



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

“RELACIÓN DE PAREJA Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
DURANTE EL EMBARAZO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

GABRIELA LETECHIPÍA GARCÍA.

DIRECTORA: DRA. MARÍA ASUNCIÓN LARA CANTÚ.

REVISORA: LIC. ROSARIO MUÑOZ CEBADA.

México D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Este Trabajo es parte del estudio realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente “Salud mental de mamás y bebés. Prevención de la depresión posparto” financiado por CONACYT (4186) del que es titular la Dra. María Asunción Lara Cantú.

A la Dra. Ma. Asunción Lara Cantú por la oportunidad de trabajar en éste proyecto, por su apoyo, paciencia y por todo lo que aprendí

A Laura por el apoyo, la ayuda, la confianza y por la amistad principalmente en esta última etapa de nuestras vidas.

A todo el equipo que ha colaborado en este proyecto: Claudia, Erika, Yazmín, Alejandra, Brenda, Araceli, Sofía y Rita por compartir el tiempo que cada una ha estado y por lo que he aprendido de ustedes.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I. DEPRESIÓN	6
1.1 Aspectos históricos	6
1.2 Teorías sobre la depresión	8
1.3 Clasificación de la depresión	13
1.4 Síntomas	18
1.5 Depresión en mujeres	23
CAPÍTULO 2. EMBARAZO	27
2.1 Cambios biológicos.....	27
2.2 Cambios sociales.....	30
2.3 Cambios psicológicos.....	32
2.4 Depresión durante el embarazo	36
2.5 Prevalencia de depresión en el embarazo	36
2.6 Consecuencias de la depresión en el embarazo	38
2.7 Factores de riesgo	39
CAPÍTULO 3. RELACIÓN DE PAREJA	42
3.1 Teorías sobre el curso de la relación de pareja	42
3.2 El ciclo vital de la pareja	44
3.3 Satisfacción	47
3.4 Intimidad	50
3.5 El conflicto en la relación de pareja	52
3.6 Relación de pareja y la llegada de los hijos	53
3.7 Depresión y relación de pareja	55
3.8 Depresión durante el embarazo y relación de pareja	57

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA.....	60
4.1 Preguntas de investigación	60
4.2 Objetivos	60
4.3 Hipótesis	61
4.4 Variables	62
4.5 Muestra	62
4.6 Diseño de investigación	63
4.7 Instrumentos	63
4.8 Procedimiento	65
4.9 Análisis de datos	66
CAPÍTULO 5. RESULTADOS.....	68
5.1 Características de la muestra	68
5.2 Sintomatología depresiva	72
5.3 Ajuste diádico	74
5.4 Intimidad	75
5.5 Relación entre sintomatología depresiva y relación de pareja	76
5.6 Sintomatología depresiva en mujeres con hijos.....	77
5.7 Ajuste con la pareja en mujeres con hijos,,,,,,,,,	77
5.8 Estado civil y síntomas depresivos durante el embarazo	78
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	80
BIBLIOGRAFÍA.....	90

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un periodo durante el cual la mujer experimenta cambios físicos, psicológicos y sociales muy intensos. En un corto periodo debe adaptarse a la nueva vida que lleva dentro, que es parte de ella y que a la vez está separada de ella; y a través de la cual se convertirá en madre (Macy y Falkner 1980). Generalmente el embarazo es considerado como un periodo lleno de satisfacción y felicidad, pero para algunas mujeres no lo es. La depresión durante el embarazo es frecuente y sin embargo se le ha prestado poca atención. En México, se han reportado síntomas de depresión en un porcentaje de 21.7% (Ortega, Lartigue y Figueroa 2001) y 30.7% por Lara et al. (2006). Según Bennett, Einarson A., Taddio, Koren y Einarson T. (2004), los porcentajes más altos de depresión en el embarazo se han observado en poblaciones de bajos recursos (entre el 20% y el 50%).

Los cambios que acompañan a la gestación obligan a la mujer a grandes ajustes y adaptaciones, ya que implica una tarea de desarrollo psicosocial, en la que se deben desarrollar tareas más difíciles, comprometidas y exigentes. Una de las áreas que se ven más afectadas por estos cambios son las relaciones con la sociedad y la gente cercana a ella, en especial con su pareja. Tanto ella como su pareja deben admitir a un nuevo miembro y formar una familia; el ajuste a este periodo está muy influenciado por la calidad de la relación. Por esta razón, este es un factor que se relaciona con la depresión en el embarazo, ya que para aquellas mujeres que tienen un esposo o compañero que no les brinda apoyo emocional o que no está con ellas puede resultar más difícil adaptarse a estos cambios y vivir de manera positiva este periodo (Matthey, Barnett, Ungerer y Waters 2000; Maldonado-Durán y Feintuch 2001).

Al existir pocos estudios en México sobre la depresión en el embarazo, surge el interés de investigar la prevalencia de la sintomatología depresiva en las mujeres embarazadas y su asociación con algunos factores de riesgo como el ajuste y la intimidad con la pareja, primer embarazo y estado civil en un centro de salud y tres casas de salud de la Ciudad de México.

CAPITULO I

DEPRESIÓN

La depresión es tan vieja como la raza humana, y rara es la persona que no ha sentido su contacto alguna vez como estado de ánimo o como emoción. A veces repentinamente nos podemos sentir sumamente tristes, el mundo se vuelve gris y buscamos una mano que nos de consuelo, pero no hay nadie. Para algunos, esta experiencia es sólo un momento efímero o algo que puede desaparecer con alguna acción práctica o algún pensamiento que nos haga sentir más tranquilos y resulta ser un periodo de infeliz retraimiento, una especie de hibernación en la que la persona se da cuenta de que algo anda mal en su vida y es necesario rectificar alguna cosa; lo que al final puede llevarla a un sentido de paz y sabiduría. Para otros, se convierte en un fantasma cuya presencia se asemeja a un túnel cuyas paredes, aunque invisibles, son bastante impenetrables, de donde a la persona le resulta muy difícil salir debido a la enorme confusión en la que poco a poco se va enredando. (Rowe 1998)

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

La depresión ha sido identificada en épocas muy alejadas a la nuestra; en donde ha recibido diferentes nombres y se le ha dado mayor énfasis a unos síntomas que a otros.

Los griegos, a partir de Hipócrates (siglo V a.C.) la llamaban melancolía porque la atribuían a un exceso de bilis negra. De acuerdo a esta concepción humoral, la bilis provocaría corrupción en el cerebro y esto daría origen al cuadro depresivo, el cual se caracterizaba como un estado de profundo abatimiento (Alonso-Fernández 1988).

Aristóteles, cuestionó por qué todos aquellos que han sido eminentes en la filosofía, política, poesía o en las artes son temperamentalmente arbitrarios y algunos hasta tal punto que llegaban a padecer la enfermedad producida por la bilis negra. Aunque había personas normales que tenían bilis negra, pero en cantidades proporcionadas; había una minoría que tenía un exceso de bilis negra en un equilibrio relativamente estable. A éstos últimos se les adjudicaba un temperamento melancólico, y se creía que tenían una tendencia a tener dotes especiales como consecuencia de ello. Todos compartían esa posibilidad, porque todos tenían en su organismo bilis negra, pero los melancólicos estaban totalmente empapados de esos sentimientos. Aunque compartían con los demás el riesgo de un exceso patológico de esta bilis negra, que podría provocar en algún momento diversas enfermedades melancólicas, pero en ellos el riesgo era mayor y las enfermedades serían más graves (Jackson 1989).

Areteo de Capadocia (siglo II d.C.) asoció manía y depresión, considerando a ambas parte de una misma entidad nosológica. Observó que la enfermedad aparecía cíclicamente y resaltó la importancia del factor interpersonal en la evolución de la depresión al describir el caso de un paciente deprimido que se recupera al enamorarse (Alonso-Fernández 1988).

En Europa, durante la edad media, se le conceptualizó como acedia, en la cual la tristeza, pena y abatimiento no constituyen sus principales contenidos, si no que se le distinguía por que la persona se volvía perezosa y holgazana (Widlöcher 1986).

Un ejemplo de esto, es la definición de melancolía de Pablo de Egina (625 -690 d.C), la cual consideraba como un desorden del intelecto sin fiebre. Los síntomas más comunes son miedo desesperación y misantropía. Algunos creen ser animales salvajes e imitan sus gritos. Algunos desean la muerte y otros tienen miedo a morir, algunos ríen constantemente y otros sollozan, algunos se creen impelidos por altas instancias y predicen el futuro como si estuvieran bajo la influencia divina, y a estos, por ello se les llamaba endemoniados o posesos (Jackson 1989).

En los siglos XV y XVI, la melancolía vuelve a sustituir a la acedia; la pena, el desaliento y desesperación toman el lugar de la pereza, el topor y la indolencia y hasta el siglo XX las viejas hipótesis hipocráticas sobre los humores fueron la base de la clasificación psiquiátrica de Kraepelin. Esta clasificación acepta dos formas de enfermedad depresiva; una depresión que tiene periodos melancólicos y otros maníacos y una segunda depresión melancólica sin manía (Gastó 1993; Widlöcher 1986).

En el México prehispánico, la depresión se consideraba un problema médico. De acuerdo con la descripción que en 1552 el médico indígena Martín de la Cruz hizo en el código Martín- Badiano, en donde se incluye un “remedio para la sangre negra”. Este remedio consiste en las siguientes recomendaciones como tratamiento: “un cocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor, se sugiere que ande en lugares sombreados, abstenerse del trato carnal, procurar no beber pulque, dedicarse a cosas alegres como el canto, la música o tocar instrumentos con los que acostumbraban acompañar sus danzas públicas” (Calderón 1998).

En la actualidad se considera que la depresión afecta la motivación, los sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y la fisiología de la persona y que la presencia de ésta no quiere decir que sea una persona débil (Gilbert 2001).

1.2 TEORÍAS SOBRE LA DEPRESIÓN

Actualmente se cree que la depresión es causada por la combinación de diversos factores, sin embargo existen diversas teorías que ponen mayor énfasis en algunos factores que en otros (psicodinámicos, psicosociales, eventos estresares o predisposición genética o biológica) (Arieti 1978). A continuación se presentarán las teorías cognitivo- conductual, psicoanalítica y biológica.

1. Teoría Cognitivo- conductual

La teoría cognitivo –conductual supone que los efectos y la conducta de un individuo están determinadas en gran medida por el modo que tiene dicho individuo estructurado el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Este modelo considera el resto de síntomas y signos del síndrome depresivo, como consecuencia de patrones cognitivos negativos (Beck 1983). Según ésta teoría existen tres conceptos para explicar la depresión:

1. La triada cognitiva: que incluye un punto de vista negativo de sí mismo, tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa y una visión negativa del futuro.
2. Esquemas: patrones cognitivos estables; son la base para codificar y localizar las diferencias con el estímulo con que se enfrenta el individuo. Son los que transforman los datos en cogniciones.
3. Errores cognitivos: Las personas deprimidas tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Los contenidos de su pensamiento tienden a ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas y la respuesta emocional tiende a ser negativa y extrema. Además estos pensamientos negativos son fijos repetitivos y por tanto automáticos. Los errores cognitivos surgen de esquemas disfuncionales que pueden ser activados por acontecimientos estresantes. En contraposición, un pensamiento maduro integra las situaciones en varias dimensiones, en términos cuantitativos más que cualitativos y de acuerdo a criterios relativos y no absolutistas (Beck 1983; Schramm 1998).

La teoría cognitivo- conductual considera a la depresión más como un trastorno cognitivo, que como un trastorno de estado de ánimo. En donde una persona vulnerable a la depresión es aquella que a causa de esquemas de ideas disfuncionales, un acontecimiento negativo puede activar ideas distorsionadas, negativas y de curso automático. Los eventos desencadenantes de una depresión son pérdidas, acontecimientos traumatizantes y experiencias prolongadas de pérdida de control (Schramm 1998).

2. Teoría psicoanalítica

La primera hipótesis explicativa sobre la melancolía la desarrolló Freud, que en 1917 publica “Duelo y Melancolía”, en donde habla de relaciones objetales, más que de represión; bosqueja el papel del Super Yo y atribuye al Yo una mayor participación en la patología. Freud (1973) compara la melancolía con un dolor normal por la pérdida del objeto amado. Solamente que la melancolía se da en personas que reaccionan a una pérdida imaginaria o percibida vagamente. Las acusaciones que el melancólico se hace a sí mismo son manifestaciones de hostilidad por una parte hacia el objeto que por una parte es amado y por otra perdido. Es una regresión hacia la etapa oral del yo, por una identificación narcisista del yo con el objeto a través de la introyección. De esta manera, la melancolía surge de la cruce del proceso de duelo y el proceso de la regresión del objeto narcisista al narcisismo (Ávila 1990).

Macías (1982) dice que la vida sexual no satisfecha causa sentimientos de hostilidad y odio, los cuales reducen la capacidad de amar en las personas que se depriman. Proyectan al exterior ese odio reprimido, manifestándolo en sueños, ideas de culpabilidad, deseos de venganza, es decir en una vida emocional restringida y pobre.

El depresivo puede compararse con el niño pequeño cuya autoestima depende de la aprobación de los padres y no de los logros personales, mostrando la causa de su intolerancia a la frustración. Los aspectos buenos del objeto amoroso son introyectados en el Super- Yo, los aspectos malos, por otro lado son introyectados en el Yo, que se convierte de ésta manera en la víctima de las tendencias sádicas del Super- Yo. Cuando se completa el castigo, el Yo tiene la oportunidad de confundirse con el objeto bueno (Ávila 1990).

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

realmente les ama y estableciendo relaciones con otros objetos. La posición depresiva nunca se elabora completamente, siempre tendremos ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa y situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas. Cualquier pérdida de la vida posterior reavivará la ansiedad de perder el objeto interno bueno, y con ella, todas las ansiedades sentidas originalmente durante la posición depresiva. Si durante la posición depresiva el bebé ha podido establecer un objeto interno bueno bien afianzado, las situaciones anteriores de ansiedad depresiva no le conducirán a la depresión sino a una elaboración fructífera cuyas consecuencias son mayor enriquecimiento y creatividad. Por otro lado, si la posición depresiva no se ha elaborado, el Yo se siente constantemente amenazado de perder totalmente las situaciones internas buenas, está empobrecido, debilitado y su relación con la realidad es frágil (Ávila 1990; Segal 2000).

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

- a) Merced a su apreciación cognitiva del hecho, la persona advierte que va a ejercer efectos desorganizadores en su vida y autoimagen.
- b) La configuración cognitiva dominante ya no le va a ser útil para hacer frente a la situación. Este reconocimiento, reactiva el dolor padecido en la primera infancia cuando sintió haber perdido el amor de su madre. De esta manera, la pérdida actual tiene el mismo valor que la pérdida del amor de la madre.
- c) La persona advierte que han fracasado todos sus métodos para impedir la catástrofe.
- d) La persona cree que sus métodos son los únicos que puede usar. No puede utilizar los métodos utilizados por otras personas para recuperarse de los estados de tristeza. Se encuentra en un estado de impotencia que le impide elaborar el dolor.
- e) Por último la tristeza se transforma en una depresión que continúa haciéndose más intensa.

La teoría psicoanalítica considera que la depresión se desencadena cuando se presenta el fracaso o la pérdida de alguna relación u objetivo. La intensidad con la que se experimente y la capacidad de resolver esta pérdida dependerá de las primeras experiencias con el primer objeto amado (la madre).

3. Teoría biológica.

Esta teoría favorece el enfoque de la depresión como una emoción fundamental en la que los factores psicológicos y fisiológicos están correlacionados (Arieti 1978). Se ha desarrollado a través de investigaciones que han tomado dos rumbos: el genético y el bioquímico.

En las dos décadas pasadas, las bases genéticas de la depresión han sido estudiadas con métodos epidemiológicos y de genética molecular cada vez más sofisticados. Se han realizado en diversas poblaciones, aplicando diferentes métodos de evaluación en familias, en gemelos y en niños que han sido adoptados, los cuales han provisto evidencia de que la depresión tiene un factor hereditario (Alpert 2004). Por ejemplo, Goldman (2001) menciona que el riesgo entre los parientes de primer grado de las personas que han sufrido depresión mayor es aproximadamente 2 a 3 veces el riesgo de la población general. Actualmente, los estudios de genética molecular se están incrementando y ofrecen la promesa de identificar los genes específicos que son susceptibles a la depresión. Sin embargo, los efectos de ésta predisposición genética dependerán del ambiente.

Los estudios que se han realizados de los componentes bioquímicos de la depresión en un principio se desarrollaron buscando síntomas de la depresión desde los mecanismos moleculares e intracelulares a través de observaciones clínicas casuales que más tarde fueron corroboradas por investigaciones realizadas en animales. Actualmente se han realizado estudios que se han enfocado primordialmente en entender el contexto del tratamiento antidepresivo más que en los síntomas. En donde se ha encontrado que la dopamina, serotonina y norepinefrina están involucrados en la depresión. Esto ha traído un mayor entendimiento de las causas y un desarrollo en el tratamiento de la depresión (Alpert 2004; Arieti 1978).

Una de las hipótesis más importantes que explican la depresión, se orienta a las alteraciones de la regulación de los sistemas neurotransmisores monoamínicos (en

especial la serotonina y noradrenalina). En vista de que los sistemas neurotransmisores monoamínicos del SNC se encuentran distribuidos con amplitud y participan en la regulación tónica de las funciones vegetativas como excitación, movilidad, sueño, agresividad, etc. se prestan bien a este papel hipotético. También existe otra hipótesis, la cual dice que la depresión se acompaña de la regulación alterada del equilibrio colinérgico y adrenérgico y se caracteriza por un dominio colinérgico relativo (Goldman 2001).

Según Caballo (1995), la biología de la depresión se puede entender mejor si se le considera como una falta de regulación básica de uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: la facilitación conductual, inhibición conductual, grado de respuesta al estrés, ritmos biológicos y procesamiento ejecutivo cortical de la información. Estas anormalidades pueden ser heredadas o adquiridas o lo más probable es que pueden desarrollarse como una interacción de los sucesos estresantes de la vida y pautas específicas de vulnerabilidad neurobiológica; sin embargo, el mecanismo exacto por el cual ocurre la vulnerabilidad biológica y genética no es aún clara.

1.3 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

A partir de siglo pasado surgieron dos formas de concebir la depresión, una por categorías y la otra por dimensiones.

1. Categorías

La clasificación por categorías divide la depresión principalmente en dos tipos, endógena o psicótica y reactiva o neurótica (Parker 2000). Las categorías se forman a base de conjuntos de síntomas que representan un alto índice de ocurrencia. Tradicionalmente las categorías tienen un origen clínico, esto es, se forman a partir de la observación clínica y la inclusión de un sujeto en una categoría, suponiendo la exclusión de las restantes categorías. Este procedimiento es el que se sigue en las instituciones psiquiátricas (Ortiz-Tallo 1997).

Las clasificaciones categóricas más conocidas son la CIE10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM IV TR de la Asociación Psiquiátrica Americana. En nuestro país la que se utiliza con mayor frecuencia es la del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-IV-TR), en donde se plantea que la persona debe cumplir por lo menos con cinco de los síntomas que se estipulan y con una duración de dos semanas para considerarse depresión. Los criterios que se toman en cuenta en el DSM-IV-TR para diagnosticar la depresión mayor son:

1. Depresión Mayor.

- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas por un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a las actividades previas; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de placer o de la capacidad para el placer.
- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto.
 - 2) Disminución acusada del interés o capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día casi todo el día.
 - 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi todo el día.
 - 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - 5) Agitación o enlentecimiento casi cada día.
 - 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
 - 8) Disminución de la capacidad para concentrarse o indecisión casi cada día.
 - 9) Pensamientos recurrentes de muerte ideación suicida recurrente sin un plan específico.
- B. Los síntomas no cumplen con los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo.

- D. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explica mejor con la presencia de un duelo, los síntomas persisten por más de dos meses o se caracterizan por una notable incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Entre las ventajas que se le atribuyen al modelo categórico, se encuentra el facilitar la comunicación y creación de diseños de investigación, ser fácilmente memorizables, responde mejor a las exigencias de una organización institucional asistencial, en los aspectos que tienen que ver con la administración y archivo de historias clínicas, con la planificación de servicios y con la realización de estudios epidemiológicos. También dan unidad a la psicopatología y la constatación de que constituyen un estándar de referencia ya establecido entre clínicos (Ortiz-Tallo 1997).

Por otro lado las desventajas de este modelo son que contribuyen a la creación de una creencia falaz de que los procesos psicopatológicos incluyen entidades discretas, plantean la duda de si las categorías son artificiales o derivadas empíricamente, existiendo el riesgo de imponer a unos datos una estructura que tal vez no exista, no aciertan en identificar o incluir aspectos de la conducta ante la necesidad de restringir la lista de atributos a un conjunto de características predeterminadas con la consiguiente pérdida de información, pone en relieve que el número y diversidad de categorías suele ser inferior al de las diferencias interindividuales apreciadas en la vida real (Ortiz.Tallo 1997).

Bennasar (1999) menciona que un problema esencial de las clasificaciones, es que el diagnóstico de las categorías se establece por suma de síntomas y la consecuencia de esto es que se ha conseguido un sistema diagnóstico con elevada fiabilidad y escasa validez, en el que la estabilidad diagnóstica resulta baja. Concretamente la categoría de depresión mayor, que es básica en el grupo de trastornos unipolares es inespecífica y se solapa con otros trastornos como la distimia. Las

repercusiones de esto se pueden observar en la dificultad de predicción del curso y el pronóstico y la escasa consistencia de los hallazgos biológicos y las referencias terapéuticas inespecíficas y poco útiles en la práctica clínica.

2. Dimensiones

La clasificación por dimensiones, es muy arraigada a la Psicología; presenta una alternativa global al tipo de supuestos de la clasificación categorial. El término dimensión hace referencia a un conjunto de características que difieren entre sí, en función de la cantidad en que contienen una serie de atributos, pero se agrupan bajo el mismo rótulo por que todas contienen dichos atributos. Las agrupaciones que establecen son continuas y no discretas. Las dimensiones no representan en sí individuos concretos, sino características que típicamente aparecen en muchos individuos diferentes. Así la inclusión de un sujeto, en un punto de vista determinado, no excluye que también aparezca representado en otras dimensiones. La descripción de éste sujeto se realiza en función del lugar que ocupe en todas y cada una de las dimensiones en que aparece (Ortiz-Tallo 1997).

En la clasificación dimensional se plantea que los componentes básicos del funcionamiento psicológico pueden ser más o menos prominentes en los desórdenes psiquiátricos. Cada paciente puede ser evaluado de alto a bajo en diversos componentes de emoción, cognición, percepción, ansiedad, síntomas depresivos, etc. Aunque los componentes son universales, la evaluación dimensional es única en cada individuo. En el estudio de la depresión, este modelo ha identificado componentes importantes de ésta (Feighner 1992).

Autores como Angst y Merikangas (1997) han investigado desde 1959 el espectro de la depresión, por medio de estudios longitudinales, en los que se ha observado que en el transcurso del tiempo pacientes hospitalizados por depresión mayor o por manía van experimentando depresión unipolar y bipolar. Afirman que

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

Para fines prácticos, el éxito de la aproximación dimensional se desarrolló en contingencia con instrumentos que evalúan de esta manera a través de escalas. (Feighner 1992). El uso amplio de las escalas corresponde al campo de la investigación psicosocial (determinación de tasas de prevalencia en población en general o en grupos de riesgo específicos) y en clínica. El tipo de escalas más común registra síntomas y se utiliza para conocer el estado del paciente y evaluar los cambios que podrían presentarse. Las escalas que se utilizan con mayor frecuencia para medir sintomatología depresiva son la escala CES-D, Inventario Beck, entre otras (Calderón 1990).

Autores como Ortiz-Tallo (1997) y Feighner (1992) mencionan que ambos acercamientos no son mutuamente excluyentes y en determinadas instancias tienen funciones complementarias. Gotlib (2002) propone que el modelo por categorías es útil cuando el investigador desea estudiar algún aspecto específico de una categoría subclínica; mientras que el modelo por dimensiones es muy útil cuando se desea estudiar algún aspecto de la depresión, para generalizar y saber el grado en que éste influye en la depresión.

1.4 SÍNTOMAS

Para facilitar la descripción de los síntomas de la depresión Calderón (1989) los divide en cuatro grupos:

1. Trastornos afectivos:

Tabla1. Trastornos afectivos

Síntoma	Manifestaciones
Indiferencia afectiva	Disminución o pérdida de interés a situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Con frecuencia permanece encerrado en su casa con disminución absoluta de sus intereses vitales.
Tristeza	Cuando la depresión no es muy severa, la tristeza puede fluctuar durante el día con altas y bajas o en ocasiones las personas lo perciben como pérdida del sentido del humor. Se puede presentar con tendencia al llanto, y en algunas ocasiones sienten deseos de llorar, pero no pueden hacerlo.
Inseguridad	Falta de confianza en sí mismo, le cuesta mucho trabajo tomar decisiones, hecho que deteriora su actividad y voluntad. Con frecuencia se muestra desinteresado, aburrido y sin capacidad para concebir ideas. La inseguridad determina que se vea indeciso, vacilante y dudoso cuando se presentan varias alternativas, y cambia fácilmente de opinión
Pesimismo	Sentimientos de devaluación personal con un enfoque vital derrotista, que se manifiesta con frases como “soy un inútil”, “todo lo hago mal”, etc. Estos sentimientos hacen que la persona se torne dependiente de familiares al dejar sus responsabilidades a otros.
Miedo	Se puede presentar a algo específico que con frecuencia está relacionado con el principio de sus molestias y también se puede presentar un miedo indiferenciado; es decir a todo o a nada en especial. Suele presentarse en grado variable, con frecuencia aparece en la mañana y va disminuyendo en el transcurso del día. Para identificarla es

Ansiedad	importante buscar los componentes orgánicos que la acompañan (falta de aire, nudo en la garganta, etc.)
Irritabilidad	Se presenta con agresividad, lo que da origen a problemas en las relaciones laborales, matrimoniales e interpersonales.

2. Trastornos Intelectuales

Tabla 2. Trastornos Intelectuales

Síntoma	Manifestación
Sensopercepción disminuida	Mala captación de estímulos; situación que se puede observar cuando es necesario repetirle las preguntas dos o tres veces al paciente para obtener la respuesta.
Trastornos de memoria.	Dificultad para evocar los recuerdos almacenados. Se les dificulta representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea.
Disminución de la atención	Su disminución repercute en la memoria dado que la fijación de los recuerdos se hace en forma superficial, o en ocasiones no se hace. Suele presentarse para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, sobretodo en pequeños hechos de la vida cotidiana.
Ideas de culpa o fracaso	Mala opinión de sí mismo e ideas de indignidad que a veces se acompañan de sentimientos de culpa apoyados en una falta real, pero trivial. Con frecuencia extiende un profundo pesimismo al mundo que lo rodea.
Pensamiento obsesivo	Las ideas repetitivas contribuyen a torturar más al enfermo, trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan, pero su lucha es inútil.

La persona tiene una sensación de incapacidad que le impide ejecutar acciones que produzcan satisfacción personal y que acaben con el sufrimiento. Por otra parte tiene la creencia de que cualquier acción que ejecute va a tener un resultado negativo. No actúa por temor a que el resultado previsto le vaya a originar aún más dolor del que actualmente siente, espera que los acontecimientos negativos presentes continúen y empeoren el futuro. En consecuencia se encuentra atrapado en un círculo vicioso del que no puede salir (Calderón 1989).

3. Trastornos Conductuales

Tabla 3. Trastornos Conductuales

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

4. Trastornos Somáticos

Calderón, (1989) menciona que algunos pacientes acuden al médico con quejas somáticas; se muestran sonrientes y en general no da la impresión de que sufra de depresión. Pueden ir de médico en médico en búsqueda de la causa de su mal sin encontrar respuesta. Esta situación ocurre debido a que en un principio los pacientes subestiman su problema emocional, que naturalmente no tiene la intensidad que se ha descrito anteriormente.

El examen clínico del enfermo pone en evidencia que se trata de una persona preocupada o triste; la cara presenta el ceño fruncido y las comisuras de la boca bajas; camina encorvado como si tuviera que soportar un gran peso. Con frecuencia se le ve desaliñado y con un total desinterés por lo que le rodea (Calderón 1989).

Tabla 4. Trastornos Somáticos

Síntoma	Manifestación
Trastornos en el sueño	Insomnio que se presenta al principio del periodo de descanso o en la madrugada sin poder volver a conciliar el sueño. En ocasiones se presenta hipersomnía.
Trastornos en el apetito	Anorexia que puede originar pérdida importante de peso y en ocasiones puede presentarse un hambre compulsiva con un aumento de peso excesivo.
Disminución de la libido	Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.

Cefalea tensional	Afecta principalmente a los músculos de la nuca y a los temporales.
Trastornos digestivos	Presentan dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas, etc.
Trastornos cardiovasculares	Trastornos de la frecuencia o del ritmo cardiaco, disnea suspirosa, etc.
Otros	Mareos, prurito, alopecia, etc.

Ostow (1973) plantea que en cualquier enfermedad mental es importante distinguir:

1. Las influencias que hicieron que el paciente cayera enfermo.
2. Las influencias que provocaron la enfermedad en ese preciso momento y no en otro.
3. Las influencias que provocaron la enfermedad precisamente de esa manera y no de otra.
4. Las influencias que le hicieron centrarse en esos peculiares pensamientos.

1.5 DEPRESIÓN EN MUJERES

Según datos reportados por la Organización Mundial de la Salud, el 20% de la población del mundo presentará en algún momento de su vida algún trastorno mental y 121 millones de personas sufren de depresión. El 5.8% de hombres presentan depresión y el 9.5% de mujeres presentan depresión cada año (The World Health Report 2001). Kessler et al. (2003) mencionan que la proporción en que las mujeres presentan depresión respecto a los hombres es 2:1.

En México, Caraveo y Mas (1999) mencionan que en la población adulta (18 a 65 años) de la ciudad de México el 9% presentan trastornos afectivos con una tasa de 2.5 de mujeres por cada varón. Medina-Mora et al. (2003) encontraron que los trastornos más comunes en mujeres son las fobias, seguido de los trastornos afectivos. Con estos resultados se puede observar que la depresión afecta a un número considerable de personas

y que en su mayoría son mujeres. Se cree que diversos factores biológicos, psicológicos y sociales de la vida de las mujeres son los responsables de la mayor frecuencia de la depresión en las mujeres, los cuales interactúan para aumentar el riesgo de desarrollar depresión.

1. Factores biológicos:

Antes de que las niñas y los niños lleguen a la adolescencia tienen tasas similares de depresión. En la pubertad, las diferencias empiezan a notarse. Entre los 11 y 13 años las tasas de depresión en las niñas aumentan. Hacia los 15 años las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los hombres de presentar un episodio de depresión mayor. Por esta razón algunos investigadores han sugerido que factores biológicos juegan un papel importante (Gotlib 2002; Kramlinger 2001).

Aunque los factores genéticos influyen de una manera importante en la presencia de la depresión, no existe evidencia empírica que demuestre que algún gen dominante localizado en el cromosoma X sea un factor que influya en la presencia de la depresión (Piccinelli y Wilkinson 2000). La mayoría de las explicaciones biológicas se han centrado en los efectos de las hormonas gonadales, especialmente estrógenos y progesterona. Debido a que la brecha entre sexos se desarrolla en la pubertad y desaparece después de la menopausia, algunos creen que los factores hormonales están involucrados. De esta manera justifican que la depresión en las mujeres ocurre en momentos como la menopausia, el embarazo, el postparto o síndrome premenstrual (Kramlinger 2001; Pajer 1995). Sin embargo los datos que se han obtenido en investigaciones recientes han permitido observar que la depresión en estos periodos de cambios hormonales no es experimentada en la mayoría de las mujeres. Las mujeres que la experimentan son aquellas que tienen vulnerabilidad genética u otro tipo de vulnerabilidad y estos periodos pueden exacerbar los periodos depresivos ya existentes, tal vez por disregulación del sistema neurotransmisor (Gotlib 2002).

Como ya se mencionó anteriormente, ciertos estresores pueden activar una respuesta del sistema hipotálamo-pituitario-adrenal. Parece que las mujeres son más reactivas al estrés que los hombres, posiblemente por la influencia de las hormonas gonadales. Por otra parte también existe evidencia que menciona que existen diferencias en el sistema neurotransmisor de noradrenalina y serotonina, sin embargo el mecanismo aún no es claro (Piccinelli et al. 2000). Sin embargo autores como Bebbington (1996) menciona que se debe tener cuidado al afirmar que las mujeres se deprimen con mayor frecuencia a causa de las hormonas, ya que es similar a decir que se deprimen por el simple hecho de ser mujeres. Esto puede promover aún más el estereotipo social de discriminación a la mujer.

2. Factores psicosociales

Bleichman (1992) menciona que la mayor incidencia de depresión en las mujeres no debe buscarse en la fisiología, si no en las condiciones de vida y en las características de la subjetividad. Pajer (1995) divide estos factores en los puramente psicológicos de la mujer y los sociales, en donde se incluyen los efectos del rol que se le ha dado a la mujer como ser víctima de violencia, la discriminación, etc.

Algunos de los aspectos psicológicos en la mujer son los estilos de afrontamiento; la mujer usa con mayor frecuencia la rumiación, lo cual la puede llevar a un círculo vicioso en la depresión; mientras que los hombres utilizan alguna estrategia para resolver el problema. Las mujeres también tienden a aceptar con mayor facilidad las consecuencias malas que las consecuencias positivas y existe una tendencia a internalizar el estrés, lo que las puede llevar a culparse a sí mismas de lo que les pasa (Bebbington 1996; Pajer 1995).

Bebbington (1996) realizó un análisis de diversas investigaciones que se han hecho en el estudio de diferencias de género en la depresión. En dicho análisis pudo encontrar que el matrimonio es más estresante para la mujer que para el hombre. Las mujeres solteras o divorciadas tienen menor probabilidad de presentar algún desorden

afectivo que los hombres en las mismas condiciones; mientras que las casadas tienen una probabilidad cinco veces mayor. Además reporta una fuerte correlación entre el ajuste marital y depresión en mujeres (más que en los hombres).

Autores como Bleichman (1992) y Pajer (1995) dicen que las mujeres con problemas de pareja y fallas en la intimidad se deprimen con mayor frecuencia porque a la mujer se le ha enseñado que tiene el papel de sostenedora de la relación afectiva y emocional y en muchos casos dedican su vida a esta actividad de forma exclusiva o casi exclusiva; pero cuando sufren alguna dificultad en la relación interpersonal, no solo sienten dolor por la relación que se malogra, si no que también afecta su valor como ser humano “especialista” en el amor, es la prueba de que no sirve para lo que debiera servir. Las “buenas mujeres” serían aquellas rodeadas de amor. Por esta razón, es muy frecuente que la mujer permanezca en relaciones afectivas en las que predomina el sufrimiento, sometimiento o falta de reciprocidad en donde todo es preferible antes que la soledad y el abandono.

Además, las mujeres casadas, tradicionalmente han asumido la función de cuidadoras de los hijos, de los miembros de la familia enfermos y de los ancianos. Esta situación de sobrecarga conduce a un colapso emocional, a una peor condición física, empobrecimiento de las relaciones sociales y (si es el caso) a un riesgo de comprometer su propia promoción profesional. Por esta razón los eventos estresantes que experimenta la mujer se presentan de diferente manera y en mayor cantidad, por ejemplo, es más común que la mujer sea víctima de abuso sexual, y es vulnerable a eventos estresantes como la muerte de algún amigo o familiar cercano, cambio de residencia, el tratamiento de alguna enfermedad, etc. (Leal 1999; Maciejewski, Progeron & Mazure 2001).

Con todo lo que se ha mencionado, se puede observar que la depresión se puede convertir en una respuesta inevitable a una situación que no permite a la mujer tener control sobre las cosas más importantes en su vida, y ante las cuales es relativamente fácil percibir que existen pocas esperanzas de modificar. Para ella, es muy importante

la aceptabilidad social y es precisamente ésta área la que se ve más afectada en la depresión; (Bebbington 1996) y en una época en la que ocurren cambios en la manera en la que se viven los roles, éstos se pueden presentar de forma ambivalente y si existe una diferencia entre lo que siente que el rol le debe dar y lo que piensa que el rol le da, puede ser desmoralizante para ella (Leal C. 1999).

CAPITULO 2

EMBARAZO

La creación de una nueva vida se lleva a cabo a través de un proceso perfecto y complejo en el que a partir de la unión de dos células que se complementan se desencadenan una serie de cambios que concluirán en convertir a una mujer en madre, a un hombre en padre y a dos pequeñas células en un pequeño ser humano. Especialmente para la mujer el embarazo es el comienzo de este proceso en el que va experimentando cambios biológicos, sociales y psicológicos estrechamente relacionados y que deben considerarse tanto en la salud como en la enfermedad. Maldonado-Durán y Feintuch (2001) mencionan que el embarazo es como cualquier etapa de la vida en la que hay cambios, ya que ocurren frustraciones, tensiones y demandas emocionales que pueden crear ansiedad, miedo y enojo tanto en la mujer como en su pareja. Es durante este periodo cuando la mujer tiene la tarea de procesar los cambios físicos y emocionales.

2.1 CAMBIOS BIOLÓGICOS

La duración del embarazo es aproximadamente de 270 días a partir de la fecundación. Durante este tiempo, ocurren una gran cantidad de cambios en el cuerpo de la mujer que Chasin (1978) describe de la siguiente manera.

En el **primer mes** de embarazo, el corazón del feto palpita; hay bombeo de sangre, formación de vértebras y del canal del cordón espinal. Se forma el sistema digestivo. Hay unos bulbos que son los futuros brazos y piernas. El útero aumenta de tamaño.

En el **segundo mes** se forma la cara además de los párpados, brazos, codos, antebrazos manos, muslos, rodillas, piernas y pies. Es clara la formación del cordón umbilical. Se desarrollan los huesos largos y los órganos internos. Durante el **tercer mes** la formación de los brazos se completa; también lo es para los dedos, manos, piernas, pies y talones. Se forma la quijada y los ojos están casi desarrollados. Se oyen los latidos del corazón. Tiene 10 cm. de largo, pesa 45 g. y puede rotar de posición. Al **cuarto mes** tiene 18 cm. de largo y pesa alrededor de 200 g. El latido del corazón es fuerte, hay buena digestión y los músculos están activos. La piel es rosada y transparente cubierta por pelo. Se marcan la mayoría de los huesos. La cabeza es muy grande y aparecen las cejas. Concluye la formación de los nervios y a partir de este momento, el feto es sensible y se mueve de manera menos desordenada.

Al **quinto mes** mide 25 cm de largo y pesa 500 g. La piel es rojiza y los pulmones no están completos. Aparece más pelo. En este mes la madre ya logra percibir el movimiento de su bebé. Al llegar al **sexto mes** mide 30 cm. y pesa alrededor de 1.000 g. La piel está arrugada y cubierta por una grasa. Los párpados se separan y se forman las pestañas. Las uñas llegan al final de los dedos. El feto se coloca en posición de alumbramiento al **séptimo mes**. En el cual mide 40 cm. y pesa aproximadamente 1.700 g. se ve rojo y arrugado borrándose esto último con la grasa.

En el **octavo mes** mide 45 cm. y su peso será de 2.500 Kg. La piel es blanca o rosada con la cubierta grasosa y las uñas sobrepasan los dedos. En el **noveno mes** las contracciones uterinas irregulares se vuelven más frecuentes. El útero desciende y el bebé se instala en la parte más estrecha del útero, próximo al cuello cabeza abajo y piernas arriba listo para nacer.

Mientras este proceso ocurre, las mujeres pueden experimentar algunas molestias; la mayoría desaparecen al terminar el embarazo, pero otras permanecen (Germain 2004):

1. Mareos y náuseas: muchas veces constituyen el punto de partida del diagnóstico de embarazo. Generalmente aparecen en la primer semana después de la falta de menstruación y suelen durar hasta el final del primer trimestre.
2. Acidez estomacal: la causa es la disminución o mayor lentitud de los movimientos peristálticos del tubo digestivo y por que en el estómago ocurre un inadecuado funcionamiento de la válvula que se encuentra en la parte superior, la cual cumple con la función de permitir el ingreso de los alimentos desde el esófago hasta el estómago. Esto se debe a la progesterona y a la presión intrabdominal que no permiten que ésta válvula se cierre adecuadamente.
3. Constipación: el aumento de progesterona circulante disminuye los movimientos intestinales (peristálticos), lo que provoca el aumento de reabsorción de agua en el intestino.
4. Hemorroides: si protuyen provocan dolor sobretodo después de evacuar el intestino.
5. Várices en las piernas: la progesterona circulante produce relajación y dilatación de las paredes venosas y a medida que progresa el embarazo, el útero presiona la vena cava inferior que es la que drena la sangre proveniente de los miembros inferiores y así se originan las várices.
6. Alergias: si la mujer padecía alergia antes del embarazo, es muy probable que se agrave durante el embarazo.
7. Calambres: son más comunes en la segunda mitad del embarazo y se deben a la presión que ejerce el útero sobre los nervios y las venas, produciendo espasmos musculares.
8. Micción: el deseo de orinar aumenta e inclusive puede aparecer cierto grado de incontinencia de orina con determinados esfuerzos debido a que el útero comprime el techo de la vagina.
9. Sueño: a partir del tercer trimestre se altera la capacidad para dormir varias horas consecutivas debido al tamaño del bebé.

2.2 CAMBIOS SOCIALES

La importancia que se le ha dado al embarazo a lo largo del desarrollo de la humanidad ha sido determinante en la organización social y la forma de concebirse a sí misma la mujer. Videla (1997) afirma que la sociedad no está conformada por la suma de individuos; sino que es una unidad funcional que suele restringir la libertad personal en función de normas sociales colectivas y obliga al acatamiento de un conjunto de reglas y prescripciones sutilmente estructuradas.

Las normas que han existido en torno al embarazo y la maternidad han cambiado a lo largo de la historia, pero algunas han permanecido en cierto modo. Olivar (2002) menciona que en épocas antiguas, en Oriente y la Europa preindoeuropea, se dio una etapa matriarcal, en la que la mujer era enaltecida como madre, alfarera, cultivadora de la huerta y alimentadora de la prole. La arqueología presenta estatuillas, desde el período paleolítico, realizadas en hueso o marfil, que muestran las formas femeninas exageradas, haciendo gala de la exuberancia maternal. En el período neolítico hacían alusión a divinidades agrícolas y a la fertilidad. "El convertir lo crudo y salvaje en cocido y ahumado, lo que también hace con el semen que cuece en su vientre transformándolo en hombre – fruta". Fue exaltada a la calidad de deidad de la agricultura, la prosperidad, la fecundidad y la abundancia de la cosecha.

Hacia el siglo IV antes de Cristo, cuando las culturas nómadas arrasaron con las sedentarias, se impone el patriarcado, en el que la mujer era rebajada a la condición de objeto; un objeto que sirve para el placer y la maternidad; ya que el principal elemento para que se desarrolle la vida es la semilla que porta el hombre y la mujer es el recipiente en el cual se desarrolla ésta. Algunos antropólogos suponen que la división sexual del trabajo tiene su origen a causa del embarazo y la lactancia, debido a que en este periodo, las mujeres no son tan rápidas y si participaban en tareas de recolección o de caza, ponían en peligro al niño y al grupo entero. Y lo más importante en esa época era garantizar la descendencia. (Chodorow 1984; Olivar 2002)

En los siglos XV y XVI la campesina era principalmente reproductora y alimentadora, su rol biológico era vital para el mantenimiento del trabajo. Debido a la mala alimentación, al exceso de trabajo, a los pobres cuidados en el embarazo y en el parto; este último, era una carga muy pesada. Había una alta mortalidad de bebés y de madres. Las que llegaban a sobrevivir a los partos, envejecían rápido y morían jóvenes. En el siglo XVIII la revolución francesa cuestionó todas las tradiciones y se esforzó en pensar en un nuevo tipo de sociedad. De esta manera le otorgó un lugar especial a la maternidad, colocándola al servicio del hijo, futuro del mundo. La mujer que seguía subordinada al hombre, fue valorizada como madre. En el plano médico, los avances en la disección y el microscopio volvió digno de atenciones y cuidados el cuerpo de la mujer. La compasión materna fue convocada para socorrer a los desposeídos. La glorificación de la maternidad se impuso durante todo el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. En la segunda mitad del siglo XX se dieron importantes pasos para la emancipación del patriarcalismo, iniciando así, el proceso de formación de sociedades más justas, equilibradas, heterogéneas, y equitativas (Knibiehler 2001).

En la actualidad, nuestra sociedad, demanda a la mujer actitudes de sumisión y abnegación (herencia del patriarcado), pero también apoya a la gestante dándole los cuidados prenatales adecuados (producto de esa divinización como madre-fertilidad, pero también producto de la lucha de las mujeres) (Olivar 2002). Además se le demanda responsabilidad y conductas adecuadas para el éxito de la gestación, se le pide que sea más ordenada, más maternal y más formal; “tiene que ser seria y no vestir de un modo extravagante, preparar la comida con regularidad y cuidar de decir sólo cosas que sean buenas y útiles”. (Villaluenga 2001) La gestante, debe afrontar las experiencias mediante un trabajo interno de aceptación, primero, y de cumplimiento con éxito, después.

Las demandas sociales le llegan a la mujer desde ese "troquelado" parental, desde los medios de comunicación y, por supuesto, la información y la educación en salud, desde la Iglesia, desde la moral entendida esta como aquello que se refiere básicamente al conjunto de costumbres y leyes sociales que norman el comportamiento

y que, por lo menos en sociedades como la nuestra concierne al orden jurídico, a la conciencia y a lo interno. La sociedad mexicana, apoya a las mujeres durante la gestación: primero, facilitando la formación de la pareja que le debería garantizar a la mujer apoyo moral y económico; segundo, protegiendo a la gestante contra daños a su integridad; tercero, eximiéndola de trabajos y tareas pesadas y peligrosas, y cuarto, asistiéndola profesionalmente durante la gestación, el parto y el puerperio. Las tendencias más modernas apoyan también a la gestante soltera y adolescente, brindándoles redes de apoyo, ya sean familiares, de amigos o de servicios de salud (Olivar 2002).

Finalmente el embarazo es un periodo en el que la mujer se prepara para su futura identidad de madre, en donde experimenta una transformación, enfrentarse a sí misma y revisar los valores más íntimos, las prioridades que cada uno se va forjando a lo largo de los años y con los cuales se guiará en el siguiente periodo de su vida (Villaluenga 2001).

2.3 CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Los cambios psicológicos durante este periodo son intensos; Deutsch, Fleming, Ruble, Brooks-Gun, & Stangor (1988) mencionan que cuando ocurren cambios en periodos importantes de la vida como pueden ser la adolescencia o el embarazo, las personas deben examinar y modificar su autoconcepto; es durante el embarazo cuando la mujer crea su autoconcepto como madre. Aquellas que forman una mejor identidad de maternidad, son las que durante el embarazo se visualizan como madres y desarrollan sentimientos de competencia.

Macy y Falkner (1980) enumeran dos procesos de adaptación por los que debe pasar la mujer; El primero es la adaptación a la nueva vida que lleva dentro, que es algo que forma parte de ella y que sin embargo está separado de ella. El segundo es el cambio que ocurre de no madre a madre. Este cambio implica también un cambio en

sus relaciones con su esposo, su madre, padre y el resto de la sociedad. El embarazo es una época en la que la personalidad es examinada. Es durante el curso de estos cambios cuando la futura madre ensaya el nacimiento venidero y se comienza a preguntar ¿cómo le haré?

Este proceso la puede llevar a tener una serie de sentimientos encontrados causados por los cambios físicos, hormonales y a la alteración de la imagen corporal, ante la cual puede surgir la incertidumbre de no poder volver a recuperar la imagen física previa. También pueden aparecer sentimientos de inseguridad sobre la salud del feto y a no ser una madre lo suficientemente buena. La mayoría de las mujeres y de los hombres se enfrentan ante dos puntos de vista contradictorios: los niños significan una satisfacción existencial, pero también restricción de la libertad. (Leal 1999; Wikman, Jacobsson, & Schoultz 1993) En un estudio, Finnbogadottir, Crang & Persson (2003) encontraron que las futuras madres y padres que van a tener su primer hijo reportan sentirse fuera de la realidad, insuficientes, y que enfrentarán una serie de cambios y responsabilidades. Por esta razón plantean que es importante estar al tanto de aquellas madres y padres que necesiten un mayor soporte, ya que el embarazo en sí implica un cambio muy fuerte.

También la relación de pareja cambia, se debe preparar el camino para admitir a un nuevo miembro. La pareja deja de serlo para ahora formar una familia; lo que implica una modificación de funciones y obligaciones. El futuro padre puede tomar una postura sobreprotectora, tratándola como enferma o puede no aceptar hacerse cargo de los cambios que implica tener un hijo en su vida social y familiar. En estos casos, el padre puede sentirse enojado con su mujer y desplazar su agresividad hacia ella. Es por eso que el ajuste en este periodo parece estar influenciado por la calidad de la relación de pareja, especialmente para las mujeres (Leal 1999; Matthey et al. 2000)

Otro aspecto importante a recordar es que el padre también experimenta un proceso de transición a la paternidad y debe adaptarse al embarazo, al futuro papel maternal de su mujer y a su propio papel paterno, lo que implica también una tarea

psicosocial. Dependiendo de la manera en que resuelva este proceso será un apoyo para su pareja o un obstáculo en este periodo. (Salvatierra 1989)

El embarazo como crisis

Algunos autores consideran el embarazo como un periodo de crisis. Ya que se considera como un periodo de desequilibrio fisiológico y psicológico, que induce el crecimiento y maduración de la mujer (al cumplir con la tarea de desarrollo psicosocial correspondiente). La experiencia del embarazo hace aflorar los conflictos de la infancia y la pubertad, especialmente los relacionados con la madre. La gestante debe admitir rechazar o modificar el modelo materno, y debe hacerlo en un tiempo relativamente corto. <<en este periodo, se altera la conducta; es un periodo de desequilibrio comparado con el estado normal de la mujer, del esposo, los otros hijos y de la familia. Es un periodo donde los problemas que se presentan no pueden solucionarse con los mecanismos acostumbrados Sin embargo, 40 semanas es un periodo muy largo para una crisis, por lo que se logra un sentimiento de equilibrio. Se le encuentra un parecido a los periodos de adolescencia y climaterio porque existen diferencias en los patrones conductuales antes y después de estos periodos (Caplan 1974; Salvatierra 1989)

Según Caplan (1974), en una crisis ocurren dos acontecimientos, el primero es que los viejos problemas regresan, llegan nuevos y hay una posibilidad de nuevas soluciones en una dirección más sana o más enferma y una persona en crisis, debido al desequilibrio emocional por el que está pasando cambia su manera de relacionarse con las personas que están a su alrededor.

El embarazo como factor estresante

El embarazo en sí también se considera como un factor estresante para la mujer. Para que un acontecimiento sea estresante debe percibirse como ambiguo e inminente y la gestación anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos que suceden a lo largo de la misma hasta terminar en el parto. El estrés del embarazo se debe en gran parte al parto, pero hay otros sucesos que son predecibles pero no se sabe si pasarán como las

náuseas, vértigo, cambio de apetito, etc. Para algunas mujeres el acudir a los servicios de salud, las exploraciones y las pruebas puede aumentar su tensión, sobretodo en mujeres que trabajan o tienen más hijos. Pero principalmente la causa del estrés en el embarazo es por su doble aspecto como desafío y amenaza, ya que implica una tarea de desarrollo psicosocial en la que se deben desarrollar tareas más difíciles, comprometidas y exigentes. Pero simultáneamente hay sobrecargas físicas y una concreta amenaza de daño, incluso de muerte y con seguridad de dolor. La mujer está consciente de ello y experimenta preocupación y miedo. Existen tres periodos de estrés incrementado durante el embarazo: el primero es cuando se confirma el diagnóstico de embarazo, el segundo es cuando se perciben los movimientos fetales y la tercera es la percepción inminente del parto (Salvatierra 1989).

Videla (1997) enumera algunos temores que son muy frecuentes durante el embarazo: temor a perder el atractivo físico, a tener un hijo anormal (sobretodo las primerizas), a no tener leche, a morir en el parto, a la muerte del hijo, sufrir mucho dolor en el parto, a no desempeñar bien el rol de madre y a no poder separarse del bebé después del parto. Por otra parte, Cabildo (2002) realizó una encuesta en centros de salud de México y encontró que los temores más frecuentes de las embarazadas eran no lograr satisfacer sexualmente a sus esposos (por temor a una infidelidad), sufrimiento en el parto, la posibilidad de morir en el parto, procrear un hijo anormal y sienten mucha angustia porque el nuevo hijo agravará más su situación económica.

El estado civil de la mujer también puede implicar cierto nivel de estrés durante el embarazo afectando de esta manera la salud del bebé. Zhong – Cheng, Russell & Kramer (2004) realizaron una comparación entre el bajo peso al nacer, mortalidad postneonatal, bebés prematuros y el estado civil. Pudieron observar que los bebés que presentan con mayor frecuencia estas situaciones son los hijos de madres solteras, un poco menos los hijos de parejas que viven en unión libre y los que sufren menos son los hijos que nacen en un matrimonio. El embarazo puede ser un periodo de ajuste o desajuste. Aquellas mujeres que mejor se han adaptado al hecho de estar embarazadas son aquellas cuya valoración de sí mismas y del prójimo está más diferenciada, es más abierta, no aspira a ser la madre perfecta, que quizá intuyeron tampoco fue su propia

madre, pero que son capaces de evocar una imagen materna con la que ellas se sienten identificadas y no se ven como pasivas, como el estereotipo cultural de la feminidad (MacFarlane 1977).

DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

2.5 Prevalencia de la depresión en el embarazo.

Diversos estudios han demostrado que el embarazo no es un periodo que protege a la mujer de sufrir algún desorden psiquiátrico indicando que el embarazo no es menos estresante que cualquier otro evento de la vida. Los trastornos más frecuentes en el embarazo son los del estado de ánimo y los de ansiedad (Smith et al. 2004; Kitamura, Shima, Sugawuara & Toda.1996).

Como ya se mencionó anteriormente existen dos formas de clasificar la depresión: por categorías y por dimensiones. Existe un número considerable de estudios sobre la prevalencia de la depresión en el embarazo; sin embargo es importante identificar a través de que categoría se determinó esta prevalencia, ya que los porcentajes pueden variar mucho. En el caso de la clasificación por categorías, O'Hara (1986) encontró un porcentaje de 9% de mujeres embarazadas con depresión mayor. Felice, Saliba, Grech & Cox (2004) encontraron un porcentaje de 15.5%. Watson, Elliott, Rugg & Brough (1984) reportan un 6% de mujeres con depresión en el embarazo. Mientras que Smith et al. (2004) reportaron en mujeres hispanas un 6% con depresión mayor y un 14% con depresión menor.

Por otra parte, en los estudios realizados utilizando la clasificación por dimensiones, se observan porcentajes más altos. Matthey et al. (2000) reportan un 12.4% de mujeres con sintomatología significativa. Leathers & Kelley (2000) utilizaron el CES-D y encontraron un 30.6% de sintomatología depresiva en mujeres

embarazadas, Marcus Flynn, Blow, Barry, (2003) reportaron en el CES-D un porcentaje de 20.4% con sintomatología significativa.

Los estudios que se han realizado con mujeres latinas se puede mencionar a Zayas, Cunningham, Mckee & Jankowski (2002) que encontraron un porcentaje de 51% de sintomatología depresiva en mujeres afroamericanas y latinas. Da Silva et al. (1998) reportó en Brasil un porcentaje de 37.9% de sintomatología depresiva. En Colombia, Canaval. González, Martínez-Schallmoser, Tovat & Valencia (2000) utilizaron el CES-D y encontraron 42% de mujeres con síntomas depresivos. En México, Ortega, Lartigue & Figueroa (2001) reportaron un 21.7% de mujeres embarazadas con sintomatología depresiva significativa y Lara et al. (2006) encontraron en una muestra de la Ciudad de México un porcentaje de 30.7% de mujeres con sintomatología depresiva significativa utilizando el CES-D.

La detección temprana de la depresión en el embarazo se complica porque varios síntomas de la depresión como cambio en el apetito, cambio en el nivel de energía y en el patrón de sueño también ocurren en mujeres embarazadas no deprimidas Sin embargo, en la depresión, todos estos síntomas somáticos van acompañados de los síntomas afectivos y cognitivos que se presentan de forma persistente (Smith et al. 2004). Por esta razón es importante que la mujer embarazada conozca los síntomas normales del embarazo, ya que el desconocimiento contribuye al desarrollo de temores y angustias en este periodo (González-Forteza, Romero, Morales & Gutierrez 1993).

2.6 Consecuencias de la depresión en el embarazo

Como ya se mencionó anteriormente, uno de los síntomas de la depresión es la disminución del apetito; y durante el embarazo una buena alimentación es fundamental para el desarrollo del feto. Una madre que no se alimenta bien no gana el peso suficiente para que el feto crezca lo suficiente, lo que puede provocar un retardo en el crecimiento, además son bebés que nacen con bajo peso. (Austin 2003; Bennett,

Einarson A., Taddio, Koren & Einarson T 2004; Felice et al. 2004; MacQueen y Chokka 2004).

Existe una asociación entre estrés de la madre y una malformación craneal. Además el riesgo de abuso de sustancias, consumo de tabaco y automedicación es mayor en mujeres deprimidas y no hay que dejar de considerar la baja adherencia a las clínicas, para recibir atención prenatal que éstas mujeres presentan (Austin 2004; Bennett et al. 2004; Felice et al.2004; Kitamura et al. 1996; MacQueen et al. 2004).

La depresión posparto, es otro riesgo que se corre si la depresión durante el embarazo no se atiende (Austin 2003; Kumar y Mordecai 1984; Moses-Kolko et al. 2004). También se ha reportado la ideación o intento suicida en el embarazo en mujeres deprimidas. Aunque se considera que el embarazo es un periodo protector contra el suicidio, se ha encontrado que 3% ha presentado ideación o intento suicida

Otro aspecto que se ha observado es que los bebés de madres deprimidas durante el embarazo, presentan depresión como conducta (pobres expresiones de interés, llanto excesivo, pobre motricidad y excitabilidad), altos niveles de norepinefrina y bajos niveles de dopamina. Las alteraciones neuroconductuales que se presentan en los hijos de mujeres deprimidas durante el embarazo, tienen repercusiones en el desarrollo infantil (Bennett et al.2004).

2.7 Factores de riesgo

A continuación se mencionarán algunos factores de riesgo que se reportan con mayor frecuencia en la literatura.

- Nivel socioeconómico:

La adaptación al embarazo depende en gran medida del contexto social en el que el embarazo se desarrolle. Es por eso que los mayores índices de depresión en el embarazo ocurren en comunidades urbanas y pobres (Bernazzani, Saucier, David & Borgeat 1997; Maldonado-Durán y Feintuch 2001; Moses-Kolko et al.2004).

- **Edad:**

Autores como Lartigue, Vives, Córdova (1995), Villanueva, Pérez, Fernando (2000), Aldana y Atkin (1984) han encontrado que las adolescentes embarazadas presentan mayor sintomatología depresiva que las mujeres adultas embarazadas. Esto se debe a que las adolescentes pasan al mismo tiempo por dos crisis del desarrollo: la adolescencia y la del embarazo. La adolescente embarazada tiende a la autodevaluación, escasa confianza en sí misma, con una idea vaga de su esquema corporal, sensaciones de fracaso personal e impotencia. Es durante estos momentos cuando el apoyo de su familia y de la pareja es fundamental para que no se presente la depresión.

- **Experiencias en la infancia:**

Las pérdidas y el maltrato físico experimentados en la infancia predisponen a una persona para que presente depresión en la vida adulta (Austin 2003; Bernnazani et al. 1997).

- **Eventos estresantes**

Eventos de vida estresantes experimentados al menos 12 meses antes del embarazo son otro factor de riesgo que ha sido reportado por diversos autores como Bernazzani et al.(1997) y Zayas et al.(2002). Por su parte González-Forteza et al. (1990) mencionan que los eventos de vida que más afectan a las mujeres son reconciliación, divorcio, muerte de un amigo, cambio en la salud o en el comportamiento de un familiar, retiro de trabajo, problemas con parientes y cambio en la frecuencia de actividades recreativas.

- **Antecedentes de depresión:**

Muchos autores reportan que la probabilidad de que una mujer que ha sufrido un episodio depresivo en algún momento de su vida vuelva a presentarla

durante el embarazo se incrementa (Austin 2003; Bernazzani et al. 1997; MacQueen et al.2004).

- **Abortos anteriores**

Las mujeres que han experimentado un aborto con anterioridad son más propensas a deprimirse en el siguiente embarazo y reportan una pobre satisfacción en su relación de pareja (Kitamura et al. 1996)

- **Embarazos subsecuentes:**

Las opiniones respecto a si el primer embarazo tiene un efecto deteriorante en la salud mental de las mujeres debido a que se pueden sentir temerosas y ansiosas al vivir esta situación por primera vez, ha sido documentada anteriormente por Kitamura et al.(1996) y Kumar et al.(1984). Sin embargo también se ha reportado que las mujeres con enfermedades mentales más severas son las que tienen hijos y en el caso de depresión posparto se ha encontrado relacionado con el número de hijos (Díaz-Caneja y Johnson 2004; Faisai-Cury, Tedesco, Kanhles, Meneze, Zugalb 2004

Una sobrecarga de trabajo en el hogar y no contar con apoyo, resulta ser un factor importante en la presencia de depresión en el embarazo. Ante esta situación y las implicaciones que tiene una madre deprimida que además de estar embarazada debe atender hijos pequeños, existe la propuesta de un cuidado internatal en donde se atiende a la mujer desde el nacimiento de su primer hijo al nacimiento del siguiente hijo (Kazí et al.2006; Lu et al. 2006).

Apoyo social

Las mujeres embarazadas deprimidas sienten que sus confidentes no les brindan el apoyo que ellas realmente necesitan. Sin embargo, de todas las posibles fuentes de apoyo, la proveniente del esposo o cohabitante es la que ha recibido especial atención (Kitamura et al. 1996; O'Hara 1986).

- Relación de pareja:

Las mujeres solteras embarazadas son las que están en mayor riesgo de presentar depresión. Felice et al. (2004) encontraron en Malta, que las mujeres solteras embarazadas presentaban una mayor sintomatología depresiva en los primeros meses de embarazo, estos resultados los atribuyeron a que Malta es una comunidad católica muy cohesiva. Pero MacQueen et al. (2004) en Estados Unidos, Austin (2003) en Australia y Millán yévenez, Bahamonde (1990) en Chile también mencionan que el ser soltera es un factor de riesgo durante el embarazo para que se presente la depresión. Sin embargo, no solo las mujeres solteras están en riesgo de presentar depresión; también aquellas que tienen un esposo o compañero que no les da apoyo emocional o que no están con ellas la mayor parte del tiempo pueden presentar depresión en este periodo (Maldonado-Durán et al. 2001).

Por esta razón es importante que la mujer embarazada se encuentre en un ambiente que le permita ajustarse a todos los cambios (físicos, sociales y psicológicos) que está experimentando en donde el apoyo que reciba de su pareja sea satisfactorio para ella y no un obstáculo en el proceso que vive de identificarse con la madre que ella desea ser.

CAPITULO 3

RELACIÓN DE PAREJA

El término pareja se refiere a cualquier unión de dos personas que se forma para satisfacer necesidades mutuas y que persiste por un tiempo medido. Las parejas pueden ser de larga o corta duración, de superficial o profunda intensidad, por mandato o por libre acuerdo, de soporte y apoyo o destructivas, placenteras o agonizantes. En nuestra época la pareja se considera una unión voluntaria entre dos personas que se ven vinculadas por lazos afectivos, y en la gran mayoría de los casos también legales. Es una de las relaciones más intensas y prolongadas de cuantas suele establecer voluntariamente un individuo con otras personas a lo largo de su vida (Bicas 2003; Cáseres 2000).

Según Carl Rogers (1973) existe una constante de permanencia y enriquecimiento en las parejas duraderas a la que él llamó dedicación; la cual define de esta manera: “Nos comprometemos a trabajar juntos en el proceso cambiante de nuestra relación, porque ésta enriquece, actualmente, nuestro amor y nuestra vida, y deseamos verla desarrollarse”.

3.1 TEORÍAS SOBRE EL CURSO DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Existen diferentes enfoques a través de los cuales se puede analizar el curso de la relación de pareja; de los cuales, Yela (2000) enumera los siguientes:

1. Teoría de los Filtros (Keckoff y Davis, 1952); una relación amorosa se conforma a través de una serie de factores que actúan a modo de filtros que van seleccionando a la pareja, entre los que destacan cronológicamente; la proximidad, la homogamia

(semejanza de características sociodemográficas), la similaridad (semejanza de características personales como actitudes, valores, etc.), y la complementareidad.

2. Teoría de la interdependencia (Levinger y Snack 1972 y Levinger 1974): una relación va pasando por diferentes fases en las que se va desarrollando una interdependencia progresiva entre ambos miembros: conciencia (en donde lo principal es la proximidad), contacto (factores principales: atractivo físico y habilidades sociales.), reciprocidad (factores principales autorevelaciones y semejanza) e institucionalización (reconocimiento social). Sin embargo esta teoría no va más allá del matrimonio.
3. Teoría de la penetración social (Altman 1974): el desarrollo de una pareja radica en el continuo crecimiento de la amplitud y profundidad de la intimidad de la pareja, fundamentalmente mediante las paulatinas autorevelaciones recíprocas verbales y no verbales (lo que en lenguaje coloquial se conoce como abrirse a la otra persona).
4. Teoría estímulo-valor –rol (Munstein 1977) diferencia tres fases: la primera (estímulo) donde prevalece la importancia de las características externas (como el atractivo físico); la segunda es valor, donde lo principal es el consenso de las actitudes y valores de ambos miembros de la pareja; y la tercera es rol. En donde se requiere la compatibilidad de roles y funciones a desempeñar entre ambos.
5. Teoría triangular (Sternberg 1986) el curso de una relación amorosa varía en función de la fluctuación de sus tres componentes principales (intimidad, pasión y compromiso).
6. Teoría tetragonal (Yela 1997) el curso de una relación amorosa varía en función de la intensidad de sus cuatro factores principales (pasión romántica, pasión erótica, intimidad y compromiso), distinguiendo tres etapas principales: enamoramiento, amor romántico y amor compañero.

3.2 EL CICLO VITAL DE LA PAREJA

Para comprender los cambios por los que una pareja va atravesando a lo largo del tiempo, diversos autores han propuesto dividir por etapas lo que ellos han llamado el ciclo vital de la pareja. Este ciclo se desarrolla a través de las vivencias y evoluciones compartidas por las que la pareja nace y se desarrolla. Así, de la misma forma en que un individuo pasa por crisis a lo largo de su vida, la familia pasa por una serie de etapas que debilitan o fortalecen su relación (Bicas 2003).

Uno de los primeros autores que propusieron un ciclo vital de la pareja, fue Dubai. El ciclo que propone consta de ocho fases que se basan en las principales obligaciones a que la pareja debe hacer frente, en donde el nacimiento y desarrollo de los hijos marca en gran parte las tareas y los cambios que enfrenta la pareja (Dominian 1996).

1. **Parejas casadas (sin hijos):** en esta etapa se desarrolla una vida mutuamente satisfactoria, ajuste a la posibilidad de ser padres y al embarazo y adaptación a la nueva red de parientes políticos.
2. **Parejas en periodo de crianza:** la pareja tiene hijos y se dedica a estimular su desarrollo y a establecer un hogar satisfactorio.
3. **Familia con hijos en edad preescolar:** ocurre la adaptación a las necesidades e intereses de los hijos para estimular y favorecer su desarrollo. Además la pareja debe manejar en forma eficiente la disminución y eventual falta de intimidad en la pareja.
4. **Familia con hijos en edad escolar:** ocurre el ajuste a la comunidad de familias con hijos escolares y se estimulan los logros de los hijos.

5. **Familias con hijos en la adolescencia:** se debe alcanzar un balance entre libertad y responsabilidad y el establecimiento por parte de la pareja de cuidados postparentales.
6. **Familias con hijos que se han independizado o están próximos a hacerlo:** se debe liberar a los jóvenes adultos de la dependencia parental con medios adecuados y mantener al hogar como una base de soporte.
7. **Padres de edad mediana** (nido vacío): se reafirma la relación de pareja y se mantienen las relaciones familiares antiguas y recientes.
8. **Familia en la vejez** (hasta la muerte de ambos): afrontamiento de las pérdidas y el hecho de vivir solos, cierre del hogar y adaptación a vivir el retiro y la vejez.

Taylor y Taylor proponen un ciclo vital de la pareja, en donde consideran a la pareja como una entidad diferente al de la familia o al individuo y es distinto a las etapas de vida individual de cada cónyuge (Bicas 2003).

1. **Compromiso:** comienza cuando se establece el pacto inicial para funcionar como pareja, lo cual implica desde una cita para salir, la decisión de vivir juntos, compartir un departamento, hasta el establecimiento de un compromiso matrimonial. Durante esta etapa la pareja establece los contratos en los que se basa su interés; ya sean sus expectativas, conveniencias de trabajo y beneficios mutuos. Es una etapa estable y satisfactoria que se puede llamar de Luna de Miel.
2. **Adaptación / acuerdo:** surgen las diferencias entre la pareja y con éstas el estrés. El idealismo del principio desaparece dejando lugar a la adaptación a nuevas necesidades, tensiones y enojos. Hay un debilitamiento en la estabilidad y un surgimiento de la necesidad de hacer concesiones con el fin de mantener la relación de acuerdo con el contrato establecido.

- 3. Valoración:** la relación es juzgada y evaluada; para este momento la mayoría de los tratos, demandas y hábitos tensionantes han aflorado. Esta etapa puede coincidir con momentos personales especialmente conflictivos y críticos, el paso de la adolescencia a la madurez o la crisis de la edad adulta. A raíz de esto surgen necesidades nuevas que probablemente no coincidan más con la relación de pareja existente.

- 4. Recompromiso o terminación:** si la pareja sobrevive a la etapa de valoración y la decisión es mantener el compromiso inicial, se prosigue a la etapa de recompromiso o reencuentro. Esta es la etapa más estable del ciclo vital de la pareja, caracterizada por un compromiso similar al de la etapa 1; sumando el fuerte ímpetu de continuidad. La pareja ha atravesado una reacomodación personal que le permite aceptar al otro con sus virtudes y conflictos, dejando los juicios a un lado y descubriendo que las necesidades de ambos se encuentran y complementan.

En el caso de que la pareja no haya pasado a la última etapa se separarán, rompiéndose en ese momento el ciclo de ésta pareja; llegando a la terminación de la relación por medio de una separación o divorcio. El paso por cada una de las etapas será más rápido o lento dependiendo del tipo de relación; una pareja que está saliendo y conociéndose habrá recorrido todo el ciclo en el momento en que deciden casarse; es en este momento cuando vuelven a iniciar el ciclo. Por otro lado, un matrimonio tradicional tardará años en completar el ciclo.

El ciclo vital completo tiene como característica la permanente incorporación a la cotidianidad, lo cual a su vez, lleva a reformular un nuevo proyecto. Durante este proceso pueden surgir crisis de ansiedad, emociones depresivas y dificultades consecuentes a la realización del proyecto, ya que al perder la representación de un futuro que se incorporó a lo cotidiano se presenta el riesgo de la inmovilización. Es entonces cuando debe surgir el deseo de crear un nuevo proyecto, que evite una crisis mayor (Pugel y Berestein 1988).

3.3 SATISFACCIÓN

La satisfacción ha sido estudiada bajo diferentes rubros como son el ajuste, la felicidad, la integración, la predilección y estabilidad. Hicks y Platt (en Sánchez Aragón 1995) definen la satisfacción como una evaluación global y subjetiva que un sujeto hace de su pareja y su relación. Locke y Wallace (en Díaz-Loving 1999) definen el ajuste marital como la acomodación del cónyuge, lo cual sugiere un proceso de diada más que una actitud individual. Por otra parte Spanier (1980) menciona que el ajuste es multidimensional, y está determinado por el grado de diferencias en la relación, tensiones, ansiedad personal, satisfacción marital, cohesión y consenso en aspectos importantes para el funcionamiento de la pareja.

- Factores que influyen en la satisfacción

-

Según Yela (2000) los factores que incrementan la satisfacción amorosa, son los mismos que contribuyen al mantenimiento de la relación amorosa. Él los divide en factores interpersonales e intrapersonales.

Factores interpersonales:

Aquí incluye a *la familia*; que constituye uno de los agentes de reconocimiento social de la relación, así como una barrera para la ruptura de la misma. también se incluyen *las redes de apoyo social*, que al afrontar la pareja un problema, el grupo de pares y de referencia, suponen un elemento clave en las relaciones amorosas. Esto se debe a la gran influencia que ejerce la opinión grupal sobre la modificación y distorsión de nuestros juicios y percepciones para validar actitudes y conductas amorosas (Yela 2000).

Factores intrapersonales

Existe una gran cantidad de estudios en este tema debido al alto índice de divorcios y al interés por conocer qué factores son los que influyen para que una pareja permanezca junta y feliz. Los factores determinantes más significativos fueron la frecuencia de la interacción en actividades comunes con el cónyuge, la inversión material y no material en la relación, estilo y contenido de la comunicación, ausencia de conflictos negativos, estructura de igualdad de poder, la confianza y un mutuo dar y recibir de recursos emocionales y materiales (Bicas 2003; Dominan 1996)..

Se pueden enumerar ocho dimensiones diádicas que aunadas a una buena comunicación, toda pareja con una relación satisfactoria tiene: amistad, valores interpersonales similares, sincronidad en el tiempo de maduración de ambos miembros, balance entre el involucramiento en la relación y tiempo para ella o él mismo, autoconciencia, satisfacción sexual, influencia de la familia y salud física o mental. Siendo el elemento principal la comunicación verbal y no verbal. La capacidad de escuchar al otro y de resolver juntos problemas es la base principal para una relación satisfactoria. Además de alcanzar la comprensión mutua, es la forma principal de expresión de lo que sienten el uno por el otro (Dominian 1996; Strackbein 2001).

La profundidad del intercambio, relacionada con la intimidad, se desarrolla a medida que la relación continúa y tiene un papel vital. Las dificultades en la comunicación se pueden minimizar, si los miembros de la pareja son capaces de hablar claro y ser lo bastante sinceros el uno con el otro como para neutralizar su ansiedad respectiva. Las necesidades de comunicación cambian a lo largo del ciclo vital de una relación. En un principio, las confidencias son muy abundantes y después se tiende a un equilibrio entre la necesidad de seguridad y la de intimidad. Punyanunt-Carter (2004) realizó una comparación del tipo de comunicación que tienen parejas casadas y parejas que están saliendo, encontrando que las parejas casadas tienen una comunicación que brinda un mayor soporte afectivo. Por otra parte, Nina Estrella (1985) encontró que en las parejas mexicanas la comunicación de sentimientos,

emociones, gustos y necesidades, al igual que intercambiar ideas sobre el matrimonio en general es muy importante y tiene una alta relación con la satisfacción en el matrimonio.

Otro de los factores intrapersonales más importantes es la similaridad en gustos, opiniones, intereses, valores, metas, expectativas amorosas, en el grado de compromiso, estilo amoroso manifestado, grado de intimidad y la importancia personal concedida al amor dentro de sus vidas (Yela 2000). También la similaridad

cambia a lo largo del tiempo; cuanto más joven sea el individuo cuando se casa, es más probable que se modifique en gran medida sus creencias y valores en los años siguientes, de forma que acaban por ser irreconocibles para su pareja (Dominan 1996)

La cantidad de tiempo que los esposos pasan juntos es crucial para la felicidad marital. Compartir las experiencias del tiempo libre, es un reflejo de que en la pareja se dan interacciones que les compensan; y es algo que contribuye a unir a los esposos y a aumentar la felicidad del matrimonio. Cuanto mayor es el compañerismo y más las actividades compartidas, más plena es la felicidad del matrimonio (Dominian 1996; Yela 2000),

El diario convivir de la pareja a largo plazo es lo que le da estabilidad a la relación. Es donde se pueden contemplar situaciones como no descuidar a la pareja alimentándola, enfrentar y resolver los problemas e incógnitas que se presentan por la rutina, la llegada de los hijos, el sustento económico y emocional de la familia, etc. La interacción de la pareja debe tener sentido; no basta que los dos estén presentes, sino que requiere que esta presencia mutua sea vivida con placer. Pueden estar juntos sin hablar, pero cada uno tiene que conectar con el mundo interior del otro (Díaz-Loving 1999).

Hay más mujeres que maridos que expresan frustración e insatisfacción en su matrimonio. Las mujeres hablan más de sentimientos negativos, problemas en el matrimonio, que su matrimonio es desgraciado; más mujeres que maridos han

considerado la separación o el divorcio y se han arrepentido de haberse casado, y por lo tanto son menos las mujeres que hablan de compañerismo positivo. Sin embargo, las mujeres están más satisfechas con la convivencia recreativa y en las relaciones sexuales contrario a los hombres que parecen más insatisfechos en éstos dos aspectos (Dominian 1996; Greeff 2000).

3.4 INTIMIDAD

La intimidad se refiere a los sentimientos de unión, cercanía y vinculación en las relaciones de amor. Incluye aquellos sentimientos que aparecen ante la sensación de calidez, deseo de promover el bienestar de la persona amada, felicidad vivida con ésta, alto respeto por el otro, tener íntima comunicación y valorar la vida del otro (Sternberg citado por Sánchez 1995). Según Rage (1996) la intimidad se refiere a aquellos sentimientos, dentro de una relación, que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión. Es un fundamento del amor que se desarrolla lentamente y es difícil de lograr e incluso puede volverse más amenazante que la propia destructividad.

Rage (1996) incluye al menos diez elementos que componen la intimidad:

1. El deseo de promover el bienestar de la persona amada. El amante busca a su pareja y procura promover su bienestar.
2. Sentimiento de felicidad junto a la persona amada. El amante disfruta estando junto a su pareja; construyendo así un cúmulo de recuerdos con los que pueden contar en tiempos difíciles.
3. Gran respeto por el ser amado. El amante estima y respeta a su pareja, es capaz de reconocer sus defectos, pero no disminuye la alta estima que le tiene.
4. Capacidad de contar con la persona amada en momentos de necesidad. En tiempos difíciles el amante puede recurrir a su pareja y esperar que ésta acuda.
5. Entendimiento con la persona amada. Los amantes conocen sus puntos débiles y fuertes y de qué manera responder al otro de un modo que demuestre genuina comprensión de sus estados emocionales.

6. Entrega de uno mismo y de sus posesiones a la persona amada. Los amantes comparten sus posesiones cuando surge la necesidad y también se comparten ellos mismos.
7. Recepción de apoyo emocional por parte de la persona amada. El amante se siente apoyado y hasta renovado por la persona amada.
8. Entrega de apoyo emocional a la persona amada. El amante apoya a la persona amada empatizando y apoyándola.
9. Comunicación íntima con la persona amada. El amante es capaz de comunicarse profunda y honestamente con la persona amada, compartiendo los sentimientos más íntimos.
10. Valoración de la persona amada. El amante siente la gran importancia de su pareja, en el esquema de su vida.

El nivel de confidencias no siempre es el mismo; en periodos de crisis, la revelación de sentimientos íntimos es más pronunciada, en la medida en que la pareja comparte dolor y ansiedad. Las razones por las que las personas se alejan de las relaciones íntimas son miedo de cometer errores delante de otro, miedo al abandono, miedo a experimentar ataques de enojo, miedo a la pérdida de control, miedo a los impulsos autodestructivos si el individuo desencadena sus propios sentimientos y miedo de perder la individualidad (Dominan 1996; Sánchez-Aragón 1995).

3.5 EL CONFLICTO EN LA RELACIÓN DE PAREJA

Los problemas que se presentan en la relación de pareja, por lo general, se experimentan como fallos o errores del objetivo esencial de la relación; sin embargo son parte de la relación en el sentido de que en una mayor o menor medida una relación íntima e intensa pasa por momentos de conflicto. Existen diferencias en la forma de discutir de las parejas, según el grado de satisfacción que existe en su relación; las parejas más felices se pelean poco, ceden fácilmente, consiguen ponerse de acuerdo y abordan los problemas para solucionarlos antes de que se les escape de las manos. Mientras que las parejas menos satisfechas se pelean muy a menudo, incorporan quejas

al tema de discusión, se culpan mutuamente y no son capaces de llegar a un acuerdo que les satisfaga a los dos. Las causas del conflicto pueden ser muy variadas: el dinero, las actividades conjuntas, diferencia de intereses, diferencia en valores fundamentales, diferencias en el estilo amoroso, falta de apoyo emocional, etc. (Cáseres 2000; Dominian 1996).

Retzinger (en Dominian 1996) propone una teoría para explicar el conflicto en una pareja. Ella menciona que el núcleo del conflicto es una amenaza al vínculo socioemocional de la pareja. En el fondo del conflicto existe un sentimiento de vergüenza, que ella lo entiende como aquellos sentimientos de inseguridad, tensión, disgusto con ella misma, inutilidad, inadecuación, sentirse poca cosa, tonta, rara, loca, impotente o débil. Cuando ocurre un periodo de ascenso en el conflicto, las críticas denigrantes, el desprecio, el desagrado, la culpa y la humillación que los miembros de la pareja lanzan el uno sobre el otro, representan una amenaza para el vínculo de apego que hay entre ellos. Para detener este periodo de conflicto es necesario reconocer los sentimientos de vergüenza (inseguridad) y restituir el vínculo dañado. Si una persona no acepta la vergüenza y culpa que siente, entonces la proyecta sobre la otra, en un círculo vicioso sin fin.

En el momento en que una pelea surge, lo que están tratando de proteger los miembros de la pareja es la relación misma (el respeto, amor, etc). La rabia que surge cuando se presenta una pelea es el resultado de la percepción de que el cónyuge no se lo está tomando en serio. Según Retzinger (en Dominian 1996), lo que un cónyuge quiere decir con su ira es “ya no me quieres, si me quisieras prestarías atención a mis quejas”. El vínculo puede restituirse cuantas veces sea necesario, reconociendo el sentimiento interno de vergüenza. Aceptarlo no es fácil, resulta más fácil hablar de culpabilidad y; en caso de que la pareja se obsesione con la justicia de su caso, si el conflicto persiste, puede ser la antesala de la separación.

3.6 RELACIÓN DE PAREJA Y LA LLEGADA DE LOS HIJOS

La llegada de los hijos constituye uno de los acontecimientos más importantes que enfrenta una pareja, es involucrarse con alguien y asumir ser madre o padre por el resto de la vida. La transición a la paternidad es más difícil de lo que tradicionalmente se piensa, mientras las parejas pueden pensar que los va a unir más; diversos autores han reportado una pauta curvilínea en el nivel de satisfacción de la pareja a lo largo de su ciclo vital. La satisfacción comienza a descender cuando llegan los hijos, permanece baja cuando son adolescentes y comienza a subir cuando éstos dejan el hogar paterno. Este cambio se debe a que la presencia de hijos dependientes de los padres en casa dificulta la distribución de tiempo, energía y economía de los padres. (Elsner, Montero, Reyes, Zeger 2001; Hoge 2002; Spanier 1980).

Con la llegada de los hijos la relación de pareja cambia drásticamente, especialmente en las parejas primerizas. Se dedica menos tiempo a la pareja y la maternidad o paternidad se vuelve una prioridad. Durante la mayor parte del tiempo la relación esposo – esposa se vuelve secundaria, varias parejas expresan una disminución de tiempo para conversar acerca de ellos mismos y de su relación. Sin una comunicación adecuada y si no se esfuerzan por mantener una relación amorosa, la pareja corre el riesgo de convertirse en extraños familiares. La crisis en el matrimonio se resuelve cuando la pareja afronta el problema y ajusta sus rutinas para establecer la intimidad (Ehrlich 1989; Knauth 2001).

Hackel y Ruble (1992) realizaron un estudio en el que compararon el nivel de satisfacción en parejas sin hijos, embarazadas y en el posparto. Las parejas embarazadas, experimentaban un incremento en la satisfacción comparándolo con el periodo antes del embarazo. En el posparto, la satisfacción disminuía, incluso más que antes del embarazo. Respecto a cómo evaluaron sus relaciones durante estos tres periodos se pudo observar que de las parejas sin hijos, el 85% la calificaron como una de las tres formas más importantes, en el embarazo disminuyó al 50% y en el posparto

al 33%. Concluyen que el proceso de transición a la paternidad es un momento de cambio y no simplemente un periodo en el que se regresa a la línea base.

En este sentido Belsky, Lang, Rovine (1985) pudieron observar que las mujeres son las que presentan los cambios más drásticos durante éste proceso, menciona que no todas las parejas presentan esta disminución en su satisfacción matrimonial y que las mujeres que tienen expectativas muy optimistas con respecto a la relación de pareja después del parto, tenderán a disminuir drásticamente su nivel de satisfacción. También pudo observar que las áreas donde se presentaron mayores cambios durante este proceso fueron compañerismo y romance. Otros autores como Shapiro, Gottman, Carrere (2000) mencionan que los cambios en la satisfacción en la relación de pareja se pueden ver reflejados hasta que el primer bebé cumple un año, ya que la alegría por la llegada del bebé acapara la atención de la pareja y hasta que cumple un año pueden prestar atención a lo que ocurre entre ellos.

Una razón por la que el nivel de satisfacción decrece después del parto es que las mujeres esperan que la división del trabajo cuando nazca su bebé sea equitativa. Así que si las expectativas no se cumplen en el posparto, se sentirán decepcionadas. Por lo que las mujeres con orientaciones menos tradicionales de roles de género experimentan estos cambios de forma negativa (Belsky et al.1986; Ruble 1988),

La comunicación de las preocupaciones, alegrías y ansiedades con el cónyuge, el darse espacio mutuamente y permitir que el marido se comprometa en el embarazo, alivia las tensiones, crea confianza y permite un apoyo reciproco. A la vez que permite alcanzar una mayor identificación de pareja y así la relación puede adquirir una nueva dimensión (Elsner et al. 2001).

3.7 DEPRESIÓN Y RELACIÓN DE PAREJA

Como ya se mencionó anteriormente, la depresión consiste en un cambio de estado de ánimo, que tiende a la tristeza, a la infelicidad o a la pérdida de alegría. A la persona deprimida le resulta difícil prestar atención a su entorno, relacionarse con los demás y la comunicación se reduce porque la persona casi no expresa sus emociones. Una persona deprimida es más dependiente de la gente y busca soporte o apoyo en formas que alejan a otros. Todos estos factores, tienen un efecto adverso en el cónyuge de la persona deprimida que también sufre debido al abandono, a la negatividad, a la baja satisfacción de la poca actividad sexual (que es muy común), del poco aprecio y la indiferencia que percibe por parte de su cónyuge (Dominan 1996; Hammen y Brennan 2002).

Las conversaciones de estas parejas tienen mayor conflicto, tensiones y comentarios negativos, con un alto nivel de alteración, de explosiones emocionales negativas y un mayor número de interrupciones que las parejas en las que ninguno de sus miembros está deprimido. Tienden a no acercarse físicamente a diferencia de las parejas no deprimidas. En los casos en que la esposa está deprimida es común observar comportamientos depresivos cuando se debe resolver un problema a diferencia de las parejas donde el esposo está deprimido o ninguno de los dos lo están (Dominan 1996; Schmaling y Jacobson 1990).

Cuando un miembro de la pareja está deprimido la satisfacción en la relación disminuirá, sin embargo, en las mujeres disminuye más; además se ha observado que las mujeres que tienden a evadir la intimidad en una relación por miedo a ser rechazadas, también presentan síntomas depresivos (Fritsch et al..2005; Reis y Grenyer 2004).

Se ha observado que las relaciones de pareja, relaciones con amigos, hijos y familia extensa de las mujeres deprimidas son disfuncionales. Estas mujeres reportan eventos estresantes recientes con un fuerte contenido interpersonal. También ponen en

duda la autenticidad de sus relaciones; por lo que es muy común encontrar que son madres solteras, mientras que las mujeres menos deprimidas están casadas con el padre biológico de sus hijos. Las dificultades interpersonales pueden persistir y contribuir a la recurrencia de episodios depresivos; además pueden ser un mecanismo intergeneracional de transmisión de la depresión, de esta manera, se puede convertir una mala relación de pareja en un factor de riesgo para la depresión (Hammen et al. (2002; Schmaling et al.1990).

Los estudios que se han realizado en este tema han tomado varios rumbos. Algunos investigadores han mencionado que los matrimonios disfuncionales pueden ser la causa de la depresión, otros han hipotetizado que las personas depresivas se involucran en relaciones matrimoniales disfuncionales y otros han preferido guardar silencio en la secuencia de estos aspectos y han argumentado que un matrimonio funcional decreta la probabilidad de que se presente depresión en un individuo vulnerable. Sin embargo un aspecto es claro, la depresión y la insatisfacción en el matrimonio se han encontrado repetidamente relacionados (Heene et al.2003). En el momento en que la relación de pareja está en proceso de transición a la paternidad en el cual se enfrentarán nuevos retos y se comenzarán a definir de manera más concreta sus roles de padre o madre, la relación también experimenta cambios.

En el caso de la mujer estos cambios son fisiológicos, hormonales, de autoimagen, psicológicos y sociales; que al ser experimentados con diferente intensidad en cada mujer, pueden constituir factores de predisposición a la depresión durante el embarazo.

3.8 DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y RELACIÓN DE PAREJA

Se han reportado diversos estudios donde se puede observar que durante el embarazo la relación de pareja está relacionada con la depresión durante el embarazo, a continuación se mencionarán algunos de los estudios que se han reportado.

Felice et al (2004); Jadresic y Jara (1993); Soares, Viguera, Cohen (2001); Bernazzani et al.(1997) han podido demostrar que las mujeres deprimidas embarazadas reportan vivir en continuo conflicto con su pareja y con una baja satisfacción, en mayor medida que el que viven las mujeres embarazadas no deprimidas. Además presentan un nivel socioeconómico bajo, una baja satisfacción al soporte social recibido y haber experimentado algún evento estresante en los últimos doce meses.

También se ha encontrado que la ambivalencia de la mujer respecto al embarazo está relacionada a la depresión (Soarez et al. 2001). Sin embargo Leader (1993) y Kitamura et al. (1996) han reportado que las mujeres que no habían planeado su embarazo, podían presentar síntomas depresivos durante el embarazo pero en el posparto sus síntomas disminuían. Sin embargo las mujeres que sí lo habían planeado y sus parejas no lo deseaban, estaban en mayor riesgo de presentar síntomas depresivos en el embarazo y persistir con ellos o incluso incrementarse en el posparto.

La negativa del esposo puede ser expresada verbal o no verbalmente y si éste no apoya el embarazo, tampoco brindará el apoyo que la mujer necesita y espera de él. Es posible que el nivel bajo de satisfacción en la relación de pareja sea un factor ya existente y que la negativa de él hacia el embarazo resulte ser el detonante de la depresión. Pero también es posible que la desaprobación de la pareja tenga mayor impacto para las personas deprimidas. Cualquier censura del esposo puede ser interpretado como el reflejo de la insatisfacción de la pareja y puede generar culpa y miedo a una posible separación. Además de la depresión, otro aspecto que influye es la dependencia a la pareja, ya que las personas dependientes económicamente o afectivamente tenderán más a tener estos sentimientos (Hooley 1986; Kitamura et al. 1996).

Jadresic y cols. (1993) por su parte, realizaron una comparación entre los sucesos vitales que le ocurrían a las mujeres embarazadas deprimidas y no deprimidas. Entre los eventos más frecuentes encontraron que las mujeres embarazadas reportaban

separación del esposo y problemas en su relación sexual durante el embarazo. Presentándose en las mujeres separadas del esposo 23 veces más depresión que las no expuestas a este acontecimiento y 7 veces más en las que experimentaron problemas en su relación sexual.

CAPITULO 2

EMBARAZO

La creación de una nueva vida se lleva a cabo a través de un proceso perfecto y complejo en el que a partir de la unión de dos células que se complementan se desencadenan una serie de cambios que concluirán en convertir a una mujer en madre, a un hombre en padre y a dos pequeñas células en un pequeño ser humano. Especialmente para la mujer el embarazo es el comienzo de este proceso en el que va experimentando cambios biológicos, sociales y psicológicos estrechamente relacionados y que deben considerarse tanto en la salud como en la enfermedad. Maldonado-Durán y Feintuch (2001) mencionan que el embarazo es como cualquier etapa de la vida en la que hay cambios, ya que ocurren frustraciones, tensiones y demandas emocionales que pueden crear ansiedad, miedo y enojo tanto en la mujer como en su pareja. Es durante este periodo cuando la mujer tiene la tarea de procesar los cambios físicos y emocionales.

2.1 CAMBIOS BIOLÓGICOS

La duración del embarazo es aproximadamente de 270 días a partir de la fecundación. Durante este tiempo, ocurren una gran cantidad de cambios en el cuerpo de la mujer que Chasin (1978) describe de la siguiente manera.

En el **primer mes** de embarazo, el corazón del feto palpita; hay bombeo de sangre, formación de vértebras y del canal del cordón espinal. Se forma el sistema digestivo. Hay unos bulbos que son los futuros brazos y piernas. El útero aumenta de tamaño.

En el **segundo mes** se forma la cara además de los párpados, brazos, codos, antebrazos manos, muslos, rodillas, piernas y pies. Es clara la formación del cordón umbilical. Se desarrollan los huesos largos y los órganos internos. Durante el **tercer mes** la formación de los brazos se completa; también lo es para los dedos, manos, piernas, pies y talones. Se forma la quijada y los ojos están casi desarrollados. Se oyen los latidos del corazón. Tiene 10 cm. de largo, pesa 45 g. y puede rotar de posición. Al **cuarto mes** tiene 18 cm. de largo y pesa alrededor de 200 g. El latido del corazón es fuerte, hay buena digestión y los músculos están activos. La piel es rosada y transparente cubierta por pelo. Se marcan la mayoría de los huesos. La cabeza es muy grande y aparecen las cejas. Concluye la formación de los nervios y a partir de este momento, el feto es sensible y se mueve de manera menos desordenada.

Al **quinto mes** mide 25 cm de largo y pesa 500 g. La piel es rojiza y los pulmones no están completos. Aparece más pelo. En este mes la madre ya logra percibir el movimiento de su bebé. Al llegar al **sexto mes** mide 30 cm. y pesa alrededor de 1.000 g. La piel está arrugada y cubierta por una grasa. Los párpados se separan y se forman las pestañas. Las uñas llegan al final de los dedos. El feto se coloca en posición de alumbramiento al **séptimo mes**. En el cual mide 40 cm. y pesa aproximadamente 1.700 g. se ve rojo y arrugado borrándose esto último con la grasa.

En el **octavo mes** mide 45 cm. y su peso será de 2.500 Kg. La piel es blanca o rosada con la cubierta grasosa y las uñas sobrepasan los dedos. En el **noveno mes** las contracciones uterinas irregulares se vuelven más frecuentes. El útero desciende y el bebé se instala en la parte más estrecha del útero, próximo al cuello cabeza abajo y piernas arriba listo para nacer.

Mientras este proceso ocurre, las mujeres pueden experimentar algunas molestias; la mayoría desaparecen al terminar el embarazo, pero otras permanecen (Germain 2004):

1. Mareos y náuseas: muchas veces constituyen el punto de partida del diagnóstico de embarazo. Generalmente aparecen en la primer semana después de la falta de menstruación y suelen durar hasta el final del primer trimestre.
2. Acidez estomacal: la causa es la disminución o mayor lentitud de los movimientos peristálticos del tubo digestivo y por que en el estómago ocurre un inadecuado funcionamiento de la válvula que se encuentra en la parte superior, la cual cumple con la función de permitir el ingreso de los alimentos desde el esófago hasta el estómago. Esto se debe a la progesterona y a la presión intrabdominal que no permiten que ésta válvula se cierre adecuadamente.
3. Constipación: el aumento de progesterona circulante disminuye los movimientos intestinales (peristálticos), lo que provoca el aumento de reabsorción de agua en el intestino.
4. Hemorroides: si protuyen provocan dolor sobretodo después de evacuar el intestino.
5. Várices en las piernas: la progesterona circulante produce relajación y dilatación de las paredes venosas y a medida que progresa el embarazo, el útero presiona la vena cava inferior que es la que drena la sangre proveniente de los miembros inferiores y así se originan las várices.
6. Alergias: si la mujer padecía alergia antes del embarazo, es muy probable que se agrave durante el embarazo.
7. Calambres: son más comunes en la segunda mitad del embarazo y se deben a la presión que ejerce el útero sobre los nervios y las venas, produciendo espasmos musculares.
8. Micción: el deseo de orinar aumenta e inclusive puede aparecer cierto grado de incontinencia de orina con determinados esfuerzos debido a que el útero comprime el techo de la vagina.
9. Sueño: a partir del tercer trimestre se altera la capacidad para dormir varias horas consecutivas debido al tamaño del bebé.

2.2 CAMBIOS SOCIALES

La importancia que se le ha dado al embarazo a lo largo del desarrollo de la humanidad ha sido determinante en la organización social y la forma de concebirse a sí misma la mujer. Videla (1997) afirma que la sociedad no está conformada por la suma de individuos; sino que es una unidad funcional que suele restringir la libertad personal en función de normas sociales colectivas y obliga al acatamiento de un conjunto de reglas y prescripciones sutilmente estructuradas.

Las normas que han existido en torno al embarazo y la maternidad han cambiado a lo largo de la historia, pero algunas han permanecido en cierto modo. Olivar (2002) menciona que en épocas antiguas, en Oriente y la Europa preindoeuropea, se dio una etapa matriarcal, en la que la mujer era enaltecida como madre, alfarera, cultivadora de la huerta y alimentadora de la prole. La arqueología presenta estatuillas, desde el período paleolítico, realizadas en hueso o marfil, que muestran las formas femeninas exageradas, haciendo gala de la exuberancia maternal. En el período neolítico hacían alusión a divinidades agrícolas y a la fertilidad. "El convertir lo crudo y salvaje en cocido y ahumado, lo que también hace con el semen que cuece en su vientre transformándolo en hombre – fruta". Fue exaltada a la calidad de deidad de la agricultura, la prosperidad, la fecundidad y la abundancia de la cosecha.

Hacia el siglo IV antes de Cristo, cuando las culturas nómadas arrasaron con las sedentarias, se impone el patriarcado, en el que la mujer era rebajada a la condición de objeto; un objeto que sirve para el placer y la maternidad; ya que el principal elemento para que se desarrolle la vida es la semilla que porta el hombre y la mujer es el recipiente en el cual se desarrolla ésta. Algunos antropólogos suponen que la división sexual del trabajo tiene su origen a causa del embarazo y la lactancia, debido a que en este periodo, las mujeres no son tan rápidas y si participaban en tareas de recolección o de caza, ponían en peligro al niño y al grupo entero. Y lo más importante en esa época era garantizar la descendencia. (Chodorow 1984; Olivar 2002)

En los siglos XV y XVI la campesina era principalmente reproductora y alimentadora, su rol biológico era vital para el mantenimiento del trabajo. Debido a la mala alimentación, al exceso de trabajo, a los pobres cuidados en el embarazo y en el parto; este último, era una carga muy pesada. Había una alta mortalidad de bebés y de madres. Las que llegaban a sobrevivir a los partos, envejecían rápido y morían jóvenes. En el siglo XVIII la revolución francesa cuestionó todas las tradiciones y se esforzó en pensar en un nuevo tipo de sociedad. De esta manera le otorgó un lugar especial a la maternidad, colocándola al servicio del hijo, futuro del mundo. La mujer que seguía subordinada al hombre, fue valorizada como madre. En el plano médico, los avances en la disección y el microscopio volvió digno de atenciones y cuidados el cuerpo de la mujer. La compasión materna fue convocada para socorrer a los desposeídos. La glorificación de la maternidad se impuso durante todo el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. En la segunda mitad del siglo XX se dieron importantes pasos para la emancipación del patriarcalismo, iniciando así, el proceso de formación de sociedades más justas, equilibradas, heterogéneas, y equitativas (Knibiehler 2001).

En la actualidad, nuestra sociedad, demanda a la mujer actitudes de sumisión y abnegación (herencia del patriarcado), pero también apoya a la gestante dándole los cuidados prenatales adecuados (producto de esa divinización como madre-fertilidad, pero también producto de la lucha de las mujeres) (Olivar 2002). Además se le demanda responsabilidad y conductas adecuadas para el éxito de la gestación, se le pide que sea más ordenada, más maternal y más formal; “tiene que ser seria y no vestir de un modo extravagante, preparar la comida con regularidad y cuidar de decir sólo cosas que sean buenas y útiles”. (Villaluenga 2001) La gestante, debe afrontar las experiencias mediante un trabajo interno de aceptación, primero, y de cumplimiento con éxito, después.

Las demandas sociales le llegan a la mujer desde ese "troquelado" parental, desde los medios de comunicación y, por supuesto, la información y la educación en salud, desde la Iglesia, desde la moral entendida esta como aquello que se refiere básicamente al conjunto de costumbres y leyes sociales que norman el comportamiento

y que, por lo menos en sociedades como la nuestra concierne al orden jurídico, a la conciencia y a lo interno. La sociedad mexicana, apoya a las mujeres durante la gestación: primero, facilitando la formación de la pareja que le debería garantizar a la mujer apoyo moral y económico; segundo, protegiendo a la gestante contra daños a su integridad; tercero, eximiéndola de trabajos y tareas pesadas y peligrosas, y cuarto, asistiéndola profesionalmente durante la gestación, el parto y el puerperio. Las tendencias más modernas apoyan también a la gestante soltera y adolescente, brindándoles redes de apoyo, ya sean familiares, de amigos o de servicios de salud (Olivar 2002).

Finalmente el embarazo es un periodo en el que la mujer se prepara para su futura identidad de madre, en donde experimenta una transformación, enfrentarse a sí misma y revisar los valores más íntimos, las prioridades que cada uno se va forjando a lo largo de los años y con los cuales se guiará en el siguiente periodo de su vida (Villaluenga 2001).

2.3 CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Los cambios psicológicos durante este periodo son intensos; Deutsch, Fleming, Ruble, Brooks-Gun, & Stangor (1988) mencionan que cuando ocurren cambios en periodos importantes de la vida como pueden ser la adolescencia o el embarazo, las personas deben examinar y modificar su autoconcepto; es durante el embarazo cuando la mujer crea su autoconcepto como madre. Aquellas que forman una mejor identidad de maternidad, son las que durante el embarazo se visualizan como madres y desarrollan sentimientos de competencia.

Macy y Falkner (1980) enumeran dos procesos de adaptación por los que debe pasar la mujer; El primero es la adaptación a la nueva vida que lleva dentro, que es algo que forma parte de ella y que sin embargo está separado de ella. El segundo es el cambio que ocurre de no madre a madre. Este cambio implica también un cambio en

sus relaciones con su esposo, su madre, padre y el resto de la sociedad. El embarazo es una época en la que la personalidad es examinada. Es durante el curso de estos cambios cuando la futura madre ensaya el nacimiento venidero y se comienza a preguntar ¿cómo le haré?

Este proceso la puede llevar a tener una serie de sentimientos encontrados causados por los cambios físicos, hormonales y a la alteración de la imagen corporal, ante la cual puede surgir la incertidumbre de no poder volver a recuperar la imagen física previa. También pueden aparecer sentimientos de inseguridad sobre la salud del feto y a no ser una madre lo suficientemente buena. La mayoría de las mujeres y de los hombres se enfrentan ante dos puntos de vista contradictorios: los niños significan una satisfacción existencial, pero también restricción de la libertad. (Leal 1999; Wikman, Jacobsson, & Schoultz 1993) En un estudio, Finnbogadottir, Crang & Persson (2003) encontraron que las futuras madres y padres que van a tener su primer hijo reportan sentirse fuera de la realidad, insuficientes, y que enfrentarán una serie de cambios y responsabilidades. Por esta razón plantean que es importante estar al tanto de aquellas madres y padres que necesiten un mayor soporte, ya que el embarazo en sí implica un cambio muy fuerte.

También la relación de pareja cambia, se debe preparar el camino para admitir a un nuevo miembro. La pareja deja de serlo para ahora formar una familia; lo que implica una modificación de funciones y obligaciones. El futuro padre puede tomar una postura sobreprotectora, tratándola como enferma o puede no aceptar hacerse cargo de los cambios que implica tener un hijo en su vida social y familiar. En estos casos, el padre puede sentirse enojado con su mujer y desplazar su agresividad hacia ella. Es por eso que el ajuste en este periodo parece estar influenciado por la calidad de la relación de pareja, especialmente para las mujeres (Leal 1999; Matthey et al. 2000)

Otro aspecto importante a recordar es que el padre también experimenta un proceso de transición a la paternidad y debe adaptarse al embarazo, al futuro papel maternal de su mujer y a su propio papel paterno, lo que implica también una tarea

psicosocial. Dependiendo de la manera en que resuelva este proceso será un apoyo para su pareja o un obstáculo en este periodo. (Salvatierra 1989)

El embarazo como crisis

Algunos autores consideran el embarazo como un periodo de crisis. Ya que se considera como un periodo de desequilibrio fisiológico y psicológico, que induce el crecimiento y maduración de la mujer (al cumplir con la tarea de desarrollo psicosocial correspondiente). La experiencia del embarazo hace aflorar los conflictos de la infancia y la pubertad, especialmente los relacionados con la madre. La gestante debe admitir rechazar o modificar el modelo materno, y debe hacerlo en un tiempo relativamente corto. <<en este periodo, se altera la conducta; es un periodo de desequilibrio comparado con el estado normal de la mujer, del esposo, los otros hijos y de la familia. Es un periodo donde los problemas que se presentan no pueden solucionarse con los mecanismos acostumbrados Sin embargo, 40 semanas es un periodo muy largo para una crisis, por lo que se logra un sentimiento de equilibrio. Se le encuentra un parecido a los periodos de adolescencia y climaterio porque existen diferencias en los patrones conductuales antes y después de estos periodos (Caplan 1974; Salvatierra 1989)

Según Caplan (1974), en una crisis ocurren dos acontecimientos, el primero es que los viejos problemas regresan, llegan nuevos y hay una posibilidad de nuevas soluciones en una dirección más sana o más enferma y una persona en crisis, debido al desequilibrio emocional por el que está pasando cambia su manera de relacionarse con las personas que están a su alrededor.

El embarazo como factor estresante

El embarazo en sí también se considera como un factor estresante para la mujer. Para que un acontecimiento sea estresante debe percibirse como ambiguo e inminente y la gestación anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos que suceden a lo largo de la misma hasta terminar en el parto. El estrés del embarazo se debe en gran parte al parto, pero hay otros sucesos que son predecibles pero no se sabe si pasarán como las

náuseas, vértigo, cambio de apetito, etc. Para algunas mujeres el acudir a los servicios de salud, las exploraciones y las pruebas puede aumentar su tensión, sobretodo en mujeres que trabajan o tienen más hijos. Pero principalmente la causa del estrés en el embarazo es por su doble aspecto como desafío y amenaza, ya que implica una tarea de desarrollo psicosocial en la que se deben desarrollar tareas más difíciles, comprometidas y exigentes. Pero simultáneamente hay sobrecargas físicas y una concreta amenaza de daño, incluso de muerte y con seguridad de dolor. La mujer está consciente de ello y experimenta preocupación y miedo. Existen tres periodos de estrés incrementado durante el embarazo: el primero es cuando se confirma el diagnóstico de embarazo, el segundo es cuando se perciben los movimientos fetales y la tercera es la percepción inminente del parto (Salvatierra 1989).

Videla (1997) enumera algunos temores que son muy frecuentes durante el embarazo: temor a perder el atractivo físico, a tener un hijo anormal (sobretodo las primerizas), a no tener leche, a morir en el parto, a la muerte del hijo, sufrir mucho dolor en el parto, a no desempeñar bien el rol de madre y a no poder separarse del bebé después del parto. Por otra parte, Cabildo (2002) realizó una encuesta en centros de salud de México y encontró que los temores más frecuentes de las embarazadas eran no lograr satisfacer sexualmente a sus esposos (por temor a una infidelidad), sufrimiento en el parto, la posibilidad de morir en el parto, procrear un hijo anormal y sienten mucha angustia porque el nuevo hijo agravará más su situación económica.

El estado civil de la mujer también puede implicar cierto nivel de estrés durante el embarazo afectando de esta manera la salud del bebé. Zhong – Cheng, Russell & Kramer (2004) realizaron una comparación entre el bajo peso al nacer, mortalidad postneonatal, bebés prematuros y el estado civil. Pudieron observar que los bebés que presentan con mayor frecuencia estas situaciones son los hijos de madres solteras, un poco menos los hijos de parejas que viven en unión libre y los que sufren menos son los hijos que nacen en un matrimonio. El embarazo puede ser un periodo de ajuste o desajuste. Aquellas mujeres que mejor se han adaptado al hecho de estar embarazadas son aquellas cuya valoración de sí mismas y del prójimo está más diferenciada, es más abierta, no aspira a ser la madre perfecta, que quizá intuyeron tampoco fue su propia

madre, pero que son capaces de evocar una imagen materna con la que ellas se sienten identificadas y no se ven como pasivas, como el estereotipo cultural de la feminidad (MacFarlane 1977).

DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

2.5 Prevalencia de la depresión en el embarazo.

Diversos estudios han demostrado que el embarazo no es un periodo que protege a la mujer de sufrir algún desorden psiquiátrico indicando que el embarazo no es menos estresante que cualquier otro evento de la vida. Los trastornos más frecuentes en el embarazo son los del estado de ánimo y los de ansiedad (Smith et al. 2004; Kitamura, Shima, Sugawuara & Toda.1996).

Como ya se mencionó anteriormente existen dos formas de clasificar la depresión: por categorías y por dimensiones. Existe un número considerable de estudios sobre la prevalencia de la depresión en el embarazo; sin embargo es importante identificar a través de que categoría se determinó esta prevalencia, ya que los porcentajes pueden variar mucho. En el caso de la clasificación por categorías, O'Hara (1986) encontró un porcentaje de 9% de mujeres embarazadas con depresión mayor. Felice, Saliba, Grech & Cox (2004) encontraron un porcentaje de 15.5%. Watson, Elliott, Rugg & Brough (1984) reportan un 6% de mujeres con depresión en el embarazo. Mientras que Smith et al. (2004) reportaron en mujeres hispanas un 6% con depresión mayor y un 14% con depresión menor.

Por otra parte, en los estudios realizados utilizando la clasificación por dimensiones, se observan porcentajes más altos. Matthey et al. (2000) reportan un 12.4% de mujeres con sintomatología significativa. Leathers & Kelley (2000) utilizaron el CES-D y encontraron un 30.6% de sintomatología depresiva en mujeres

embarazadas, Marcus Flynn, Blow, Barry, (2003) reportaron en el CES-D un porcentaje de 20.4% con sintomatología significativa.

Los estudios que se han realizado con mujeres latinas se puede mencionar a Zayas, Cunningham, Mckee & Jankowski (2002) que encontraron un porcentaje de 51% de sintomatología depresiva en mujeres afroamericanas y latinas. Da Silva et al. (1998) reportó en Brasil un porcentaje de 37.9% de sintomatología depresiva. En Colombia, Canaval. González, Martínez-Schallmoser, Tovat & Valencia (2000) utilizaron el CES-D y encontraron 42% de mujeres con síntomas depresivos. En México, Ortega, Lartigue & Figueroa (2001) reportaron un 21.7% de mujeres embarazadas con sintomatología depresiva significativa y Lara et al. (2006) encontraron en una muestra de la Ciudad de México un porcentaje de 30.7% de mujeres con sintomatología depresiva significativa utilizando el CES-D.

La detección temprana de la depresión en el embarazo se complica porque varios síntomas de la depresión como cambio en el apetito, cambio en el nivel de energía y en el patrón de sueño también ocurren en mujeres embarazadas no deprimidas Sin embargo, en la depresión, todos estos síntomas somáticos van acompañados de los síntomas afectivos y cognitivos que se presentan de forma persistente (Smith et al. 2004). Por esta razón es importante que la mujer embarazada conozca los síntomas normales del embarazo, ya que el desconocimiento contribuye al desarrollo de temores y angustias en este periodo (González-Forteza, Romero, Morales & Gutierrez 1993).

2.6 Consecuencias de la depresión en el embarazo

Como ya se mencionó anteriormente, uno de los síntomas de la depresión es la disminución del apetito; y durante el embarazo una buena alimentación es fundamental para el desarrollo del feto. Una madre que no se alimenta bien no gana el peso suficiente para que el feto crezca lo suficiente, lo que puede provocar un retardo en el crecimiento, además son bebés que nacen con bajo peso. (Austin 2003; Bennett,

Einarson A., Taddio, Koren & Einarson T 2004; Felice et al. 2004; MacQueen y Chokka 2004).

Existe una asociación entre estrés de la madre y una malformación craneal. Además el riesgo de abuso de sustancias, consumo de tabaco y automedicación es mayor en mujeres deprimidas y no hay que dejar de considerar la baja adherencia a las clínicas, para recibir atención prenatal que éstas mujeres presentan (Austin 2004; Bennett et al. 2004; Felice et al.2004; Kitamura et al. 1996; MacQueen et al. 2004).

La depresión posparto, es otro riesgo que se corre si la depresión durante el embarazo no se atiende (Austin 2003; Kumar y Mordecai 1984; Moses-Kolko et al. 2004). También se ha reportado la ideación o intento suicida en el embarazo en mujeres deprimidas. Aunque se considera que el embarazo es un periodo protector contra el suicidio, se ha encontrado que 3% ha presentado ideación o intento suicida

Otro aspecto que se ha observado es que los bebés de madres deprimidas durante el embarazo, presentan depresión como conducta (pobres expresiones de interés, llanto excesivo, pobre motricidad y excitabilidad), altos niveles de norepinefrina y bajos niveles de dopamina. Las alteraciones neuroconductuales que se presentan en los hijos de mujeres deprimidas durante el embarazo, tienen repercusiones en el desarrollo infantil (Bennett et al.2004).

2.7 Factores de riesgo

A continuación se mencionarán algunos factores de riesgo que se reportan con mayor frecuencia en la literatura.

- Nivel socioeconómico:

La adaptación al embarazo depende en gran medida del contexto social en el que el embarazo se desarrolle. Es por eso que los mayores índices de depresión en el embarazo ocurren en comunidades urbanas y pobres (Bernazzani, Saucier, David & Borgeat 1997; Maldonado-Durán y Feintuch 2001; Moses-Kolko et al.2004).

- **Edad:**

Autores como Lartigue, Vives, Córdova (1995), Villanueva, Pérez, Fernando (2000), Aldana y Atkin (1984) han encontrado que las adolescentes embarazadas presentan mayor sintomatología depresiva que las mujeres adultas embarazadas. Esto se debe a que las adolescentes pasan al mismo tiempo por dos crisis del desarrollo: la adolescencia y la del embarazo. La adolescente embarazada tiende a la autodevaluación, escasa confianza en sí misma, con una idea vaga de su esquema corporal, sensaciones de fracaso personal e impotencia. Es durante estos momentos cuando el apoyo de su familia y de la pareja es fundamental para que no se presente la depresión.

- **Experiencias en la infancia:**

Las pérdidas y el maltrato físico experimentados en la infancia predisponen a una persona para que presente depresión en la vida adulta (Austin 2003; Bernnazani et al. 1997).

- **Eventos estresantes**

Eventos de vida estresantes experimentados al menos 12 meses antes del embarazo son otro factor de riesgo que ha sido reportado por diversos autores como Bernazzani et al.(1997) y Zayas et al.(2002). Por su parte González-Forteza et al. (1990) mencionan que los eventos de vida que más afectan a las mujeres son reconciliación, divorcio, muerte de un amigo, cambio en la salud o en el comportamiento de un familiar, retiro de trabajo, problemas con parientes y cambio en la frecuencia de actividades recreativas.

- **Antecedentes de depresión:**

Muchos autores reportan que la probabilidad de que una mujer que ha sufrido un episodio depresivo en algún momento de su vida vuelva a presentarla

durante el embarazo se incrementa (Austin 2003; Bernazzani et al. 1997; MacQueen et al.2004).

- **Abortos anteriores**

Las mujeres que han experimentado un aborto con anterioridad son más propensas a deprimirse en el siguiente embarazo y reportan una pobre satisfacción en su relación de pareja (Kitamura et al. 1996)

- **Embarazos subsecuentes:**

Las opiniones respecto a si el primer embarazo tiene un efecto deteriorante en la salud mental de las mujeres debido a que se pueden sentir temerosas y ansiosas al vivir esta situación por primera vez, ha sido documentada anteriormente por Kitamura et al.(1996) y Kumar et al.(1984). Sin embargo también se ha reportado que las mujeres con enfermedades mentales más severas son las que tienen hijos y en el caso de depresión posparto se ha encontrado relacionado con el número de hijos (Díaz-Caneja y Johnson 2004; Faisai-Cury, Tedesco, Kanhles, Meneze, Zugalb 2004

Una sobrecarga de trabajo en el hogar y no contar con apoyo, resulta ser un factor importante en la presencia de depresión en el embarazo. Ante esta situación y las implicaciones que tiene una madre deprimida que además de estar embarazada debe atender hijos pequeños, existe la propuesta de un cuidado internatal en donde se atiende a la mujer desde el nacimiento de su primer hijo al nacimiento del siguiente hijo (Kazí et al.2006; Lu et al. 2006).

Apoyo social

Las mujeres embarazadas deprimidas sienten que sus confidentes no les brindan el apoyo que ellas realmente necesitan. Sin embargo, de todas las posibles fuentes de apoyo, la proveniente del esposo o cohabitante es la que ha recibido especial atención (Kitamura et al. 1996; O'Hara 1986).

- Relación de pareja:

Las mujeres solteras embarazadas son las que están en mayor riesgo de presentar depresión. Felice et al. (2004) encontraron en Malta, que las mujeres solteras embarazadas presentaban una mayor sintomatología depresiva en los primeros meses de embarazo, estos resultados los atribuyeron a que Malta es una comunidad católica muy cohesiva. Pero MacQueen et al. (2004) en Estados Unidos, Austin (2003) en Australia y Millán yévenez, Bahamonde (1990) en Chile también mencionan que el ser soltera es un factor de riesgo durante el embarazo para que se presente la depresión. Sin embargo, no solo las mujeres solteras están en riesgo de presentar depresión; también aquellas que tienen un esposo o compañero que no les da apoyo emocional o que no están con ellas la mayor parte del tiempo pueden presentar depresión en este periodo (Maldonado-Durán et al. 2001).

Por esta razón es importante que la mujer embarazada se encuentre en un ambiente que le permita ajustarse a todos los cambios (físicos, sociales y psicológicos) que está experimentando en donde el apoyo que reciba de su pareja sea satisfactorio para ella y no un obstáculo en el proceso que vive de identificarse con la madre que ella desea ser.

CAPITULO 3

RELACION DE PAREJA

El término pareja se refiere a cualquier unión de dos personas que se forma para satisfacer necesidades mutuas y que persiste por un tiempo medido. Las parejas pueden ser de larga o corta duración, de superficial o profunda intensidad, por mandato o por libre acuerdo, de soporte y apoyo o destructivas, placenteras o agonizantes. En nuestra época la pareja se considera una unión voluntaria entre dos personas que se ven vinculadas por lazos afectivos, y en la gran mayoría de los casos también legales. Es una de las relaciones más intensas y prolongadas de cuantas suele establecer voluntariamente un individuo con otras personas a lo largo de su vida (Bicas 2003; Cáseres 2000).

Según Carl Rogers (1973) existe una constante de permanencia y enriquecimiento en las parejas duraderas a la que él llamó dedicación; la cual define de esta manera: “Nos comprometemos a trabajar juntos en el proceso cambiante de nuestra relación, porque ésta enriquece, actualmente, nuestro amor y nuestra vida, y deseamos verla desarrollarse”.

3.1 TEORÍAS SOBRE EL CURSO DE LA RELACION DE PAREJA

Existen diferentes enfoques a través de los cuales se puede analizar el curso de la relación de pareja; de los cuales, Yela (2000) enumera los siguientes:

1. Teoría de los Filtros (Keckoff y Davis, 1952); una relación amorosa se conforma a través de una serie de factores que actúan a modo de filtros que van seleccionando a la pareja, entre los que destacan cronológicamente; la proximidad, la homogeneidad

(semejanza de características sociodemográficas), la similaridad (semejanza de características personales como actitudes, valores, etc.), y la complementareidad.

2. Teoría de la interdependencia (Levinger y Snack 1972 y Levinger 1974): una relación va pasando por diferentes fases en las que se va desarrollando una interdependencia progresiva entre ambos miembros: conciencia (en donde lo principal es la proximidad), contacto (factores principales: atractivo físico y habilidades sociales.), reciprocidad (factores principales autorevelaciones y semejanza) e institucionalización (reconocimiento social). Sin embargo esta teoría no va más allá del matrimonio.
3. Teoría de la penetración social (Altman 1974): el desarrollo de una pareja radica en el continuo crecimiento de la amplitud y profundidad de la intimidad de la pareja, fundamentalmente mediante las paulatinas autorevelaciones recíprocas verbales y no verbales (lo que en lenguaje coloquial se conoce como abrirse a la otra persona).
4. Teoría estímulo-valor –rol (Munstein 1977) diferencia tres fases: la primera (estímulo) donde prevalece la importancia de las características externas (como el atractivo físico); la segunda es valor, donde lo principal es el consenso de las actitudes y valores de ambos miembros de la pareja; y la tercera es rol. En donde se requiere la compatibilidad de roles y funciones a desempeñar entre ambos.
5. Teoría triangular (Sternberg 1986) el curso de una relación amorosa varía en función de la fluctuación de sus tres componentes principales (intimidad, pasión y compromiso).
6. Teoría tetragonal (Yela 1997) el curso de una relación amorosa varía en función de la intensidad de sus cuatro factores principales (pasión romántica, pasión erótica, intimidad y compromiso), distinguiendo tres etapas principales: enamoramiento, amor romántico y amor compañero.

3.2 EL CICLO VITAL DE LA PAREJA

Para comprender los cambios por los que una pareja va atravesando a lo largo del tiempo, diversos autores han propuesto dividir por etapas lo que ellos han llamado el ciclo vital de la pareja. Este ciclo se desarrolla a través de las vivencias y evoluciones compartidas por las que la pareja nace y se desarrolla. Así, de la misma forma en que un individuo pasa por crisis a lo largo de su vida, la familia pasa por una serie de etapas que debilitan o fortalecen su relación (Bicas 2003).

Uno de los primeros autores que propusieron un ciclo vital de la pareja, fue Dubai. El ciclo que propone consta de ocho fases que se basan en las principales obligaciones a que la pareja debe hacer frente, en donde el nacimiento y desarrollo de los hijos marca en gran parte las tareas y los cambios que enfrenta la pareja (Dominian 1996).

1. **Parejas casadas (sin hijos):** en esta etapa se desarrolla una vida mutuamente satisfactoria, ajuste a la posibilidad de ser padres y al embarazo y adaptación a la nueva red de parientes políticos.
2. **Parejas en periodo de crianza:** la pareja tiene hijos y se dedica a estimular su desarrollo y a establecer un hogar satisfactorio.
3. **Familia con hijos en edad preescolar:** ocurre la adaptación a las necesidades e intereses de los hijos para estimular y favorecer su desarrollo. Además la pareja debe manejar en forma eficiente la disminución y eventual falta de intimidad en la pareja.
4. **Familia con hijos en edad escolar:** ocurre el ajuste a la comunidad de familias con hijos escolares y se estimulan los logros de los hijos.

5. **Familias con hijos en la adolescencia:** se debe alcanzar un balance entre libertad y responsabilidad y el establecimiento por parte de la pareja de cuidados postparentales.
6. **Familias con hijos que se han independizado o están próximos a hacerlo:** se debe liberar a los jóvenes adultos de la dependencia parental con medios adecuados y mantener al hogar como una base de soporte.
7. **Padres de edad mediana** (nido vacío): se reafirma la relación de pareja y se mantienen las relaciones familiares antiguas y recientes.
8. **Familia en la vejez** (hasta la muerte de ambos): afrontamiento de las pérdidas y el hecho de vivir solos, cierre del hogar y adaptación a vivir el retiro y la vejez.

Taylor y Taylor proponen un ciclo vital de la pareja, en donde consideran a la pareja como una entidad diferente al de la familia o al individuo y es distinto a las etapas de vida individual de cada cónyuge (Bicas 2003).

1. **Compromiso:** comienza cuando se establece el pacto inicial para funcionar como pareja, lo cual implica desde una cita para salir, la decisión de vivir juntos, compartir un departamento, hasta el establecimiento de un compromiso matrimonial. Durante esta etapa la pareja establece los contratos en los que se basa su interés; ya sean sus expectativas, conveniencias de trabajo y beneficios mutuos. Es una etapa estable y satisfactoria que se puede llamar de Luna de Miel.
2. **Adaptación / acuerdo:** surgen las diferencias entre la pareja y con éstas el estrés. El idealismo del principio desaparece dejando lugar a la adaptación a nuevas necesidades, tensiones y enojos. Hay un debilitamiento en la estabilidad y un surgimiento de la necesidad de hacer concesiones con el fin de mantener la relación de acuerdo con el contrato establecido.

- 3. Valoración:** la relación es juzgada y evaluada; para este momento la mayoría de los tratos, demandas y hábitos tensionantes han aflorado. Esta etapa puede coincidir con momentos personales especialmente conflictivos y críticos, el paso de la adolescencia a la madurez o la crisis de la edad adulta. A raíz de esto surgen necesidades nuevas que probablemente no coincidan más con la relación de pareja existente.

- 4. Recompromiso o terminación:** si la pareja sobrevive a la etapa de valoración y la decisión es mantener el compromiso inicial, se prosigue a la etapa de recompromiso o reencuentro. Esta es la etapa más estable del ciclo vital de la pareja, caracterizada por un compromiso similar al de la etapa 1; sumando el fuerte ímpetu de continuidad. La pareja ha atravesado una reacomodación personal que le permite aceptar al otro con sus virtudes y conflictos, dejando los juicios a un lado y descubriendo que las necesidades de ambos se encuentran y complementan.

En el caso de que la pareja no haya pasado a la última etapa se separarán, rompiéndose en ese momento el ciclo de ésta pareja; llegando a la terminación de la relación por medio de una separación o divorcio. El paso por cada una de las etapas será más rápido o lento dependiendo del tipo de relación; una pareja que está saliendo y conociéndose habrá recorrido todo el ciclo en el momento en que deciden casarse; es en este momento cuando vuelven a iniciar el ciclo. Por otro lado, un matrimonio tradicional tardará años en completar el ciclo.

El ciclo vital completo tiene como característica la permanente incorporación a la cotidianidad, lo cual a su vez, lleva a reformular un nuevo proyecto. Durante este proceso pueden surgir crisis de ansiedad, emociones depresivas y dificultades consecuentes a la realización del proyecto, ya que al perder la representación de un futuro que se incorporó a lo cotidiano se presenta el riesgo de la inmovilización. Es entonces cuando debe surgir el deseo de crear un nuevo proyecto, que evite una crisis mayor (Pugel y Berestein 1988).

3.3 SATISFACCIÓN

La satisfacción ha sido estudiada bajo diferentes rubros como son el ajuste, la felicidad, la integración, la predilección y estabilidad. Hicks y Platt (en Sánchez Aragón 1995) definen la satisfacción como una evaluación global y subjetiva que un sujeto hace de su pareja y su relación. Locke y Wallace (en Díaz-Loving 1999) definen el ajuste marital como la acomodación del cónyuge, lo cual sugiere un proceso de diada más que una actitud individual. Por otra parte Spanier (1980) menciona que el ajuste es multidimensional, y está determinado por el grado de diferencias en la relación, tensiones, ansiedad personal, satisfacción marital, cohesión y consenso en aspectos importantes para el funcionamiento de la pareja.

- Factores que influyen en la satisfacción

-

Según Yela (2000) los factores que incrementan la satisfacción amorosa, son los mismos que contribuyen al mantenimiento de la relación amorosa. Él los divide en factores interpersonales e intrapersonales.

Factores interpersonales:

Aquí incluye a *la familia*; que constituye uno de los agentes de reconocimiento social de la relación, así como una barrera para la ruptura de la misma. también se incluyen *las redes de apoyo social*, que al afrontar la pareja un problema, el grupo de pares y de referencia, suponen un elemento clave en las relaciones amorosas. Esto se debe a la gran influencia que ejerce la opinión grupal sobre la modificación y distorsión de nuestros juicios y percepciones para validar actitudes y conductas amorosas (Yela 2000).

Factores intrapersonales

Existe una gran cantidad de estudios en este tema debido al alto índice de divorcios y al interés por conocer qué factores son los que influyen para que una pareja permanezca junta y feliz. Los factores determinantes más significativos fueron la frecuencia de la interacción en actividades comunes con el cónyuge, la inversión material y no material en la relación, estilo y contenido de la comunicación, ausencia de conflictos negativos, estructura de igualdad de poder, la confianza y un mutuo dar y recibir de recursos emocionales y materiales (Bicas 2003; Dominan 1996)..

Se pueden enumerar ocho dimensiones diádicas que aunadas a una buena comunicación, toda pareja con una relación satisfactoria tiene: amistad, valores interpersonales similares, sincronidad en el tiempo de maduración de ambos miembros, balance entre el involucramiento en la relación y tiempo para ella o él mismo, autoconciencia, satisfacción sexual, influencia de la familia y salud física o mental. Siendo el elemento principal la comunicación verbal y no verbal. La capacidad de escuchar al otro y de resolver juntos problemas es la base principal para una relación satisfactoria. Además de alcanzar la comprensión mutua, es la forma principal de expresión de lo que sienten el uno por el otro (Dominian 1996; Strackbein 2001).

La profundidad del intercambio, relacionada con la intimidad, se desarrolla a medida que la relación continúa y tiene un papel vital. Las dificultades en la comunicación se pueden minimizar, si los miembros de la pareja son capaces de hablar claro y ser lo bastante sinceros el uno con el otro como para neutralizar su ansiedad respectiva. Las necesidades de comunicación cambian a lo largo del ciclo vital de una relación. En un principio, las confidencias son muy abundantes y después se tiende a un equilibrio entre la necesidad de seguridad y la de intimidad. Punyanunt-Carter (2004) realizó una comparación del tipo de comunicación que tienen parejas casadas y parejas que están saliendo, encontrando que las parejas casadas tienen una comunicación que brinda un mayor soporte afectivo. Por otra parte, Nina Estrella (1985) encontró que en las parejas mexicanas la comunicación de sentimientos,

emociones, gustos y necesidades, al igual que intercambiar ideas sobre el matrimonio en general es muy importante y tiene una alta relación con la satisfacción en el matrimonio.

Otro de los factores intrapersonales más importantes es la similaridad en gustos, opiniones, intereses, valores, metas, expectativas amorosas, en el grado de compromiso, estilo amoroso manifestado, grado de intimidad y la importancia personal concedida al amor dentro de sus vidas (Yela 2000). También la similaridad

cambia a lo largo del tiempo; cuanto más joven sea el individuo cuando se casa, es más probable que se modifique en gran medida sus creencias y valores en los años siguientes, de forma que acaban por ser irreconocibles para su pareja (Dominan 1996)

La cantidad de tiempo que los esposos pasan juntos es crucial para la felicidad marital. Compartir las experiencias del tiempo libre, es un reflejo de que en la pareja se dan interacciones que les compensan; y es algo que contribuye a unir a los esposos y a aumentar la felicidad del matrimonio. Cuanto mayor es el compañerismo y más las actividades compartidas, más plena es la felicidad del matrimonio (Dominian 1996; Yela 2000),

El diario convivir de la pareja a largo plazo es lo que le da estabilidad a la relación. Es donde se pueden contemplar situaciones como no descuidar a la pareja alimentándola, enfrentar y resolver los problemas e incógnitas que se presentan por la rutina, la llegada de los hijos, el sustento económico y emocional de la familia, etc. La interacción de la pareja debe tener sentido; no basta que los dos estén presentes, sino que requiere que esta presencia mutua sea vivida con placer. Pueden estar juntos sin hablar, pero cada uno tiene que conectar con el mundo interior del otro (Díaz-Loving 1999).

Hay más mujeres que maridos que expresan frustración e insatisfacción en su matrimonio. Las mujeres hablan más de sentimientos negativos, problemas en el matrimonio, que su matrimonio es desgraciado; más mujeres que maridos han

considerado la separación o el divorcio y se han arrepentido de haberse casado, y por lo tanto son menos las mujeres que hablan de compañerismo positivo. Sin embargo, las mujeres están más satisfechas con la convivencia recreativa y en las relaciones sexuales contrario a los hombres que parecen más insatisfechos en éstos dos aspectos (Dominian 1996; Greeff 2000).

3.4 INTIMIDAD

La intimidad se refiere a los sentimientos de unión, cercanía y vinculación en las relaciones de amor. Incluye aquellos sentimientos que aparecen ante la sensación de calidez, deseo de promover el bienestar de la persona amada, felicidad vivida con ésta, alto respeto por el otro, tener íntima comunicación y valorar la vida del otro (Sternberg citado por Sánchez 1995). Según Rage (1996) la intimidad se refiere a aquellos sentimientos, dentro de una relación, que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión. Es un fundamento del amor que se desarrolla lentamente y es difícil de lograr e incluso puede volverse más amenazante que la propia destructividad.

Rage (1996) incluye al menos diez elementos que componen la intimidad:

1. El deseo de promover el bienestar de la persona amada. El amante busca a su pareja y procura promover su bienestar.
2. Sentimiento de felicidad junto a la persona amada. El amante disfruta estando junto a su pareja; construyendo así un cúmulo de recuerdos con los que pueden contar en tiempos difíciles.
3. Gran respeto por el ser amado. El amante estima y respeta a su pareja, es capaz de reconocer sus defectos, pero no disminuye la alta estima que le tiene.
4. Capacidad de contar con la persona amada en momentos de necesidad. En tiempos difíciles el amante puede recurrir a su pareja y esperar que ésta acuda.
5. Entendimiento con la persona amada. Los amantes conocen sus puntos débiles y fuertes y de qué manera responder al otro de un modo que demuestre genuina comprensión de sus estados emocionales.

6. Entrega de uno mismo y de sus posesiones a la persona amada. Los amantes comparten sus posesiones cuando surge la necesidad y también se comparten ellos mismos.
7. Recepción de apoyo emocional por parte de la persona amada. El amante se siente apoyado y hasta renovado por la persona amada.
8. Entrega de apoyo emocional a la persona amada. El amante apoya a la persona amada empatizando y apoyándola.
9. Comunicación íntima con la persona amada. El amante es capaz de comunicarse profunda y honestamente con la persona amada, compartiendo los sentimientos más íntimos.
10. Valoración de la persona amada. El amante siente la gran importancia de su pareja, en el esquema de su vida.

El nivel de confidencias no siempre es el mismo; en periodos de crisis, la revelación de sentimientos íntimos es más pronunciada, en la medida en que la pareja comparte dolor y ansiedad. Las razones por las que las personas se alejan de las relaciones íntimas son miedo de cometer errores delante de otro, miedo al abandono, miedo a experimentar ataques de enojo, miedo a la pérdida de control, miedo a los impulsos autodestructivos si el individuo desencadena sus propios sentimientos y miedo de perder la individualidad (Dominan 1996; Sánchez-Aragón 1995).

3.5 EL CONFLICTO EN LA RELACIÓN DE PAREJA

Los problemas que se presentan en la relación de pareja, por lo general, se experimentan como fallos o errores del objetivo esencial de la relación; sin embargo son parte de la relación en el sentido de que en una mayor o menor medida una relación íntima e intensa pasa por momentos de conflicto. Existen diferencias en la forma de discutir de las parejas, según el grado de satisfacción que existe en su relación; las parejas más felices se pelean poco, ceden fácilmente, consiguen ponerse de acuerdo y abordan los problemas para solucionarlos antes de que se les escape de las manos. Mientras que las parejas menos satisfechas se pelean muy a menudo, incorporan quejas

al tema de discusión, se culpan mutuamente y no son capaces de llegar a un acuerdo que les satisfaga a los dos. Las causas del conflicto pueden ser muy variadas: el dinero, las actividades conjuntas, diferencia de intereses, diferencia en valores fundamentales, diferencias en el estilo amoroso, falta de apoyo emocional, etc. (Cáseres 2000; Dominian 1996).

Retzinger (en Dominian 1996) propone una teoría para explicar el conflicto en una pareja. Ella menciona que el núcleo del conflicto es una amenaza al vínculo socioemocional de la pareja. En el fondo del conflicto existe un sentimiento de vergüenza, que ella lo entiende como aquellos sentimientos de inseguridad, tensión, disgusto con ella misma, inutilidad, inadecuación, sentirse poca cosa, tonta, rara, loca, impotente o débil. Cuando ocurre un periodo de ascenso en el conflicto, las críticas denigrantes, el desprecio, el desagrado, la culpa y la humillación que los miembros de la pareja lanzan el uno sobre el otro, representan una amenaza para el vínculo de apego que hay entre ellos. Para detener este periodo de conflicto es necesario reconocer los sentimientos de vergüenza (inseguridad) y restituir el vínculo dañado. Si una persona no acepta la vergüenza y culpa que siente, entonces la proyecta sobre la otra, en un círculo vicioso sin fin.

En el momento en que una pelea surge, lo que están tratando de proteger los miembros de la pareja es la relación misma (el respeto, amor, etc). La rabia que surge cuando se presenta una pelea es el resultado de la percepción de que el cónyuge no se lo está tomando en serio. Según Retzinger (en Dominian 1996), lo que un cónyuge quiere decir con su ira es “ya no me quieres, si me quisieras prestarías atención a mis quejas”. El vínculo puede restituirse cuantas veces sea necesario, reconociendo el sentimiento interno de vergüenza. Aceptarlo no es fácil, resulta más fácil hablar de culpabilidad y; en caso de que la pareja se obsesione con la justicia de su caso, si el conflicto persiste, puede ser la antesala de la separación.

3.6 RELACIÓN DE PAREJA Y LA LLEGADA DE LOS HIJOS

La llegada de los hijos constituye uno de los acontecimientos más importantes que enfrenta una pareja, es involucrarse con alguien y asumir ser madre o padre por el resto de la vida. La transición a la paternidad es más difícil de lo que tradicionalmente se piensa, mientras las parejas pueden pensar que los va a unir más; diversos autores han reportado una pauta curvilínea en el nivel de satisfacción de la pareja a lo largo de su ciclo vital. La satisfacción comienza a descender cuando llegan los hijos, permanece baja cuando son adolescentes y comienza a subir cuando éstos dejan el hogar paterno. Este cambio se debe a que la presencia de hijos dependientes de los padres en casa dificulta la distribución de tiempo, energía y economía de los padres. (Elsner, Montero, Reyes, Zeger 2001; Hoge 2002; Spanier 1980).

Con la llegada de los hijos la relación de pareja cambia drásticamente, especialmente en las parejas primerizas. Se dedica menos tiempo a la pareja y la maternidad o paternidad se vuelve una prioridad. Durante la mayor parte del tiempo la relación esposo – esposa se vuelve secundaria, varias parejas expresan una disminución de tiempo para conversar acerca de ellos mismos y de su relación. Sin una comunicación adecuada y si no se esfuerzan por mantener una relación amorosa, la pareja corre el riesgo de convertirse en extraños familiares. La crisis en el matrimonio se resuelve cuando la pareja afronta el problema y ajusta sus rutinas para establecer la intimidad (Ehrlich 1989; Knauth 2001).

Hackel y Ruble (1992) realizaron un estudio en el que compararon el nivel de satisfacción en parejas sin hijos, embarazadas y en el posparto. Las parejas embarazadas, experimentaban un incremento en la satisfacción comparándolo con el periodo antes del embarazo. En el posparto, la satisfacción disminuía, incluso más que antes del embarazo. Respecto a cómo evaluaron sus relaciones durante estos tres periodos se pudo observar que de las parejas sin hijos, el 85% la calificaron como una de las tres formas más importantes, en el embarazo disminuyó al 50% y en el posparto

al 33%. Concluyen que el proceso de transición a la paternidad es un momento de cambio y no simplemente un periodo en el que se regresa a la línea base.

En este sentido Belsky, Lang, Rovine (1985) pudieron observar que las mujeres son las que presentan los cambios más drásticos durante éste proceso, menciona que no todas las parejas presentan esta disminución en su satisfacción matrimonial y que las mujeres que tienen expectativas muy optimistas con respecto a la relación de pareja después del parto, tenderán a disminuir drásticamente su nivel de satisfacción. También pudo observar que las áreas donde se presentaron mayores cambios durante este proceso fueron compañerismo y romance. Otros autores como Shapiro, Gottman, Carrere (2000) mencionan que los cambios en la satisfacción en la relación de pareja se pueden ver reflejados hasta que el primer bebé cumple un año, ya que la alegría por la llegada del bebé acapara la atención de la pareja y hasta que cumple un año pueden prestar atención a lo que ocurre entre ellos.

Una razón por la que el nivel de satisfacción decrece después del parto es que las mujeres esperan que la división del trabajo cuando nazca su bebé sea equitativa. Así que si las expectativas no se cumplen en el posparto, se sentirán decepcionadas. Por lo que las mujeres con orientaciones menos tradicionales de roles de género experimentan estos cambios de forma negativa (Belsky et al.1986; Ruble 1988),

La comunicación de las preocupaciones, alegrías y ansiedades con el cónyuge, el darse espacio mutuamente y permitir que el marido se comprometa en el embarazo, alivia las tensiones, crea confianza y permite un apoyo reciproco. A la vez que permite alcanzar una mayor identificación de pareja y así la relación puede adquirir una nueva dimensión (Elsner et al. 2001).

3.7 DEPRESIÓN Y RELACIÓN DE PAREJA

Como ya se mencionó anteriormente, la depresión consiste en un cambio de estado de ánimo, que tiende a la tristeza, a la infelicidad o a la pérdida de alegría. A la persona deprimida le resulta difícil prestar atención a su entorno, relacionarse con los demás y la comunicación se reduce porque la persona casi no expresa sus emociones. Una persona deprimida es más dependiente de la gente y busca soporte o apoyo en formas que alejan a otros. Todos estos factores, tienen un efecto adverso en el cónyuge de la persona deprimida que también sufre debido al abandono, a la negatividad, a la baja satisfacción de la poca actividad sexual (que es muy común), del poco aprecio y la indiferencia que percibe por parte de su cónyuge (Dominan 1996; Hammen y Brennan 2002).

Las conversaciones de estas parejas tienen mayor conflicto, tensiones y comentarios negativos, con un alto nivel de alteración, de explosiones emocionales negativas y un mayor número de interrupciones que las parejas en las que ninguno de sus miembros está deprimido. Tienden a no acercarse físicamente a diferencia de las parejas no deprimidas. En los casos en que la esposa está deprimida es común observar comportamientos depresivos cuando se debe resolver un problema a diferencia de las parejas donde el esposo está deprimido o ninguno de los dos lo están (Dominan 1996; Schmaling y Jacobson 1990).

Cuando un miembro de la pareja está deprimido la satisfacción en la relación disminuirá, sin embargo, en las mujeres disminuye más; además se ha observado que las mujeres que tienden a evadir la intimidad en una relación por miedo a ser rechazadas, también presentan síntomas depresivos (Fritsch et al..2005; Reis y Grenyer 2004).

Se ha observado que las relaciones de pareja, relaciones con amigos, hijos y familia extensa de las mujeres deprimidas son disfuncionales. Estas mujeres reportan eventos estresantes recientes con un fuerte contenido interpersonal. También ponen en

duda la autenticidad de sus relaciones; por lo que es muy común encontrar que son madres solteras, mientras que las mujeres menos deprimidas están casadas con el padre biológico de sus hijos. Las dificultades interpersonales pueden persistir y contribuir a la recurrencia de episodios depresivos; además pueden ser un mecanismo intergeneracional de transmisión de la depresión, de esta manera, se puede convertir una mala relación de pareja en un factor de riesgo para la depresión (Hammen et al. (2002; Schmalting et al.1990).

Los estudios que se han realizado en este tema han tomado varios rumbos. Algunos investigadores han mencionado que los matrimonios disfuncionales pueden ser la causa de la depresión, otros han hipotetizado que las personas depresivas se involucran en relaciones matrimoniales disfuncionales y otros han preferido guardar silencio en la secuencia de estos aspectos y han argumentado que un matrimonio funcional decrementa la probabilidad de que se presente depresión en un individuo vulnerable. Sin embargo un aspecto es claro, la depresión y la insatisfacción en el matrimonio se han encontrado repetidamente relacionados (Heene et al.2003). En el momento en que la relación de pareja está en proceso de transición a la paternidad en el cual se enfrentarán nuevos retos y se comenzarán a definir de manera más concreta sus roles de padre o madre, la relación también experimenta cambios.

En el caso de la mujer estos cambios son fisiológicos, hormonales, de autoimagen, psicológicos y sociales; que al ser experimentados con diferente intensidad en cada mujer, pueden constituir factores de predisposición a la depresión durante el embarazo.

3.8 DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y RELACIÓN DE PAREJA

Se han reportado diversos estudios donde se puede observar que durante el embarazo la relación de pareja está relacionada con la depresión durante el embarazo, a continuación se mencionarán algunos de los estudios que se han reportado.

Felice et al (2004); Jadresic y Jara (1993); Soares, Viguera, Cohen (2001); Bernazzani et al.(1997) han podido demostrar que las mujeres deprimidas embarazadas reportan vivir en continuo conflicto con su pareja y con una baja satisfacción, en mayor medida que el que viven las mujeres embarazadas no deprimidas. Además presentan un nivel socioeconómico bajo, una baja satisfacción al soporte social recibido y haber experimentado algún evento estresante en los últimos doce meses.

También se ha encontrado que la ambivalencia de la mujer respecto al embarazo está relacionada a la depresión (Soarez et al. 2001). Sin embargo Leader (1993) y Kitamura et al. (1996) han reportado que las mujeres que no habían planeado su embarazo, podían presentar síntomas depresivos durante el embarazo pero en el posparto sus síntomas disminuían. Sin embargo las mujeres que sí lo habían planeado y sus parejas no lo deseaban, estaban en mayor riesgo de presentar síntomas depresivos en el embarazo y persistir con ellos o incluso incrementarse en el posparto.

La negativa del esposo puede ser expresada verbal o no verbalmente y si éste no apoya el embarazo, tampoco brindará el apoyo que la mujer necesita y espera de él. Es posible que el nivel bajo de satisfacción en la relación de pareja sea un factor ya existente y que la negativa de él hacia el embarazo resulte ser el detonante de la depresión. Pero también es posible que la desaprobación de la pareja tenga mayor impacto para las personas deprimidas. Cualquier censura del esposo puede ser interpretado como el reflejo de la insatisfacción de la pareja y puede generar culpa y miedo a una posible separación. Además de la depresión, otro aspecto que influye es la dependencia a la pareja, ya que las personas dependientes económicamente o afectivamente tenderán más a tener estos sentimientos (Hooley 1986; Kitamura et al. 1996).

Jadresic y cols. (1993) por su parte, realizaron una comparación entre los sucesos vitales que le ocurrían a las mujeres embarazadas deprimidas y no deprimidas. Entre los eventos más frecuentes encontraron que las mujeres embarazadas reportaban

separación del esposo y problemas en su relación sexual durante el embarazo. Presentándose en las mujeres separadas del esposo 23 veces más depresión que las no expuestas a este acontecimiento y 7 veces más en las que experimentaron problemas en su relación sexual.

CAPITULO 4

METODOLOGÍA

4.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas de investigación que se plantean en este trabajo son las siguientes:

¿Están los síntomas de depresión durante el embarazo relacionados con el ajuste con la pareja o padre de su bebé?

¿Están los síntomas de depresión durante el embarazo relacionados con la intimidad con la pareja o padre de su bebé?

¿Existe alguna diferencia entre las mujeres que tienen hijos y las que no tienen hijos con respecto a la sintomatología depresiva?

¿Existe alguna diferencia entre las mujeres que tienen hijos y las que no tienen hijos con respecto al ajuste con su pareja?

¿Existen diferencias entre las mujeres solteras o separadas y las mujeres casadas o en unión libre con respecto a la sintomatología depresiva?

4.2 OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio son los siguientes:

- Determinar si los síntomas depresivos están relacionados con el ajuste con la pareja en mujeres embarazadas.

- Determinar si los síntomas depresivos están relacionados con la intimidad con la pareja en mujeres embarazadas.

- Analizar si hay o no diferencias entre las mujeres que tienen hijos y las que no respecto a la sintomatología depresiva.

- Analizar si hay o no diferencias entre las mujeres que tienen hijos y las que no con respecto al ajuste con la pareja.

- Evaluar si el estado civil está relacionado con los síntomas de depresión durante el embarazo.

4.3 HIPÓTESIS

1. La sintomatología depresiva está relacionada negativamente con el ajuste con la pareja durante el embarazo.

2. La sintomatología depresiva durante el embarazo está relacionada negativamente con la intimidad con la pareja.

3. Las mujeres embarazadas que tienen hijos, presentarán un nivel más alto de síntomas depresivos que las mujeres que experimentan no tienen hijos.

4. Las mujeres embarazadas que tienen hijos, presentarán un nivel menor de ajuste con su pareja que las mujeres que no tienen hijos.

5. La sintomatología depresiva será mayor en mujeres solteras o separadas que en mujeres casadas o que viven en unión libre.

4.4 VARIABLES.

Las variables dependientes que fueron medidas fueron:

1. **Síntomas de depresión:** se midieron de acuerdo con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff 1977). Es una escala que consta de 20 reactivos, que mide sintomatología depresiva en población en general.
2. **Ajuste con la pareja:** se midió con la Escala de Ajuste Diádico (EAD) (Spanier 1976) que es un cuestionario que indica el grado de consenso, satisfacción cohesión, demostraciones afectivas, el ajuste total y la armonía general en la pareja. Se utilizará la versión breve de 7 reactivos.
3. **Intimidad:** se utilizarán cuatro preguntas del Inventario Tridimensional del Amor (Sánchez Aragón, 1995), de la subescala de intimidad.
4. **Variables sociodemográficas:** edad, ingreso, escolaridad, ocupación, número de hijos, trimestre de embarazo, embarazo planeado, estado civil, parejas anteriores al papá del bebé, relación de las mujeres solteras con el padre del bebé.

4.5 MUESTRA

La muestra fue elegida de forma no probabilística y estuvo conformada por 117 mujeres embarazadas sin restricción de edad y de etapa gestacional, que acudían a revisión médica en el centro de salud José Castro Villagrana; el cual provee atención médica a la comunidad aledaña (entre los servicios que presta se encuentra la atención prenatal). También se acudió a tres casas de salud (Coapa, Santa Teresa y San Pedro Mártir) las cuales además de brindar atención prenatal, también brindan servicios médicos muy básicos a la población local y son atendidas por pasantes de medicina que realizan su servicio social. Estas cuatro instituciones se encuentran en la delegación Tlalpan de la Ciudad de México. Es importante mencionar que las mujeres que acuden a estas instituciones carecen de seguridad social.

4.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es descriptivo, no experimental porque no se manipularon las variables, transversal por que se realizó en un momento determinado del embarazo y de una sola muestra correlacional.

Las variables no fueron manipuladas por la experimentadora, sino por la naturaleza.

4.7 INSTRUMENTOS

A continuación se mencionan los instrumentos utilizados en este trabajo:

1. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)(Radloff 1977)

Es una escala de auto reporte que consta de 20 reactivos, mide sintomatología depresiva en población en general y pone énfasis en el componente afectivo; es decir, evalúa ánimos depresivos, sentimientos de culpa, sentimientos de incapacidad y desesperanza, retardo psicomotor, pérdida de apetito y trastorno del sueño. Se califica en una escala de acuerdo con el número de días que presentó los síntomas la semana anterior (0= ningún día, 1= 1 a 2 días, 2= 3 a 4 días, 3= 5 a 7 días). Con 16 puntos o más se considera como caso.

La consistencia interna de la escala fue de .90 (N= 474) y de .84 (N=100). Medina Mora et al. (1992) en México encontraron un nivel alpha global de .9334 y los coeficientes para cada reactivo fueron entre .9280 y .9313. Salgado de Snyder (1992) encontraron un alpha de Cronbach de .92 para toda la escala, en una población de mujeres adultas mexicanas. Lara et al. (1993), la utilizaron en investigaciones con mujeres y Lara et al. (2006) la utilizaron con mujeres embarazadas.

2. Escala de Ajuste Diádico (EAD) (Spanier 1976)

Cuestionario que consiste en 32 reactivos que indican el grado de consenso, satisfacción, cohesión y demostraciones afectivas, así como el ajuste total y la armonía en general de una pareja. Está compuesta por cuatro subescalas que son consenso,

satisfacción, cohesión y expresividad emocional. Originalmente fue aplicada a parejas casadas y parejas que vivían juntas obteniendo una confiabilidad con el coeficiente de Cronbach de 0.96. Posteriormente Spanier y Thompson (1982) realizaron un análisis confirmatorio con parejas divorciadas y separadas en donde obtuvieron un coeficiente de confiabilidad a través de la técnica de Cronbach de 0.91. Se utilizará la versión abreviada que Sharpley y Cross (1982) realizaron. Sharpley y Cross seleccionaron siete reactivos con los cuales podrían calificar el ajuste diádico como alto o bajo. Se seleccionaron los seis reactivos con mayor confiabilidad (8, 10, 11, 25, 27, 28) y el reactivo 31 que consiste en una autoevaluación global. Los reactivos 8, 10 y 11 corresponden a la subescala de consenso, 25, 27 y 28 a la de cohesión y el reactivo 31 comprende satisfacción, cohesión y expresividad emocional.

Se ha utilizado en más de 300 investigaciones en el mundo desde que se creó. En Chile, Klorman (1989) lo utilizó en una investigación sobre los efectos del avenimiento del matrimonio en los hijos con 1080 matrimonios de clase baja, media y alta. O'Hara (1986) en mujeres embarazadas y Casas et al.(1985) en mexicanos que viven en Estados Unidos.

3. Inventario Tridimensional del Amor (Sánchez Aragón) (1995)

Inventario que consiste en 26 reactivos en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Mide el amor de una pareja basándose en la teoría tridimensional del amor de Sterberg (1986). La cual plantea que el amor tiene tres componentes principales: intimidad (comprensión percibida, atracción afectiva con la pareja, felicidad ante la interacción, deseo por compartir experiencias), pasión (percepción de la relación como erótica y apasionada y el gusto y deseo de tener a la pareja sexualmente) y compromiso (importancia de la pareja para quien contesta). A través de la técnica de alpha de Cronbach la subescala de intimidad obtuvo 0.93, pasión obtuvo 0.91, compromiso 0.81 y la escala total obtuvo 0.89. Se utilizaron cuatro reactivos de la subescala de intimidad: cuando necesito a mi pareja siempre me apoya (confirma el apoyo emocional de la pareja), mi pareja y yo nos comprendemos (muestra la comprensión mutua entre los miembros de la pareja), me gusta compartir

experiencias con mi pareja (habla del vínculo, conectividad y deseo de compartir con la pareja), tengo comunicación íntima con mi pareja (intimidad en cuanto a la comunicación).

4. Variables sociodemográficas

Se realizaron las siguientes preguntas: ¿me podría decir cuántos años cumplidos tiene?, ¿cuál fue el último nivel que cursó en la escuela, y hasta qué año llegó? (el rango va de 1 a 20), ¿cuál es su estado civil?, si es soltera, ¿qué relación tiene con el papá de éste bebé?, ¿ha tenido otras parejas que no sean el papá del bebé que está esperando con quien haya vivido o estado casada?, si sí ¿cuántas?, ¿tuvo hijos con alguna de estas parejas, la cantidad mensual de ingresos es, ¿cuántos hijos tiene?, ¿cuántas semanas tiene de embarazo?, ¿cuál es el oficio, puesto o cargo que tiene?, respecto a este embarazo, ¿cuál de estas opciones describe mejor su situación? s)estaba tratando de quedar embarazada, b)aunque quería quedar embarazada algún día no estaba tratando de quedar embarazada ahora, c)estaba evitando quedar embarazada.

4.8 PROCEDIMIENTO

Las entrevistas se realizaron en cuatro instituciones del sur de la Ciudad de México; tres Casas de salud (Coapa, Santa Teresa y San Pedro Mártir) y en el Centro de Salud José Castro Villagrana en el periodo que comprende del 19 de mayo al 19 de julio del 2005.

En las casas de salud las pasantes de medicina que realizaban su servicio social en estas instituciones, citaron a las pacientes embarazadas a una entrevista; mientras que en el Centro de Salud, las entrevistadoras preguntaban en la sala de espera quien estaba embarazada y de manera personal se les decía que se estaba realizando un estudio sobre depresión en el embarazo y se les invitaba a participar contestando algunas preguntas sobre su estado de ánimo. En las Casas de Salud, los cuestionarios se aplicaron en un consultorio que la institución proporcionó, mientras que en el Centro de Salud, a falta de espacio, las

entrevistas se realizaron en la sala de espera siempre procurando que fuera en un área donde no hubiera gente alrededor.

Los cuestionarios se aplicaron de manera verbal por una entrevistadora que previamente fue capacitada. Antes de iniciar la entrevista, se leía una carta de consentimiento informado, en la que se les explicaba que su participación era voluntaria, que sus datos eran confidenciales, que si en algún momento se sentían incómodas con alguna pregunta podían no contestarla. Si tenían alguna duda sobre la investigación podían preguntar, y también que los beneficios de participar en el estudio eran hablar de temas importante para ella, en caso de necesitar algún tratamiento se le sugeriría a dónde acudir, de acuerdo con el directorio de centros de atención psicológica o psiquiátrica que están en el libro “¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión”. Por último, al finalizar la entrevista se les regalò el libro “¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión” (Lara y cols. 1992).

4.9 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS. Mediante dicho programa se obtuvieron los estadísticos descriptivos, el coeficiente de correlación de Pearson para observar si existe una relación entre los puntajes obtenidos de síntomas depresivos, ajuste diádico e intimidad en la pareja.

Se utilizó la prueba t de Student para analizar las diferencias en los puntajes de ajuste diádico e intimidad en mujeres con sintomatología depresiva significativa y no significativa; para comparar las medias en el CES-D en mujeres con pareja y sin pareja, para comparar la sintomatología depresiva entre mujeres con hijos y sin hijos y para comparar el nivel de ajuste diádico en mujeres con hijos y sin hijos.

También se aplicó la prueba de análisis de varianza (ANOVA) para comparar las medias de sintomatología depresiva en los tres grupos que se formaron según el estado civil (casadas, unión libre y solteras).

CAPITULO 5

RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 117 mujeres embarazadas con un rango de edad entre 15 y 41 años, una media de 23.24 años y una desviación estándar de 5.00, de éstas mujeres 15.4% eran adolescentes. En cuanto al ingreso familiar que reportan, los rangos son entre \$600 y \$16,000; con una media de \$3.180.5 y una desviación estándar de 2.632.2; (Tabla 5)

Como se puede observar en la tabla 5, el número de personas que viven en su hogar tiene una media de 4.58 personas (DS 2.57); encontrándose que el número menor de personas que viven en su hogar es 2 y el mayor número es 19 personas. El número de hijos que reportan estas mujeres tiene una media de 0.79 (DS 1.0) y un rango que va de 0 a 5 hijos. Respecto al nivel de escolaridad, la mayoría de las mujeres habían cursado la secundaria (37.6%); solamente el 2.6% no había estudiado ningún año de la primaria y el 3.4% había estudiado en la universidad.

En cuanto a la ocupación, la mayoría son amas de casa (70.9%) y el resto (29.1%) realiza alguna actividad económica, de éstas, 17.9% son empleadas, 6% se dedican al servicio doméstico, 2.6% tienen algún autoempleo y el 0.9% son profesionistas.

Tabla 5. Características sociodemográficas. (N=117)

	\bar{X}	DS
Edad	23.24	5.00
Ingreso	3180.5	2632.2
Número de hijos	0.79	1.0
	f	%
Escolaridad		
Menos de primaria	3	2.6
Primaria	34	29.1
Secundaria	44	37.6
Preparatoria	32	27.4
Universidad	4	3.4
Ocupación		
Ama de casa	83	70.9
Empleada	23	17.9
Servicio doméstico	7	6.0
Autoempleo	3	2.6
Profesionista	1	.9

En cuanto a las características del embarazo, para el 48.7% éste era su primer embarazo y para el 51.3% era un embarazo subsecuente. El 57.3% de las mujeres se encontraban en el tercer trimestre del embarazo y el 60.7% reportó que este embarazo no fue planeado.(Ver tabla 6)

Tabla 6. Características del embarazo. (N=117)

	f	%
Número de embarazo		
Primero	57	48.7
Subsecuente	60	51.3
Trimestre de embarazo		
Primero	7	6
Segundo	43	36.8
Tercero	67	57.3
Embarazo planeado		
Sí	46	39.3
No	71	60.7

Respecto a su estado civil, el 17.9% son casadas, el 63.2% viven en unión libre, 17.1% son solteras y 1.7% están separadas. Reagrupando estos datos podemos encontrar que 81.2% viven con su pareja y 18.8% son o serán madres solteras. El 21.4% de las mujeres reportan que ya habían tenido otra pareja anterior al papá del bebé que están esperando; y de éstas, el 60% tuvieron hijos con la pareja anterior. Un dato importante respecto a las mujeres solteras fue identificar que relación tenían con el papá del bebé, a lo cual el 77.3% reportó que se habían separado y 22.7% reportó que eran novios y que en algún momento planeaban vivir juntos o casarse. (Tabla 7)

Tabla 7. Relación de pareja. (N=117)

	f	%
Estado civil		
Casada	21	17.9
Unión libre	74	63.2
Soltera	20	17.1
Separada	2	1.7
Anteriormente han vivido con otras parejas que no sean el papá de su bebé		
	25	21.4
Tuvo hijos con parejas anteriores		
Sí	15	60
No	10	40
Relación de madres solteras con el papá del bebé		
Separados	17	77.3
Noviazgo	5	22.7

5.2 SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

El nivel de depresión en las mujeres embarazadas de esta muestra varió de 0 a 52 puntos (el puntaje máximo del CES-D es 60 y el mínimo 0). El porcentaje de mujeres que obtuvo una calificación mayor o igual a 16 fue de 36.8%; es decir, que tienen sintomatología depresiva significativa.

Se realizó un análisis de los reactivos para identificar los que obtuvieron las medias más altas y reflejando así, una alta sintomatología depresiva ; encontrando al reactivo 11 (no durmió bien) y 20 (no tuvo ganas de hacer nada), lo que quiere decir, que la mayoría de las mujeres reportan no haber dormido bien y no tener ganas de hacer nada en la última semana. También los reactivos 6 (se sintió deprimida) y 18 (se sintió triste) se reportaron frecuentemente. Por otra parte, el reactivo 16 (disfrutó de la vida) obtuvo la media más baja, lo cual quiere decir que muchas mujeres reportan no haber disfrutado de la vida en la última semana. (Tabla 8)

Los reactivos que obtuvieron las medias más bajas, reflejando de esta manera una baja sintomatología depresiva fueron el 9 (pensó que su vida había sido un fracaso) y 15 (sintió que la gente no era amable), es decir, muy pocas mujeres consideraron en la última semana que su vida fuera un fracaso y que la gente no fuera amable con ellas. (Tabla 8)

Tabla 8. Medias de los reactivos del CES-D (N=117)
(puntajes de 0 a 3)

	– X	DS
1. Le molestaron muchas cosas que generalmente no le molestan	.84	1.11
2. No se sintió con ganas de comer o no tuvo apetito	.68	1.05
3. Sintió que no podía quitarse de encima la tristeza ni con la ayuda de familiares ni amigas	.65	1.06
4. Se sintió tan buena gente como las demás	.64	1.06
5. Tuvo dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo	.61	.96
6. Se sintió deprimida	.98	1.12
7. Le costó mucho trabajo hacer cualquier cosa	.57	.99
8. Sintió que todo le saldría bien	.79	1.05
9. Pensó que su vida había sido un fracaso	.43	.91
10. Sintió miedo	.88	1.20
11. No durmió bien	1.19	1.25
12. Estuvo contenta	.62	.95
13. Platicó menos de lo normal	.74	1.09
14. Se sintió sola	.82	1.14
15. Sintió que la gente no era amable	.54	1.00
16. Disfrutó de la vida	.40	.87
17. Pasó ratos llorando	.56	.88
18. Se sintió triste	.98	1.03
19. Sintió que no le caía bien a la gente	.56	1.01
20. No tuvo ganas de hacer nada	1.16	1.16

5.3 AJUSTE CON LA PAREJA

En el ajuste con la pareja, se encontró que el puntaje más bajo fue 8 y el máximo fue 35 (en la prueba de ajuste diádico el puntaje mas bajo es 0 y el más alto es 36) con una media de 23.32.

Los reactivos que obtuvieron las medias más altas fueron el 2 (siempre están de acuerdo en objetivos, metas y cosas que consideran importantes) y el 5 (a menudo platican sobre algo calmadamente). Respecto al reactivo que obtuvo una media menor fue el 6 (a menudo trabajan juntos en algún proyecto o actividad). (Tabla 9)

Tabla 9. Medias de los reactivos de Ajuste Diádico.(N=117)
(puntajes de 0 a 5)

	\bar{X}	DS
1. La filosofía de la vida o manera de pensar sobre la vida	3.47	1.26
2. Objetivos, metas y cosas que consideran importantes	3.77	1.34
3. La cantidad de tiempo que pasan juntos	3.76	1.49
4. Tienen un intercambio ameno de ideas o tienen una discusión interesante	3.21	1.32
5. Platican sobre algo calmadamente	3.83	1.27
6. Trabajan juntos en algún proyecto o actividad	1.97	2.01
7. Nivel de felicidad en su relación	3.31	1.09

5.4 INTIMIDAD

En este trabajo sólo se tomaron cuatro preguntas sobre intimidad del Inventario tridimensional del amor (Sánchez-Aragón 1995). En este aspecto se encontró que el puntaje más bajo fue 7 y el más alto fue 20 (en estas preguntas el puntaje más bajo que se podía obtener era 4 y el máximo es 20) con una media de 3.96.

El reactivo que obtuvo la media más alta fue el 4 (tengo comunicación íntima con mi pareja). Mientras que el reactivo que obtuvo la media más baja fue el 2 (mi pareja y yo nos comprendemos). La diferencia entre ambos reactivos no es muy grande. (Tabla 10)

Tabla 10. Medias de los reactivos de intimidad (N=117)
(puntajes de 0 a 5)

	\bar{X}	DS
1. Cuando necesito a mi pareja siempre me apoya	3.85	.97
2. Mi pareja y yo nos comprendemos	3.74	1.04
3. Me gusta compartir experiencias con mi pareja	4.12	.85
4. Tengo comunicación íntima con mi pareja	4.16	.93

5.5 RELACIÓN ENTRE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y RELACIÓN DE PAREJA

Como se muestra en la tabla 11, las correlaciones entre ajuste diádico y síntomas depresivos, e intimidad y síntomas depresivos fue significativa e inversamente proporcional. Esto quiere decir que las mujeres que presentan una mayor sintomatología depresiva, tienen un nivel bajo de ajuste diádico y de intimidad con su pareja. Es importante mencionar que tanto para el ajuste diádico como para la intimidad no es posible saber la direccionalidad de esta relación.

Tabla 11. Correlación entre sintomatología depresiva y ajuste diádico e

Intimidad.

	r	p
Ajuste diádico	-.361	.000
Intimidad	-.311	.001

5.6 SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN MUJERES CON HIJOS

En relación al tercer objetivo de este trabajo, se realizó una prueba t de student para saber si las mujeres que ya tenían hijos estaban más deprimidas que las mujeres que no tenían hijos, encontrando que sí existían diferencias significativas entre estos dos grupos (Figura 1).

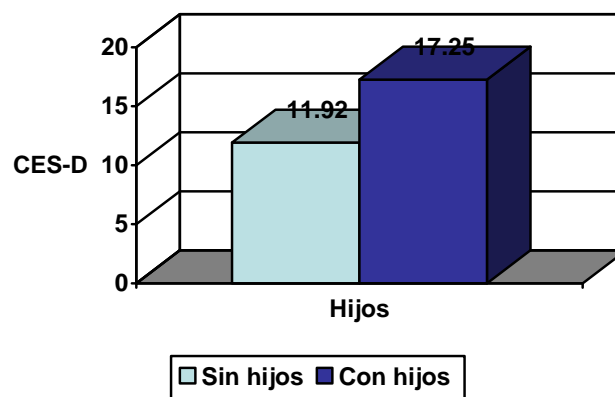


Figura 1. Medias CES-D ($t=-2.34$, $gl=107.1$, $p=.0021$)

5.7 AJUSTE CON LA PAREJA EN MUJERES CON HIJOS.

Para obtener los resultados de este objetivo, no se tomaron en cuenta a las mujeres que estaban separadas, ya que se encontraban en una fase diferente del ciclo vital de la pareja al que vivían las mujeres que vivían con su pareja.

En este también se observaron diferencias significativas; encontrando que las mujeres que están esperando su primer hijo reportan un mayor nivel de ajuste con su pareja, que las mujeres que ya tienen hijos. (Figura 2)

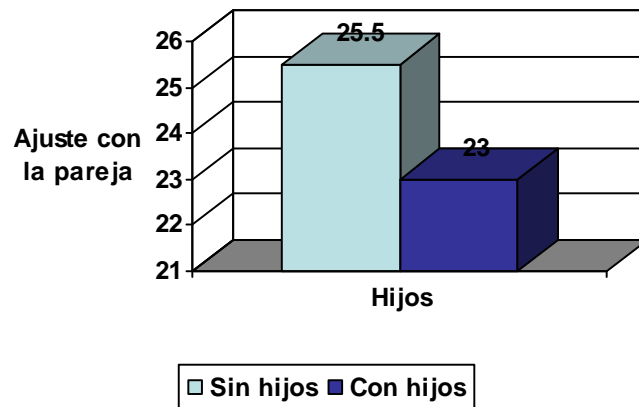


Figura 2. Medias DAS ($t=2.38$, $gl=93$, $p=.019$)

5.8 ESTADO CIVIL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS DURANTE EL FMBARAZO

En lo que respecta a este objetivo, se compararon las medias entre mujeres con pareja (unión libre y casadas) y mujeres sin pareja (solteras). Para ello, se utilizó la prueba t de student, encontrando que no existen diferencias entre ambos grupos ($t=0.439$, $gl=115$, $p=.662$). Como se puede observar en la gráfica (figura 3) las medias de estos dos grupos es muy similar.

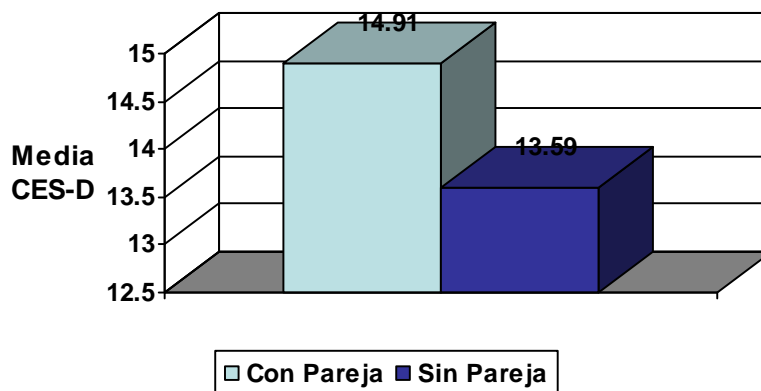


Figura 3. Medias CES-D de mujeres con pareja y sin pareja

($t=.439$, $gl=115$, $p=.662$)

Para determinar las diferencias entre las medias de sintomatología depresiva en los tres grupos (casadas, unión libre y solteras) se utilizó el Análisis de varianza

(ANOVA) para comparar tres grupos independientes. En donde tampoco se encontraron diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva entre las mujeres casadas, en unión libre y solteras ($F=0.833$; $gl= 2, 114$, $p= 0.437$).

Aunque las diferencias no son significativas, es importante mencionar que las mujeres que viven en unión libre tienen una media mayor a la de las solteras. Siendo las casadas las que presentan un menor nivel de sintomatología depresiva. (Ver figura 4)

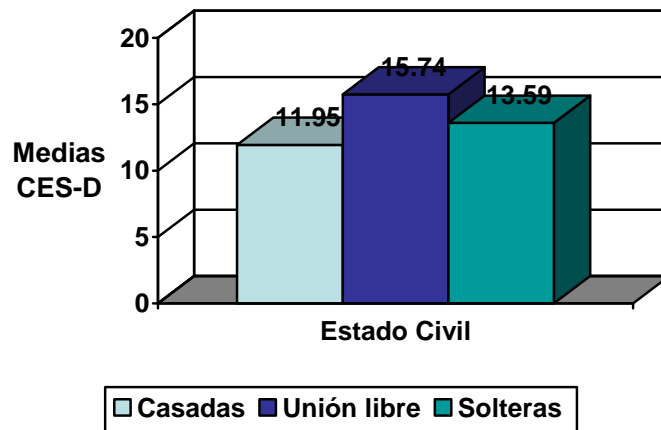


Figura 4. Medias CES-D por estado civil. $F= 0.833$; $gl=2, 114$; $p=0.437$

CAPITULO 6

DISCUSIÓN

Los objetivos del presente estudio fueron estudiar la relación entre los síntomas depresivos y el ajuste y la intimidad con la pareja durante el embarazo, así como la relación entre el estado civil con la sintomatología depresiva durante el embarazo. También identificar si existen diferencias en la sintomatología depresiva entre madres primerizas y mujeres que ya tienen hijos y por último, si se presentan diferencias en el ajuste con la pareja entre mujeres que no tienen hijos y mujeres que ya los tienen. En una muestra conformada por 117 mujeres embarazadas que acudían a centros y casas de salud del sur del Distrito Federal.

- Características de las participantes

Antes de hablar de las características de la muestra, es importante mencionar que la población que acude a éstos centros y casas de salud, no cuentan con seguridad social, y según el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, el 48.8% de las mujeres del D.F. se encuentran en estas condiciones de desventaja en la atención a su salud.

En esta muestra se pudo observar que la edad promedio fue de 23 años, la mayoría de éstas mujeres habían cursado hasta la secundaria y el 70% son amas de casa. El ingreso mensual promedio que reportaron fue de \$3,180.51, el 51% ya tenían hijos y el 70% de los embarazos no fueron planeados. Estos datos indican que son mujeres que se hacen cargo de los hijos y de la casa con muy pocos recursos económicos; presentándose ante ellas un panorama poco alentador, donde de acuerdo con Bernazzani et al. (1997), el contexto social en el que se desarrolla el embarazo influirá en la adaptación a éste; y la sensación de no poder controlar el ambiente es un factor que está directamente relacionado a la depresión durante el embarazo.

La mayor parte de la muestra se encontraba en el tercer trimestre de gestación y muchas de éstas mujeres mencionaron que esa era su primer revisión médica en el embarazo. Este dato es importante por que en un periodo como lo es el embarazo, la supervisión del personal médico es básica para la salud de la madre y del bebé y ya sea por falta de recursos económicos o por falta de información, ésta situación dificulta la detección de complicaciones en el embarazo o daños en el feto.

- **Síntomas de depresión**

En este trabajo, se consideró importante mencionar los resultados obtenidos en el CES-D para tener una mayor comprensión del estado emocional de estas mujeres. En este grupo, se encontró un porcentaje del 36.8% con sintomatología depresiva significativa (≥ 16); considerando que éstas mujeres son de bajos recursos y que la medición fue por dimensiones, se puede observar que estos resultados coinciden con los encontrados por Bennett et al. (2004), que reporta entre el 20% y el 50% en mujeres de nivel socioeconómico bajo. Canaval et al.(2000) en Colombia reportan un 66% de mujeres embarazadas con sintomatología depresiva utilizando el CES-D. En estudios con mujeres latinas que viven en Estados Unidos, Smith et al.(2004) reportan 23%. En México, en el Instituto Nacional de Perinatología Ortega et al. (2001) encontraron 21.7% y Lara et al. (2006) reportaron 30.7% utilizando el CESD en una muestra de mujeres de la Ciudad de México.

Realizando un breve análisis de los reactivos del CES-D, se identificaron los reactivos que obtuvieron las medias más altas y que reflejan una alta sintomatología depresiva, estos reactivos fueron “no durmió bien”, “no tuvo ganas de hacer nada”, “se sintió deprimida” y “se sintió triste”. También se pudo identificar que el reactivo “disfrutó de la vida” fue el que obtuvo la media más baja, Con esto podemos observar que una gran parte de éstas mujeres durante su embarazo además de no dormir bien, (que pudiera considerarse como parte de las molestias del embarazo sobretodo en el último trimestre), se sienten sin ganas de hacer nada, deprimidas, tristes, y sin disfrutar la vida.

Por otra parte, al observar los reactivos que obtuvieron medias más bajas y que reflejaban una baja sintomatología, se puede mencionar “pensó que su vida había sido un fracaso” y “sintió que la gente no era amable”; con lo cual se puede decir que muy pocas mujeres consideraron en la última semana que su vida fuera un fracaso y que la gente no fuera amable con ellas. Esto puede reflejar por un lado la aceptación y apoyo social que recibe la mujer embarazada (Olivar 2002), lo significativo que es para ellas el hecho de estar embarazadas y que éste puede representar una satisfacción existencial (Wikman et al.1993). Sin embargo, al hacer un análisis global de sus respuestas se puede observar que aunque es un periodo lleno de satisfacción, los cambios no están siendo sencillos para ellas; ya que como menciona Salvatierra (1989), la mujer puede pasar por un periodo de crisis en donde admite, rechaza o modifica el modelo materno que vivió en la infancia y también se tiende a examinar y modificar su autoconcepto al convertirse en madre (Deutsch et al.1988).

También es importante resaltar que algunos síntomas depresivos están relacionados con las molestias comunes durante el embarazo, lo cual dificulta su detección. La presencia de condiciones como la anemia gestacional, diabetes y disfunciones de la tiroides pueden incrementar los síntomas depresivos y complicar la detección para el personal médico. En estas mujeres sería necesario explorar con mayor profundidad la sintomatología depresiva ya que se puede observar que un gran número de mujeres se sienten deprimidas, tristes y sin ganas de hacer nada lo cual nos podría llevar a considerar algún tipo de intervención.

- **Relación de pareja**

Con el fin de obtener una mejor descripción de la muestra, a continuación también se hablará sobre los resultados del ajuste diádico y de intimidad.,

a) Ajuste diádico:

La media que se obtuvo en el puntaje total de esta muestra fue 23.3, el rango en las respuestas fue entre 8 a 35 (el puntaje mínimo en esta escala puede ser 0 y el máximo 36). Estos resultados son similares a los obtenidos por Sharpley y Rogers

(1984) en Australia, los cuales reportan una media de 22.5 y el rango de las respuestas varió entre 5 a 30.

Los reactivos que con mayor frecuencia contestaron afirmativamente fueron; “siempre están de acuerdo en objetivos, metas y cosas que consideran importantes” y “a menudo platican sobre algo calmadamente”; mientras que el reactivo que contestaron con menor frecuencia fue “a menudo trabajan juntos en algún proyecto o actividad”. A diferencia de la muestra de Sharpley (1981) que reporta con mayor frecuencia los reactivos “siempre están de acuerdo en la cantidad de tiempo que pasan juntos”, un nivel de felicidad alto en su relación y con menor frecuencia “tienen un intercambio ameno de ideas o tienen una discusión interesante”. Respecto a las respuestas que se obtuvieron en ésta muestra, se puede decir que al parecer cada miembro de la pareja a pesar de coincidir en los objetivos y metas, no comparten las tareas posiblemente debido a que existe una división más rígida de las labores que desempeñan.

b) Intimidad.

En este trabajo se incluyeron solamente cuatro preguntas del Inventario tridimensional del amor (Sánchez-Aragón 1995) debido a que solamente se quería explorar de manera muy breve la intimidad y a que en un periodo de cambio como lo es la llegada de los hijos la intimidad con la pareja también se ve afectada.

En esta muestra se pudo encontrar una media en el puntaje total de 3.96 con un rango que va de 7 a 20 puntos. Aunque el número de reactivos que se están comparando no son los mismos, la media del puntaje de intimidad reportado por Sánchez-Aragón (1995) es mayor (4.27) a la que se encontró en esta muestra. Sánchez-Aragón reporta que las medias cambiaban dependiendo de la escolaridad, presentándose un nivel más alto de intimidad en personas con una escolaridad más alta. Posiblemente por esta razón en esta muestra exista esta diferencia ya que la escolaridad de estas mujeres es menor.

Por otro lado, el reactivo que contestaron con un puntaje más alto fue “tengo comunicación íntima con mi pareja”; mientras que el reactivo que contestaron con menor frecuencia fue “mi pareja y yo nos comprendemos”. Donde al parecer estas mujeres tienen una buena comunicación pero no se sienten comprendidas.

- **Sintomatología depresiva y relación de pareja**

En este trabajo se pudo observar que un ajuste con la pareja empobrecido está relacionado con una elevada sintomatología depresiva; así como un nivel bajo de intimidad también están relacionados con una sintomatología depresiva alta. Estos resultados coinciden con un gran número de estudios que se han realizado con parejas no embarazadas (Felice et al. 2004; Dimitrovsky et al. 2002; Kumar et al. 1984; Jadresic et al.1993, y Soares et al.2001).

Sin embargo no se puede definir la direccionalidad de ésta relación; no podemos definir si la baja satisfacción e intimidad sean la causa de la presencia de depresión o si las mujeres depresivas se involucran en relaciones de pareja disfuncionales. Lo cierto es que ambas situaciones están tan relacionadas que es difícil pensar que solo una de ellas ocurre en todos los casos; ya que es muy común que los individuos deprimidos interactúen de forma inadaptada, contribuyendo a que ocurran eventos estresantes en sus relaciones interpersonales y de esta manera a la depresión (Hammen et al. 2002).

- **Sintomatología depresiva en mujeres con hijos.**

En esta muestra se pudo observar que la comparación de síntomas depresivos entre mujeres sin hijos y mujeres que ya tienen hijos fue significativa ($p=0.021$), encontrando que las mujeres con hijos son las que tienen mayor sintomatología

depresiva, presentando una media de 17.25, mientras que las madres primerizas presentan una media de 11.92.

Con esto podemos observar que la transición de no madre a madre no influye tanto en la sintomatología depresiva. Contrario a lo que Kumar et al. (1984) y Kitamura et al.(1996) mencionan sobre el deterioro en la salud mental en las mujeres que viven su primer embarazo al sentirse temerosas y ansiosas. Sin embargo, parece que el hecho de ya tener hijos puede tener influencia en la presencia de sintomatología depresiva. Debido a que en las clases trabajadoras con niños en casa y con menor escolaridad, la carencia de soporte, sobretodo en periodos de crisis debilitan la capacidad de éstas mujeres para hacer frente a las situaciones. (Canaval et al.2000; Morales-Carmona, Luque-Coqui, Barroso-Aguirre 2002).

Los cambios que experimenta la mujer durante el proceso de convertirse en madre; ya sea que se sienta estresada al percibir la gestación como un evento que anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos que suceden a lo largo de la misma hasta terminar en el parto (Salvatierra 1989), atraviase por un periodo de crisis al encontrarse en un periodo de desequilibrio comparado con el estado normal de la mujer (Caplan 1974), podrían ser más intensos cuando la mujer tiene otras preocupaciones y una mayor carga de trabajo, lo cual incrementaría su temor a que la llegada de su bebé agrave su situación económica (Cabildo 2002).

- **Ajuste con la pareja en mujeres con hijos**

En lo que respecta a este objetivo se pudo encontrar que sí existen diferencias significativas entre las mujeres que no tienen hijos y las que ya tienen hijos ($p=0.019$), presentando las mujeres sin hijos una media en el ajuste más alto (25.5) que las mujeres que ya tenían hijos (23). Estos resultados coinciden con lo que han mencionado autores como Dominan (1996), el cual sostiene que la satisfacción en la relación de pareja decae con la llegada de los hijos y aunque éste no es un estudio longitudinal sí se

pueden ver estas diferencias entre ambos grupos. En donde la presencia de hijos dependientes compite en cuanto a la cantidad de tiempo que la pareja dispone para comunicarse, dificulta la distribución de tiempo, energía y economía de los padres y por lo tanto, la satisfacción se ve afectada (Spanier 1980).

Estos datos nos pueden dar un panorama más amplio de cómo se viven aquellas mujeres que ya tienen hijos, ya que además de tener una mayor carga de trabajo que las madres primerizas, también no se encuentran satisfechas con su relación de pareja lo cual, como ya se mencionó anteriormente, está muy relacionado con la presencia de una alta sintomatología depresiva.

- **Estado civil y síntomas depresivos durante el embarazo.**

A continuación se describirán las características relacionadas al estado civil de éstas mujeres, para comprender el contexto en que viven su relación de pareja. El estado civil que predominó fue unión libre (63.2%), seguido por las casadas (17.9%), solteras (17.1%) y separadas (1.7%). En esta muestra se puede observar que existe una distribución diferente a la reportada por Morales-Carmona et. al (2002) con pacientes del Instituto Nacional de Perinatología encontraron que la mayoría de las mujeres estaban casadas (62.8%), 21.3% vivían en unión libre, 11% eran solteras y el 4% estaban separadas.

Sin embargo, el INEGI ha mencionado que las familias actuales están siguiendo una tendencia a lo informal, y en estudios realizados en América Latina con mujeres embarazadas de bajos recursos, también se han encontrado datos similares; por ejemplo Rached, Aguaje, Henriquez (2002) reportan que en una comunidad de bajos recursos de mujeres embarazadas de Caracas el estado civil que predominó fue unión libre (57.3%), seguido por las solteras (23.6%) y 19.1% estaban casadas. También Canaval et al. (2000) en Colombia mencionan que la mayoría de las mujeres embarazadas de bajos recursos con las que trabajaron vivían en unión libre (54%).

Otro dato que se pudo observar fue que el 21.4% de estas mujeres ya habían vivido con alguna pareja que no era el papá de su bebé y el 12.8% tuvo hijos con parejas anteriores conformando ahora una nueva familia. Este tipo de familias, conformadas por parejas que han tenido uniones previas, en las que aportan hijos de sus uniones anteriores, según Gaviria (2002) son poco frecuentes presentándose en una muestra en Colombia 2%. Sin embargo, en estas mujeres se presenta en un porcentaje mayor, estos datos son importantes por que las personas con relaciones rotas son más propensas a presentar depresión a diferencia de las personas que han vivido una sola relación estable (Willitts y cols. 2004), además que en este tipo de familias, la relación de pareja es complicada por que la presencia de los hijos dificulta que la pareja se comprenda y acepte (Pacey-S 2005)

Las mujeres solteras en su mayoría (77.3%) están separadas del papá de su bebé; sin embargo, el 22.7% mantenía una relación de noviazgo con el padre de su bebé, esperando casarse o vivir con él próximamente. Lo cual influye en la percepción de la relación de pareja por encontrarse en otra etapa del ciclo vital de la pareja. Otro dato importante es que ninguna de las mujeres que van a ser madres solteras viven solas, el 68% viven con su madre, el 63% con hermanos y el 50% con su padre por lo cual estas mujeres no cargan con toda la responsabilidad que implica ser una madre soltera que se hace cargo del cuidado de los hijos, de los gastos y que no tiene con quién compartir su vida diaria; lo cual nos puede hablar del apoyo social con el que cuentan.

Aunque las diferencias no son significativas, las mujeres que tienen pareja (casadas y en unión libre) presentan una mayor sintomatología depresiva, a diferencia de las mujeres que no tienen pareja (solteras y separadas), Este dato llama la atención, ya que pareciera que la pareja resulta para ellas un factor relacionado al deterioro de su estado emocional. Sin embargo, al comparar las medias entre las mujeres casadas, en unión libre y solteras, se puede observar que las mujeres que viven en unión libre son las que tienen mayor sintomatología depresiva, seguidas por las solteras y por último, las casadas.

Esta diferencia, aunque pequeña, coincide con los resultados que mencionan Brown, Bulanda, Lee (2005) ya que también encontraron que las personas que viven en unión libre presentan mayor sintomatología depresiva que los que están casados. Según Brown et al., esto se debe a la inestabilidad que viven las parejas en cohabitación y los altos niveles de inestabilidad dañan la salud mental en especial cuando hay hijos o hijastros. Otro factor que pudo influir, es que en esta muestra existen mujeres solteras que se encuentran en la etapa de compromiso o luna de miel del ciclo vital de la pareja, en donde comienzan a establecer contratos respecto a los aspectos que consideran importantes, expectativas y beneficios mutuos. Es posible que por esta razón las mujeres solteras tengan un nivel menor de sintomatología depresiva que las que viven en unión libre. En cuanto al matrimonio y su relación con la sintomatología depresiva, contrario a lo que menciona Bebbington (1996), no resultó afectarles a estas mujeres; posiblemente porque para ellas es importante tener estabilidad durante este periodo.

CAPITULO 6

DISCUSIÓN

Los objetivos del presente estudio fueron estudiar la relación entre los síntomas depresivos y el ajuste y la intimidad con la pareja durante el embarazo, así como la relación entre el estado civil con la sintomatología depresiva durante el embarazo. También identificar si existen diferencias en la sintomatología depresiva entre madres primerizas y mujeres que ya tienen hijos y por último, si se presentan diferencias en el ajuste con la pareja entre mujeres que no tienen hijos y mujeres que ya los tienen. En una muestra conformada por 117 mujeres embarazadas que acudían a centros y casas de salud del sur del Distrito Federal.

- Características de las participantes

Antes de hablar de las características de la muestra, es importante mencionar que la población que acude a éstos centros y casas de salud, no cuentan con seguridad social, y según el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, el 48.8% de las mujeres del D.F. se encuentran en estas condiciones de desventaja en la atención a su salud.

En esta muestra se pudo observar que la edad promedio fue de 23 años, la mayoría de éstas mujeres habían cursado hasta la secundaria y el 70% son amas de casa. El ingreso mensual promedio que reportaron fue de \$3,180.51, el 51% ya tenían hijos y el 70% de los embarazos no fueron planeados. Estos datos indican que son mujeres que se hacen cargo de los hijos y de la casa con muy pocos recursos económicos; presentándose ante ellas un panorama poco alentador, donde de acuerdo con Bernazzani et al. (1997), el contexto social en el que se desarrolla el embarazo influirá en la adaptación a éste; y la sensación de no poder controlar el ambiente es un factor que está directamente relacionado a la depresión durante el embarazo.

La mayor parte de la muestra se encontraba en el tercer trimestre de gestación y muchas de éstas mujeres mencionaron que esa era su primer revisión médica en el embarazo. Este dato es importante por que en un periodo como lo es el embarazo, la supervisión del personal médico es básica para la salud de la madre y del bebé y ya sea por falta de recursos económicos o por falta de información, ésta situación dificulta la detección de complicaciones en el embarazo o daños en el feto.

- **Síntomas de depresión**

En este trabajo, se consideró importante mencionar los resultados obtenidos en el CES-D para tener una mayor comprensión del estado emocional de estas mujeres. En este grupo, se encontró un porcentaje del 36.8% con sintomatología depresiva significativa (≥ 16); considerando que éstas mujeres son de bajos recursos y que la medición fue por dimensiones, se puede observar que estos resultados coinciden con los encontrados por Bennett et al. (2004), que reporta entre el 20% y el 50% en mujeres de nivel socioeconómico bajo. Canaval et al.(2000) en Colombia reportan un 66% de mujeres embarazadas con sintomatología depresiva utilizando el CES-D. En estudios con mujeres latinas que viven en Estados Unidos, Smith et al.(2004) reportan 23%. En México, en el Instituto Nacional de Perinatología Ortega et al. (2001) encontraron 21.7% y Lara et al. (2006) reportaron 30.7% utilizando el CESD en una muestra de mujeres de la Ciudad de México.

Realizando un breve análisis de los reactivos del CES-D, se identificaron los reactivos que obtuvieron las medias más altas y que reflejan una alta sintomatología depresiva, estos reactivos fueron “no durmió bien”, “no tuvo ganas de hacer nada”, “se sintió deprimida” y “se sintió triste”. También se pudo identificar que el reactivo “disfrutó de la vida” fue el que obtuvo la media más baja, Con esto podemos observar que una gran parte de éstas mujeres durante su embarazo además de no dormir bien, (que pudiera considerarse como parte de las molestias del embarazo sobretodo en el último trimestre), se sienten sin ganas de hacer nada, deprimidas, tristes, y sin disfrutar la vida.

Por otra parte, al observar los reactivos que obtuvieron medias más bajas y que reflejaban una baja sintomatología, se puede mencionar “pensó que su vida había sido un fracaso” y “sintió que la gente no era amable”; con lo cual se puede decir que muy pocas mujeres consideraron en la última semana que su vida fuera un fracaso y que la gente no fuera amable con ellas. Esto puede reflejar por un lado la aceptación y apoyo social que recibe la mujer embarazada (Olivar 2002), lo significativo que es para ellas el hecho de estar embarazadas y que éste puede representar una satisfacción existencial (Wikman et al.1993). Sin embargo, al hacer un análisis global de sus respuestas se puede observar que aunque es un periodo lleno de satisfacción, los cambios no están siendo sencillos para ellas; ya que como menciona Salvatierra (1989), la mujer puede pasar por un periodo de crisis en donde admite, rechaza o modifica el modelo materno que vivió en la infancia y también se tiende a examinar y modificar su autoconcepto al convertirse en madre (Deutsch et al.1988).

También es importante resaltar que algunos síntomas depresivos están relacionados con las molestias comunes durante el embarazo, lo cual dificulta su detección. La presencia de condiciones como la anemia gestacional, diabetes y disfunciones de la tiroides pueden incrementar los síntomas depresivos y complicar la detección para el personal médico. En estas mujeres sería necesario explorar con mayor profundidad la sintomatología depresiva ya que se puede observar que un gran número de mujeres se sienten deprimidas, tristes y sin ganas de hacer nada lo cual nos podría llevar a considerar algún tipo de intervención.

- **Relación de pareja**

Con el fin de obtener una mejor descripción de la muestra, a continuación también se hablará sobre los resultados del ajuste diádico y de intimidad.,

a) Ajuste diádico:

La media que se obtuvo en el puntaje total de esta muestra fue 23.3, el rango en las respuestas fue entre 8 a 35 (el puntaje mínimo en esta escala puede ser 0 y el máximo 36). Estos resultados son similares a los obtenidos por Sharpley y Rogers

(1984) en Australia, los cuales reportan una media de 22.5 y el rango de las respuestas varió entre 5 a 30.

Los reactivos que con mayor frecuencia contestaron afirmativamente fueron; “siempre están de acuerdo en objetivos, metas y cosas que consideran importantes” y “a menudo platican sobre algo calmadamente”; mientras que el reactivo que contestaron con menor frecuencia fue “a menudo trabajan juntos en algún proyecto o actividad”. A diferencia de la muestra de Sharpley (1981) que reporta con mayor frecuencia los reactivos “siempre están de acuerdo en la cantidad de tiempo que pasan juntos”, un nivel de felicidad alto en su relación y con menor frecuencia “tienen un intercambio ameno de ideas o tienen una discusión interesante”. Respecto a las respuestas que se obtuvieron en ésta muestra, se puede decir que al parecer cada miembro de la pareja a pesar de coincidir en los objetivos y metas, no comparten las tareas posiblemente debido a que existe una división más rígida de las labores que desempeñan.

b) Intimidad.

En este trabajo se incluyeron solamente cuatro preguntas del Inventario tridimensional del amor (Sánchez-Aragón 1995) debido a que solamente se quería explorar de manera muy breve la intimidad y a que en un periodo de cambio como lo es la llegada de los hijos la intimidad con la pareja también se ve afectada.

En esta muestra se pudo encontrar una media en el puntaje total de 3.96 con un rango que va de 7 a 20 puntos. Aunque el número de reactivos que se están comparando no son los mismos, la media del puntaje de intimidad reportado por Sánchez-Aragón (1995) es mayor (4.27) a la que se encontró en esta muestra. Sánchez-Aragón reporta que las medias cambiaban dependiendo de la escolaridad, presentándose un nivel más alto de intimidad en personas con una escolaridad más alta. Posiblemente por esta razón en esta muestra exista esta diferencia ya que la escolaridad de estas mujeres es menor.

Por otro lado, el reactivo que contestaron con un puntaje más alto fue “tengo comunicación íntima con mi pareja”; mientras que el reactivo que contestaron con menor frecuencia fue “mi pareja y yo nos comprendemos”. Donde al parecer estas mujeres tienen una buena comunicación pero no se sienten comprendidas.

- **Sintomatología depresiva y relación de pareja**

En este trabajo se pudo observar que un ajuste con la pareja empobrecido está relacionado con una elevada sintomatología depresiva; así como un nivel bajo de intimidad también están relacionados con una sintomatología depresiva alta. Estos resultados coinciden con un gran número de estudios que se han realizado con parejas no embarazadas (Felice et al. 2004; Dimitrovsky et al. 2002; Kumar et al. 1984; Jadresic et al.1993, y Soares et al.2001).

Sin embargo no se puede definir la direccionalidad de ésta relación; no podemos definir si la baja satisfacción e intimidad sean la causa de la presencia de depresión o si las mujeres depresivas se involucran en relaciones de pareja disfuncionales. Lo cierto es que ambas situaciones están tan relacionadas que es difícil pensar que solo una de ellas ocurre en todos los casos; ya que es muy común que los individuos deprimidos interactúen de forma inadaptada, contribuyendo a que ocurran eventos estresantes en sus relaciones interpersonales y de esta manera a la depresión (Hammen et al. 2002).

- **Sintomatología depresiva en mujeres con hijos.**

En esta muestra se pudo observar que la comparación de síntomas depresivos entre mujeres sin hijos y mujeres que ya tienen hijos fue significativa ($p=0.021$), encontrando que las mujeres con hijos son las que tienen mayor sintomatología

depresiva, presentando una media de 17.25, mientras que las madres primerizas presentan una media de 11.92.

Con esto podemos observar que la transición de no madre a madre no influye tanto en la sintomatología depresiva. Contrario a lo que Kumar et al. (1984) y Kitamura et al.(1996) mencionan sobre el deterioro en la salud mental en las mujeres que viven su primer embarazo al sentirse temerosas y ansiosas. Sin embargo, parece que el hecho de ya tener hijos puede tener influencia en la presencia de sintomatología depresiva. Debido a que en las clases trabajadoras con niños en casa y con menor escolaridad, la carencia de soporte, sobretodo en periodos de crisis debilitan la capacidad de éstas mujeres para hacer frente a las situaciones. (Canaval et al.2000; Morales-Carmona, Luque-Coqui, Barroso-Aguirre 2002).

Los cambios que experimenta la mujer durante el proceso de convertirse en madre; ya sea que se sienta estresada al percibir la gestación como un evento que anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos que suceden a lo largo de la misma hasta terminar en el parto (Salvatierra 1989), atraviase por un periodo de crisis al encontrarse en un periodo de desequilibrio comparado con el estado normal de la mujer (Caplan 1974), podrían ser más intensos cuando la mujer tiene otras preocupaciones y una mayor carga de trabajo, lo cual incrementaría su temor a que la llegada de su bebé agrave su situación económica (Cabildo 2002).

- **Ajuste con la pareja en mujeres con hijos**

En lo que respecta a este objetivo se pudo encontrar que sí existen diferencias significativas entre las mujeres que no tienen hijos y las que ya tienen hijos ($p=0.019$), presentando las mujeres sin hijos una media en el ajuste más alto (25.5) que las mujeres que ya tenían hijos (23). Estos resultados coinciden con lo que han mencionado autores como Dominan (1996), el cual sostiene que la satisfacción en la relación de pareja decae con la llegada de los hijos y aunque éste no es un estudio longitudinal sí se

pueden ver estas diferencias entre ambos grupos. En donde la presencia de hijos dependientes compite en cuanto a la cantidad de tiempo que la pareja dispone para comunicarse, dificulta la distribución de tiempo, energía y economía de los padres y por lo tanto, la satisfacción se ve afectada (Spanier 1980).

Estos datos nos pueden dar un panorama más amplio de cómo se viven aquellas mujeres que ya tienen hijos, ya que además de tener una mayor carga de trabajo que las madres primerizas, también no se encuentran satisfechas con su relación de pareja lo cual, como ya se mencionó anteriormente, está muy relacionado con la presencia de una alta sintomatología depresiva.

- **Estado civil y síntomas depresivos durante el embarazo.**

A continuación se describirán las características relacionadas al estado civil de éstas mujeres, para comprender el contexto en que viven su relación de pareja. El estado civil que predominó fue unión libre (63.2%), seguido por las casadas (17.9%), solteras (17.1%) y separadas (1.7%). En esta muestra se puede observar que existe una distribución diferente a la reportada por Morales-Carmona et. al (2002) con pacientes del Instituto Nacional de Perinatología encontraron que la mayoría de las mujeres estaban casadas (62.8%), 21.3% vivían en unión libre, 11% eran solteras y el 4% estaban separadas.

Sin embargo, el INEGI ha mencionado que las familias actuales están siguiendo una tendencia a lo informal, y en estudios realizados en América Latina con mujeres embarazadas de bajos recursos, también se han encontrado datos similares; por ejemplo Rached, Aguaje, Henriquez (2002) reportan que en una comunidad de bajos recursos de mujeres embarazadas de Caracas el estado civil que predominó fue unión libre (57.3%), seguido por las solteras (23.6%) y 19.1% estaban casadas. También Canaval et al. (2000) en Colombia mencionan que la mayoría de las mujeres embarazadas de bajos recursos con las que trabajaron vivían en unión libre (54%).

Otro dato que se pudo observar fue que el 21.4% de estas mujeres ya habían vivido con alguna pareja que no era el papá de su bebé y el 12.8% tuvo hijos con parejas anteriores conformando ahora una nueva familia. Este tipo de familias, conformadas por parejas que han tenido uniones previas, en las que aportan hijos de sus uniones anteriores, según Gaviria (2002) son poco frecuentes presentándose en una muestra en Colombia 2%. Sin embargo, en estas mujeres se presenta en un porcentaje mayor, estos datos son importantes por que las personas con relaciones rotas son más propensas a presentar depresión a diferencia de las personas que han vivido una sola relación estable (Willitts y cols. 2004), además que en este tipo de familias, la relación de pareja es complicada por que la presencia de los hijos dificulta que la pareja se comprenda y acepte (Pacey-S 2005)

Las mujeres solteras en su mayoría (77.3%) están separadas del papá de su bebé; sin embargo, el 22.7% mantenía una relación de noviazgo con el padre de su bebé, esperando casarse o vivir con él próximamente. Lo cual influye en la percepción de la relación de pareja por encontrarse en otra etapa del ciclo vital de la pareja. Otro dato importante es que ninguna de las mujeres que van a ser madres solteras viven solas, el 68% viven con su madre, el 63% con hermanos y el 50% con su padre por lo cual estas mujeres no cargan con toda la responsabilidad que implica ser una madre soltera que se hace cargo del cuidado de los hijos, de los gastos y que no tiene con quién compartir su vida diaria; lo cual nos puede hablar del apoyo social con el que cuentan.

Aunque las diferencias no son significativas, las mujeres que tienen pareja (casadas y en unión libre) presentan una mayor sintomatología depresiva, a diferencia de las mujeres que no tienen pareja (solteras y separadas), Este dato llama la atención, ya que pareciera que la pareja resulta para ellas un factor relacionado al deterioro de su estado emocional. Sin embargo, al comparar las medias entre las mujeres casadas, en unión libre y solteras, se puede observar que las mujeres que viven en unión libre son las que tienen mayor sintomatología depresiva, seguidas por las solteras y por último, las casadas.

Esta diferencia, aunque pequeña, coincide con los resultados que mencionan Brown, Bulanda, Lee (2005) ya que también encontraron que las personas que viven en unión libre presentan mayor sintomatología depresiva que los que están casados. Según Brown et al., esto se debe a la inestabilidad que viven las parejas en cohabitación y los altos niveles de inestabilidad dañan la salud mental en especial cuando hay hijos o hijastros. Otro factor que pudo influir, es que en esta muestra existen mujeres solteras que se encuentran en la etapa de compromiso o luna de miel del ciclo vital de la pareja, en donde comienzan a establecer contratos respecto a los aspectos que consideran importantes, expectativas y beneficios mutuos. Es posible que por esta razón las mujeres solteras tengan un nivel menor de sintomatología depresiva que las que viven en unión libre. En cuanto al matrimonio y su relación con la sintomatología depresiva, contrario a lo que menciona Bebbington (1996), no resultó afectarles a estas mujeres; posiblemente porque para ellas es importante tener estabilidad durante este periodo.

CONCLUSIONES

Con todo lo mencionado anteriormente se puede concluir que una alta sintomatología depresiva durante el embarazo, está relacionada con un bajo ajuste con la pareja y con un bajo nivel de intimidad con la misma. También se puede concluir que la presencia de hijos en casa está relacionada con una mayor sintomatología depresiva y con un menor ajuste con la pareja. Por último, la sintomatología depresiva no presenta diferencias estadísticamente significativas entre mujeres con pareja y sin pareja; sin embargo, es importante diferenciar a las mujeres que cohabitan de las mujeres casadas ya que aunque las diferencias no son significativas, las mujeres que cohabitan presentan mayor sintomatología depresiva, seguidas por las solteras y por último las casadas.

- Limitaciones y sugerencias.

En este estudio no se pudo saber la direccionalidad de las variables; es decir, no sabemos que variable ocurrió primero. Sin embargo, este tipo de estudios presentan estas limitaciones y lo importante es que se logró una visión más amplia acerca de los síntomas de depresión durante el embarazo.

En este estudio se utilizó la versión abreviada del Ajuste diádico (Sharpley y Cross 1982) la cual mide el ajuste con la pareja de forma global; sin embargo podría utilizarse la versión completa de Spanier (1976) ya que se pueden identificar las cuatro subescalas (consenso, satisfacción, cohesión y expresividad emocional) y de esta manera se obtendría un análisis más completo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aldana, E., Atkin, L.C., (1984) Depresión durante el embarazo en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, vol.III; 77- 81.
- Alonso- Fernández, F. (1988) *La depresión y su diagnóstico*. Barcelona. Ed. Labor.
- Alpert, J. (2004) *Handbook of Chronic Depresión*, US. Ed Marcel Dekker.
- Angst, J., Merikangas, K. (1997) The depressive spectrum: diagnostic classification and course. *Journal of Affective Disorders*, 45; 31-40.
- Arieti. (1978) *Psicoterapia de la Depresión*. México. Ed. Paidós.
- Austin, M.P., (2003) Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy. *Australian Family Physician*, 32(3);
- Avila, A. (1990) Psicodinámica de la depresión. *Anales de Psicología*.6(1); 37-58.
- Bebbington, B. (1996) The origins of sex differences in depressive disorders bridging the gap. *International Review of Psychiatry*, 8, 295- 332.
- Beck, A. (1983) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España. Ed. Desclee de Bouver.
- Belsky, J.L., Lang, M., Rovine, M. (1985) Stability and change in marriage across the transition to parenthood: a second study. *Journal of Marriage and the Family*; 47(4): 855- 865.
- Bennasar, R.M.(1999) *Trastornos del Humor*. España. Ed. Panamericana.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Depression during pregnancy. Overview of clinical factors. *Clinical Drug Investigation*, 24 (3), 157-179.
- Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(4), 391-402.
- Bleichman D. E. (1992) *La depresión en la mujer*. España. Ediciones temas de hoy.
- Bicas, K.I. (2003) Satisfacción marital en la relación con la fuerza yoica de los conyuges. Tesis Maestría Fac Psicología UNAM. México.
- Bonari, L., Bennett, H., Einarson, A., & Koren, G. (2004). Risk of untreated depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 50, 37 – 39.

- Brown, S.L., Bulanda, J.R., Lee, G.R. (2005) The significance of nonmarital cohabitation: Marital status and mental health benefits among middle age and older adults. *Journals of Gerontology*, 60(1): S21- S29.
- Caballo, V. (1995) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol.I.* España. Ed. Siglo veintiuno.
- Cabildo, M.H.(2002) *Salud Mental un Enfoque Preventivo.*Mèxico, D.F, Editorial Uniòn.
- Calderón, N. (1989) *Depresión. Causas Manifestaciones y Tratamiento.* México. Ed. Trillas.
- Calderón, N. G. (1990) *Depresión.* México. Ed. Trillas.
- Calderón, N. G. (1998) *Depresión sufrimiento y liberación.* Mèxico. Ed. EDAMEX.
- Canaval, G. E., González, M. C., Martínez-Schallmoser, L., Tovat, M. C., & Valencia, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 31(1), 4 – 10.
- Caplan, G. (1974) *An Approach of Community Mental Health*, Tavistok Publications, Great Britain.
- Caraveo, J., Mas, C. (1999) Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*; 22(2); 7-17.
- Casas, M. J., Ortiz, S. (1985) Exploring the applicability of the Dyadic Adjustment Scale for assessing level of marital adjustment with Mexican American. *Journal of Marriage and the Family*. 47; 1023- 1027.
- Cáseres, C. (2000) *Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados.* México. Ed. Pirámide.
- Chasin, R. (1978) *Embarazo, parto y recién nacido.* España. Editorial Plaza & Jares.
- Chodorow, N. (1984) *El ejercicio de la maternidad.*España. Editorial Edisa.
- Coleman, R, E., Miller, A. C. (1975) The relationship between depresión and marital maladjustment in a clinic population: A multitrait-multimethod study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 43(5): 647-651.
- Deutch, M. F., Fleming, A., Ruble, D., Brooks-Gun, J., Stangor, C. (1988) Information seeking and maternal self-definition during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology*; 55(3): 420-431.

- Dimitrovsky, L., Levy-Shiff, R., Schattner, Z. (2002) Dimensions of depression and perfectionism in pregnant and non pregnant women: their levels and interrelationships and their relationship to marital satisfaction. *Journal of Psychology*; 136(6): 631- 646.
- Díaz-Caneja, A. Jonson, S. (2004) The views and experiences of severely mentally ill mothers ; a qualitative study. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 39(6): 472- 482.
- Díaz-Loving, R. (1999) *Antología psicosocial de la pareja*. México. Ed. Porrúa.
- Dominian, J. (1996) *El matrimonio. Guía para fortalecer una convivencia duradera*. Buenos Aires. Ed. Paidós contextos.
- Ehrlich, M. (1989) *Los esposos, las esposas y sus hijos*. México. Ed. Trillas.
- Elsner, I., Montero, D., Reyes, J., Zeger, L. (2001) *La familia Una aventura*. México. Ed. Alfaomega.
- Ezquiaga, E., García-López, A., Consuelo de Dios, A., Marifé, B.J. (2004) Clinical and Psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study. *Journal of Affective Disorders*; 79: 63-70.
- Faisai-Cury, A., Tedesco, J.M., Kanhles, N., Meneze, P., Zugalb, M., (2004) Postpartum depression in relation to life events and patterns of coping, *Archives of Women's Mental Health*, 7(2): 123- 131.
- Feighner, H. (1992) *Diagnosis of Depression*. England. Wiley press.
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V., Cox, J.(2004) Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of Affective Disorders*, 82; 297- 301.
- Fincham, F., Bradbury, T. (1990) *The Psychology of Marriage*. New York. The Guilford press.
- Finnbogadóttir, H., Crang, S., Persson, E. (2003) Expectant first-time fathers experiences of pregnancy. *Midwifery*; 19(2): 96- 105.
- Freud, S. (1917) *Duelo y Melancolía* En obras completas (Tomo II) Madrid. Biblioteca Nueva, 1973.

- Fritsch, R., González, J., Barrientos, X., Montt.M., Larraguibel, M., González, M., Rojas, G. (2005) Calidad de la vida familiar y armonía matrimonial en parejas de madres deprimidas. *Revista Psiquiátrica Clínica*. 42(1): 23-31.
- Gastó, C. (1993) *Depresiones crónicas*. Barcelona. Ed Doyma.
- Gaviria, L.M.,Echeverri, L., Peñaranda, C., Gómez, C., Olaya, P.,Yepes, D. (2002) *Análisis de la situación de saludde la población desplazada y de estrato 1 en Medellín 2002*. Colombia. Organización Panamericana de la Salud.
- Germain A, (2004) *Cuidados en el embarazo*. Santiago chile. Universidad Católica de Chile.
- Gilbert, P.(2001) *Overcoming depression*. US. Oxford.
- Goldman, H. (2001) *Psiquiatría General quinta edición*. México. Ed. Manual Moderno.
- González-Forteza, C., Morales, F., Mas, C., Caraveo, J. & Gutiérrez, E. (1990) El malestar psicológico y su relación con los eventos de la vida: estudio comparativo entre mujeres embarazadas y mujeres con trastornos ginecológicos. *La Psicología social en México. Vol. III*. Asociación Mexicana de Psicología Social.
- González-Forteza, C. Romero, M., Morales, F., Gutierrez, E. (1993) Respuestas de enfrentamiento y su relación con el estado emocional de pacientes obstétricas. Un estudio en México. *Psicopatología*; 13(1): 17- 23.
- Gotlib, H. (2002) *Handbook of depression*. U.S. The Guilford press.
- Greeff, H. (2000) Conflict management style and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*; 26(4): 321- 334.
- Hackel, L.S., Ruble, D. (1992) Changes in the Marital relationship after the first baby is born: predicting the impact of expectancy disconfirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*; 62(6): 944-957.
- Hammen, C., Brennan, P. (2002) Interpersonal dysfunction in depressed women: impairments independent of depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*; 72(2): 145- 156.
- Heene, E., Buysse, A.,Oost, P.V. (2003) A categorical and dimensional perspective on depression within a nonclinical sample of couples. *Family Process*; 42(1), 133-149.

- Hoge, H. (2002) *Womens stories of divorce at childbirth*. US. The Hawort clinical practice press.
- Jackson, S. (1989) *Historia de la Melancolía y la Depresión*. España. Ed. Turner.
- Jadresic, M. E., Jara, V. C., (1993) Utilidad de un cuestionario (CSD-20) para la detección de cuadros depresivos en el embarazo. *Revista psiquiàtrica clìnica*. 30(2), 37- 104.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, C., Jin, R., Koretz, D., Merikangas K., Rush, A., Walters, A. (2003) Epidemiology of major depressive disorder. Results of the National Comorbidity survey recompilation. *Journal of American Medical Association*, 289(23); 3005- 3105.
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M., Toda, M.A. (1996) Clinical and psychosocial correlatos of antenatal depresión: a review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65; 117-123.
- Knauth, D.G. (2001) Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nurse*. 27(2): 169-172.
- Knibiehler, I. (2001) *Historia de las madres y la maternidad en Occidente*. Argentina. Ed. Nueva Visión.
- Kramlinger, K. (2001) *Guía de la Clínica Mayo sobre Depresión*. México. Ed. Intersistemas.
- Kumar, R., Mordecai, R. (1984) A prospective study of emocional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*; 144: 35-47.
- Lara, M.A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F., Juárez, F. (2006) Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 29(4); 55-62.
- Lartigue, B.T., Vives, R.J., Córdova, B. A. (1995) Adolescentes y adultas embarazadas un estudio psicológico comparativo. *Umbral XXI*. 13; 16-20.
- Leader, J., Klein, D. (1993) Social adjustment in dysthymia, double de´ression and episodic major depression. *Journal od Affective Disorder*, 37(2-3; 91-101.
- Leal C.C. (1999) *Trastornos depresivos en la mujer*. Barcelona. Ed. Masson.

- Leathers, J. S., Kelley, A.M. (2000) Unintended pregnancy and depressive symptoms among first time mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(4);523- 531.
- Lignan, C., Avelarde, B. (1996) Cambios y estabildades a través del tiempo de las emociones. Intimidad y conflicto en la relación de pareja. *La Psicología Social en México;vol VI: 282- 288.*
- Lovisi,G. López, J.R., Coutinho, E.S., Patel, V. (2005) Poverty, violence and depression during pregnancy a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine*, 35(10); 1485- 1492.
- Lu, M.C., Kotelchuck, M., Cuhlane, J., Hobel, C., Klerman, L., Thorp, J. (2006) Between pregnancies: the content of internatal care. *Maternal and Child Health Journal*. 10; 107- 122.
- Luo, S., Clonen, E. (2005) Assortative mating and marital quality in newlyweds a couple centered approach. *Journal of PERSONALITY AND Social Psychology*; 88(2): 304-326.
- MacFarlane, A. (1977) *Psicología del Nacimiento*.Madrid. Editorial Morata.
- Macías, L. M. (1982) *La depresión nerviosa no psicótica y su relación con el autoritarismo*. México. Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Maciejewski, P.K., Progerson, H.G., Mazure, C.M. (2001) Sex differences in event related risk for major depression. *Psychological Medicine*; 31: 593- 604.
- MacQueen, G., Chokka, P. (2004) Special Issues in the Management of Depression in Women. *Canadian Journal of Psychiatry*: 49(1); 27S- 40S.
- Macy, C., Falkner F. (1980) *Embarazo y Nacimiento*. Mèxico. Editorial Tierra Firme.
- Maldonado-Duran, M & Feintuch, M. (2001) Salud mental del bebé, intervenciones durante el embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*; 15(1): 31-41.
- Marcus, M.S., Flynn,H. A., Blow, F. C.,Barry, K. L.(2003) Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics. *Journal of Womwns Health*, 12 (4),373- 380.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., Waters, B.(2000) Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*. 60; 75- 85.

- Medina-Mora, M.A., et. al. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4); 1- 16.
- Millán, K.T., Yévenes, Galvaez, S.M., Bahamonde, M.M. (1990) Encuesta sobre síntomas de depresión en embarazo de un consultorio urbano de atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 118(11); 1230- 12034.
- Morales-Carmona, F., Luque-Coqui, M., & Barroso-Aguirre, J: (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 16, 157-162.
- Moses-Kolko, E.L., Kraus, R. E., (2004) Antepartum and postpartum depression: Healthy mom, healthy baby. *Women`s Health*, 59(3); 181- 191.
- Nina Estrella, R., (1985) *Autodivulgación y satisfacción marital en matrimonios de México y Puerto Rico*, Tesis de maestría, Facultad de Psicología UNAM. México.
- O`Hara, M. W., (1986) Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43; 569- 573.
- O`Hara, M. W., & Annette, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.
- Olivar, B.A., (2002) Cambios biológicos psicológicos y sociales durante el embarazo. *Revista Odontológica Colombiana*, 201; 37-51.
- Ortega, L., Lartigue, T., & Figueroa, M. E. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS). *Perinatología y Reproducción Humana*; 15, 11-20.
- Ortíz-Tallo, A. M. (1997) *Trastornos Psicológicos*. España. Ed. Aljibe.
- Ostow, M. (1973) *La Depresión Psicología de la Melancolía*. Madrid. Ed. Alianza.
- Pajer, K. (1995) New Strategies in the Treatment of Depresión in Women. *Journal of Clinical Psychiatry*. 56 suppl 2; 30-37.
- Parker, G. (2000) Classifying depresión: should paradigms lost be regained? *American Journal of Psychiatry*, 157(8); 1195- 1203.
- Piccinelli, m & Wilkinson, G. (1999) Outcome of depresión in psychiatry settings. *British Journal of Psychiatry*, 164: 297- 304.

- Punyanunt-Carter, N.M. (2004) Reported affectionate communication and satisfaction in marital and dating relationship. *Psychology Report*; 95(3Pt2): 1154- 1160.
- Pugel, J., Berestein, I. (1988) *Psicoanálisis de la Pareja y el Metrimonio*; México. Ed. Paidós.
- Rached, P. I., Azuaje, S. A., Henriquez, P.G. (2002) Estado emocional en gestantes de una comunidad menos privilegiada de Caracas. *Anales Venezolanos de Nutrición*. 15(3);94-104.
- Radloff, L. (1977) The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, Vol.1*, 385-401.
- Rage, A. E. (1996) *La Pareja. Elección, problemática y desarrollo*. México. Ed. Plaza y Valdés y Universidad Iberoamericana.
- Reis, S., Grenyer, B. (2004) Fear of intimacy in women relationship between attachment styles and depressive symptoms. *Psychopathology*; 37(6): 299-303.
- Rich-Edwards, J. W., Kleinman, J., Abrams, A., Harlow, B., McLaughlin, T. J., Joffe, J., et al. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 221-227.
- Rogers, C. (1973) *El Matrimonio y sus Alternativas*. Barcelona. Ed. Kairos.
- Rowe,D. (1998) *La depresión. El camino de salida del tunel*. España. Paidos.
- Salvatierra, (1989) *Psicobiología del Embarazo y sus trastornos*. Barcelona. Ed. Martínez Roca.
- Sánchez-Aragón, R. (1995) *El amor y la cercanía en la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida*, Tesis de maestría Facultad de Psicología, UNAM México.
- Schmaling, K., Jacobson, N. (1990) Marital interaction and depression. *Journal of Abnormal Psychology*; 99(3): 229- 236.
- Schramm, E. (1998) *Psicoterapia Interpersonal*. España. Ed. Masson
- Segal, H. (2000) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México. Ed. Paidós.
- Shapiro, A.F., Gottman, J.M., Carrere, S. (2000) The baby and the marriage: identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal of Family Psychology*; 14(1): 59- 70.

- Sharpley, C., Cross, D. (1982) A psychometric evaluation of the Spanier Dyadic Adjustment scale. *Journal of Marriage and the Family*; 739-741.
- Sharpley, C. Rogers, J. (1984) Preliminary validation of the Abbreviated Spanier Dyadic Adjustment Scale: some psychometric data. Regarding screening test of marital adjustment. *Educational and Psychological Measurement*; 44(4): 1045- 1049.
- Smith, M.V., Rosenheck, R.A., Cavaleri, M. A., Howell, H.B., Poschman, K., Yonkers, K.A., (2004) Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatric Services*, 55(4); 407- 414.
- Soares, C., Viguera, A., Cohen, L. (2001) Mood disturbance and pregnancy: pros and cons of pharmacologic treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*: 23(1); 48-53.
- Spanier, G. (1980) Marital Quality. A review of the seventies. *Journal of Marriage and the Family*; 42: 825- 839.
- Spanier, G., Thompson, L. (1982) A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*. 44; 731- 738.
- SPSS (Paquete estadístico para las ciencias sociales para Windows) Versión 11.05 Chicago, EU: SPSS, Inc. 2002. Software de computadora
- Videla, M. (1997) *Maternidad Mito y Realidad*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.
- Villaluenga, Y. (2001) *La Madre Imperfecta*. España. Editorial Debolsillo.
- Villanueva, L.A., Pérez, F.M., Fernando, I.L. (2000) Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas. *Ginecología y Obstetricia de México*, 88(4); 143-148.
- Watson, J.K., Elliott, S.A., Rugg, A.J., Brough, D.I. (1984) Psychiatric disorder in pregnancy and first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144; 453-462.
- Widlöcher, D. (1986) *Las lógicas de la Depresión*. Barcelona. Ed. Herder.
- Wikman, M., Jacobsson, L., Von Schoultz, B. (1993) Ambivalence towards parenthood among pregnant women and their men. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*; 72(8): 619- 626.
- Willitts, M., Benzeval, M., Stansfeld, S. (2004) Partnership history and mental health over time. *Journal of epidemiology and community Health*; 58(1): 53-58.
- World Health Organization (WHO), (2001), *The World Health Report 2001, Mental Health New Understanding*. New Hope, Ginebra.

- Yela, C. (2000) *El amor desde la psicología social*. Madris. Ed Psicología Pirámide.
- Zayas, L. H., Cunningham, M., Mckee, M. D., Jankowski, K.R: (2002). Depression and negative life events among pregnant African-American and Hispanic women
Women's Health Issues; 12(1),16-22.
- Zhong-Cheng,L., Russell, W., Kramer, M.S., (2004) Disparities in pregnancy outcomes according to marital and cohabitation status. *Obstetrics and Gynecology, 103;1300- 1307.*