de culpa, baja autoestima y dificultades de concentración.

Dependiendo la cantidad y la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

- Trastorno afectivo bipolar: consiste en una serie de episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Entre las causas de estos episodios maníacos se encuentran estados de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, autoestima excesiva y disminución del sueño.

5.3.- SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Entre los principales síntomas que se pueden manifestar se encuentran:

- Imposibilidad de sentir placer y disfrutar momentos gratificantes
- Pérdida de interés ante situaciones, cosas y personas
- Vulnerabilidad al estrés, resultando todo muy complicado
- Empeoramiento progresivo del humor durante el día
- Sentimiento de culpa sin sentido alguno
- Pensamientos pesimistas y suicidas
- Ansiedad e irritabilidad
- Reducción de la tolerancia al dolor
- Alteración de los ciclos de sueño, causando déficit de descanso
- Cambios somáticos como fatiga, cambios en el apetito, variaciones de peso, disfunción sexual y problemas de estómago
- Empeoramiento de la función cognitiva en un 94% de los casos, tales como: planificación, toma de decisiones, concentración, organización, memoria reciente y a largo plazo, agudeza mental, velocidad del pensamiento y el juicio

La bradipsiquia, lentitud psíquica de pensamiento y mental, y la bradilalia, lentitud en el ritmo y fluidez del habla

- Baja actividad física
- Disminución de la calidad de vida al verse afectada la funcionalidad del individuo para llevar a cabo actividades de su vida cotidiana, afectando sus relaciones sociales, familiares, trabajo, estudio y rutina doméstica

Al presentarse los síntomas, es indispensable el apoyo de familiares y amigos cercanos para detectarlo y buscar ayuda lo más pronto posible.

5.4.- ¿CUESTIÓN DE GÉNERO?

De acuerdo a estudios, la depresión afecta al doble de mujeres que a hombres, concretamente, con un episodio de depresión grave a lo largo de la vida del 16,5% frente al 8,9% de los hombres. Según la asociación Mujeres para la Salud, esto va más allá de los factores hormonales de la mujer, muchas veces se debe a la falta de equidad en la distribución del trabajo productivo, reproductivo, tiempo de ocio y descanso, además afirman que al ser la mujer la principal cuidadora del hogar esto le produciría una sobrecarga física y emocional que con el tiempo tendría efectos negativos.

De igual manera, Beatriz Velardiez, responsable de comunicación de la asociación explica “las depresiones exógenas —aquellas que tienen su causa en el exterior, en las circunstancias— afectan de modo muy desigual a uno y otro sexo: el 30% afecta a los hombres y el 70% a las mujeres. Este gran porcentaje de depresiones femeninas sin causas biológicas que lo expliquen, tiene por tanto su origen en la condición de un entorno que afecta específicamente a las mujeres. Y esta realidad nos lleva a la única respuesta plausible: que la socialización de género (o sexista) es la responsable que determina las relaciones de poder/sumisión entre ambos sexos, y sus

consecuencias negativas en la salud mental de las mujeres. Es decir, todas estas mujeres padecen este tipo de depresión”

Igualmente señalan cuatro etapas concretas en la vida de la mujer en la que diversas causas pueden desarrollar esta enfermedad:

- Entre los 18 y 35 años que inician o desarrollan su etapa de autonomía profesional, donde rompen el cordón con la familia, establecen nuevas relaciones afectivas y toman decisiones hacia dónde dirigir sus vidas.
- Convivencia en pareja y ejercicio de la maternidad, etapa donde se debe escuchar y atender necesidades de otros y queda poco tiempo para un espacio personal.
- Final del ejercicio de rol de madre por la independencia de hijos, quedando un espacio y tiempo vacío.
- Mujeres de más de 40 años sin parejas ni hijos, que se han enfocado toda la vida en sus carreras profesionales, pero sin embargo en esta edad cuestionan sus decisiones personales.

En cualquiera de estas etapas lo importante será acudir a un especialista para hablar y pedir consejo de cómo manejar la situación y no crear un caos interno que conlleve a la depresión.

5.5.- DEPRESIÓN POSTPARTO Y ANSIEDAD

La ansiedad en el embarazo podría ser un indicador de depresión postparto, ya que el embarazo es un periodo donde surgen diferentes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas desde el inicio de la gestación. Igualmente, psicológicamente durante el embarazo la mujer experimenta cambios que, si no son manejados de manera correcta, pueden volverse de otra manera.

En el proyecto “Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal”, liderado por investigadores del área de Psicología Clínica de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), muestra que uno de los factores psicológicos más relevantes es la presencia de neuroticismo o inestabilidad emocional, debido a que algunas mujeres muestran preocupación excesiva primeramente por el feto y luego respecto a la atención médica.

Los investigadores recomiendan la atención integral para las mujeres embarazadas ya que se debe evaluar e intervenir en todos los aspectos psicológicos, especialmente emocionales con el objetivo de minimizar el riesgo de desarrollo de trastornos emocionales.

5.6.- ¿DEPRESIVO POR HERENCIA?

De acuerdo a un estudio publicado por JAMA Psychiatry, donde se analizaron tres generaciones, tener padres que hayan padecido depresión o abuelos con esta misma enfermedad aumenta la probabilidad de que los nietos la posean. Sin embargo, identificar los síntomas a edades tempranas hace que se puedan realizar tratamientos precoces y evitar que pase a mayores.

5.7.- DEPRESIÓN Y CAPACIDAD DE TRABAJO

No detectar trastornos depresivos a tiempo y que la persona trabaje no sólo puede tener consecuencias en su salud, sino también económicas, por persona podría tener un valor económico de 5.764 euros entre costes directos sanitarios y no sanitarios como bajas laborales y pérdida de productividad laboral.

La Fundación Ramón Areces y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental afirman que en España no existe en plan específico para abordar la depresión y cómo esta afecta tanto a la empresa como al empleado. Además, para el año 2006 los costes sanitarios directos rondaron los 2.000 euros, si se le

suma la pérdida de productividad pueden llegar hasta los 5.764 euros; cuyo impacto lo asume la empresa, Seguridad Social y el propio afectado.

Miguel Roca, presidente de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, indica que las empresas no poseen un programa eficaz de prevención y detección de este trastorno, aun cuando más del 75% de quienes la padecen está en edad de trabajar. Igualmente señala que el reto es crear dentro de las empresas un clima y espacio donde se pueda hablar, compartir y notificar cualquier problema de esta índole para prevenir mayores consecuencias.

5.8.- DEPRESIÓN ESTACIONAL

También conocida como depresión de invierno, el trastorno afectivo estacional se refiere a los cambios en el estado de anímico que se relacionan con una determinada época del año, generalmente en el invierno. Esta situación de desánimo y abatimiento que ocurre por el frío y escasez de luz puede causar un desequilibrio hormonal y de neurotransmisores del cerebro, influyendo en el estado de ánimo de algunas personas y prolongándose durante más de dos semanas.

Científicos afirman que el clima afecta el carácter y ánimo de las personas: estar triste en días nublados y alegre en días de sol; también se relaciona con la manera de ser de las personas.

Estos trastornos pueden evitarse realizando ejercicio o actividades al aire libre que permitan aprovechar las horas de luz y producir serotonina o también conocida como hormona de la felicidad.

5.8.1.- TRATAMIENTO

En la actualidad existe una variedad de tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave, dependiendo el tipo de paciente y los efectos adversos que estos puedan causar. Los profesionales pueden ofrecer diversos tratamientos:

- Tratamientos psicológicos: entre ellos se encuentran la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, realizados cara a cara, individuales o en grupo, generalmente en depresiones leves.
- Medicamentos antidepresivos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antidepresivos tricíclicos, los cuales son usados en la depresión moderada y grave de manera cautelosa, evitando su uso en niños o adolescentes.

Una dieta sana y equilibrada controla los agentes estresantes del día a día y ayudar a reducir la presión arterial y respuesta biológica. Se recomienda ingerir el pistacho ya que contiene diversos nutrientes:

- Potasio: Regula funciones corporales básicas como la nerviosa y la muscular
- Magnesio: es un mineral relacionado con los procesos de transmisión neuromuscular y liberación de energía. Además, aporta un adecuado equilibrio mental ya que estimula la transmisión de impulsos nerviosos, es un remedio anti estrés y contribuye a la mejora de la calidad del sueño
- Vitamina B: participa en el metabolismo de las proteínas y es necesaria para la producción de neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina

5.9.- RECAÍDA

De acuerdo a especialistas un 75% de las personas que han padecido depresión pueden sufrir una recaída, debido a que después de un episodio depresivo las probabilidades de otro se encuentran entre el 50 y 60%; luego de dos episodios, la posibilidad de recurrencia se incrementa al 70% y así sucesivamente. A pesar que dos tercios de los pacientes responden al tratamiento para la depresión, solo el 33% de ellos puede desarrollar su vida de la misma manera en que antes.

En las siguientes circunstancias puede existir mayor probabilidad de recaer en la depresión:

- Varios episodios depresivos previos
- Antecedentes familiares de depresión
- Edad menor de 25 años o mayor de 40
- Previos síntomas psicóticos
- Recuperación incompleta de depresión previa
- Persisten síntomas cognitivos como falta de energía y sueño
- Factores psicosociales con efectos negativos: falta de apoyo familiar, situación económica inestable, estrés laboral, entre otros
- Abuso de sustancias tóxicas

5.9.1.- ¿CÓMO EVITAR UNA RECAÍDA?

Existen algunos factores que pueden contribuir a evitar recaídas depresivas:

- Hacer ejercicio debido a que se generan endorfinas, también conocidas como hormonas de la felicidad, asimismo se reduce la ansiedad y el estrés.
- Buenas relaciones afectivas, lo cual incluye familiares, amigos y parejas, personas que brinden un apoyo emocional y ambiente tranquilo.
- Regulación de los hábitos del sueño y establecer una rutina.
- Contacto con la luz solar puesto que está relacionada con el buen humor y energía, con dos horas al día tomando el sol basta.
- Practicar la meditación o el taichi, ya que se ha demostrado que algunas terapias de reducción del estrés ayudan a reducir el riesgo de recurrencias en pacientes que tuvieron una depresión.

5.10.- SITUACIÓN MUNDIAL

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y es el trastorno mental más frecuente en España y Europa, sin embargo, se considera infra diagnosticado ya que se estima que entre el 30 y 50% de los casos permanece sin diagnosticar. Se calcula que esta enfermedad afecta a 350 millones de personas en todo el mundo y que en un futuro la sufrirá entre el 8 y 15% de las personas al menos una vez a lo largo de su vida.

Una barrera para la atención es el incorrecto diagnóstico de la enfermedad confundiendo con problemas momentáneos, incluso, se estima que cada año se suicidan más de 800.00 personas.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud ha puesto en marcha el Programa de acción para superar la brecha en salud mental, cuyo objetivo se basa en ayudar a los países a ampliar la atención y servicios a personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, mediante la prestación de asistencia sanitaria profesional.

5.11.- ¿QUÉ HACER ANTE UNA POSIBLE DEPRESIÓN?

Ante la sospecha que se padece depresión se recomienda seguir las siguientes pautas:

- Hablar con una persona de confianza y contarle cómo se siente
- Ser comunicativo y expresar todos los sentimientos sin miedo a ser juzgado
- Acudir al médico el cual puede diagnosticarlo y prescribir el tratamiento adecuado
- Pedir ayuda si surgen pensamientos suicidas y estar acompañado hasta que todo mejore. En caso de estar sólo solicitar apoyo al 112

- Mantenerse activo ayuda en la mejoría de los síntomas, igualmente se recomienda planificar una serie de actividades a realizar cada día, solo o acompañado, pero que resulte divertida y distraiga de la problemática
- Desconectarse de redes sociales, televisión, móviles o todo aquello que pueda generar estrés hasta identificar el problema

Recordad que, si se identifica cualquier de los síntomas o características mencionadas en el artículo, lo mejor es acudir inmediatamente a un especialista y pedir el apoyo de un familiar o persona de confianza.

Cualquier depresión puede ser superada si es detectada y diagnosticada a tiempo.

También conocida como depresión de invierno, el trastorno afectivo estacional se refiere a los cambios en el estado de ánimo que se relacionan con una determinada época del año, generalmente en el invierno. Esta situación de desánimo y abatimiento que ocurre por el frío y escasez de luz puede causar un desequilibrio hormonal y de neurotransmisores del cerebro, influyendo en el estado de ánimo de algunas personas y prolongándose durante más de dos semanas.

Científicos afirman que el clima afecta el carácter y ánimo de las personas: estar triste en días nublados y alegre en días de sol; también se relaciona con la manera de ser de las personas.

Estos trastornos pueden evitarse realizando ejercicio o actividades al aire libre que permitan aprovechar las horas de luz y producir serotonina o también conocida como hormona de la felicidad.

5.11.1.- TRATAMIENTO

En la actualidad existe una variedad de tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave, dependiendo el tipo de paciente y los efectos adversos que estos puedan causar. Los profesionales pueden ofrecer diversos tratamientos:

Tratamientos psicológicos: entre ellos se encuentran la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, realizados cara a cara, individuales o en grupo, generalmente en depresiones leves.

- Medicamentos antidepresivos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antidepresivos tricíclicos, los cuales son usados en la depresión moderada y grave de manera cautelosa, evitando su uso en niños o adolescentes.

Una dieta sana y equilibrada controla los agentes estresantes del día a día y ayudar a reducir la presión arterial y respuesta biológica. Se recomienda ingerir el pistacho ya que contiene diversos nutrientes:

- Potasio: Regula funciones corporales básicas como la nerviosa y la muscular
- Magnesio: es un mineral relacionado con los procesos de transmisión neuromuscular y liberación de energía. Además, aporta un adecuado equilibrio mental ya que estimula la transmisión de impulsos nerviosos, es un remedio anti estrés y contribuye a la mejora de la calidad del sueño
- Vitamina B: participa en el metabolismo de las proteínas y es necesaria para la producción de neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina

5.12.- CUIDADO DE ENFERMERÍA A MADRES PRIMIGESTAS CON DEPRESIÓN POSTPARTO

El cuidado es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objeto va más allá de la enfermedad. En Enfermería se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Significa dar atención integral al paciente, tener en cuenta al individuo como persona, proporcionando un completo bienestar físico, social y psicológico encaminando a satisfacer las necesidades humanas.

La función de Enfermería es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, o a su recuperación, actividades que llevaría a cabo por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad, conocimiento necesario y buscará la forma de ayudarlo a independizarse lo más rápidamente posible.

6.- CASOS REALES DE MADRES CON DEPRESIÓN POSTPARTO

1.- El 2 de octubre de 2006, la madre soltera de 31 años de edad Elaine Campione sacó su cámara de video y grabó a sus dos hijas pequeñas, Serena de tres años de edad y Sophia de 19 meses, mientras jugaban en su departamento. En la grabación, la escena en las que Serena colorea en la sala y le dice a su madre lo mucho que la ama se corta por otra de Sophia chapoteando en el agua de la bañera mientras Campione canta "twinkle, twinkle little star".

Más tarde, fuera de cámara, Campione ahogó a sus dos hijas en la bañera. Secó los cuerpos, les puso las pijamas, acomodó a las niñas en la cama y colocó un rosario color turquesa y un álbum de fotos entre las hermanas fallecidas. Luego se tomó lo que pensaba que sería una sobredosis de

clonazepam (un medicamento recetado para tratar el trastorno bipolar o la esquizofrenia) y regresó a la sala para seguir grabando.

Ahora el video muestra a Campione sola, sentada en su sofá, llorando y hablándole a la cámara que se encuentra al otro lado de la habitación. El manifiesto de casi diez minutos es para su ex marido, Leo Campione, quien ella afirma que la golpeaba y abusó de ella y de su hija mayor. La pareja estaba en medio de una batalla por la custodia de las niñas. Los Campiones se encontraron en la corte más tarde esa semana.

"¿Ya estás feliz? Las niñas se han ido... ¿Cómo te hace sentir eso, Leo?", le pregunta Campione a la cámara. "Te odio, Leo. Eres el diablo. Querías ganar, pues ganaste. ¿Estás feliz? ¿Cómo te hace sentir eso? Porque a mí no me hace sentir nada bien. Lo he perdido todo... Nunca sabré en lo que mis hijas se hubieran convertido".

Según el propio relato de Campione, luego apagó la cámara y se desmayó, con la esperanza de morir al igual que sus hijas. En lugar de eso, se despertó un día y medio después. Extrañamente, volvió a encender la cámara. Se puede escuchar la radio sonando en el fondo y la habitación aún está alumbrada por luz natural.

"Traté de suicidarme con una sobredosis, pero no funcionó", confiesa llorando. "Esas niñas eran mi vida".

En ese momento, Campione detiene la grabación y llama a la policía. Más tarde, en un interrogatorio en la estación de policía, ella fingió no saber que sus hijas estaban muertas. Obviamente, la confesión que hizo en su video fue la

que la llevó a la cárcel por dos cargos de asesinato en primer grado después de su juicio, casi cuatro años después.

Es casi imposible para la mayoría de la gente entender cómo un padre puede asesinar con deliberación a su propio hijo —un acto brutal legalmente definido como filicidio, infanticidio o neonaticidio (dependiendo de la edad del niño). Cuando ocurren estos casos raros, a menudo se encuentran envueltos en una curiosidad morbosa del público que no se disipa con un veredicto.

6.1.- TESTIMONIO ANÓNIMO DE PACIENTES TRAS EL PARTO

Estas personas han querido ayudar al desarrollo de este Trabajo de Fin de Grado de forma anónima contando su propia experiencia, o contestando a preguntas que les iba formulando. Algunas de estas preguntas guiadas han sido: ¿Tuviste sentimientos de angustia o agobio? ¿Lloraste o te sentiste triste algún día sin motivo aparente? ¿Notabas que te faltaba el tiempo para hacer todo o te sentías incapaz?

“Únicamente con el primero y sobretodo me agobiaba el que el tiempo siempre se me echaba encima sin hacer nada, sólo... ¡¡niño!!”

“Sentía agobio por falta de tiempo, por no poder descansar durante la noche y por la responsabilidad que conlleva criar un hijo. Sentía un peso que caía sobre todo en mí, pero también mucho amor y menos egoísmo.”

“Tras el nacimiento del primer hijo, sí que tuve sentimientos de agobio ante la nueva situación. Algún día lloraba por el cansancio que sentía y me faltaba el tiempo para hacer las cosas. Con el segundo hijo no me pasó eso.”

6.1.- ENTREVISTA DE UNA PACIENTE CON DEPRESIÓN POSTPARTO

Esta entrevista en anónima y se realizó personalmente en una sala privada, donde la madre obtuvo cercanía y confianza necesaria para relatar sus sentimientos y

experiencias durante su período de depresión postparto, ayudando así no solo a completar un trabajo de fin de grado y con ello impulsando la ciencia y la investigación, sino también a sí misma compartiendo sus vivencias y rememorándolas desde la superación y el progreso.

1. ¿Fue un hijo planeado?

Sí, fue un hijo que incluso pedimos a la Virgen de Covadonga durante un viaje a Asturias, planeado básicamente para concebir a nuestro segundo hijo, ya que yo era ya una mujer añosa. Mi primer hijo tenía 12 años cuando logré quedarme embarazada.

2. ¿Cuánto estuviste padeciendo depresión postparto?

4 meses, desde que di a luz hasta que me incorporé al trabajo.

3. ¿Cómo era la situación en casa tras dar a luz?

Noté los síntomas de depresión desde el día siguiente de dar a luz. Mi marido viajaba mucho por su trabajo. Mi familia intentaba animarme pero yo estaba muy sensible. Con el primero, yo era muy jovencita y, aunque inexperta, tenía vitalidad, alegría, energía y el apoyo que necesitaba. Pero con el segundo, todas las tareas me superaban.

4. ¿Qué síntomas notabas durante tu depresión postparto?

Siempre he querido la perfección y sentirme incapaz, reclamar compañía total de mi marido (aunque estuviera mi madre ayudándome con el bebé y la casa). Pensamientos de “no voy a poder”. No tenía tiempo para sacar adelante todo el trabajo. Sentía mucho agobio por el tiempo. Yo me sentía una vaca, ya que engordé y no paraba de darle leche al bebé; mientras que veía a mi marido cada vez más guapo y elegante. Tenía la autoestima muy afectada, y me daban brotes de llorar.

5. ¿Cuándo empezaste a notar la recuperación?

Al incorporarme a mi trabajo (Auxiliar de Enfermería): tenía la mente despejada, empecé a asumir el papel, a sentirme capaz de hacerlo... tenía menos demanda de mi hijo. Fue una liberación.

6. ¿Cómo era tu jornada o trabajo diario en casa durante la depresión postparto?

Por las mañanas estaba sola con el bebé. Luego, cuando trabajé de nuevo, me ayudó una mujer que contratamos (tipo mi madre), y me iba tranquila al trabajo.

7. ¿Sacas alguna reflexión de esta experiencia?

Me volví a enamorar de mi marido. Ahora me siento que puedo con todo.

Aún hay varios casos infames que permanecen en la conciencia pública: A pesar de que este crimen ocurrió hace dos décadas, Nancy Grace, la anfitriona del canal de televisión HLN habla de nuevo de Susan Smith, la madre de Carolina del Sur, quien dirigió su auto a un lago con sus dos hijos pequeños atados en el asiento trasero. El caso de una joven madre de Florida, Casey Anthony, se convirtió en el caso más grande de la histeria pública cuando Anthony fue declarada inocente de la muerte de su niño, Caylee, a quien supuestamente había drogado con cloroformo y asfixiado colocando cinta adhesiva sobre su boca y nariz. En 2002, el público estaba obsesionado con el caso de una madre de Texas, Andrea Yates, que ahogó a sus cinco hijos en la bañera debido a la supuesta depresión y psicosis postparto que sufría. En 2005, China Arnold puso a su bebé en el microondas y lo "cocinó" hasta morir, al parecer porque temía que su novio no fuera el padre del bebé y la dejara por tal motivo. El mismo año, se declaró inocente a Rebekah Amaya por cuestiones de demencia después de que ahogara a sus dos hijos. Ella le dijo a los investigadores que una araña le había dado la señal de que necesitaba matarlos.

Según un estudio de 2005, "el filicidio por parte de la madre se produce con mayor frecuencia en Estados Unidos que en las naciones en desarrollo". Un 30 por ciento de los homicidios de niños menores de cinco años son llevado a cabo por la madre.

El psicólogo criminalista Philip J. Resnick, uno de los autores del estudio, ha estado estudiando el filicidio desde 1960; incluso escribió un libro sobre el fenómeno. Él fue quien acuñó los términos neonaticidio, que se refiere a los recién nacidos que son asesinados por sus padres en las primeras 24 horas de vida, e infanticidio, que describe a los niños asesinados por sus padres dentro del primer año de vida.

"A menudo el comportamiento neonaticidal es influenciado por factores relativamente intangibles, como el aislamiento emocional y el sentir cierta falta de recursos guiándose por indicadores estereotipados como la raza o la situación financiera", escriben Cheryl L. Meyer y Michelle Oberman en su libro *Madres que matan a sus hijos*.

Un informe del Centro Nacional de Información sobre Biotecnología de 1995 decía que "las tasas de homicidio neonatales se redujeron en los 10 años siguientes al caso *Roe vs. Wade* (cuando se reconoció el derecho al aborto inducido en EU)" y que el neonaticidio es proporcionalmente mayor en las zonas rurales donde el aborto no está disponible o es socialmente inaceptable. "Vivimos en una sociedad en la que el aborto es legal, pero el infanticidio sigue siendo un crimen horrible e impensable", Meyer y Oberman argumentan en su libro. "Teniendo en cuenta esto, hacemos hincapié en la importancia del acceso a abortos seguros, asequibles y privados".

La mayoría de los casos de neonaticidio involucran a madres que parecen no tener conexión materna con el feto. Melissa Drexler, por ejemplo, dio a luz en el baño durante su baile de graduación de la preparatoria, el 6 de junio de 1997. Después, supuestamente cortó el cordón umbilical de su hijo recién nacido, lo ahogó y puso su cadáver en una bolsa de plástico a la que le hizo un nudo y tiró antes de volver a la fiesta. En la primavera de 1995, Karen Dobrzelecki dio a luz

sola y luego ató un listón alrededor de la garganta de su bebé y lo colgó en su armario. Y hace tan sólo unos cuantos días, KTLA News informó que las autoridades habían encontrado a una recién nacida, enterrada viva, en el lecho del río de Los Ángeles.

En el video de una entrevista que realizó Resnick en 1977, un paciente habla sobre haber cometido un neonaticidio en 1948 (una época en la que los antibióticos tenían menos de 20 años de haber salido al mercado y el aborto era ilegal). "Yo quería que naciera muerto", dice la mujer en la grabación. "Sólo quería que se fuera, así que lo estrangulé. Había un gancho en el baño y colgué al bebé. Lo único que sentí fue alivio. No sentí nada más porque no sentía que ese fuera mi bebé".

"No quería a ese niño. No podía ser maternal con un niño al que no quería", dice, añadiendo que de haber podido se hubiera realizado un aborto o hubiera dado al niño en adopción. Para ella, el pensar en criar a ese bebé no deseado era más sombrío que cometer un neonaticidio. "Eso es peor que hacer lo que hice", dice ella. "Le haces más daño al niño. Estoy convencida de ello."

En un reporte de la Biblioteca Nacional de Medicina, Sara G. West explica que las leyes de infanticidio de 1922 y 1938 —que se iniciaron en Inglaterra y luego se implementaron en otros 22 países alrededor del mundo (excluyendo a Estados Unidos)— cambiaron la forma en la que se procesaba a las madres por tal crimen. La ley reconoce que el parto y el cuidado de un bebé puede afectar negativamente la salud mental de la madre durante el primer año, y prohibía la pena de muerte para infanticidio materno (pero no paterno), sustituyéndolo por homicidio.

"[En Canadá] tenemos penas muy diferentes para el infanticidio, por la forma en que la ley se construye, sugiere que el grado de culpa es muy diferente", nos dice el Dr. Neil Boyd por teléfono. Boyd es el Jefe del Departamento de Criminología de la Universidad Simon Fraser en British Columbia. "Hasta los 6 o 7 años, hay más probabilidades de que una madre mate a su hijo a que lo haga el padre, sobre todo porque durante esa edad las mujeres pasan muchísimo más tiempo con los niños que los padres. Después de esa edad, hay más probabilidades de que los papás maten [a sus hijos].

Resnick fue el primero en clasificar el filicidio y el neonaticidio en cinco categorías: agudamente psicóticos, altruistas (donde el padre cree que la muerte es lo mejor para el niño), hijo no deseado, accidental y venganza del cónyuge. En los primeros hallazgos, el filicidio altruista fue el motivo de 49 por ciento de los casos que estudió Resnick.

Andrea Yates, la madre de Texas que ahogó a sus hijos en una bañera, sufría de psicosis y depresión que habían comenzado después del nacimiento de su primer hijo. Yates entró y salió del hospital psiquiátrico tras varios intentos de suicidio. Un psiquiatra le recomendó a ella y a su marido, Rusty, que no concibieran de nuevo después de su cuarto hijo, pero lo hicieron de todos modos. Tanto Andrea como Rusty eran seguidores de una secta cristiana creada por el agresivo predicador Micheal Woroneicki, quien les decía que sólo unos pocos alcanzarían la salvación. Ella creía que era una mala madre, porque Woroneicki le había dicho que "todas las mujeres heredan cierta naturaleza malvada de Eva", y que los hijos de las madres permisivas terminarían en el infierno.

"Yates tenía delirios de que si no terminaba con la vida de sus hijos a la edad de 10 años, iban a terminar en el infierno", Resnick explica en una entrevista de

2013 en Crime Time. Él la evaluó psiquiátricamente para su defensa durante el juicio. "Uno de sus hijos se convertiría en un asesino en serie, otra en una prostituta muda, ella tenía estos terribles delirios acerca de cómo todos sus hijos no llegarían a nada bueno. Era mejor que estuvieran en el cielo con Dios que vivir una vida de pecado. [Yates] también asumió [debido a la ley de Texas] que sería ejecutada. Así que aunque sabía que ella terminaría en el infierno, por lo menos había salvado a sus hijos".

Hay muchas razones por las que una madre podría llegar a matar a sus hijos, incluyendo el abuso infantil, la psicosis postparto y otras enfermedades mentales. Sin embargo, pocas veces la gente muestra empatía por una mujer que comete filicidio, sin importar que tan dañada esté su psique. Tal vez esto tenga algo que ver con los apodos que los medios de comunicación le ponen a estas mujeres, como "Mamá microondas". Nuestros severos juicios a menudo afectan los procedimientos en la sala del tribunal.

"Los fiscales tienen contacto con las víctimas y ven al autor del crimen como el diablo", Resnick señala. "Si se trata de un abogado defensor o de un psiquiatra, pasan más tiempo con los autores del crimen, escuchan su historia de vida, cómo abusaron de ellos cuando eran niños o lo que sea, por lo que no desarrollan la misma rabia que los [fiscales] o el público hacia ellos".

La mayoría de los casos de neonaticidio caen en la categoría de hijo no deseado, mientras que por venganza al cónyuge, como en el caso de Elaine Campione, es mucho menos común. El caso de Campione es único en otro sentido: De acuerdo con un estudio actualizado de 2015, que realizó Resnick, aunque los filicidios constituyen sólo el dos por ciento de todos los homicidios, 7.6 por ciento de los homicidios-suicidios implican un filicidio, y sólo una cuarta

parte de las madres se arrepiente de suicidarse en un intento de filicidio-suicidio.

En la entrevista policial con Elaine Campione, la madre angustiada asiente entendiendo que ha sido acusada de dos cargos de asesinato en primer grado. Cuando el oficial dice "por sus dos hijas", su rostro se estremece y sus ojos se llenan de lágrimas.

"Esto debe ser muy difícil para ti", dice el oficial. "También soy padre. Hay partes que puedo entender y otras que no".

Después de 15 minutos de una conversación difícil, el oficial le pregunta suavemente: "En algún momento, ¿empujaste su cabeza bajo el agua?" Campione lo niega e insiste en que ella había estado llevando a las niñas a clases de natación, enseñándoles a no tener miedo al agua.

"Pero en algún momento, usted tomó este medicamento, ¿verdad?", continúa el oficial. "Usted dijo que quería poner fin a su vida. Que quería acabar con todo".

"Yo no mataría a mis bebés", dice llorando. "Mis hijas son mi vida. Tal vez yo no quiera vivir, pero estas son mis bebés... mis padres podrían haberlas cuidado".

Una alternativa igual de triste de lo que también pudo haber ocurrido.

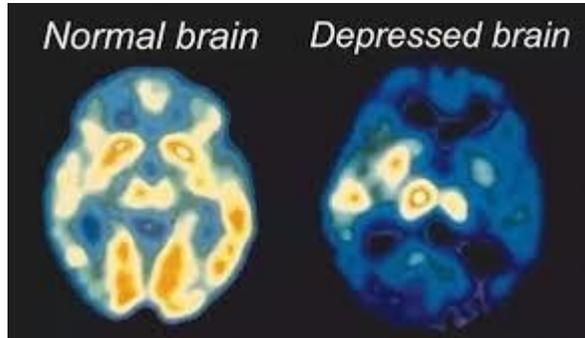
7.- ¿LA DEPRESION POSTPARTO ES COMO LAS OTRAS?

Un nuevo estudio neurobiológico ha descubierto diferencias en el comportamiento cerebral de las pacientes que sufren depresión posparto y las que padecen trastornos depresivos graves, dos dolencias que tradicionalmente

se tratan de la misma manera por los médicos. La maternidad no solo cambia la vida de quien la experimenta. Además de traer consigo cambios hormonales muy importantes en el cuerpo e incluso en el cerebro de la madre, también puede afectar de forma psicológica al comportamiento de las mujeres que dan a luz.

Son varios los estudios que apuntan que entre el 10% y el 20% de las mujeres sufren depresión y ansiedad posparto con unos síntomas muy similares a los de cualquier otra depresión. Sin embargo, apenas se ha investigado sobre las particularidades de esta patología.

Las pruebas con resonancias magnéticas funcionales muestran que, por ejemplo, la amígdala cerebral, normalmente en estado hiperactivo en personas con ansiedad y depresión, aparece menos activa en las mujeres con DPP.



7.1.- COMO FUNCIONA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El sistema nervioso central es una de las porciones en que se divide el sistema nervioso. En los animales vertebrados está constituido por el encéfalo y la médula espinal, se encuentra revestido por tres membranas: duramadre (membrana externa), aracnoides (intermedia), piamadre (membrana interna), denominadas genéricamente meninges y protegido por envolturas óseas, que son el cráneo y la columna vertebral respectivamente. Se trata de un sistema muy complejo, ya que se encarga de percibir estímulos procedentes del mundo

exterior, procesar la información y transmitir impulsos a nervios y músculos. El sistema nervioso de los animales vertebrados incluyendo los mamíferos y el hombre puede dividirse en 2 partes bien diferenciadas, el sistema nervioso central, constituido por el encéfalo y la médula espinal y el sistema nervioso periférico que está formado por los nervios sensitivos y motores que enlazan el sistema nervioso central con el resto del organismo.

El sistema nervioso central está formado por el encéfalo y la médula espinal.

- El encéfalo es la parte del sistema nervioso central que está protegida por los huesos del cráneo. Está formado por el cerebro, el cerebelo y el tallo cerebral.
- El cerebro es la parte más voluminosa. Está dividido en dos hemisferios, uno derecho y otro izquierdo, separados por la cisura interhemisférica y comunicados mediante el cuerpo calloso. La superficie se denomina corteza cerebral y está formada por plegamientos denominados circunvoluciones constituidas de sustancia gris. Subyacente a la misma se encuentra la sustancia blanca. En zonas profundas existen áreas de sustancia gris conformando núcleos como el tálamo, el núcleo caudado y el hipotálamo.³ Cada hemisferio cerebral posee varias cisuras que dividen la corteza cerebral en lóbulos:

Lóbulo frontal. Se localiza en posición anterior.

Lóbulo temporal. Se localiza en una posición lateral detrás del lóbulo frontal.

Lóbulo parietal. Se extiende en la cara externa del hemisferio, debajo del lóbulo temporal.

Lóbulo occipital. Se sitúa en la parte posterior del cerebro.

El cerebelo está en la parte inferior y posterior del encéfalo, alojado en la fosa cerebral posterior junto al tronco del encéfalo.

El tallo cerebral compuesto por el mesencéfalo, la protuberancia anular y el bulbo raquídeo. Conecta el cerebro con la médula espinal.

La médula espinal es una prolongación del encéfalo, como si fuese un cordón que se extiende por el interior de la columna vertebral. En ella la sustancia gris se encuentra en el interior y la blanca en el exterior.

7.2.- ÁREAS DE BRODMANN

En el año 1878, Korbinian Brodmann realizó un estudio de la corteza cerebral y la dividió en 52 áreas diferentes según su localización. Se ha comprobado que muchas de estas áreas tienen una función específica, por ejemplo el área 17 situada en el lóbulo occipital corresponde a la corteza visual primaria y es donde se procesan los impulsos nerviosos procedentes del nervio óptico, las áreas 44 y 45 se llaman área de Broca y están relacionadas con el lenguaje.

7.3.- LÓBULO FRONTAL

Se encuentra en la parte anterior del cerebro, su tamaño corresponde aproximadamente un tercio de la corteza cerebral. Evolutivamente es una de las partes del cerebro más modernas y está muy desarrollado en la especie humana. La cisura de Rolando separa al lóbulo frontal del lóbulo temporal situado detrás, mientras que la cisura de Silvio sirve de límite con el lóbulo parietal ubicado debajo. Sus funciones son de gran importancia, dentro del lóbulo frontal se encuentra el área motora primaria que está encargada de emitir órdenes para realizar movimientos de todos los músculos voluntarios y el área de Broca relacionada con la producción del lenguaje. Sus circuitos

neuronales están muy relacionados con la capacidad de razonamiento, la solución de problemas complejos y el pensamiento abstracto.

7.4.- LÓBULO PARIETAL

El lóbulo parietal forma parte de la corteza cerebral, está situado detrás del lóbulo frontal, separado de este por la cisura de Rolando. En su porción posterior entra en contacto con el lóbulo occipital, mientras que la cisura de Silvio lo separa del lóbulo temporal situado debajo. En el lóbulo parietal se encuentra el área somatosensitiva que capta y procesa las sensaciones de tacto, dolor y temperatura de todo el cuerpo.⁶ Cuando existen lesiones que afectan al lóbulo parietal puede producirse un síntoma que se llama asomatognosia y consiste en que el paciente no es capaz de reconocer partes de su cuerpo como una extremidad inferior o superior, lo cual puede ser causa de gran inquietud y preocupación.

7.5.- LÓBULO TEMPORAL

En este lóbulo se localiza el área auditiva primaria que recibe y procesa la información procedente del oído. Por ello una lesión en el lóbulo temporal puede provocar sordera parcial aunque el oído y el nervio auditivo no estén dañados. Próxima a la anterior se encuentra el área auditiva secundaria y de asociación en la que está incluida el área de Wernicke muy importante en la función lingüística y la comprensión de las palabras.

7.6.- LÓBULO OCCIPITAL

El lóbulo occipital es más pequeño que los anteriores y está situado en la región posterior del cerebro, separado del cerebelo por la duramadre. Contiene la corteza visual primaria que recibe la información proveniente de la retina a través del nervio óptico. Las neuronas de la corteza visual primaria son las encargadas de procesar los estímulos visuales e interpretar las formas, el movimiento y otros aspectos de la visión. Por ello cuando existen lesiones que afectan al lóbulo occipital puede producirse ceguera cortical que se caracteriza por que la persona no puede ver aunque el ojo no presenta ningún daño aparente.

7.7.- CUERPO CALLOSO

.El cuerpo calloso es una importante estructura del cerebro que está formada por fibras que actúan como vía de comunicación entre el hemisferio cerebral derecho y el izquierdo, con la finalidad de que ambos funcionen de forma conjunta y complementaria.

7.8.- CAPSULA INTERNA

La cápsula interna es un grueso conjunto de fibras nerviosas tanto ascendentes como descendentes que comunican la corteza con las regiones inferiores del sistema nervioso central, las fibras son de origen diverso, pero muchas de ellas transportan información motora o sensitiva. En su trayecto pasan cerca de la región del tálamo y los ganglios basales. La cápsula interna es una región muy sensible, cualquier lesión en esta zona daña numerosas fibras nerviosas y provoca en consecuencia déficits neurológicos graves.

7.9.- TÁLAMO

El tálamo es una porción del cerebro situada por encima del tronco del encéfalo, casi en el centro del cerebro. Mide alrededor de 3 cm de largo y está formado por materia gris es decir el soma de células neuronales. Cumple la función de estación de relevo de las señales nerviosas y centro de integración donde se procesan los impulsos sensoriales antes de continuar su recorrido hasta la corteza cerebral. También recibe señales que siguen la dirección opuesta y llegan al tálamo procedente de la corteza cerebral.

7.10.- HIPOTÁLAMO

El hipotálamo es una pequeña región del cerebro formada por sustancia gris. Está situado inmediatamente debajo del tálamo. Tiene el tamaño aproximado de una almendra y desempeña importantes funciones, entre ellas enlazar el sistema nervioso con el sistema endocrino a través de la hipófisis.

7.11.- GANGLIOS BASALES

Los ganglios basales en realidad deberían llamarse núcleos basales pues no son auténticos ganglios. Son una estructuras cerebrales formadas por cuerpos neuronales (sustancia gris) situadas en la base del cerebro. Están constituidos por diferentes núcleos: núcleo caudado, putamen, globo pálido, núcleo accumbens, núcleo lenticular, cuerpo estriado, amígdala cerebral y sustancia negra. Durante muchos años se ha considerado que la función de los ganglios basales es únicamente el control de la motilidad corporal, sin embargo se ha comprobado que juegan un importante papel en otras funciones como el aprendizaje y la memoria. La alteración funcional de los ganglios basales causa la enfermedad de Parkinson.

7.12.- SUSTANCIA GRIS Y SUSTANCIA BLANCA

Las células que forman el sistema nervioso central se disponen de tal manera que dan lugar a dos formaciones muy características:

- Sustancia gris, constituida por el soma de las neuronas y sus dendritas, además por fibras amielínicas
- Sustancia blanca, formada principalmente por las prolongaciones nerviosas mielinizadas (axones), cuya función es conducir la información, mediante impulsos nerviosos a otras neuronas. El color de la sustancia blanca se debe a la mielina de los axones.

7.13.- LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

El sistema nervioso central dispone de unas cavidades que se llaman ventrículos cerebrales en el encéfalo y conducto ependimario en la médula espinal. Estos espacios están llenos de un líquido incoloro y transparente, que recibe el nombre de líquido cefalorraquídeo. Sus funciones son muy variadas: sirve como medio de intercambio de determinadas sustancias, como sistema de eliminación de productos residuales, para mantener el equilibrio iónico adecuado y como sistema amortiguador mecánico.

El sistema de ventrículos cerebrales está formado por dos ventrículos laterales que se sitúan de forma simétrica y están conectados con el tercer ventrículo, el cual a través del acueducto de Silvio se comunica con el cuarto ventrículo.

7.14.- ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Esclerosis múltiple: trastorno caracterizado por episodios discretos de déficit neurológico recurrentes con desmielinización por mecanismos autoinmunes o inmunitarios. Aparece a cualquier edad, aunque es raro en la infancia o

después de los 50 años, afectando a mujeres en una proporción 2.1 en relación a los hombres.

Enfermedad de Alzheimer: es la más frecuente de las enfermedades neurodegenerativas y la primera causa de demencia, de aparición esporádica, aunque entre un 5-10% son de carácter familiar y la incidencia aumenta con la edad, haciéndose mayor en personas de más de 85 años de edad. Se caracteriza por una falta de memoria progresiva por degeneración de la corteza, de asociación temporal y parietal causando también trastornos afectivos.

Enfermedad de Parkinson: Afectan a los ganglios basales produciendo un trastorno del movimiento, apreciándose rigidez y lentitud en los movimientos voluntarios (bradicinesia) y temblor de reposo.

Enfermedad de Huntington: un trastorno de movimientos de tipo coreiforme y demencia en pacientes entre 20-50 años con un factor genético de herencia autosómico dominante por un gen causante localizado en el brazo corto del cromosoma 4.

Los nervios periféricos son aquellos que se encuentran fuera del cerebro y de la médula espinal. Como la estática en una línea telefónica, los trastornos de los nervios periféricos distorsionan o interrumpen los mensajes entre el cerebro y el resto del cuerpo.

Existen más de 100 tipos de trastornos de los nervios periféricos. Estos pueden afectar a uno o a muchos nervios. Algunos surgen como resultado de otras enfermedades, como los problemas neurológicos de los diabéticos. Otros, como el síndrome de Guillain-Barre, ocurren después de una infección viral. Otros más, a consecuencia de la compresión de un nervio, como el síndrome del túnel del carpo o el síndrome de la salida torácica. En algunos casos, como el síndrome de dolor regional complejo y las lesiones del plexo braquial, el

problema se inicia a partir de una lesión. Algunas personas nacen con trastornos en los nervios periféricos.

Los síntomas suelen comenzar gradualmente y después empeorar. Entre ellos se encuentran:

Entumecimiento

Dolor

Ardor u hormigueo

Debilidad muscular

Sensibilidad al tacto

El tratamiento busca tratar cualquier problema subyacente, mitigar el dolor y controlar los síntomas.

1. Epilepsia

La epilepsia es un trastorno producido por una hiperactivación de determinados grupos neuronales los cuales por algún motivo se encuentran hipersensibilizados, y ante una mínima activación reaccionan anómalamente produciendo diversos síntomas como las típicas convulsiones (si bien estas sólo ocurren en el caso de las crisis de gran mal), pérdida de conciencia, descoordinación y descontrol de los músculos y vísceras, enlentecimiento y debilidad.

Artículo relacionado: "Epilepsia: definición, causas, diagnóstico y tratamiento"

2. Tumores

Existen una gran cantidad de tumores que pueden afectar al sistema nervioso, tanto si se originan en él como si éste se ve afectado por la metástasis de un

cáncer en otra parte del organismo. Dentro de estos tumores podemos encontrar astrocitomas, glioblastomas, gliomas, meningiomas o meduloblastomas, entre otros.

Los daños son causados tanto por la proliferación celular como por la ruptura de conexiones sinápticas o la compresión de las neuronas contra otras estructuras.

3. Síndrome de enclaustramiento

Este extraño síndrome tiene su origen en lesiones del tronco del encéfalo o bien en las conexiones nerviosas. El sujeto está consciente pero no puede comunicarse ni moverse debido a la falta de conexión nerviosa entre cerebro y otras partes del cuerpo.

4. Esclerosis múltiple

Los trastornos desmielinizantes son un conjunto de trastornos en los que los axones de las neuronas van perdiendo de manera progresiva la sustancia llamada mielina, de gran importancia a la hora de trasladar los impulsos bioeléctricos a través del sistema nervioso.

Esto causa que el organismo pierda poco a poco la facultad de enviar mensajes de manera eficiente al organismo, produciendo síntomas como tensión muscular, debilidad, dolor y alteraciones perceptivas.

5. Esclerosis lateral amiotrófica

En esta enfermedad se produce un progresivo deterioro de las células motoras del sistema nervioso, muriendo estas poco a poco. Así, con el paso del tiempo

los músculos dejan de recibir impulsos nerviosos y terminan por atrofiarse. Ello impide el movimiento voluntario.

Asimismo, según el trastorno avanza puede llegar a afectar finalmente a los músculos cardíacos y respiratorios y producir la muerte.

6. Neuropatías diabéticas y otros trastornos metabólicos

La presencia de trastornos metabólicos como la diabetes mellitus puede provocar graves daños en los nervios y neuronas de todo el organismo. Las fibras nerviosas se van dañando, además de que los vasos sanguíneos no pueden dirigir correctamente el flujo debido a la incorrecta metabolización de la glucosa.

8.- PERIODO DE VIDA CON UNA PACIENTE CON DEPRESION POSTPARTO

En términos generales, los síntomas de la depresión tienen una tasa más alta de recurrencia que los de la psicosis y es posible que los pacientes deban tomar medicamentos por mucho tiempo. La carga de la depresión en personas mayores es incluso más severa de lo que anteriormente se había pensado. Los pacientes ancianos no suelen recuperarse de este trastorno.

A pesar de que la depresión es un problema habitual en personas de avanzada edad, la mayoría de los pacientes no recibe tratamiento. El peor pronóstico es el de aquellos pacientes que sufren 'depresión doble' —un trastorno depresivo grave y distimia, que es una forma de depresión poco severa aunque crónica—. Son pacientes que presentan pocas remisiones mientras que el nivel medio de los síntomas es extremadamente elevado. La depresión leve también afecta al sistema inmune en pacientes de avanzada edad. Las enfermedades de la mente serán las responsables de la mayor carga económica de todos los

países. La depresión moderada de los ancianos también mejora con tratamiento médico. En este sentido hay sobradas razones para sospechar que el pronóstico de la depresión varía con la edad, debido a factores como los problemas físicos, el deterioro cognitivo o la falta de apoyo que podrían deteriorar la evolución de este trastorno mental y evitar la recurrencia.

Las complicaciones más serias son el suicidio u otros tipos de auto agresión y es posible que sea necesario hospitalizar al paciente en caso de tener pensamientos suicidas

En los pacientes adolescentes los factores de mal pronóstico, que permitieron identificar los individuos que experimentarían recurrencia de depresión o aparición de otra enfermedad psiquiátrica fueron: género femenino, varios episodios depresivos antes de los 18 años, historia familiar de depresión, rasgos de personalidad limítrofe y, en mujeres, conflictos con los padres. La contribución genética a la depresión del adolescente es del 37%.

Por el contrario, la historia de un solo episodio depresivo durante la adolescencia, pocos miembros en la familia con depresión mayor, bajos puntajes para trastornos de personalidad límite o antisocial y un visión positiva de la vida eran elementos que identificaban los pacientes con bajo riesgo de recurrencia.

La depresión es una enfermedad frecuente entre los adolescentes y tiende a seguir un curso crónico con recaídas en la etapa del adulto joven. Además, con frecuencia se encuentra acompañada por otros trastornos psiquiátricos encabezado por abuso de sustancias psicoactivas. Dada la importancia de esta enfermedad entre las personas jóvenes, resulta de vital importancia que los médicos mejoren su sensibilidad hacia el diagnóstico y motiven a los pacientes para iniciar el tratamiento respectivo.

8.1.- DEPRESIÓN DESPUES DE UNA CIRUGÍA

En algunos casos, después de un procedimiento quirúrgico cosmético, muchos pacientes se sienten “drenados”, “cansados” o simplemente sin energía, es decir, deprimidos. Este estado emocional es mejor conocido como “depresión post-operatoria.”

Esta depresión aparece de vez en cuando y puede durar varios días, semanas e incluso meses. Los pacientes, familiares y seres queridos deben ser conscientes de que después de la operación, la depresión puede ser muy debilitante. Necesitan entender este fenómeno con el fin de ayudar al paciente a lidiar con él de una manera positiva, en lugar de hacer comentarios que pueden empeorar el estado de ánimo del paciente.

Cuando alguien se somete a un procedimiento médico necesario, como una cirugía de hernia, nadie pone en duda la necesidad o la credibilidad de esa cirugía, y por lo tanto recibe todo el apoyo y el aliento desde el principio. Pero cuando se trata de la cirugía estética, los amigos, así como sus seres queridos, se preguntan si es necesario o no, e incluso tratan de convencerlo de no hacerlo.

Todos los comentarios negativos a menudo afectan al paciente y esto contribuye a un estado de depresión después de la cirugía. Cualquier retraso en la cicatrización o tal vez una complicación menor en la cirugía puede ser perjudicial para el paciente, y a veces, puede desencadenar una “depresión post-operatoria”. Esto hace al paciente cuestionarse la necesidad real de la cirugía, o incluso pueden experimentar sentimientos de culpa, remordimiento, molestia o dolor después de la cirugía. Además, el posible aspecto desfavorable de la cicatrización de los tejidos (cicatrices) en los primeros días de la cirugía aumenta la posibilidad de depresión.

Las mujeres con hijos pequeños son más propensas a sufrir estas depresiones, porque a menudo no pueden cuidar o abrazar a sus hijos, se cuestionan en cuanto a la “verdadera” razón por la que se sometieron a la cirugía y, a veces

se culpan por no ser capaces de proporcionar una atención adecuada a sus hijos, culpando a la cirugía de privarlas de ser una “buena madre”.

También hay una causa hormonal para la depresión post-operatoria. La tensión que rodea el procedimiento quirúrgico aumenta el nivel de cortisol (una hormona) en el cuerpo, y si el nivel de esta hormona disminuye se puede crear una especie de retirada, dando vida así a lo que se conoce como la depresión.

Es importante que los pacientes que se sientan deprimidos eviten el contacto con las personas que tienden a ser negativas y que están en contra de cualquier tipo de procedimientos cosméticos. Siempre y cuando el paciente tenga una expectativa realista de la cirugía estética y tenga una idea clara de su recuperación post-operatoria, tendrá una experiencia positiva, una buena recuperación y unos resultados magníficos.

Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales. El diagnóstico se basa en los antecedentes. En el tratamiento se utilizan fármacos o psicoterapia y, en ocasiones, terapia electroconvulsiva.

El término depresión se utiliza especialmente para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos. En la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:

- Trastorno depresivo mayor (a menudo denominado depresión)
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado

Otros son clasificados por la etiología:

- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo debido a otra enfermedad
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos

Los trastornos depresivos pueden presentarse a cualquier edad, pero es típico su desarrollo en la adolescencia y entre los 20 y los 30 años. Hasta el 30% de los pacientes refieren síntomas depresivos en los centros de atención primaria, pero < 10% tendrá una depresión mayor.

Desmoralización y pena.

El término depresión se utiliza a menudo para describir un estado de ánimo bajo o de desánimo que es consecuencia de decepciones (p. ej., crisis financieras, catástrofes naturales, enfermedades graves) o pérdidas (p. ej., el fallecimiento de un ser querido). Sin embargo, los términos más adecuados para estos estados de ánimo son la desmoralización y la pena.

Los sentimientos negativos de la desmoralización y la tristeza, a diferencia de la depresión, se producen en oleadas que suelen estar ligadas a pensamientos o recuerdos del evento desencadenante, se resuelven cuando las circunstancias o eventos mejoran, pueden ser intercaladas con períodos de emoción positiva y humor, y no van acompañadas de penetrantes sentimientos de inutilidad y auto-odio. El estado de ánimo deprimido dura habitualmente días en lugar de semanas o meses, y los pensamientos suicidas y la pérdida prolongada de la funcionalidad son mucho menos probables.

Sin embargo, los eventos y los factores de estrés que inducen la desmoralización y la pena también pueden precipitar un episodio depresivo

mayor, particularmente en personas vulnerables (p. ej., aquellas con antecedentes o antecedentes familiares de depresión mayor).

8.2.- ETIOLOGÍA

Se desconoce la causa exacta de los trastornos depresivos, pero contribuyen factores genéticos y ambientales.

La herencia da cuenta del 50% de la etiología (menos en la denominada depresión de inicio tardío). Por lo tanto, la depresión es más frecuente entre los familiares de primer grado de los pacientes con este cuadro; la concordancia entre gemelos idénticos es alta. Además, los factores genéticos probablemente influyen en el desarrollo de las respuestas depresivas a los eventos adversos.

Otras teorías se enfocan en los cambios en las concentraciones de los neurotransmisores, que incluyen la regulación anormal de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica (noradrenérgica o dopaminérgica) y serotoninérgica (5-hidroxitriptamina). La desregulación neuroendocrina puede ser un factor, y se destacan 3 ejes en particular: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides y hormona de crecimiento.

También pueden estar implicados factores psicosociales. Las situaciones de estrés mayor de la vida cotidiana, en especial las separaciones y las pérdidas, preceden habitualmente a los episodios de depresión mayor; sin embargo, estos acontecimientos no suelen provocar depresión intensa de larga duración, excepto en personas predispuestas a padecer un trastorno del estado de ánimo.

Las personas que han tenido un episodio de depresión mayor tienen un riesgo más alto de sufrir otros episodios en el futuro. Las personas menos flexibles y/o con tendencias a la ansiedad muestran más probabilidad de desarrollar un

trastorno depresivo, ya que carecen de las habilidades sociales necesarias para ajustarse a las presiones de la vida. La depresión también puede aparecer en personas que tienen otras enfermedades mentales.

Las mujeres tienen un riesgo más alto, pero no hay ninguna teoría que explique por qué. Los posibles factores incluyen los siguientes:

- Una mayor exposición o una mayor respuesta a las tensiones diarias
- Niveles más altos de la monoaminoxidasa (la enzima que degrada los neurotransmisores se considera importante para el estado de ánimo)
- Tasas más altas de disfunción tiroidea
- Cambios endocrinos que se producen con la menstruación y la menopausia

En la depresión periparto, los síntomas aparecen durante el embarazo o dentro de las 4 semanas siguientes al parto (depresión posparto); se ve implicada la participación de factores endocrinos, pero se desconoce la causa específica.

En el trastorno afectivo estacional, los síntomas se desarrollan siguiendo un patrón estacional, típicamente en otoño o invierno; el trastorno tiende a aparecer en climas que tienen inviernos largos o crudos.

Los síntomas o trastornos depresivos pueden aparecer en varios trastornos físicos, que incluyen los trastornos tiroideos y suprarrenales, los tumores encefálicos benignos y malignos, el accidente cerebrovascular, el sida, la enfermedad de Parkinson y la esclerosis múltiple (ver Algunas causas de síntomas de la depresión y la manía).

Algunos fármacos, como los corticoides, algunos beta-bloqueantes, el interferón, la reserpina, también pueden producir trastornos depresivos. El abuso de algunas sustancias de uso recreativo (p. ej., alcohol, anfetaminas)

puede provocar o acompañar la depresión. Los efectos tóxicos o la abstinencia pueden provocar síntomas depresivos transitorios.

Algunas causas de síntomas de la depresión y la manía

Tipo de trastorno	de Depresión	Manía
Tejido conjuntivo	LES	Fiebre reumática LES
Endocrino	Enfermedad de Addison	
	Síndrome de Cushing	
	Diabetes mellitus	
	Hiperparatiroidismo	
	Hipertiroidismo	Hipertiroidismo
	Hipotiroidismo	
	Hipopituitarismo	
Infecciosos	Hipogonadismo	
	Sida	Sida
	Paresia general parenquimatosa) (neurosífilis)	Parálisis general Gripe

Tipo de trastorno		
	Depresión	Manía
	Gripe	Encefalitis de St. Louis
	Mononucleosis infecciosa	
	Tuberculosis	
	Hepatitis viral	
	Neumonía viral	
Neoplásicos	Cáncer de la cabeza del páncreas	—
	Carcinomatosis diseminada	
	Tumores cerebrales	
	Crisis parciales complejas (lóbulo temporal)	Crisis parciales complejas (lóbulo temporal)
	Traumatismo de cráneo	Tumores diencefálicos
Neurológicos	Esclerosis múltiple	Traumatismo de cráneo
	Enfermedad de Parkinson	Enfermedad de Huntington
	Apnea del sueño	Esclerosis múltiple
	Accidente cerebrovascular (frontal izquierdo)	Accidente cerebrovascular
Nutricionales	Pelagra	—

Tipo de trastorno	de	Depresión	Manía
		Anemia perniciosa	
		Arteriopatía coronaria	
Otros*		Fibromialgia	—
		Insuficiencia renal o hepática	
		Abstinencia de anfetaminas	
		Anfotericina B	
		Insecticidas anticolinesterásicos	
			Anfetaminas
		Barbitúricos	
			Algunos antidepresivos
		Beta-bloqueantes (algunos, p. ej., propranolol)	Bromocriptina
		Cimetidina	Cocaína
Farmacológicos		Corticoides	Corticoides
		Cicloserina	Levodopa
		Terapia estrogénica	Metilfenidato
		Indometacina	Agentes simpaticomiméticos
		Interferón	
		Mercurio	

Tipo de trastorno	de Depresión	Manía
	Metildopa	
	Metoclopramida	
	Anticonceptivos orales	
	Fenotiacinas	
	Reserpina	
	Talio	
	Vinblastina	
	Vincristina	
	Alcoholismo y otros trastornos por abuso de sustancias	
	Trastorno de personalidad antisocial	
Mentales	Trastornos de ansiedad	—
	Trastorno límite de la personalidad	
	Trastornos dementizantes en la fase inicial	
	Trastornos esquizofrénicos	

Tipo de Depresión Manía
trastorno

Comúnmente aparece una depresión en estos trastornos, pero no se ha establecido una relación causal.

8.3.- SIGNOS Y SÍNTOMAS

La depresión provoca una disfunción cognitiva, psicomotora y de otros tipos (p. ej., escasa concentración, cansancio, pérdida de deseo sexual, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que anteriormente se disfrutaban, alteraciones del sueño) así como un estado de ánimo depresivo. Las personas con un trastorno depresivo con frecuencia tienen pensamientos suicidas y pueden intentar suicidarse. Otros síntomas o trastornos mentales (p. ej., ansiedad o crisis de pánico) coexisten con frecuencia y a veces complican el diagnóstico y el tratamiento.

Los pacientes con cualquier forma de depresión tienen más probabilidades de padecer un abuso de alcohol o de otras sustancias de uso recreativo, en un intento de tratar por sí mismos los trastornos de sueño o los síntomas de ansiedad; sin embargo, la depresión es una causa menos frecuente de alcoholismo y de abuso de sustancias de lo que se pensaba antiguamente. Los pacientes también tienen más probabilidades de convertirse en fumadores importantes y de descuidar su salud, con lo cual aumenta el riesgo de que se desarrollen o progresen otras enfermedades (p. ej., EPOC).

La depresión puede reducir las respuestas inmunitarias protectoras. También aumenta el riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, porque durante la depresión se liberan citocinas y otros factores que aumentan la coagulación de la sangre y disminuyen la variabilidad de frecuencia cardíaca (todos factores de riesgo potenciales para los trastornos cardiovasculares).

Depresión mayor (trastorno unipolar)

Los pacientes tienen un aspecto triste, con ojos llorosos, ceño fruncido, comisuras de la boca hacia abajo, postura decaída, escaso contacto visual, ausencia de expresión facial, pocos movimientos corporales y cambios en el habla (p. ej., voz baja, falta de prosodia, uso de monosílabos). El aspecto puede confundirse con el de una enfermedad de Parkinson. En algunos pacientes, el estado de ánimo depresivo es tan profundo que se acaban las lágrimas; dicen que son incapaces de sufrir las emociones habituales y sienten que el mundo se ha vuelto anodino y apagado.

La nutrición puede sufrir un deterioro importante, que requiere una intervención inmediata.

Algunos pacientes con depresión descuidan su higiene personal o incluso a sus hijos, otros seres queridos o a sus mascotas.

Para el diagnóstico, ≥ 5 de los siguientes síntomas deben haber estado presentes casi todos los días durante un período dado de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día
- Significativo ($> 5\%$) aumento o pérdida de peso, o disminución o aumento del apetito
- Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por uno mismo)
- Fatiga o pérdida de energía

- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse

8.4.- TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE

Los síntomas depresivos que persisten durante ≥ 2 años sin remisión se clasifican como trastorno depresivo persistente, una categoría que consolida trastornos anteriormente denominados trastorno depresivo mayor crónico y trastorno distímico.

Los síntomas generalmente comienzan de forma insidiosa durante la adolescencia y pueden durar muchos años o décadas. La serie de síntomas a menudo fluctúa por encima y por debajo del umbral del episodio depresivo mayor.

Los pacientes afectados pueden presentarse habitualmente negativos, pesimistas, sin sentido del humor, pasivos, obnubilados, introvertidos, hipercríticos respecto de sí mismos y de los demás y quejumbrosos. Los pacientes con trastorno depresivo persistente también es más probable que tengan ansiedad subyacente, abuso de sustancias o trastornos de la personalidad (p. ej., personalidad de tipo límite).

Para el diagnóstico, los pacientes deben haber tenido un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, con más días presente que ausente durante ≥ 2 años, más ≥ 2 de los siguientes:

- Falta o exceso de apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Baja energía o fatiga

- Baja autoestima
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

8.5.- TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL

El trastorno disfórico premenstrual implica síntomas de ánimo y ansiedad que están claramente relacionados con el ciclo menstrual, con inicio en la fase premenstrual y un intervalo libre de síntomas después de la menstruación. Los síntomas deben estar presentes durante la mayoría de los ciclos menstruales durante el pasado año.

Las manifestaciones son similares a las del síndrome premenstrual pero son más intensas, causando malestar clínicamente significativo y/o notable deterioro de la actividad laboral o social. El trastorno puede comenzar en cualquier momento después de la menarquia; puede empeorar a medida que la menopausia se acerca, pero cesa después de la menopausia. La prevalencia se estima en 2 a 6% de las mujeres que menstrúan en un intervalo dado de 12 meses.

Para el diagnóstico, los pacientes deben presentar ≥ 5 síntomas durante la semana anterior a la menstruación. Los síntomas deben comenzar a remitir a los pocos días después de la aparición de la menstruación y son mínimos o nulos en la semana después de la menstruación. Los síntomas deben incluir ≥ 1 de los siguientes:

- Notables cambios de ánimo (p. ej., repentina tristeza o ganas de llorar)
- Notable irritabilidad o furia o aumento de los conflictos interpersonales
- Estado de ánimo notablemente deprimido, desesperanza o pensamientos de desvalorización

- Marcada ansiedad, tensión o nerviosismo

Además, debe estar presente ≥ 1 de los siguientes:

- Disminución de interés en las actividades habituales
- Dificultad para concentrarse
- Falta de energía o fatiga
- Marcado cambio en el apetito, atracos o antojos de alimentos específicos
- Hipersomnia o insomnio
- Sentimiento de que las cosas lo superan o que está fuera de control
- Síntomas físicos tales como hipersensibilidad en las mamas o hinchazón, dolor articular o muscular, distensión abdominal y aumento de peso

8.6.- OTRO TRASTORNO DEPRESIVO

Los conjuntos de síntomas con características de un trastorno depresivo que no cumplen todos los criterios para otros trastornos depresivos, pero que causan malestar clínico significativo o deterioro del funcionamiento se clasifican como otros trastornos depresivos (especificados o no especificados).

Se incluyen los períodos recurrentes de disforia con ≥ 4 otros síntomas depresivos que duran < 2 semanas en personas que nunca han cumplido los criterios para otro trastorno del ánimo (p. ej., depresión breve recurrente) y los períodos de depresión que duran más tiempo, pero que no incluyen suficientes síntomas para el diagnóstico de otro trastorno depresivo.

8.7.- ESPECIFICADORES

La depresión mayor y el trastorno depresivo persistente pueden incluir uno o más especificadores que describen manifestaciones adicionales durante un episodio depresivo:

Angustia con ansiedad: Los pacientes se sienten tensos e inusualmente inquietos; tienen dificultad para concentrarse porque se preocupan o tienen miedo de que algo terrible pueda suceder, o sienten que pueden perder el control de sí mismos.

Características mixtas: Los pacientes también tienen ≥ 3 síntomas maníacos o hipomaníacos (p. ej., estado de ánimo elevado, grandiosidad, mayor locuacidad de lo habitual, fuga de ideas, disminución del sueño).

Melancolía: Los pacientes han perdido el placer en casi todas las actividades o no responder a estímulos habitualmente placenteros. Pueden sentirse abatidos y desesperanzados, sentir culpa excesiva o inapropiada, despertarse temprano en la mañana, presentar marcado retraso o agitación psicomotriz, y anorexia o pérdida de peso significativas.

Atípico: El estado de ánimo de los pacientes mejora temporalmente en respuesta a acontecimientos positivos (p. ej., la visita de los hijos). También presentan ≥ 2 de los siguientes: reacción exagerada a la crítica o el rechazo percibido, sensación de parálisis aplomada (una sensación de pesadez, por lo general en las extremidades), aumento de peso o aumento del apetito e hipersomnia.

Psicótico: Los pacientes tienen delirios y/o alucinaciones. Las ideas delirantes suelen relacionarse con haber cometido pecados o crímenes imperdonables, albergar trastornos incurables o vergonzosos o ser perseguidos. Las alucinaciones pueden ser auditivas (p. ej., oír voces acusatorias o condenatorias) o visuales. Cuando sólo se describen voces, debe considerarse cuidadosamente si éstas representan verdaderas alucinaciones.

Catatónica: Los pacientes presentan retraso psicomotor intenso, participan excesivamente en una actividad sin sentido y/o se retraen; algunos pacientes gesticulan o imitan el habla (ecolalia) o el movimiento (ecopraxia).

Inicio periparto: El inicio es durante el embarazo o dentro de las 4 semanas después del parto. Puede identificarse características psicóticas; el infanticidio se asocia a menudo con episodios psicóticos que implican alucinaciones de comando para matar al bebé o ideas delirantes de que el niño está poseído.

Patrón estacional: los episodios ocurren en un momento determinado del año, con mayor frecuencia en otoño o invierno.

Diagnóstico:

Criterios clínicos (DSM-5)

Hemograma, electrolitos y tirotrófina, vitamina B₁₂ y folato para descartar trastornos físicos que puedan producir depresión

El diagnóstico de los trastornos depresivos se basa en la identificación de los signos y síntomas (y los criterios clínicos descritos anteriormente). Para poder diferenciar los trastornos depresivos de los cambios de ánimo normales, debe existir angustia significativa o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.

Existen varios cuestionarios breves disponibles para el examen de detección que ayudan a provocar algunos de los síntomas de depresión, pero no pueden usarse sólo para diagnóstico. Una serie de preguntas cerradas específicas ayudan a determinar si los pacientes tienen los síntomas que requiere el DSM-5 para el diagnóstico de depresión mayor.

La gravedad se determina por el grado de dolor y discapacidad (físico, social, ocupacional) y también por la duración de los síntomas. Un médico debe preguntar delicada pero directamente a los pacientes sobre cualquier pensamiento o planes de dañarse a sí mismos o a los otros, cualquier amenaza o intento de suicidio previos, y otros factores de riesgo. La psicosis y la catatonía indican depresión grave. Las características melancólicas indican

depresión grave o moderada. Los problemas físicos coexistentes, los trastornos por abuso de sustancias y de ansiedad agravan el cuadro.

Diagnóstico diferencial:

Los trastornos depresivos deben diferenciarse de la desmoralización y la pena. Otros trastornos mentales (p. ej., trastorno de ansiedad) pueden imitar u oscurecer el diagnóstico de depresión. A veces aparecen varios trastornos. La depresión mayor (trastorno unipolar) debe diferenciarse del trastorno bipolar.

En los pacientes ancianos, la depresión puede manifestarse como demencia depresiva (antes denominada pseudodemencia), que produce muchos de los signos y síntomas de la demencia, como retraso psicomotor y disminución de la concentración. Sin embargo, la demencia temprana puede provocar depresión. En general, cuando el diagnóstico es dudoso, debe intentarse el tratamiento de un trastorno depresivo.

Puede ser difícil diferenciar los trastornos depresivos crónicos, como la distimia, de los trastornos por abuso de sustancias, sobre todo porque pueden coexistir y contribuir entre ellos.

Los trastornos físicos también deben excluirse como causas de los síntomas de depresión. El hipotiroidismo a menudo causa síntomas de depresión y es frecuente, sobre todo entre los ancianos. La enfermedad de Parkinson en particular puede manifestarse con síntomas que se parecen a la depresión (p. ej., pérdida de energía, pérdida de expresividad, escasez de movimiento). Se requiere un examen neurológico minucioso para excluir este trastorno.

Estudios complementarios:

Ningún hallazgo en los exámenes de laboratorio es patognomónico de los trastornos depresivos. Las pruebas para la disfunción límbico-diencefálica rara vez están indicadas o son útiles. Sin embargo, las pruebas de laboratorio son

necesarias para descartar trastornos físicos que puedan provocar depresión. Las pruebas incluyen hemograma, concentraciones de TSH y de electrolitos de rutina, vitamina B₁₂ y ácido fólico. Las pruebas para el uso de drogas ilegales a veces son apropiadas.

Tratamiento:

De apoyo

Psicoterapia

Fármacos

Los síntomas pueden remitir espontáneamente, sobre todo cuando son leves o de corta duración. La depresión leve puede ser tratada con medidas generales y psicoterapia. La depresión moderada o grave se trata con fármacos o psicoterapia, y a veces con terapia electroconvulsiva. Algunos pacientes requieren una combinación de fármacos. La mejoría puede necesitar entre 1 y 4 semanas de tratamiento farmacológico.

La depresión puede recurrir, especialmente en pacientes que han tenido > 1 episodio; por lo tanto, los casos graves a menudo justifican el tratamiento farmacológico con un mantenimiento prolongado.

La mayoría de las personas con depresión se tratan de forma ambulatoria. Los pacientes con ideación suicida, en particular cuando carecen de apoyo familiar, requieren hospitalización, al igual que los que tienen síntomas psicóticos o están físicamente debilitados.

En los pacientes que presentan trastornos por abuso de sustancias los síntomas depresivos se resuelven a los pocos meses de interrumpir el consumo de las sustancias. El tratamiento antidepressivo es mucho menos probable que sea eficaz mientras continúa el abuso de sustancias.

Si un trastorno físico o la toxicidad de un fármaco pudieran ser la causa, el tratamiento primero debe dirigirse al trastorno subyacente. Sin embargo, si hay dudas a la hora del diagnóstico o si los síntomas son incapacitantes, incluyen la ideación suicida o hay desesperanza, puede ayudar una prueba terapéutica con un antidepresivo o un fármaco regulador del estado de ánimo.

Manejo inicial:

Hasta que la mejora comience, un médico puede requerir ver a los pacientes 1 vez por semana o cada 15 días para darles el apoyo y la educación necesarios y para controlar su evolución. Llamadas telefónicas pueden complementar las visitas al consultorio.

Los pacientes y sus seres queridos pueden estar preocupados o sentirse avergonzados por la idea de tener un trastorno mental. El médico puede ayudarlos explicando que la depresión es un trastorno médico grave causado por alteraciones biológicas que requiere un tratamiento específico, que la mayoría de las veces es un problema autolimitado y que el pronóstico con tratamiento es bueno. Los pacientes y los seres queridos deben ser tranquilizados respecto de que la depresión no refleja ningún defecto del carácter (p. ej., pereza, debilidad). Si se informa a los pacientes que el camino de la recuperación tiene altibajos, esto les ayuda a mirar con otra perspectiva los sentimientos de desesperanza y mejora el cumplimiento.

Hay que alentar a los pacientes a aumentar gradualmente las actividades simples (p. ej., dar paseos, hacer ejercicio sistemático) y a seguir manteniendo las interacciones sociales aunque se sepa que el paciente quiere evitarlas. El médico puede sugerirle a los pacientes que no se culpen a sí mismos y explicarles que esos pensamientos oscuros forman parte del trastorno y que terminarán por desaparecer.

Psicoterapia:

Numerosos ensayos controlados han demostrado que la psicoterapia, en particular la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, es eficaz en pacientes con trastorno depresivo mayor, tanto para el tratamiento de los síntomas agudos como para disminuir la probabilidad de recaída. Los pacientes con depresión leve tienden a tener mejor pronóstico que aquellos con depresión más grave, pero la magnitud de la mejora es mayor en las personas con depresión más grave.

Farmacoterapia:

Varias clases de fármacos y medicamentos se pueden utilizar para tratar la depresión:

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Moduladores de la serotonina (antagonistas de los receptores 5-HT₂)

Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina

Inhibidor de la recaptación de noradrenalina-dopamina

Antidepresivos heterocíclicos

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Antidepresivo melatonérgico

La elección del fármaco puede depender de la respuesta previa a un antidepresivo específico. De otra forma, los ISRS son los fármacos de primera elección. Aunque los distintos ISRS son igualmente eficaces en los casos típicos, ciertas propiedades los hacen más o menos apropiados para determinados pacientes (Antidepresivos).

Terapia electroconvulsiva (TEC):

Las siguientes entidades a menudo se tratan con TEC si los medicamentos son ineficaces:

Depresión suicida grave

Depresión con agitación o retraso psicomotor

Depresión delirante

Depresión durante el embarazo

Los pacientes que dejan de comer pueden necesitar la terapia electroconvulsiva para impedir la muerte. La TEC es particularmente eficaz para la depresión psicótica.

La respuesta a las 6 a 10 sesiones de terapia electroconvulsiva suele ser espectacular y salvar la vida. La recidiva es frecuente y debe mantenerse el tratamiento farmacológico después de interrumpir la terapia electroconvulsiva.

Fototerapia:

La fototerapia se conoce mejor por sus efectos sobre la depresión estacional, pero parece tener la misma eficacia para la depresión no estacional.

El tratamiento puede administrarse desde el domicilio con 2.500 a 10.000 lux a una distancia de 30 a 60 cm durante 30 a 60 min/día (más tiempo cuando la fuente de luz sea menos intensa).

En los pacientes que se van a dormir tarde por la noche y que se levantan tarde por la mañana, la fototerapia es más eficaz por la mañana y a veces se complementa con 5 a 10 min de exposición entre las 3 pm y las 7 pm. En los pacientes que se van a dormir y se levantan temprano, la fototerapia es más eficaz entre las 3 pm y las 7 pm.

Otros tratamientos:

A veces se utilizan psicoestimulantes (p. ej., dextroanfetamina, metilfenidato) junto con antidepresivos, pero estos agentes no han sido estudiados en ensayos clínicos controlados.

Algunos pacientes utilizan productos derivados de hierbas. El hipérico (*Hypericum perforatum*, hipericón, corazoncillo, hierba de San Juan) puede ser eficaz para la depresión leve, aunque los datos son contradictorios. El hipérico puede interactuar con los antidepresivos u otros fármacos. Algunos estudios controlados con placebo de suplementación con omega-3 utilizados como agregado o como monoterapia han sugerido que el ácido eicosapentaenoico 1 a 2 g 1 vez al día tiene efectos antidepresivos útiles.

La estimulación del nervio vago incluye su estimulación intermitente con un generador de pulsos implantado. Puede ser útil para la depresión refractaria a otros tratamientos, pero suele tardar 3 a 6 meses en hacer efecto.

El uso de estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr) para el tratamiento agudo del trastorno depresivo mayor tiene un apoyo sustancial de ensayos controlados. Se puede aplicar EMTr de baja frecuencia a la corteza prefrontal dorsolateral derecha, y EMTr de alta frecuencia a la corteza prefrontal dorsolateral izquierda. Los efectos adversos más comunes son dolor de cabeza y las molestias del cuero cabelludo; ambos ocurren con más frecuencia cuando se utiliza más EMTr de alta frecuencia que de baja frecuencia.

La estimulación cerebral profunda dirigida al cíngulo subgenual o la cápsula interna ventral anterior/estriado ventral ha tenido resultados prometedores en series de casos no controlados. Se están realizando ensayos controlados.

Datos y cifras:

Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de

alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo.

Hay estrategias eficaces para prevenir algunos trastornos mentales, como la depresión.

Se dispone de tratamientos eficaces contra los trastornos mentales y medidas que permiten aliviar el sufrimiento que causan.

Los pacientes deben tener acceso a la atención médica y los servicios sociales que les puedan ofrecer el tratamiento que necesitan. Además, es fundamental que reciban apoyo social.

La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países.

Depresión:

La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

El paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente

a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

Se ha demostrado que los programas preventivos reducen su incidencia tanto en los niños (por ejemplo, mediante la protección y el apoyo psicológico en casos de maltrato físico o abuso sexual) y en los adultos (por ejemplo, mediante la asistencia psicosocial después de catástrofes naturales o conflictos bélicos).

Además, se dispone de tratamientos eficaces. La depresión de leve a moderada se puede tratar eficazmente con terapias que utilizan el diálogo, como la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia. Los antidepresivos pueden ser un tratamiento eficaz para la depresión de moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección para la depresión leve. Tampoco se deben emplear para tratar la depresión infantil y no son el tratamiento de elección en los adolescentes, a quienes se deben prescribir con cautela.

En el tratamiento de la depresión se tienen en cuenta los aspectos psicosociales y se determinan los factores que pueden causar estrés, como las dificultades económicas, los problemas en el trabajo y el maltrato físico o psicológico, así como las fuentes de apoyo, como los familiares y amigos. El mantenimiento o la recuperación de las redes y las actividades sociales son también importantes.

Trastorno afectivo bipolar:

Este trastorno afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo. Se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir. Las personas que presentan solamente episodios

maníacos y no sufren fases depresivas también se clasifican dentro del diagnóstico de trastorno bipolar.

Se dispone de medicamentos que estabilizan el estado de ánimo con los que atajar eficazmente las fases agudas del trastorno bipolar y prevenir las recidivas. Además, el apoyo psicosocial es un elemento esencial del tratamiento.

Esquizofrenia y otras psicosis:

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo. Las psicosis, entre ellas la esquizofrenia, se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Las psicosis suelen ir acompañadas de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario). Estos trastornos pueden dificultar que la persona trabaje o estudie con normalidad.

La estigmatización y la discriminación se pueden traducir en una falta de acceso a los servicios sociosanitarios. Además, hay un riesgo elevado de que no se respeten los derechos humanos de las personas afectadas, por ejemplo mediante su internamiento prolongado en centros psiquiátricos.

La esquizofrenia suele debutar al final de la adolescencia o el principio de la edad adulta. El tratamiento con fármacos y apoyo psicosocial es eficaz. Con un tratamiento adecuado y apoyo social, los pacientes pueden llevar una vida productiva e integrarse en la sociedad. La facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral son medidas de apoyo para que las personas que padecen trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, vayan superando etapas en su rehabilitación y

superen los obstáculos que les dificultan encontrar y mantener un empleo y una vivienda.

Demencia:

En el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia. Este trastorno de naturaleza crónica y progresiva se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.

Aunque no se dispone de tratamientos que curen la demencia o reviertan su evolución progresiva, se están investigando varios fármacos nuevos que se encuentran en diversas etapas de los estudios clínicos. Sí existen, en cambio, numerosas intervenciones para apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia y la de sus cuidadores y familiares.

Trastornos del desarrollo, incluido el autismo:

El concepto de trastorno del desarrollo es un término general que abarca la discapacidad intelectual y los trastornos generalizados del desarrollo, entre ellos el autismo. Los trastornos del desarrollo suelen debutar en la infancia pero tienden a persistir hasta la edad adulta, causando una disfunción o un retraso en la maduración del sistema nervioso central. Por lo general, no se caracterizan por periodos de remisión y recidivas como muchos otros trastornos mentales, sino que siguen un patrón constante.

La discapacidad intelectual se manifiesta por la afectación de facultades de diversas áreas del desarrollo, como las habilidades cognitivas y la conducta adaptativa. El retraso mental afecta a la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas de la vida.

Los síntomas de los trastornos generalizados del desarrollo, como el autismo, son alteraciones del comportamiento social, la comunicación y el lenguaje, así como limitaciones específicas de cada individuo con respecto a sus intereses y actividades, que realiza repetidamente. Los trastornos del desarrollo suelen iniciarse en la infancia o la primera niñez. En ocasiones, las personas afectadas presentan un cierto grado de discapacidad intelectual.

La participación de la familia en el cuidado de las personas con trastornos del desarrollo es fundamental. Es importante conocer las situaciones y actividades que causan tensión o reportan bienestar al individuo, así como encontrar el entorno más adecuado para el aprendizaje. El establecimiento de rutinas diarias, fijando momentos concretos para las comidas, el juego, el aprendizaje, el contacto con los demás y el sueño, ayuda a evitar el estrés innecesario. También es importante que los servicios de salud hagan un seguimiento regular a los niños y adultos que presentan trastornos de desarrollo y que se mantengan en contacto con sus cuidadores.

Asimismo, la sociedad en general debe implicarse en velar por que se respeten los derechos y las necesidades de las personas discapacitadas.

8.8.- ¿QUIÉN PUEDE PRESENTAR TRASTORNOS MENTALES?

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y

ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

Otros factores que pueden causar trastornos mentales son el estrés, la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales.

Recursos del sistema de salud:

Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%.

El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados.

Además de la ayuda que prestan los servicios de salud, las personas que presentan enfermedades mentales necesitan apoyo y atención social. A menudo necesitan que se les ayude a participar en programas educativos que satisfagan sus necesidades, así como a encontrar un empleo y una vivienda que les permitan vivir y mantenerse activos en su entorno social.

Respuesta de la OMS:

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, que fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, reconoce que la salud mental es un elemento esencial para el bienestar de todas las personas. Este Plan tiene los cuatro objetivos siguientes:

- reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;
- proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta;
- poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
- fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

El Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental, presentado en 2008, utiliza orientaciones técnicas, instrumentos y módulos de capacitación basados en evidencias para ampliar la prestación de servicios en los países, especialmente en entornos con escasos recursos. Dicho programa se centra en una serie de afecciones prioritarias y, hecho importante, dirige la capacitación hacia los profesionales sanitarios no especializados con un enfoque integrado que fomenta la salud mental en todos los niveles asistenciales.

Las enfermedades mentales abarcan una amplia variedad de trastornos, cada uno de ellos con características distintas. En líneas generales, se manifiestan como alteraciones en los procesos del razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad, las emociones o las relaciones con los demás, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. No tienen una única causa, sino que son el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, sociales y psicológicos, y con frecuencia es posible identificar y tratar una causa orgánica subyacente.

Dependiendo del concepto de enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término

trastorno mental (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría), sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada. Además, el término enfermedad mental puede asociarse a estigmatización social. Por estas razones, este término está en desuso y se usan más trastorno mental o psicopatología.

Se ha demostrado que tanto el estrés como los problemas psicológicos o psiquiátricos provocan malos hábitos alimenticios y esta mala nutrición causa diversos trastornos de salud y empeora la salud mental, en una especie de círculo vicioso.

En la antigüedad, se relacionaba los trastornos mentales con causas sobrenaturales. Las culturas más primitivas los atribuían a posesiones demoníacas o fuerzas naturales y las culturas más complejas a los dioses. Estos pensamientos primitivos dieron lugar a la práctica de trepanaciones craneanas con el objetivo de "dejar salir a los demonios que provocaban las enfermedades mentales" y sobre las que existen evidencias que datan desde hace más de 5.000 años, a torturas o al confinamiento de los enfermos. En el siglo XIX, los manicomios eran como cárceles, pues solo se disfrazaba la tortura como una curación, uno de los tantos casos fue en el hospital psiquiátrico Charenton en París, donde aplicaban como tratamiento, mantenerlos atados, sumergirlos en agua fría, golpes y sumergirles la cabeza en una bañera. Todo esto para apartar las ideas e ilusiones que ellos pudieran albergar. En 1949, Antonio Egas Moniz recibió el premio Nobel en Medicina por "por su descubrimiento del valor terapéutico de la lobotomía en determinadas psicosis", técnica que consiste en retirar total o parcialmente un fragmento del cerebro en la parte frontal. Walter Freeman, médico estadounidense, fue el pionero de las lobotomías

transorbitales, técnica que realizó profusamente y se vio envuelta en una gran polémica, hasta su última intervención en 1967.

Paralelamente, en 1964 se llevó a cabo el proyecto MK-ULTRA, que buscaba controlar la mente y así borrar la memoria existente y reconstruir el pensamiento, algunos de los experimentos realizados eran la radiación, uso de psicotrópicos, inyección simultánea de barbitúricos y anfetaminas, y descargas eléctricas al cerebro. El único resultado de este experimento fue dejar a las personas involucradas con daño cerebral.

No se conoce la causa exacta de los trastornos mentales, si bien todo parece indicar que se trata del resultado de una compleja interacción entre diversos factores biológicos, sociales y psicológicos. Las puntuaciones altas en neuroticismo rasgo de la personalidad son predictivos para el desarrollo de todos los trastornos mentales comunes. Al menos una parte de los casos de ciertos trastornos psiquiátricos son secundarios a una causa orgánica, cuyo tratamiento puede ayudar a la mejoría de los síntomas o incluso a la recuperación funcional parcial o total. Actualmente, se ha demostrado que las personas sometidas a situaciones de estrés, tensión emocional o problemas psicológicos o psiquiátricos descuidan la alimentación y caen en malos hábitos alimenticios. Esta mala nutrición causa diversos trastornos de salud y empeora la salud mental, en una especie de círculo vicioso. La mala salud física es un factor particularmente importante que predice una mala salud mental. Los trastornos de la salud mental están claramente relacionados con las denominadas "enfermedades de la civilización", compartiendo multitud de vías fisiopatológicas, incluidas las alteraciones del sistema inmunitario y el estrés oxidativo. En cualquier especialidad médica, desde cardiología y dermatología hasta gastroenterología y reumatología, la salud mental es una variable de importancia. Sin embargo, las investigaciones recientes concluyen que la nutrición no solo afecta directamente las condiciones tratadas en diversas

disciplinas médicas, sino que también tiene el potencial de influir (mejorando o empeorando) en los trastornos mentales. Existen pruebas que confirman la implicación de factores genéticos en ciertos trastornos psiquiátricos. Concretamente, se han identificado 134 genes (206 variantes) que se asocian con un mayor riesgo de desarrollar trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los avances más significativos se han producido en el estudio de la esquizofrenia, con 50 genes identificados. En contraposición, solo se han encontrado 3 genes implicados en los trastornos de ansiedad. Aún cuando clásicamente se han dividido las enfermedades mentales en Trastornos Orgánicos y Trastornos Funcionales, haciendo referencia al grado de génesis fisiológica o psíquica que determine al padecimiento, la clínica demuestra que ambas esferas no son independientes entre sí y que en la patología, como en el resto del desempeño psíquico "normal", ambos factores interactúan y se correlacionan para generar el amplio espectro del comportamiento humano tal como lo conocemos. De hecho, alteraciones biológicas alteran la psique, al igual que alteraciones psicológicas alteran o modifican la biología. Según el DSM-IV-TR, los trastornos son una clasificación por categorías no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, careciendo de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (por ejemplo, deterioro en un área de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a

las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen.

Existen numerosas categorías de trastornos mentales, con mayor o menor gravedad tanto en la vivencia subjetiva del individuo como en su repercusión dentro del funcionamiento social, así se hace alusión a otra clasificación clásica: Trastornos Neuróticos y Trastornos Psicóticos.

- Las neurosis afectan en mayor grado a la percepción del sujeto sobre sí mismo, y a su nivel de agrado, de plenitud y de integración del yo, así como a sus relaciones con el entorno social y familiar más cercano; sin embargo, no presentan los síntomas usuales de desconexión con la realidad y amplio alejamiento de la vida social, pueden desempeñarse laboral y académicamente, y según Freud y las escuelas psicoanalíticas este estado es la condición natural de la vida psíquica.
- Las psicosis, abarcan la manifestación más claramente asociada con la enfermedad mental, sus síntomas clásicos incluyen las alucinaciones, delirios y grave alteración afectiva y relacional, estos trastornos suelen tener un factor orgánico bastante pronunciado como los Trastornos Depresivos y Bipolares, aunque las esquizofrenias son claramente las de mayor repercusión personal, social y familiar dado su carácter crónico y degenerativo caracterizado por los elementos propios de todos los trastornos psicóticos a los cuales se añaden la desconexión con la realidad y aplanamiento afectivo.

El primer paso ante un paciente con síntomas relacionados con un posible trastorno mental es realizar una completa evaluación clínica, para excluir o confirmar la presencia de una causa orgánica subyacente o asociada. Existe un amplio abanico de trastornos orgánicos que cursan con síntomas psiquiátricos o que pueden simular un trastorno mental. Su identificación puede llegar a

resultar compleja y no siempre se realiza una adecuada evaluación del paciente. En ocasiones, los síntomas psiquiátricos se desarrollan antes de la aparición de otros síntomas o signos más característicos de la enfermedad, como ocurre en ciertos trastornos metabólicos e e incluso pueden ser las únicas manifestaciones de la enfermedad en ausencia de cualquier otro síntoma, como ocurre en algunos casos de enfermedad celíaca o de sensibilidad al gluten no celíaca, por lo que con frecuencia no se consigue un diagnóstico correcto o este se demora durante años.

Algunos de los trastornos que cursan frecuentemente con síntomas psiquiátricos o pueden confundirse con una enfermedad mental incluyen:

Trastornos endocrinos, tales como el hipotiroidismo, el hipertiroidismo, la hiperprolactinemia, el síndrome premenstrual, la menopausia, la psicosis posparto, la enfermedad de Addison, el síndrome de Cushing, la encefalitis de Hashimoto, el hipopituitarismo o el hipogonadismo masculino.

Enfermedades sistémicas, inflamatorias e infecciosas, tales como la enfermedad celíaca y la sensibilidad al gluten no celíaca (ambas cursan con frecuencia sin síntomas digestivos), el lupus eritematoso sistémico, el síndrome de Sjögren, la artritis reumatoide, la psoriasis, el síndrome antifosfolípidos, la enfermedad de Behçet, el PANDAS, la sarcoidosis, la mononucleosis infecciosa, la sepsis, la fiebre tifoidea, la brucelosis, la malaria, la enfermedad de Lyme o el VIH/sida.

Enfermedades gastrointestinales, tales como la enfermedad inflamatoria intestinal o la enfermedad de Whipple.

Trastornos metabólicos, tales como la hipoglucemia, la hiperglucemia o los errores congénitos del metabolismo.

Trastornos neurológicos, tales como la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Wilson, las encefalopatías tóxicas (causada por sustancias tóxicas industriales o plaguicidas), los tumores cerebrales, los accidentes vasculares cerebrales, las enfermedades vasculares cerebrales crónicas o la hidrocefalia.

Enfermedades infecciosas del cerebro, tales como la meningitis, la encefalitis o la neurosífilis.

Fallo hepático, como la encefalopatía hepática.

Fallo renal, como la uremia o la retención urinaria aguda.

Enfermedades respiratorias, tales como el asma, el edema pulmonar, la embolia pulmonar, el trasplante de pulmón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el mal de altura, la hipoxemia o la hipercapnia.

Enfermedades cardíacas, tales como las arritmias cardíacas, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad de las arterias coronarias, el baipás coronario, el prolapso de la válvula mitral o el trasplante de corazón.

Enfermedades hematológicas, tales como la anemia, el síndrome hipereosinofílico, la trombocitopenia, la policitemia, la leucemia o la anemia de células falciformes.

Trastornos electrolíticos o de fluidos, tales como la deshidratación y la insolación, la hiponatremia, la hipernatremia, la hipocalcemia, la hipercalcemia o la hipomagnesemia.

Estados carenciales, por déficit de vitaminas B2, B6, B12 o vitamina D, ácido fólico o cinc, o el síndrome de Wernicke-Korsakoff.

Intoxicación por metales, tales como el plomo, el mercurio, el aluminio, el manganeso o el cobre.

El primer paso e imprescindible consiste en realizar una completa y exhaustiva evaluación clínica del paciente, para intentar identificar y tratar un posible trastorno orgánico asociado que cause o potencie la sintomatología psiquiátrica, con lo que se puede conseguir la completa recuperación del paciente o un considerable alivio de sus síntomas.

El siguiente paso requiere un enfoque integrador y multidisciplinar, en el que participen psicólogos y psiquiatras, educadores sociales, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales. Cada tratamiento integra, dependiendo del caso, la administración de psicofármacos como métodos paliativos de los síntomas más pronunciados, así como un proceso de intervención psicológica para atender los orígenes y manifestaciones del trastorno y generar, de esta manera, un estado de bienestar más sólido, efectivo y permanente en las personas que sufren una enfermedad mental. Ya hemos aceptado que hay varios núcleos constituyentes de la psiquiatría contemporánea. El primero es un núcleo histórico y primordial referido al estudio del acontecer morboso del psiquismo. Allí hay acumulado un saber que remite a una tradición que abarca varios siglos y que forma parte importante de nuestra práctica cotidiana. El mismo requiere una lectura acorde con las teorías y descubrimientos contemporáneos. Al lado de ese núcleo histórico confluyen saberes provenientes de las ciencias sociales y de las humanidades, de legítima integración y concurrencia para los planes de promoción y desarrollo de la salud mental, pero que también interpelan y/o enriquecen la psiquiatría con nuevos planteamientos epistemológicos sin los cuales no es posible avanzar científicamente tampoco. Por el otro lado está el enorme desarrollo de las denominadas neurociencias que junto a la neurología forman parte medular de los contenidos y estructuras indispensables para

pensar la enfermedad y la salud mental. Si aceptamos que la psiquiatría contemporánea requiere integrar esos tres saberes, debemos entonces admitir que más que una disciplina, la psiquiatría es una transdisciplina que se mueve mejor en el planteamiento de la complejidad. Gracias a la literatura y el cine, se conocen muchas de las atrocidades a las que eran sometidas las personas que sufrían de trastornos mentales décadas y siglos atrás, que ponían en duda los supuestos beneficios de los tratamientos. Por otro lado, es preocupante pensar que muchos de los pacientes psiquiátricos de la actualidad son víctimas de malos tratos, y que tanta gente vaga por las calles de las ciudades hablando sola, sin recibir asistencia de ningún tipo por parte de las autoridades o, algo quizás más triste, de los otros seres de su especie, que miran para otro lado.

Los tratamientos psiquiátricos, por lo tanto, pueden dividirse en dos grandes tipos: los biológicos, que pueden incluir el suministro de medicinas y la aplicación de electroshock para actuar en la bioquímica del cerebro, y los psicoterapéuticos, que apelan a las técnicas de la psicología. La psiquiatría cuenta con varias subespecialidades, como la psicopatología (que estudia los procesos que pueden llevar a la insania mental), la psicofarmacología (dedicada al análisis de los efectos de los fármacos en los tratamientos conductuales, emocionales o cognitivos) y la sexología (el estudio esquemático de la sexualidad humana).

Se conoce como antipsiquiatría al conjunto de teorías y posturas que consideran que la psiquiatría tradicional no es beneficiosa ya que utiliza conceptos médicos inadecuados, está vinculada a los intereses económicos de las farmacéuticas, estigmatiza a sus pacientes e incluso trata a las personas contra su propia voluntad. El común de las personas tiende a creer que la diferencia entre la psicología y la psiquiatría reside simplemente en que la primera no incluye el suministro de medicamentos a los pacientes; sin embargo, a continuación veremos que la relación entre ambas es bastante más compleja.

En principio, es necesario listar sus similitudes:

- * ambas son ciencias que se dedican al cuidado de la salud mental de los seres humanos;
- * las dos ofrecen la posibilidad de tratar a los pacientes mediante la terapia;
- * permiten la interacción con la otra ciencia cuando esto pueda resultar beneficioso para un paciente;
- * ambas presentan especialidades para niños, adolescentes y adultos.

Seguidamente, estudiaremos algunas de sus principales diferencias, tanto en lo referido a la aplicación como en cuestiones formales y académicas:

- * mientras que para recibir el título de psicólogo es necesario estudiar la carrera de Licenciatura en Psicología, para convertirse en psiquiatra se debe cursar Medicina y luego especializarse en esta ciencia;
- * como se mencionó anteriormente, solamente los psiquiatras tienen el poder de recetar medicamentos;
- * la psicología se centra en el plano emocional, y la psiquiatría enfoca su estudio en la neurología;
- * con respecto a su clasificación, la psicología es una ciencia social, mientras que la psiquiatría es una ciencia natural;
- * dentro de la psicología es posible encontrar diversas ramas, tales como la clínica. La psiquiatría, por otro lado, es en sí misma una rama (de la medicina);

* el tiempo necesario para completar ambas carreras es diferente. Luego de completar la carrera de medicina, que es un año más extensa que la de psicología, se debe realizar la especialización en psiquiatría y, luego, las residencias correspondientes.

9.- CONCLUSIÓN

El síndrome posparto es algo natural, como se dijo anteriormente, se debe a un retorno de las hormonas a su funcionamiento normal. Es padecido por todas las mujeres, quien diga que no lo sufrió es porque no lo percibió y cuidado, quizá es más peligroso el enemigo silencioso. Es importante escucharse y mirarse por dentro en esos momentos.

Profesionales o no, de cualquier país, religión, condición social, raza, todas pasamos por lo mismo. Lo más importante es tomar conciencia de ello. Saber que existe, que no es algo que le pasa a una mujer en particular. Es algo común a todas.

Es importante hablarlo con la pareja, con alguna otra mamá que haya parido recientemente o con amigas que la escuchen. Es decir tener un buen entorno comprensivo y también contar con un buen apoyo profesional, además de tratar de empezar o continuar con una actividad.

El ocultar su estado de depresión, el encerrarse, el no compartirlo muchas veces por la ignorancia o la vergüenza del que dirán o qué pensarán, disfraza la situación y hace que el síndrome se vaya asentando en el inconsciente. Y cuando pasa el tiempo y uno se cree que todo volvió a la normalidad, cuando una menos lo espera aparece con todas las fuerzas.

Es entonces cuando vemos mujeres con manifestaciones fóbicas que no tienen un origen de nacimiento, sino que aparecen de la nada, después de una operación, de un problema económico, de pareja, etc. Que una no entiende por qué se originaron y que pueden desencadenar varias patologías. El síndrome posparto es el origen, pero el desenlace puede añadirse a otras patologías psicológicas.

Sin duda alguna, es importante la difusión de este tema y se debe exigir al profesional médico que trate a la mujer en el embarazo que las oriente al respecto. A pesar de la ciencia y sus avances, hay muchos médicos que se niegan a hablar de dicho tema, dejándoselo exclusivamente a los profesionales de la psiquiatría o la psicología, y desconociendo que no sólo los obstetras tienen que atender al bebé sino también cubrir el aspecto interno y psíquico de la madre.

Hoy en día está de moda hacer cursos preparto, pero en ninguno se ha pensado en hablar sobre esto. No nos olvidemos que en los cursos preparto hay muchas madres que ya fueron primerizas y su experiencia es la más valiosa para encarar el difícil trance de la depresión posparto. El estudio de los efectos de la depresión clínica sobre la esperanza de vida de los individuos que la padecen, ha mostrado resultados controvertibles. Inicialmente, se atribuyó un exceso en la mortalidad a las condiciones precarias de las instituciones psiquiátricas. En fechas más recientes, además de un exceso en la mortalidad por causas violentas, en algunos estudios se ha encontrado un exceso en la mortalidad general, debido a causas no violentas. Los estudios hospitalarios en los que se ha evaluado esta relación se caracterizan, en general, por la falta de control de factores de confusión; las enfermedades somáticas subyacentes podrían explicar el exceso en la mortalidad informada. Por otro lado, en los estudios con base poblacional, se ha analizado un número reducido de sujetos deprimidos y empleado mediciones de la depresión de manera tan variada, que

dificultan la comparación de resultados. Las vías a través de las cuales se consideraría que la depresión incidiría en el riesgo de muerte. Un ejemplo de vía directa sería un episodio de depresión severa que llevara al suicidio; una vía indirecta, sería la acción de la depresión como promotor de enfermedad o como un factor pronóstico, una vez que se está enfermo. Otra explicación sería que la depresión conduce a conductas que promueven potencialmente la enfermedad, tales como el tabaquismo, la mala alimentación, el consumo de alcohol, los malos hábitos de sueño, etcétera, lo cual a su vez puede disminuir la resistencia a procesos patológicos orgánicos. O bien, la depresión puede conducir al mal desempeño en el trabajo, a la pérdida del empleo, a la disminución del ingreso y a la consecuente incapacidad económica para recurrir a los servicios médicos preventivos o curativos, etcétera.

Los resultados de su investigación muestran que los pacientes de cáncer que manifestaron síntomas de depresión presentaron un 7% más de probabilidades de morir más rápidamente. Además este porcentaje se incrementó al aumentar el nivel de severidad de la depresión.

Según los datos recogidos en su estudio, el 29% de los pacientes mostró signos de depresión en el momento de la evaluación inicial y el 54,5% de los pacientes supervivientes continuó con estos síntomas depresivos 8 semanas después. Así, los datos aportados por su investigación ponen de manifiesto que los síntomas depresivos son muy comunes en pacientes con cáncer avanzado y tienden a persistir en el tiempo.

El manejo de los problemas de salud mental en el mundo laboral no es sencillo. En demasiadas ocasiones se carece de protocolos de actuación adecuados y las propias condiciones laborales impiden un abordaje satisfactorio e integral, es más, dichas condiciones pueden incluso actuar como desencadenantes o facilitadores de muchos de estos problemas. En un número anterior de esta

revista tratamos el problema del paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo. En el ámbito psicosocial, la depresión produce un gran sufrimiento en la persona afectada y en las personas de su entorno, con importantes repercusiones laborales y socioeconómicas, debido a la pérdida de productividad, al absentismo y a las posibles bajas laborales relacionadas. Una identificación y tratamiento adecuado, revierte estos efectos negativos de la depresión no tratada.

La duración es extremadamente difícil de pronosticar. Como se ha descrito anteriormente no es posible señalar con exactitud el punto de inicio de la enfermedad y además la edad, el estado físico, la patología médica y psiquiátrica acompañante, la personalidad previa a la enfermedad y las exigencias de vida, todos, afectan en mayor a menor grado de duración del acceso depresivo. Las diversas estimaciones respecto a la duración oscilan desde varios meses, hasta entre dieciocho meses y tres años.

Las mujeres presentan con más frecuencia trastornos del estado de ánimo, pudiendo ser la gestación y el post parto momentos de relevancia para su desarrollo debido a cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos importantes. En los últimos años se considera un problema de salud pública y existe un especial interés en el diagnóstico y tratamiento tempranos, ya que, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el fin de poder iniciar el tratamiento integral. Se sabe que las mujeres presentan con más frecuencia trastornos del estado de ánimo, principalmente en la edad reproductiva, pudiendo ser la gestación y el post parto momentos de relevancia para su desarrollo debido a cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos importantes. Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista un especial interés en el diagnóstico y tratamiento tempranos, ya que al igual que sucede con la mayoría de las enfermedades, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el

fin de poder iniciar el tratamiento integral de él y evitar o limitar las potenciales secuelas. Como consecuencia, ha surgido la necesidad de diseñar instrumentos y herramientas para la detección temprana que puedan ser eficaces y de fácil aplicación por médicos generales, ginecólogos y pediatras, quienes son los profesionales que más frecuentemente tienen contacto con estas pacientes en el periodo gestacional y puerperal. A pesar de estos esfuerzos, en países desarrollados como Estados Unidos cerca del 50% de los casos de depresión postparto continúan sin ser detectados en la práctica clínica. La depresión postparto presenta características comunes con la depresión desarrollada en otras etapas de la vida, pero se diferencia en los efectos negativos que este trastorno puede tener en el bebé. Esto constituye una importante diferencia, que alerta sobre la necesidad de tratamiento para este grupo, buscando aliviar a la madre y prevenir psicopatología posterior en el niño. La causa exacta de la depresión posparto se desconoce. Los cambios en los niveles hormonales durante y después del embarazo pueden afectar el estado anímico de una mujer. Muchos factores distintos a los hormonales también pueden afectar el estado de ánimo durante este período, entre ellos se encuentra: ser menor de 20 años, alcoholismo, tabaquismo, ausencia de planeación del embarazo o presencia de sentimientos contradictorios acerca de éste; depresión, o un trastorno de ansiedad antes del embarazo o en un embarazo anterior; experimento un hecho estresante durante el embarazo o el parto, por ejemplo, una enfermedad, muerte o padecimiento de un ser querido, un parto difícil o de emergencia, un parto prematuro o una enfermedad o anomalía congénita en el bebé; tener un familiar cercano que haya experimentado depresión o ansiedad; tener una mala relación con la pareja o es soltera, tener problemas financieros o de vivienda y tener poco apoyo de la familia, los amigos o la pareja.

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor y tristeza, acompañada de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, que persisten por lo

menos dos semanas. La depresión postparto consiste en el desarrollo de un episodio depresivo mayor durante las primeras cuatro a seis semanas posparto, es llamada también depresión puerperal. La depresión postparto es un problema de salud pública con prevalencia que oscila entre un 10 y 15% en la literatura mundial. Las tasas varían entre 10 y 15% en países europeos, entre un 8 y 10% en USA, en Latinoamérica de 35% a 50%. Durante el puerperio existen cambios bioquímicos y estrés que pueden desencadenar estos trastornos; durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer. Los primeros se relacionan con Psicosis puerperal y tristeza postparto, cuadro autolimitado, que dura 3 a 6 días y afecta al 50% de las mujeres según la literatura; la depresión postparto, una condición seria, es en general no autolimitada. Existe un consenso generalizado que la depresión postparto es un problema de salud pública mayor. La prevalencia de depresión no psicótica, usualmente asociada con síntomas de ansiedad, fluctúa entre 10 a más de 15% en mujeres durante los primeros 6 meses después del parto. La depresión postnatal es más prevalente, sin embargo, en poblaciones social y económicamente desventajadas. El cuadro clínico está caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de la capacidad para experimentar placer, cambios en el sueño y en el apetito, cansancio físico, falta de concentración, e ideas de minusvalía, desesperanza y culpa relacionadas comúnmente con el cuidado y la crianza de los hijos. Las alteraciones en la concentración y el componente ideatorio depresivo constituyen la dimensión cognitiva de la enfermedad depresiva y suelen ser los síntomas más específicos y sugestivos de la presencia de DPP, al igual que las ideas de muerte, suicidio, y de heteroagresividad hacia el recién nacido; el clínico siempre debe explorar estas últimas expresiones en toda paciente con sospecha de DPP y evaluar el riesgo de auto o heteroagresión. Otras manifestaciones, tales como el cansancio y los cambios en el patrón de sueño y apetito, pueden ser consideradas relativamente normales durante el

período puerperal. Muchas mujeres se sienten especialmente culpables por tener sentimientos depresivos cuando creen que deberían estar contentas. Pueden ser reticentes a manifestar sus síntomas o sus sentimientos negativos sobre el niño. El resultado de la enfermedad por sí misma o de la separación del hijo puede dar lugar a una deficiente relación madre-hijo. El infanticidio se asocia con mayor frecuencia con los episodios psicóticos posparto, que están caracterizados por alucinaciones que ordenan matar al niño o ideas delirantes de que el niño está poseído, pero también puede ocurrir en los episodios afectivos posparto graves, sin estas ideas delirantes o alucinaciones específicas. Los episodios afectivos posparto (depresivos mayores, maníacos o mixtos) con síntomas psicóticos se producen aproximadamente en 1 de cada 500 a 1.000 partos y parecen ser más frecuentes en mujeres primíparas. El riesgo de episodios posparto con síntomas psicóticos es especialmente elevado en las mujeres con episodios afectivos posparto anteriores, pero también es mayor en las que tienen historia previa de un trastorno del estado de ánimo (especialmente un trastorno bipolar I).

10.- BIBLIOGRAFÍA

10.1.- BÁSICA

Reyes López, J.; Urtaran Ibarzabal, Z., Prieto Doménech, S., Herraiz Soler, Y., Depresión durante el embarazo; Enfermería Integral Artículos científicos; Valencia; Junio 2008.

<http://www.enfervalencia.org/ei/82/articulos-cientificos/3.pdf>

2. Arcaso Terrén, C.; García Esteve, L.; Navarro, P.; Aguado, J.; Ojuel, J.; Tarragona, M. J.; Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas; ScienceDirect; Medicina Clínica Elsevier; Volumen 120; Capítulo 9; páginas 326-329. Barcelona, España; 2003.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775303736926>

3. Sierra Manzano, J. M.; Carro García, T.; Ladrón Moreno, E.; Variables asociadas al riesgo de depresión postparto. Edinburgh postnatal depression scale; ScienceDirect; Medicina Clínica Elsevier; Volumen 30; Capítulo 2; páginas 103-111. Soria, España; 2002.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702789798>

4. Depresión postparto; Base de datos Medline, Actualizado en febrero 2014.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007215.htm>

5. Jadresic, E.; Depresión postparto, Atención primaria; Medwave, revista biomédica; Diciembre 2004.

<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1922>

6. Torres, Sepúlveda, P.; Huerta Araneda, P.; Depresión postparto: La experiencia maternal y sus mecanismos de defensa; Tesina Licenciatura en Psicología de la Universidad Academia de humanismo cristiano; Santiago de Chile, 2012.

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2560/tpsico499.pdf?sequence=1>

7. Wolff, C.; Valenzuela, P.; Esteffan, K.; Zapata, D; Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias; Scielo; 2009.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000300004&script=sci_arttext

8. Lawrie, T. A.; Herxheimer, A.; Dalton, K.; Estrógenos y progesterona para la prevención y el tratamiento de la depresión puerperal. Cochrane 6 de Octubre del 2010.

<http://www.cochrane.org/es/CD001690/estrogenos-y-progestagenos-para-la-prevencion-y-el-tratamiento-de-la-depresion-puerperal> Julia de Paz Lozano TFG
- Depresión Postparto

9. Navarro, V.; Tirosina y triptófano en el tratamiento de la depresión; Clinic Barcelona Hospital Universitari; 7 Agosto de 2007.

<http://www.forumclinic.org/es/depresi%C3%B3n/noticias/tirosina-y-tript%C3%B3fano-en-el-tratamiento-de-la-depresi%C3%B3n>

10. Borbalán Escánez, J.; Depresión postparto; Universidad de Almería; 2013.

<http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/2495/1/Trabajo.pdf>

11. Matos Guando, F.; Llantoy Cornejo, S.; Perfil psicológico de madres primerizas post-parto y afecto en el bebé. Universidad privada Sergio Bernales, carrera profesional de obstetricia; Cañete, Perú; 2012

<http://www.monografias.com/trabajos94/perfil-psicologico-madres-primerizas-post-parto-y-afecto-bebe/perfil-psicologico-madres-primerizas-post-parto-y-afecto-bebe2.shtml>

12. Lartigue, T.; Martin Maldonado, J.; González Pacheco, I.; Saucedo García, J. M.; Depresión en la etapa perinatal; Medigraphic Artemisa; México; 2008.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip082d.pdf>

13. Depresión mayor; Base de datos Medline; Actualizado Octubre 2014.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000945.htm>

14. Asistente de Plan de Cuidados Nanda Noc Nic.

<http://nanda.es/index.php>

15. Guía de la depresión. Asociación Nacional de Ayuda al Enfermo de Depresión (ANAED). Delegaciones en Madrid, Sevilla y Cádiz. Últimos archivos de Junio del 2014.

<http://fundacionaed.es/guia-de-la-depresion/>

16. Aquino. E. (2011). Modelos Estadísticos aplicados a los Procesos Evaluativos de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala. Tesina de ingeniería no publicada. Tlaxcala: Universidad Tecnológica de Tlaxcala.

17. Asociación Psicológica Americana. Manual de citas y bibliografía APA. Ed 5. Avendaño Carrasco. E. (2012). Factores asociados al rendimiento escolar de la Escuela de Educación Media Superior a Distancia "Atotonilco" a través de Modelos Estadísticos. Tesina de ingeniería no publicada. Tlaxcala: Universidad Tecnológica de Tlaxcala.

18. Cubo de Severino, L. (coor). (2005). Los textos de la Ciencia: Principales clases del discurso académico-científico. Argentina: Comunicarte.

19. García Nava, O. (2012). Optimización de la Máquina Dobladora de tubos a través de la Metodología Six Sigma. Tesina de ingeniería no publicada. Tlaxcala: Universidad Tecnológica de Tlaxcala.

20. Munguía Nava, L. G. (2012). Manufactura Esbelta aplicada en al Área Manufactura de la empresa PASSA. Tesina de ingeniería no publicada. Tlaxcala: Universidad Tecnológica de Tlaxcala.

21. Nava Trujillo, A. (2012) Análisis de tiempos de estancia de unidades en Planta Coca Cola. Tesina de ingeniería no publicada. Tlaxcala: Universidad Tecnológica de Tlaxcala.

22. Pérez Cuaquentzi, L. (2012). Aplicación de Hojas de Descripción de Operaciones en el Área de Supervisión del Hotel Gran Palladium. Tesina de ingeniería no publicada. Tlaxcala: Universidad Tecnológica de Tlaxcala.

10.2.- COMPLEMENTARIA

1. <http://www.w3.org/WAI/>
2. <http://www.maineceite.org/awd/vtools.htm>
3. <http://www.tawdis.net/>
4. <http://www.w3.org/TR/WCAG20/>
5. <http://www.imsglobal.org/accessibility/index.html>
6. <http://www.dublincore.org>
7. <http://www.imsglobal.org/learningdesign/index.html>
8. <http://www.imsglobal.org/eportfolio>
9. <http://ltsc.ieee.org/wg12/>
10. <http://lsal.org/lsal/resources/links/>
11. <http://www.fit.fraunhofer.de/>
12. <http://www.uni-essen.de/fet/fue/eng/fb06/kobsa.htm>
13. <http://www.um.org/>
14. <http://enlace.lsi.uned.es/ltcs/>

15. <http://www.lcc.uma.es/>

11.- GLOSARIO

A

Acalculia: Incapacidad para realizar operaciones matemáticas.

Acatisia: Trastorno de inquietud motora, que oscila desde un sentimiento de intranquilidad interna hasta la imposibilidad de permanecer sentado o quieto.

Acromatopsia: Incapacidad para distinguir distintos matices a pesar de la presencia de células pigmentarias normales en la retina. También llamada ceguera cortical para los colores.

Afectividad: Es la experiencia afectiva total que comprende fundamentalmente los sentimientos, las emociones y el ánimo (humor). Por sentimientos se entiende estados afectivos complejos, duraderos y no intensos. Ejemplos: orgullo, celos, amor, vergüenza. En cambio, las emociones son también estados afectivos que aparecen de manera brusca, más o menos violenta, pero de pasajera duración. El miedo, la cólera y la angustia son considerados como típicos ejemplos de emociones. Por último, el estado de ánimo es la manifestación afectiva prevalente y subjetiva que domina y colorea la experiencia total de un individuo en un momento dado, e indicaría el equilibrio que existe entre los distintos sistemas funcionales del organismo y el grado en que las circunstancias ambientales satisfacen las necesidades e intereses del sujeto.

Afasia: es un defecto del lenguaje debido a una lesión encefálica; el paciente puede tener una dificultad para comprender preguntas o texto escrito (afasia sensorial) o para expresarse en forma verbal o escrita (afasia motora).

Afonía: es una pérdida o disminución de la voz.

Agarofobia: es una sensación de angustia de estar en lugares en que podría ser difícil o muy embarazoso escapar o en los que sería difícil recibir ayuda en el caso que se presentaran síntomas súbitos.

Agnosia: Incapacidad parcial o total para reconocer los estímulos sensoriales, que no puede explicarse por un defecto en las sensaciones básicas ni por una disminución del estado de alerta.

Agrafia: Disminución o pérdida de la capacidad para escribir.

Alexia: Incapacidad para la lectura.

Alucinación: error sensorial en el cual el sujeto percibe sin que exista un objeto o estímulo real.

Anosodiaforia: Indiferencia frente a la enfermedad.

Anosognosia: Pérdida de la capacidad para reconocer o aceptar una enfermedad o un defecto físico; generalmente, se asocia a lesiones del lóbulo parietal derecho.

Apraxia: Incapacidad para realizar movimientos voluntarios en ausencia de parálisis o de otros trastornos motores o sensitivos; especialmente, la incapacidad para realizar un uso correcto de los objetos.

Astenia: estado en el cual el paciente se siente decaído, con falta de fuerzas.

Ataxia: alteración en la coordinación de los movimientos.

Atención: Íntimamente ligada a la conciencia (vigilancia), es la función psicológica que permite seleccionar un estímulo o grupo de ellos del conjunto de una experiencia, y que implica, generalmente, un esfuerzo del sujeto para conseguirlo.

Atetosis: trastorno caracterizado por movimientos continuos, involuntarios, lentos y extravagantes, principalmente de manos y dedos, frecuentemente de tipo reptante, que se observan por lo común en lesiones del cuerpo estriado.

B

Bradipsiquia: Es un síntoma neurológico caracterizado por favorecer la lentitud psíquica, mental o del pensamiento. Es un síntoma común en enfermedades del sistema nervioso central como la Enfermedad de Alzheimer, incluso con el envejecimiento y también con el abusode sustancias psicotrópicas y estupefacientes.

C

Conciencia: Es el conocimiento simultáneo, en la unidad del tiempo, de sí mismo (sujeto) y del mundo circundante (objeto) y, por lo tanto, es el reflejo de la realidad.

Confabulación: Síntoma por el cual los pacientes, de forma verborreica, producen historias increíbles sobre hechos del pasado, antes que admitir la pérdida de memoria.

Confusión: corresponde a una alteración psiquiátrica, generalmente de tipo agudo, asociada a cuadros infecciosos, tóxicos o metabólicos, en el que el paciente no es capaz de enjuiciar en forma correcta su situación y presenta

desorientación en el tiempo y en el espacio, no reconoce a las personas y objetos familiares, no se concentra y falla su memoria.

Confusión mental (amnensia): Es el anublamiento de la conciencia en el cual el pensamiento se muestra incoherente con juicios falsos y fragmentarios, presencia de alucinaciones e ilusiones con estado de ánimo variable e inestable. La vigilancia sufre oscilaciones y la perplejidad es muy característica. La confusión mental acompaña a los mismos procesos que producen delirium y alucinosis aguda.

D

Delirio: el paciente impresiona desconectado de la realidad, con ideas incoherentes, ilusiones y alucinaciones, sin advertir su error.

Depresión. Es un síndrome que tiene como síntomas cardinales a la tristeza o al estado de ánimo venido a menos, a la dificultad para elaborar el pensamiento, a la lentificación motora. El deprimido se siente desanimado, pesimista, desesperanzado y desesperado. Además, se agrega a esta sintomatología la mengua o pérdida del interés por los objetos del entorno, cansancio o fatiga, sentimiento de culpa, ideas de suicidio y muerte, disminución del apetito, estreñimiento, insomnio, impotencia o frigidez como un compromiso del estado vital. La angustia, en mayor o menor grado, siempre está presente. En los casos graves se comprueba ideas delusivas, elaboraciones pseudoperceptivas y estupor o agitación motoras. El síndrome depresivo es uno de los más frecuentes de la clínica psiquiátrica, y en su etiología confluyen factores genéticos neurobioquímicos, psicosociales y orgánicos (cáncer pancreático, enfermedad de Addison o uso de sustancias hipotensoras, contraceptivas, digitálicas).

Disartria: es un trastorno de la articulación del lenguaje.

Discromías: alteración estable del color de la piel en una zona determinada.

Disestesia: es la producción de una sensación displacentera y en ocasiones dolorosa por un estímulo que no debiera serlo, como rozar con un algodón.

Disfagia: Indica una dificultad en la deglución de los alimentos. Este síntoma expresa la existencia de una alteración orgánica o funcional en el trayecto que sigue el bolo alimenticio desde la boca al estómago, aunque la presencia de trastornos psiquiátricos concomitantes pueden potenciarlo.

Disfonía: es equivalente a ronquera.

E

Enfermedad: es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, que en general se debe a una etiología específica, y que se manifiesta por síntomas y signos característicos, cuya evolución es más o menos previsible (p. ej., enfermedad reumática).

Esterotipia: Exageración del automatismo en el curso de ciertas enfermedades del sistema nervioso. Consiste en la repetición continua de los mismos gestos (esterotipia motriz o ecopraxia), de los mismos tics, de las mismas palabras (esterotipia verbal o ecolalia).

F

Fabulación: Invención de relatos imaginarios más o menos coherentes que son expresados como si fuesen reales. Es propio de los niños y si se presenta en el adulto es síntoma psicopatológico.

Fluidez Léxica: Capacidad para pronunciar, recordar, escribir y relacionar palabras.

H

Hiperfagia: Es una situación caracterizada por un aumento excesivo de la sensación de apetito e ingestas descontroladas de alimentos, sin razón aparente. El deseo de "tener hambre" en las personas que lo padecen es persistente y fluctuante (pueden haber episodios) pudiendo llegar a ingerir grandes cantidades de comida a cualquier hora e incluso después de haber comido adecuadamente. La hiperfagia puede ser el resultado de dos grandes grupos de posibilidades, siendo el primer grupo los trastornos psicológicos y el segundo grupo las alteraciones hormonales.

I

Ilusión: es una interpretación errónea de un estímulo sensorial (visual, auditivo, táctil).

J

Jergafasia: Deformación del lenguaje que puede aparecer en las afasias. Comprende un lenguaje donde se mezclan los neologismos o formación de palabras nuevas, las parafasias y las disintaxias.

L

Lenguaje: Es la expresión de ideas o pensamientos a través de la palabra o de sonidos articulados o inarticulados (lenguaje oral), de signos gráficos convencionales (escritura), o mediante ademanes y gestos (mímica) que permiten la relación y el entendimiento entre las personas.

Lucidez: corresponde al estado de conciencia de una persona normal que es capaz de mantener una conversación y dar respuestas atinentes a las preguntas simples que se le formulan.

M

Macropsia: Distorsión sensorial de la visión, con alteración de la forma (dismorfopsia), por la que los objetos se ven de tamaño superior al de la realidad. Se produce como consecuencia de enfermedades de la retina, trastornos de la acomodación y convergencia o lesiones del lóbulo temporal, por una parte; por otra, se presenta en delirios febriles, epilepsia, psicosis esquizofrénicas agudas y en estados psicasténicos. Es sinónimo de megalopsia.

Macrosomía: desarrollo exagerado del cuerpo.

Manía o síndrome maniaco. Tiene como síntomas cardinales, a la manera de la depresión, el estado anímico de inestable euforia con elación, la presión para verbalizar que pueda llegar al pensamiento ideofugal (fuga de ideas) y el aumento de la actividad motora que puede ascender hasta una solemne agitación. A esta sintomatología básica se agregan con frecuencia, la distraibilidad de la atención y el optimismo con sobrevaloración de las capacidades físicas y mentales acompañado de ideas megalomaniacas.

Cuando el síndrome se presenta atenuado se denomina hipomanía. El síndrome maníaco no tiene la misma frecuencia de presentación que el depresivo, pero los factores etiológicos son similares, especialmente en relación a la enfermedad bipolar o enfermedad maníacodepresiva. Tampoco hay que dejar de mencionar los factores orgánicos, como las endocrinopatías de tipo hipertiroidismo o la enfermedad de Cushing; los neurológicos, como determinados tumores cercanos al diencéfalo, la esclerosis múltiple o la epilepsia psicomotora; el uso de sustancias simpatomiméticas, anticolinérgica o antidepresivas, entre otras.

Micropsia: Es cuando el individuo tiene la percepción visual de que los objetos que ve son de menor tamaño de lo que realmente son en realidad.

Micrografia: Disminución del tamaño de la escritura. Se puede observar en algunas enfermedades de los ganglios basales, como la enfermedad de Parkinson.

Mutismo: Estado de un individuo que no articula ninguna palabra. Es un trastorno caracterizado por una notable selectividad de origen emocional en el modo de hablar, de tal forma, que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias, pero deja de hablar en otras circunstancias definidas y previsibles. Lo más frecuente es que el trastorno se manifieste en la primera infancia.

N

Neologismos: palabras inventadas o distorsionadas, o palabras a las que se le da un nuevo significado.

O

Obnubilación: estado en el cual el paciente se encuentra desorientado en el tiempo (no sabe la fecha) o en el espacio (no reconoce el lugar donde se encuentra); está indiferente al medio ambiente (reacciona escasamente frente a ruidos intensos o situaciones inesperadas y está indiferente a su enfermedad). Es capaz de responder preguntas simples.

Obsesión: idea, afecto, imagen o deseo que aparece en forma reiterada y persistente y que la persona no puede alejar voluntariamente de su conciencia. Tiene un carácter compulsivo.

Orientación: Es el conocimiento del medio ambiente y de sí mismo en un momento determinado, y que permite al sujeto dirigir las actividades de acuerdo a sus intereses y necesidades.

P

Palilalia: Consiste en la repetición de una palabra de forma incontrolada y cada vez de forma más rápida. Se observa en la enfermedad de Parkinson, en la parálisis supranuclear progresiva y en otras enfermedades que impliquen los ganglios basales.

Percepción: Organización e interpretación de los estímulos que llegan al organismo a través de los órganos de los sentidos. Constituye un proceso que requiere la integridad anatómica y funcional del SNC y de los órganos sensoriales especializados. Este proceso implica la relación entre la vida interior del sujeto y el mundo circundante y la concordancia entre el estímulo y la significación del objeto.

Psicosis: es una desorganización profunda del juicio crítico y de la relación con la realidad, asociado a trastornos de la personalidad, del pensamiento, ideas delirantes y frecuentemente alucinaciones (ej.: la persona siente voces que le ordenan efectuar determinadas misiones). Es posible que a partir de una conducta errática o inapropiada se pueda detectar una psicosis de base.

Psicología: Ciencia que estudia los procesos mentales, las sensaciones, las percepciones y el comportamiento del ser humano, en relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.

Psicopatología: Estudio de las enfermedades o trastornos mentales, así como de su naturaleza y sus causas.

Psiquiatría: Parte de la medicina que se ocupa del estudio, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de las enfermedades mentales de carácter orgánico y no orgánico.

S

Semiología: Parte de la medicina que estudia los síntomas de las enfermedades, los cuales constituyen el instrumento de trabajo que permite apreciar la situación clínica de un enfermo y establecer un diagnóstico.

Signo: es lo objetivo, observable en el enfermo como indicio de una anormalidad.

Salud: la Organización Mundial de la Salud dice que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Síndrome: Conjunto de síntomas y signos que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad.

Síntoma: es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo.

T

Tristeza. Es un sentimiento desagradable, penoso y aflictivo que se acompaña de relajación con pobreza de los gestos y movimientos y de un tono monótono, cansado, lento o quejumbroso de la voz. Puede no existir llanto, pero cuando existe es muy significativo, pese a que sea contenido por el sujeto. El grado máximo de la tristeza se denomina melancolía y los intermedios distimias. La tristeza en sus diferentes gradaciones y presentaciones es un síntoma casi obligado de los estados depresivos.