

881325

8

709



FUNDADA EN 1960

**UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO**

PLANTEL LOMAS VERDES

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

NUMERO DE INCORPORACION 8813-25

**“ESTANDARIZACION DE LA ESCALA DE AUTOMEDICION  
DE LA DEPRESION DE ZUNG EN PACIENTES OBSTETRICAS  
CON EMBARAZO NORMAL DEL INPER”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

**VERONICA MAYELA LOPEZ HUBER**

Director de la Tesis: Lic. Ismael Antonio Márquez Ordaz

Revisor de la Tesis: Lic. Leopoldo Bermúdez Bucio



## **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 está 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.

881325

881325



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL LOMAS VERDES

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
NUMERO DE INCORPORACION 8813-25

"ESTANDARIZACION DE LA ESCALA DE AUTOMEDICION  
DE LA DEPRESION DE ZUNG EN PACIENTES OBSTETRICAS  
CON EMBARAZO NORMAL DEL INPER"

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A  
VERONICA MAYELA LOPEZ HUBER

Director de la Tesis: Lic. Ismael Antonio Márquez Ordaz

Revisor de la Tesis: Lic. Leopoldo Bermúdez Bucio

NAUCALPAN, EDO. DE MEXICO

1995

**Con profundo  
agradecimiento a mi  
familia, especialmente a  
mis padres, por toda  
una vida llena de  
amor y enseñanza.**

# Contenido

## Introducción

<b>Capítulo 1. Embarazo.</b>	<b>1</b>
1.1 Características Generales del Embarazo.	4
1.2 Aspecto Fisiológico.	5
1.3 Aspecto Cultural.	7
1.4 Aspecto Social.	12
1.5 Aspecto Psicológico.	15
<b>Capítulo 2. Depresión</b>	<b>18</b>
2.1 Diferencia entre Duelo y Depresión.	21
2.2 Causas de la Depresión.	22
2.3 Cuadro Clínico.	23
2.4 La clasificación de la Depresión según el DSM III.	26
2.5 Eventos relacionados con la Reproducción y la Depresión.	29
<b>Capítulo 3. Investigaciones acerca del Embarazo y la Depresión.</b>	<b>32</b>
3.1 Repercusiones Emocionales en la Reproducción.	37
<b>Capítulo 4. Escala de Autoevaluación de Zung.</b>	<b>41</b>
<b>Capítulo 5. Metodología.</b>	<b>45</b>
<b>Resultados</b>	<b>50</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>76</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>78</b>
<b>Anexos.</b>	<b>81</b>

## INTRODUCCION

El embarazo se presenta en la mujer como una etapa de transición y cambio, en el cual ha de darse una reacción de ajuste. Tanto los cambios, como los ajustes que se elaboran ante dichos cambios, se dan no solo a nivel físico biológico, sino también a nivel psicológico, emocional, familiar y de pareja; es decir que la mujer embarazada vive una etapa muy especial, totalmente diferente al resto de su vida.

Como organismos integrados, nuestras reacciones emocionales tienen una base anatómica fisiológica y provocan cambios conductuales, por lo que no pueden desligarse una de otra. La depresión parece ser una reacción emocional de importancia considerable durante el embarazo. (Morales, 1989).

El índice de auto medición de la depresión de Zung, es un instrumento de fácil y rápida aplicación y calificación, que nos permite identificar, con un alto grado de confiabilidad, a pacientes con síntomas depresivos ( y / o a pacientes deprimidos).

El Instituto Nacional de Perinatología, es una institución hospitalaria, en donde se atienden pacientes obstétricas, estas pacientes pueden o no cursar con un embarazo de alto riesgo, este factor influye en mayor o menor medida en las relaciones emocionales de la mujer embarazada.

Es por todo esto, que se considera de suma importancia contar con un instrumento que permita al psicólogo clínico identificar con claridad a las pacientes que requieran una intervención psicoterapéutica oportuna.

No se cuentan con normas de estandarización en población mexicana y mucho menos en una población tan especial como son las mujeres embarazadas. Así es como surgió la necesidad de crear normas específicas para la población del Instituto Nacional de Perinatología, en este estudio nos referimos únicamente a la escala de Automedición de la Depresión de Zung, sin embargo, la tarea de estandarizar cada instrumento que se use, tanto en población mexicana como en poblaciones específicas, es ardua y extensa, por lo que será motivo de otras investigaciones.

## **Capítulo 1 Embarazo**

### **1.1 Características Generales del embarazo.**

La experiencia del embarazo es uno de los acontecimientos de mayor trascendencia que la mujer llega a experimentar en su vida procreativa, dado que está ligado no sólo a cambios de tipo fisiológico, sino también a los aspectos dinámicos en la psicología de la mujer. (Valderrama, 1988). La maternidad en la cultura mexicana adquiere especial significado, en tanto que se encuentra matizada de mitos y valores, así como de una manifestación a través de la cual la mujer expresa su feminidad.

En el ámbito perinatal compete al psicólogo incursionar en los aspectos dinámicos implicados en el embarazo tomando en cuenta aquellos factores de índole obstétrico y sociocultural. El conocimiento del estado emocional durante el embarazo alude quizá al concepto que la mujer tiene de sí misma como madre, o en general a ideas sobre su feminidad, de tal forma que dichos estudios se conviertan en una fuente de investigación que facilite el manejo adecuado de pacientes embarazadas en la práctica clínica. (Idem).

El embarazo representa una fase crítica en la vida de la mujer, que se inicia con la fecundación, misma que es producto de la eyaculación del semen hacia el útero la cual tiene lugar con la relación del coito entre hombre y mujer, exactamente en un tiempo en que el óvulo se encuentra en la trompa de falopio y los espermatozoides son atraídos hacia éste por una fuerza hormonal, que los arrastrará hacia dicho oviducto, produciéndose la unión de los núcleos de ambas células masculina y femenina, formando una



célula nueva que contendrá veintitrés pares de cromosomas, la mitad de la madre y la mitad del padre.

Según Merani (1979) el embarazo es el estado de la mujer preñada que comienza con la fecundación y termina con el parto.

El estudio del embarazo, ha sido abordado desde la etapa de gestación, pues, la actitud, la respuesta y en general el significado que la mujer le da al mismo, será moldeado de acuerdo al tiempo de gestación, que se esté llevando a cabo, por lo que se tiende a dividir en tres etapas.

Primera etapa; que abarca desde el principio de la gestación, esencialmente cuando la mujer se entera de su embarazo aproximadamente a las cuatro semanas, en el momento en que se establece el mecanismo hormonal que se produce el cese de la menstruación, hasta los tres meses.

Segunda etapa; período central que abarca de los tres a los seis meses de gestación, clasificándose como una etapa en la cual disminuyen las molestias somáticas.

Tercera etapa; la cual representa la última fase del embarazo, misma que abarca de los seis meses a los nueve meses de gestación; trimestre en el cual se tiende a aumentar ciertas molestias como insomnio, fatiga, ansiedad y temor relacionados con el parto. (Hanford, 1968; citado por Valderrama, 1988).

Es importante mencionar cuáles son los síntomas y signos a detectar durante la gestación:

### Síntomas Presuntivos.

1. Amenorrea (cese de la menstruación).
2. Náuseas y vómito por periodos prolongados en los primeros tres meses, presentándose con mayor frecuencia en las mañanas.
3. Dolor, hormigueo y congestión en las mamas, ocurriendo en las primeras semanas de embarazo.
4. Poliuria y micción imperativa (aumento del deseo de evacuar la vejiga, debido a estructura de la pelvis y por la presión originada por el ensanchamiento del útero), sucediendo en los primeros tres o cuatro meses.
5. Constipación, como resultado del cambio en los hábitos de alimenticios
6. Fatiga.
7. Aceleración (percepción de los primeros movimientos fetales que tienen lugar entre las 14 y las 16 semanas de gestación).
8. Aumento de peso.
9. Efectos metabólicos, los cuales se pueden notar desde la sexta semana.

Elevación de la temperatura.

### Signos Presuntivos.

1. Pigmentación cutánea, melanosis facial, obscurecimiento se la frente, el dorso de la nariz y los pómulos.
2. Epulis (hipertrofia de las papilas gingivales ocurridas en el primer trimestre de embarazo).
3. Leucorrea (aumento de estrógenos y progesterona que aumentan el moco cervical y producen una marcada descamación de células epiteliales).
4. Cambios en mamas.
5. Crecimiento abdominal (prominencia del abdomen que se conoce en la semana 14).

## 6. Cambios en los órganos pélvicos.

### Signos positivos o de certeza.

Los constituyen todas aquéllas evidencias médicas y legales del embarazo, haciéndose evidentes después del cuarto mes:

1. Auscultación del latido cardiaco fetal.
2. Palpitaciones del contorno fetal.
3. Reconocimiento de los movimientos fetales.
4. Demostración radiológica del esqueleto fetal.
5. Ultrasonografía fetal.
6. Electrocardiografía fetal.

El señalar los signos y síntomas desde un punto de vista obstétrico, permite entender por qué el embarazo implica un caudal de cambios hormonales, los cuales inciden sobre el organismo femenino; y no se presentan a un mismo tiempo, sino que dependen de la fase de gestación para que se detecten o manifiesten; provocando en la madre determinadas reacciones, entre éstas están las reacciones emocionales relacionadas con adaptaciones de índole psicológico.

Dentro del ámbito perinatal es importante resaltar la interacción que existe entre los factores de índole biológico, social y psicológico.

## **1.2 Aspecto Fisiológico.**

El embarazo, independientemente de la condición física, social económica y psicológica de la mujer, causa alteraciones en la fisiología materna ocurriendo variaciones en el funcionamiento normal de todos los aparatos y sistemas. (Bellack, 1965; citado por Valderrama, 1988).

Los mecanismos que dan origen a los cambios de tal fisiología materna son desencadenados por los mensajes horizontales que el producto de la concepción envía a la madre, entre los cuales se encuentran:

Sistema hematopoyético (brazo, médula ósea, ganglios linfáticos).

Sistema óseo y articular (articulaciones y huesos).

Sistema cardiovascular.

Sistema respiratorio.

Sistema digestivo y glándulas anexas (hígado, vesícula biliar, páncreas).

Sistema urinario.

Sistema de las glándulas endocrinas (tiroides, paratiroides, timo, hipófisis, epífisis, cápsulas suprarrenales).

Sistema reticuloendotelial (útero, parametrio, ganglios linfáticos, riñones, hipófisis).

Sistema nervioso (central y periférico, neurovegetativo).

Dichas alteraciones suceden en las actitudes, nutrición, metabolismo, peso, piel, tejidos, células y músculos mayormente pronunciados a nivel del aparato reproductor (Valderrama, 1988).

Así pues, la referencia a las alteraciones subjetivas y objetivas clasificadas de acuerdo a un criterio diagnóstico, que tiene lugar en todo

embarazo normal; da evidencia por una parte de la magnitud de cambios que trae consigo a nivel fisiológico, y por otra, de las variaciones en la regulación homeostática, causando efecto directo sobre el organismo femenino. (Idem).

### 1.3 Aspecto Cultural.

Desde tiempos remotos, el embarazo ha sido visto como un evento "normal" rodeado generalmente de ideas mágicas, mitos y prejuicios, culturalmente se le ha asignado características un tanto idealistas haciéndolo parecer en la mayoría de los casos como un evento ya no tan sólo natural, sino indispensable en la vida de una mujer; "aún cuando se acepta y se está consciente de que tal estado implica cambios a nivel fisiológico que inciden directamente sobre la fisiología materna, causando serios desajustes en la mujer". (Lauger, 1964, citado por Valderrama, 1988).

Simone de Beauvoir (1981) define la maternidad como "la relación de la madre y el hijo como un todo sociológico y afectivo misma que comienza con la concepción y se extiende a través de los posteriores procesos fisiológicos de la preñez, nacimiento, alimentación y asistencia". Esto significa que la mujer en nuestra cultura, para sentirse madre deberá experimentar el embarazo ya que solo en esa forma se resaltan sus valores de femineidad, mismos que se encuentran profundamente arraigados en ella y que a través de los tiempos se han ido estableciendo encerrando la idea de que la mujer por medio de la maternidad cumple con una de sus funciones primordiales, lo cual llega a traducirse como un paso de su "realización plena". Sin embargo, habrá que tener presente que en ocasiones aún cuando tales factores pueden llegar a juzgarse como elementos que impiden el desarrollo, dichos valores representan la parte esencial que caracterizan y hacen diferente a una cultura de otra. (Valderrama, 1988).

Por lo tanto, la cultura es parte esencial del desarrollo humano y juega un papel trascendente en lo que se refiere a valores implícitos en el rol

femenino; valores que a través de las épocas y en diferentes culturas han ido adquiriendo varias directrices, resultando válidos y entendibles solamente para la cultura que los maneja. Por ejemplo, para la cultura de los leptchas del himalaya, el embarazo ha sido asociado a un signo de adecuación sexual concebido como un período de susceptibilidad o debilidad aniquilante.

Margaret Mead (1972) estudió a los Arapesh en Nueva Guinea descubriendo que éstos compartían una sociedad patriarcal y no existían diferencias temperamentales o intelectuales entre ambos sexos, siendo el hombre quién asumía las responsabilidades y se dedicaba a las actividades vedadas a las mujeres. En base al conocimiento del estilo de vida de los Arapesh, tal autora presupone que la posición ocupada por la mujer está basada en las funciones procreativas de ésta, es decir, que queda restringida a un mero valor procreativo. Sin embargo, tal parece que dicho estilo de vida sólo puede interpretarse como un conglomerado de valores concernientes a tal cultura, mismos que difieren de otras tantas, por lo que no necesariamente podrán ser entendidas y explicables si se comparan en este caso con una cultura occidental. (Citada por Valderrama, 1988).

Kardiner (1945) estudió la cultura de las Islas Marquesas y encontró que los habitantes se distinguen por una desproporción entre ambos sexos. Habiendo más varones que mujeres, caracterizándose por que en una comunidad doméstica conviven un jefe de familia con su mujer y otros dos maridos secundarios y en donde todos los hombres tienen derecho sexual sobre las mujeres, no existiendo los celos, las mujeres trabajan poco debido a la distribución de los favores sexuales que brindan al jefe de familia, es decir, que dentro de tal cultura la posición de la mujer es contraria

a la que ocupan las Arapesh, en tanto que solo amamantan a sus hijos durante cuatro meses, y posteriormente el bebe queda al cuidado de los maridos secundarios privando a la mujer de sus derechos maternales, desde el punto de vista occidental. (Idem).

En Uganda está prohibido tocar a una mujer durante el parto o la menstruación y se destruyen todas las vasijas que las mujeres manejan en esos periodos. Otras tribus aislan a la mujer durante el parto y le acercan sus alimentos con la punta de un palo, ya que se considera que durante esa época puede destruir la virilidad de los hombres. (Citado por Wolman, 1981).

Turnbull (1981) demuestra la importancia que tiene el sistema de apoyo cultural para las mujeres durante el embarazo en la tribu Ike de Africa; al despojarlos de sus tradicionales terrenos de caza, éstos sufrieron una trágica metamorfosis cultural y en el curso de una década se destruyeron todos los lazos triviales tradicionales y los rituales culturales que los protegían como resultado hubo una marcada reducción en la población de la tribu, que se enfrento a la amenaza de su extinción. El cambio más sorprendente al perder los Ike sus terrenos de caza fue el patente abandono de los niños. A los niños no se les cuidaba, no se les amaba y a menudo se les hostigaba y burlaba cruelmente, obligandolos a buscar su propio abrigo y a merodear en busca de alimento. (Citado por Wolman, 1981).

Por lo tanto, los valores, mitos, prejuicios que rodean o caracterizan los roles del hombre, así como el concepto que se tenga de la maternidad y del embarazo serán validos y entendibles dentro de un determinado ámbito cultural, resultando difícil de entender y explicar para otra cultura en cuestión.



Por lo que respecta a la sociedad mexicana, Ramírez (1980) menciona que desde los aztecas la maternidad asumía un valor indiscutible, así como todo lo referente a la crianza de los hijos, la función maternal era resaltada por encima de muchas cosas. (Citado por Valderrama, 1988).

No obstante se admite que la educación hacia la maternidad en mujeres de épocas pasadas estaba muy arraigada, ya que, se encontraba sometida a varios embarazos, impidiendo dedicarse a otras cosas que no fuera la crianza de los hijos, en tanto que el mercado de trabajo no se encontraba abierto para ella, sin embargo, la situación en la actualidad ha cambiado, ya que hoy en día la mujer tiene la opción de no tener todos los hijos que potencialmente podría y ello es debido a la difusión de métodos anticonceptivos. Cuando se suscitan cambios sociales, económicos, tecnológicos; el ámbito cultural transmite y asigna valores a partir de los cuales se dirige la sociedad.

Ramírez (1980) comenta que en la cultura mexicana actual, prevalece aún cierto antagonismo entre la satisfacción genital y procreativa por lo que la mujer poco satisfecha y realizada en su conducta genital compensa vicariamente la seguridad y apoyo que deberá obtener del compañero a través de una maternidad exuberante y prolífica. (Citado por Valderrama, 1988),

Así pues, tales valores llegan a tener importancia ya que guían y moldean las actitudes de la mujer, no hablando precisamente de una maternidad prolífica como sucedía en épocas pasadas, pero adoptando la maternidad como una de las formas de "realización" y como la vía más loable de obtener estima, aún en aquellas mujeres con preparación profesional que se enfrentaban a un posible choque de valores, en tanto que

por una parte discuten acerca del mito femenino en términos de cuidadora del hogar y responsable de la crianza de los hijos, abogando por igualdad de derechos y transformándose en una extensa participación en el mercado de trabajo, pero por otra parte se ven ante la disyuntiva de acatar o no el rol tradicional en el cual va implícita la función maternal. (Valderrama, 1988).

Por lo tanto, se le conoce a la cultura la parte correspondiente de influencia respecto al rol asumido por la mujer, directamente vinculado a la función de maternidad; y aceptar al mismo tiempo que tal supuesto no impone necesariamente a la mujer, un papel inferior, colocándola en un plano fatalista a su condición de mujer respecto al hombre haciéndola sentir que su destino es "solo tener hijos", es decir, que la maternidad, la vivencia de un embarazo, coloca a la mujer en un plano distinto al hombre. Sin embargo, ello no tiene por que considerarse inferior o superior, puesto que en general representa un evento que implica actitudes, mitos, los cuales dependerán de la cultura. De manera que habrá quien lo considere un proceso fisiológico normal, una enfermedad, un acto sexual cubierto, vergonzoso o sencillamente un evento meritorio o natural, pero destacando sobre todo como un evento muy ligado a "valores" arraigados profundamente en la mujer y los cuales son transmitidos de generación en generación. (Idem).

#### **1.4 Aspecto Social.**

Es importante tomar en cuenta la posición que la mujer ocupa en el ámbito social, en tanto que se hacen evidentes las diferencias en comportamiento y desenvolvimiento social que mantenía la mujer en épocas pasadas respecto a la mujer actual. La evolución histórica ha impulsado a la mujer para que asuma determinado rol de acuerdo a las exigencias que la sociedad le impone. Sin embargo, si bien es cierto que el avance tecnológico y la modernización han contribuido para que la mujer ocupe una posición equivalente a la que ocupa el hombre, originando cambios en la conducta de la mujer, comparando con el que mantenía su madre o abuela en épocas pasadas, también es necesario considerar hasta que punto esto ha llegado a influir y trastornar su actitud hacia el embarazo.

Actualmente la mujer mantiene una "seudoemancipación sexual", lo cierto es que se ha logrado adquirir mayor libertad en tal terreno, tendiéndose a abolir las restricciones en lo que a conducta sexual se refiere; sin embargo, esto no se ha generalizado a todas las mujeres pero algunas son capaces de externar sus deseos para su mayor placer, sin que se le condene o juzge de "liberada o atrevida". (Valderrama, 1988).

Es importante mencionar que el avance médico ha dado como resultado técnicas anticonceptivas, que si bien no resultan 100%, confiables, por lo menos son más seguras que las medidas de control naturales a las que confiaban las mujeres de otras épocas, de tal forma que ello proporciona a la mujer la alternativa de elegir embarazarse o no, es decir, que lo que se señalaba como un "destino fisiológico", la maternidad la puede dirigir, posponer o quizá evitar. Actualmente el país ofrece los servicios de planificación en mayor proporción, pero no todas las mujeres con vida sexual

activa adoptan un sistema de control natal, persistiendo varias razones de índole social por lo que se está dando un efecto a tal situación. Ahora bien, la mujer de hace algunas décadas concebía que su papel era el de casarse, tener hijos y se concretaba a su actividad de ama de casa, debido a que las condiciones sociales la dirigían a que solo fuera así y ello no le implicaba mayor conflicto; en contraparte, la mujer en la actualidad tiende a buscar otras alternativas sociales como estudiar, trabajar, desarrollar una profesión. Sin embargo, curiosamente no renuncia a su función convirtiéndose para ella en un gran obstáculo para su desarrollo social en tanto que su nivel de actividad se multiplica y probablemente la lleve a una desorganización, desequilibrando su estilo de vida puesto que en ocasiones tendrá que darle prioridad a uno u otro nivel de actividades. (Idem).

La mujer de la actualidad se encuentra como una persona independiente económicamente y consciente de sus valores, con mayores libertades y amplia participación en varios campos, y quizá se llega a enfrentar a una gran confusión de conceptos que requieren conciliar sus intereses o nivel social con su maternidad. (Simone de Beauvoir, 1981; citado por Valderrama, 1988).

No obstante, hay que tomar en cuenta la existencia de las mujeres universitarias, profesionistas, trabajadoras que desempeñan actividades de ama de casa, madre, esposa y logran conjugar tal nivel de actividad que si bien esto puede acarrear conflictos, lo cierto es que rara vez renuncia a su condición materna.

Los avances culturales, el desarrollo tecnológico y médico, así como la evaluación de teorías psicológicas, detección de anormalidades prenatales, el desarrollo de las actividades anticonceptivas, industrialización

y el cambio de roles del hombre y de la mujer han contribuido al avance de una sociedad donde la aparición de embarazos y nacimientos puede involucrar cambios a nivel consciente e inconsciente.

### **1.5 Aspecto Psicológico.**

Según Beauvoir (1981) el embarazo implica un acontecimiento dramático al que se enfrenta la mujer quien lo desea y lo teme, lo siente como un enriquecimiento y una mutilación a la vez; es decir, el embarazo se presenta como un evento traducido a emociones y ambivalencias, temores y deseos, actividad y pasividad, un proceso orgánico que es fácilmente utilizado por el aparato psíquico para dar expresión a tensiones emotivas preexistentes. (Citado por Valderrama, 1988).

Es importante reconocer que el deseo de tener hijos se hace patente en muchas de las mujeres a través de las épocas y aún en las mujeres de nuestros días, se puede decir que la mujer actual aún cuando se encuentra en posición muy distinta a la que ocupaba la mujer de otras épocas, es indudable que sigue asumiendo su papel de progenitora, madre y cuidadora de sus hijos; su panorama se complica, sus actividades se multiplican y posiblemente surge en ella inquietud, inconformidad, pero lo cierto es que dicha condición quizá se posponga pero no se renuncia.

Aceptar que el embarazo representa una crisis en el desarrollo de la mujer, se presupone que tal evento es un período de estrés, donde la capacidad, la identidad y estima provocan ansiedad (Bardwick, 1971) y a veces el desarrollo de tal identidad traducido a los aspectos de feminidad estará directamente vinculado a la temprana relación madre-hija, de tal forma que el embarazo conceptualizado como crisis se entrelaza con las tareas propias del rol de la mujer. (Idem).

Aceptar que el embarazo es el destino fisiológico de la mujer en tanto que su cuerpo está previsto de las condiciones fisiológicas que lo permiten y no es nada simple, debido a que existen mujeres que

experimentan su embarazo de manera muy diferente a como lo experimentan otras más, quienes ante tal experiencia se enfrentan a un conflicto, una crisis que en el mejor de los casos llega a resolverse y las dirige al equilibrio y por ende a una madurez psíquica. No obstante, tales mujeres que experimentan su embarazo de manera tranquila, sin mayores molestias físicas que las habituales, admiten que esto las hace sentir emocionalmente satisfechas. Pero, cabe considerar que posiblemente también en ellas se esté llevando a cabo una movilización de mecanismos de reajuste, ambivalencia, sentimientos contradictorios que van de cólera al llanto, del temor a la ira, o quizá culpa y vergüenza; un caudal de emociones que la lleven a una gran confusión interna y que en la mayoría de las veces se expresa como una aceptación externa.

La mujer y su condición misma la coloca en una situación ambivalente, por un lado favorecedor pero también limitante puesto que ella puede elegir entre trabajar o no y el hombre no, a él, le es impuesta tal actividad, la alternativa le es vedada; a la mujer le resulta difícil renunciar al matrimonio, a su condición materna en tanto que esto le representa una norma femenina, de tal forma que surge un conflicto que no se da a nivel de comportamiento sino a nivel interno y psicológico.

Por lo tanto, un motor que dirige la vida de la mujer es la búsqueda de autoestima, y en ocasiones renunciará a la lucha competitiva por su temor el fracaso o éxito, pero en cierta forma se esta asegurando de que su propia estima seguirá dependiendo del precio de los demás. De manera que en el matrimonio y en su relación con la pareja está valorando su identidad y feminidad, haciéndolo en función de otra persona; pero, si bien es cierto que con ello está garantizando la vía para alcanzar estima,

también cabe considerar que ello dependerá del tipo de pareja que se encuentre y realmente sienta que le está proporcionando el amor y afecto del cual ella busca asegurarse.

Gómez (1981) se refiere a la autoestima como el fenómeno o afecto que se traduce a conceptos, imágenes y juicios de valor referidos a sí mismo y que se entiende como un proceso psicológico cuyos contenidos se encuentran socialmente determinados, representado en ese sentido un fenómeno psicosocial. La autoestima se resalta en tanto se encuentre relacionada con la satisfacción y el funcionamiento personal eficiente. (Citado por Valderrama, 1988).

Reidl (1981) observó que las personas al buscar ayuda psicológica con frecuencia se quejaban o se dan cuenta que sufren sentimientos de inferioridad y desvalorización, considerando como causa principal la angustia. De esa manera, la angustia y la autoestima se encuentran muy relacionadas por que la amenaza es lo que produce la angustia, lo que esta siendo amenazado es la autoestima de la persona. Algunas investigaciones sugieren que la búsqueda de aprobación y posición social surge en gran medida del deseo de mantener una autoevaluación positiva y la búsqueda de ésta.

La autoestima es el resultado de la internalización de las normas y los valores del grupo social y del adecuado desempeño de las mismas, adquirida a través de las relaciones interpersonales que refleja de alguna manera la actitud que los demás tienen ante el sujeto, el cual presenta una actitud valorativa. (Idem).



## CAPITULO 2

### **Depresión.**

La depresión presenta una clasificación muy difícil como proceso morboso, el efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad, que se manifiesta en sentimientos derrotistas y el enorme contraste entre la imagen que el paciente deprimido tiene de sí mismo y la realidad, han hecho que se le considere como la enfermedad de las paradojas. (Calderón, 1988).

Históricamente el término depresión se remonta a un cuarto de siglo, siendo contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología. El cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. En el siglo IV a. de c. Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy se conocen como psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, que la melancolía era producida por la bilis negra.

En los primeros siglos de nuestra era Celsus en su libro, "De re Médica y Arateo de la Cappadocia", en enfermedades agudas y crónicas, hablan de la manía y la melancolía como problemas médicos. Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad.

Durante la edad media, filósofos destacados como Santo Tomas de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e

influencias Astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó su tratado de "Anatomía de la Melancolía", obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos. (Idem).

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesión) y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar, las psicológicas (miedo, desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares) y segundo, las físicas (amenorrea y puerperio).

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz llamada posteriormente esquizofrenia. En consecuencia, el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.

La clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia entre las formas reactivas y las endógenas. La historia clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios, entonces la depresión es llamada exógena o reactiva; en otros, no hay factores desencadenantes evidentes y la depresión es considerada endógena. (Calderón, 1988).

Existen tres tipos de depresión; 1) en la depresión psicótica los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante; se caracterizan por la seria alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el medio, 2) en la depresión neurótica la personalidad del

sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia, 3) en la depresión simple la personalidad no sufre ningún trastorno por lo que no se le considera como un trastorno psiquiátrico, el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de salud mental, cuyos problemas psicológicos, ecológicos o sociales le han provocado un desequilibrio bioquímico, originando un cuadro depresivo. (Idem).

### **2.1 Diferencia entre Duelo y Depresión.**

La pérdida de un ser querido, una situación desfavorable (económica, de poder) o el enfrentamiento a situaciones afflictivas pueden originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena al que llamamos duelo y que se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada.

El duelo incluye tres periodos: el de desesperación, el de depresión y el de adaptación. Durante el primero se presenta un estado de choque emocional con pérdida de apetito, insomnio, fatiga, inquietud o apatía, llanto, sollozos y agravación o descompensación de las enfermedades preexistentes. La realidad de la pérdida puede no ser aceptada, e incluso puede ser negada durante los primeros momentos, lo cual se suele acompañar de sentimientos con falta de sentido de la existencia.

El periodo depresivo trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz. El periodo de adaptación se da cuando el individuo empieza a darse cuenta de la realidad y a fijarse nuevos objetivos. Para ello tiene que ir retirando del objeto perdido sus cargas afectivas. La duración del duelo es variable y va desde unas cuantas semanas hasta varios meses. Cualquier variación del cuadro descrito, ya sea debido a la duración o a la intensidad de los síntomas, debe considerarse patológica. (Calderon, 1988).

## **2.2 Causas de la Depresión.**

Si se considera al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión se debe tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; el predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico y se dividen en psicóticos, neuróticos y simples.

Las causas pueden ser genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales; en las causas psicológicas, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante. Según Freud, todos los factores neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez.

Entre las causas inmediatas de las neurosis, se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia.

En la depresión neurótica el elemento "pérdida" es de suma importancia; la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, algo intangible como el afecto o la autocrítica; como la juventud que se va, un negocio en quiebra, etc. Lo que importa no son los hechos sino la actitud del enfermo respecto a ellos.

La pérdida del objeto durante la etapa de desarrollo podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta. La resistencia personal a la pérdida es variable; hay personas que son extraordinariamente sensibles a ella y otras que la soportan sin inmutarse. (Calderón, 1988).

### **2.3 Cuadro Clínico.**

El cuadro clínico de la depresión según Calderón (1988) se divide en cuatro grupos: trastornos afectivos, trastornos intelectuales, trastornos conductuales y trastornos somáticos.

El primer trastorno muestra que la afectividad perturbada en el síndrome depresivo origina síntomas diversos. El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal modo que cosas que antes pudieran haber estimulado su ánimo, ahora abatido, no le son afectivas. La tristeza puede ir acompañada de llanto, situación que se presenta con más frecuencia en la mujer que en el hombre. Quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad, el enfermo deprimido que presenta este síntoma en forma dominante manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y que le cuesta mucho trabajo tomar decisiones, hecho que deteriora su actividad y voluntad.

El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad, da origen a sentimientos de devaluación personal, que las más de las veces se manifiesta con frases como "soy un inútil", "para mí no hay nada", "todo lo hago mal", "mi vida no tiene sentido". Es importante considerar esta actitud negativa, sobre todo cuando el enfermo se niega a cooperar con el tratamiento por creer que su mal no tiene remedio, que nadie puede ayudarlo y que no vale la pena luchar.

La inseguridad y el pesimismo hacen que el enfermo se torne dependiente de sus familiares. Otro síntoma frecuente es el miedo, que a

veces se presenta en forma no precisa; el paciente siente temor, pero no sabe a qué, pudiendo ser a "todo" o a "nada" en especial.

La irritabilidad que muchas veces es el motivo básico de la consulta, da por resultado; matrimonios al borde del divorcio, mal funcionamiento entre los diferentes miembros de la familia, pésimas relaciones interpersonales en el trabajo, agresividad al manejar, son elementos que con frecuencia se traducen en un estado depresivo, que está manifestado por hostilidad.

#### Trastornos Intelectuales.

Las funciones intelectuales no son las más afectadas en el cuadro clínico de depresión; sin embargo pueden presentarse síntomas importantes. Es frecuente que la sensopercepción se encuentre disminuida, situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirle las preguntas dos o tres veces para obtener una respuesta. También existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados, aunado a la disminución de la capacidad de atención y concentración, presentándose como síntoma de inhibición que repercute sobre la memoria.

#### Trastornos Conductuales.

La actividad y la productividad el sujeto disminuye, los impulsos suicidas son el aspecto más delicado y peligroso que debe valorarse adecuadamente al inicio de un tratamiento. También se ha observado en algunos pacientes el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia.

A los trastornos somáticos se les conoce como depresión enmascarada. A veces se le ha considerado como un iceberg, ya que solo se detecta una pequeña proporción quedando oculta la mayor parte tras los

presenta la anorexia, síntoma que es frecuente en casi todos los cuadros agudos.

En algunas ocasiones el enfermo puede reaccionar paradójicamente expresando un deseo compulsivo de comer con el correspondiente aumento de peso. Por otra parte se presentan trastornos de la sexualidad con debilitamiento o desaparición del deseo sexual, otro síntoma frecuente es la cefalea tensional.

El aparato digestivo está implicado en las quejas del enfermo: la dispesia, aerofagia, náuseas y otros síntomas que se diagnostican generalmente como "colon irritable" son elementos comunes que se presentan con el síndrome depresivo. (Calderón, 1988).

El comienzo del cuadro depresivo puede ser súbito y estar aparentemente relacionado con algún problema serio de tipo económico, familiar, laboral o sentimental, como por ejemplo, la muerte de algún ser querido, una quiebra en los negocios, la ruptura de un noviazgo, a este tipo de cuadros depresivos se les llama reactivos. En ocasiones, el comienzo del cuadro es insidioso, sin motivo aparente que lo justifiquen; el mismo paciente se sorprende de sentirse triste al considerar que por el contrario todo ocurre para estar feliz, a este cuadro se le llama depresión endógena.

En relación con el cuadro del padecimiento, algunos casos pueden evolucionar espontáneamente hacia la curación o mejoría, pero los demás atienden a la cronicidad y no se efectúa un tratamiento adecuado, la magnitud de las molestias varían, pueden ser ligeras o perturbar seriamente al paciente. (Idem).



## **2.4 La clasificación de la Depresión según el DSM III**

### Trastornos Menores.

Trastorno afectivo de la personalidad caracterizado por el predominio, durante toda la vida, de un estado de ánimo pronunciado, que puede ser persistentemente deprimido o constantemente alborozo, o bien uno y luego el otro en forma alternada. Durante los periodos de alborozo hay un firme optimismo y una intensificación del gusto por la vida y de la actividad mientras que los periodos de depresión están marcados por preocupación, pesimismo, bajo despliegue de energía y un sentimiento de futilidad.

### Depresión Neurótica.

Trastorno neurótico caracterizado por depresión desproporcionada que se reconoce generalmente como consecutiva a una experiencia aflictiva; no comprende entre sus características las ideas delirantes ni las alucinaciones y, a menudo, hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad, por ejemplo, pérdida de una persona querida o de una propiedad.

Es frecuente que se manifieste también ansiedad; por consiguiente, los estados mixtos de ansiedad y depresión deberían ser incluidos en esta subcategoría. La diferencia entre neurosis depresiva y psicosis, deberá hacerse no solo con base en el grado de depresión sino también por la presencia, o ausencia, de otras características neuróticas y psicóticas y además teniendo en cuenta el grado de alteración del comportamiento del paciente.

### Depresión Atípica.

Esta es una categoría residual para aquellos sujetos con síntomas depresivos que no pueden ser diagnosticados de un trastorno afectivo mayor específico, de otro trastorno afectivo específico o de un trastorno adaptativo. Como ejemplo se incluyen los siguientes:

1) Un episodio inconfundible y continuo de un síndrome depresivo completo, que se desarrollo sin una activación de los síntomas psicóticos en un sujeto con esquizofrenia de tipo residual.

2) Un trastorno que cumple los criterios para el trastorno distímico; sin embargo, presentando periodos intermitentes con estado de ánimo normal, que persisten más de unos meses.

3) Un episodio de depresión breve que no cumple los criterios para un trastorno afectivo mayor y que, no es una reacción a un estrés psicosocial, y por ello no puede clasificarse como un trastorno adaptativo.

### Trastornos Mayores.

#### Psicosis Afectivas.

Trastornos mentales, por lo general recurrentes, en los que hay una alteración grave del ánimo (compuesta casi siempre por depresión y ansiedad, también se manifiesta como alborozo y excitación) acompañada de los siguientes síntomas y signos; ideas delirantes, perplejidad, perturbación de la actitud hacia sí mismo, trastornos de la percepción y del comportamiento; todo esto de acuerdo con el ánimo prevaleciente de la persona (igual sucede con las alucinaciones cuando están presentes). Hay una fuerte tendencia al suicidio.

### Psicosis Maniaco Depresiva, Tipo Maniaco.

Trastorno mental caracterizado por estado de alborozo, o excitación, desproporcionado con las circunstancias que vive el paciente y que varía desde la elevación del estado de ánimo (hipomanía) hasta la excitación violenta casi incontrolable. Son frecuentes la agresión, la ira, la fuga de ideas, la distraibilidad, la alteración del juicio y las ideas de grandeza.

### Psicosis Maniaco-Depresiva, Tipo Depresivo.

Una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad con algún grado de ansiedad. La actividad esta por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares.

### Otras Psicosis no Orgánicas.

#### Tipo Depresivo.

Una psicosis depresiva que puede ser similar en los síntomas a la psicosis maniaco-depresiva tipo depresivo, pero aparentemente provocada por una tensión emocional entristecedora, tal como la pérdida de un ser querido o una grave decepción o frustración. Puede haber menos variación diurna de los síntomas si se compara con la psicosis manico-depresiva tipo depresivo, y las ideas delirantes son, a menudo, comprensibles en el contexto de las experiencias de la vida diaria. Hay generalmente una grave perturbación del comportamiento como un decidido intento de suicidio.

### **2.5 Eventos relacionados con la reproducción y la depresión.**

Dichos eventos incluyen menstruación, embarazo, nacimiento, infertilidad, aborto y menopausia. Existe evidencia de la influencia de las fluctuaciones en hormonas femeninas y otros bioquímicos sobre el ánimo y sobre la frecuencia de ocurrencia de la depresión en mujeres. Los esteroides adrenales y gonadales afectan los neurotransmisores lo cual juegan un rol en regular el ánimo y la conducta.

Hamilton, Parry y Blumenthal (1988) han identificado posibles relaciones predictorias entre la historia de vida, identificado como desordenes afectivos mayores y reacciones a eventos relacionados con la reproducción. Por ejemplo, diversos cambios premenstruales han sido asociados con historias de vida de depresión mayor. (Citado por Mc Grath, 1989).

Un estudio reportó que el 10 al 40 % de mujeres tienen un desorden afectivo experimentado durante el periodo postparto. Otras investigaciones han encontrado cambios de ánimo premenstruales correlacionados con melancolía postparto. Altos niveles de depresión prenatal han sido correlacionados con aumento de sintomatología a las seis semanas postparto.

#### **Menstruación.**

Para algunas mujeres los cambios conductuales y de ánimo aparecen relacionados al ciclo menstrual. Se ha estimado que de un 20 a un 80 % de mujeres, reportaron cambios moderados de ánimo o somáticos premenstruales.

Síntomas premenstruales comunes incluyen ánimo depresivo como son: irritabilidad, ansiedad, cambios en el sueño, apetito y síntomas

somáticos. Muchos de esos síntomas son encontrados en la depresión clínica, pero los síntomas de la depresión clínica son más diversos que los síntomas premenstruales típicos. Los síntomas premenstruales empiezan en la adolescencia; investigación reciente sugiere que en los conflictos de rol, aumenta la devaluación sobre el rol femenino y el miedo de los sucesos pueden contribuir al aumento de la depresión adolescente femenina. (Idem).

#### Embarazo y Nacimiento.

Hamilton (1988) enfatiza que el embarazo esta asociado con una baja incidencia de desordenes psiquiátricos y los cambios de ánimo que ocurren en el embarazo frecuentemente aparecen en mujeres quienes están predisuestas a los desordenes afectivos.

Muchas mujeres experimentan alguna forma de afecto negativo después del nacimiento. La depresión prenatal puede predecir la depresión postparto. (citado por Mc Grath, 1989).

#### Infertilidad.

Mazon (1984) realizó observaciones clínicas que mostraron que los pacientes infértiles pueden reportar sentimientos negativos o malestar. Este sentido de malestar puede extenderse a estimaciones negativas de la convivencia total de la persona, atractividad física. (Citado por Mc Grawt, 1988). Pacientes infértiles pueden reportar altos niveles de culpa lo cual algunas veces se enfocan a eventos pasados.

#### Aborto.

Existe un mito que la culpa y la depresión frecuentemente resultan del aborto. La respuesta predominante a la experiencia del aborto es el alivio. Sentimientos de depresión y culpa pueden ser experimentados

después del padecimiento, pero son transitorios y no afectan el padecimiento general. (Mac Grawt, 1988).

La respuesta psicológica al aborto varía, dependiendo de la historia mental de la mujer, la razón del aborto, el estado de desarrollo de la mujer (particularmente en la adolescencia), el estado de pregnancy en la cual el aborto toma lugar correlacionado con la razón del aborto, el tipo de procedimiento del aborto, y el estado de desarrollo de la mujer, así como el soporte social de la decisión de la mujer. (Idem).

#### Menopausia.

Esta es definida como la cesación del sangrado menstrual y como un resultado de la cesación de la producción de hormonas.

Esto usualmente ocurre alrededor de los 50 años o puede ser causado por medio de irradiación artificial o remoción quirúrgica de los ovarios. Los síntomas menopáusicos son paralelos a la depresión, incluyendo disturbios en el sueño, fatiga, irritabilidad. La depresión puede ser un precursor más que una consecuencia de la dificultades en la menopausia. (Mac Grawt, 1988).

### CAPITULO 3

#### Investigaciones acerca del embarazo y la Depresión.

Existe una variedad de cambios que toman lugar cuando se tiene un embarazo normal. Cierta cantidad de ansiedad durante el embarazo es usual, esta se puede centrar alrededor del temor, abortos, pérdida de la atracción sexual y otros factores. En adición al temor existen otros cambios conductuales cognitivos y emocionales que toman lugar durante el embarazo dicho como inapetencia de ciertas comidas, insomnio especialmente en los últimos meses del embarazo, somnolencia y fatiga durante el día, sentimientos de inseguridad y dependencia, aumento de la introversión, rechazo al embarazo especialmente en las primeras semanas, sin embargo, no existe un patrón de respuestas común.

Muchos investigadores asumen que las reacciones de una mujer ante el embarazo son determinadas individualmente por su experiencia y modos característicos al reaccionar. (Chalmers, 1982).

Norbeck y Tilden (1983) usaron una aproximación multivariada para determinar los efectos de variantes psicosociales seleccionadas sobre las complicaciones en el embarazo en una población de mujeres medicamente normal de varios grupos socioeconómicos maritales y raciales. Mujeres embarazadas entre 12 y 20 semanas de gestación (N 117) fueron cuestionadas con instrumentos estandarizados que midió estrés cotidiano, soporte social y variables emocionales-estado, como la ansiedad, depresión y autoestima. El estrés cotidiano durante el embarazo fue medido en el último mes. El estrés cotidiano y el soporte social (emocional) fueron significativamente relacionados al desequilibrio emocional.

Un grupo de madres primerizas (119) fueron intervenidas repetidamente a intervalos fijos durante su embarazo y hasta que sus niños tuvieran un año, teniendo un seguimiento de cuatro años. La incidencia de la neurosis depresiva es significativa en el embarazo temprano y en los primeros meses después de la operación, los sujetos sufrieron uno u otro tipo de depresión prenatal o postnatal no ambas. El conflicto marital y algunas dudas acerca del bebe fueron asociadas con la depresión en diferentes tiempos.

La sensación de abandono ya sea por nacimiento prematuro esta relacionado con la depresión durante el embarazo. Madres depresivas tuvieron mayor posibilidad de expresar sentimientos negativos o combinados a los tres meses de nacido el bebe. Quienes se han deprimido por primera vez continúan experimentando problemas psicológicos durante los cuatro años después del nacimiento. (Kumar y Mordecai, 1984).

Una muestra de 141 mujeres adultas en el trimestre intermedio de embarazo fueron cuestionadas con instrumentos estandarizados durante una visita prenatal rutinaria. El desequilibrio emocional (ansiedad-estado y rasgo, depresión y autoestima) como variable dependiente en el embarazo disminuyó como una función del estrés cotidiano y el aumento del soporte social (variables independientes). (Tilden, 1983).

Numerosos estudios han tratado de explicar los problemas obstétricos en base a condiciones psicosociales las cuales existen durante el embarazo, además investigaciones recientes en el campo de los eventos estresantes de la vida han indicado que las experiencias ocurridas previas al embarazo pueden influir en éste. La presente investigación examina la posibilidad de que los eventos estresantes de la vida, así como variables



médicas, sociales y psicológicas pueden predecir las complicaciones en el embarazo. La presente investigación se realizó con 782 sujetos cuyos resultados sugieren: "la edad al nacimiento del primer niño", "nivel educativo", "historia menstrual", "actitud hacia el embarazo" y "edad a la primera menstruación" predicen las dificultades obstétricas. (Chalmers, 1983).

En esta investigación se desea establecer si los perfiles de personalidad de las mujeres con complicaciones obstétricas difieren de los perfiles de personalidad de la mujer que no presenta complicaciones obstétricas o difieren entre ellas mismas. Se trata de establecer la relación entre el miedo y otras emociones. Se aplicó el cuestionario de Eysenck para las tendencias neuróticas y los resultados fueron los siguientes:

1. Algunos factores de la personalidad tienen un importante rol con diferentes complicaciones obstétricas.
2. Los perfiles de la personalidad de la mujer con alguna complicación obstétrica difiere del perfil de la personalidad de aquellas mujeres que no tuvieron ninguna complicación obstétrica y entre ellas mismas.
3. El miedo y otras emociones negativas no se correlacionan. (Pajntar y Kranj, 1971).

La moderada depresión es común entre la mujer durante los primeros tres meses de postparto. Se estudiaron 20 mujeres embarazadas en espera de encontrar predictores válidos del desorden en el ánimo postparto a las 26 y 36 semanas de embarazo resolvieron un breve cuestionario acerca de las circunstancias emocionales de su embarazo. Las escalas de ánimo fueron aplicadas otra vez a los dos días y seis semanas postparto en compañía de una entrevista clínica.

La escala postparto identificó mujeres con depresión postparto y diferenció su condición de las comunes. Ciertas variables psicosociales pueden predecir la angustia postparto. (Jaks, Frank, Lowe, Berman, Naftolin y Cohen, 1985).

Datos prospectivos sobre 85 mujeres embarazadas fueron analizados para investigar la relación entre síntomas del embarazo como son la náusea y el vómito y varios factores demográficos, sociales y psicológicos. En contraste a previa investigación no se encontró diferencias significativas entre las dimensiones demográficas y sociales entre mujeres que reportaron ausencia de náusea, leve y severa náusea durante el primer trimestre del embarazo. Aquellas mujeres que experimentaron náusea severa reportaron significativamente mayores problemas de sueño, fatiga e irritabilidad. Las mujeres que presentaron ambos tipos de náusea y vómito durante el primer trimestre reportaron significativamente carencias de planeación, rechazo al embarazo y relaciones negativas con sus propias madres, que los grupos del primer trimestre que experimentaron solamente náusea o ningún síntoma. Finalmente aquellas que continuaban con la náusea y el vómito en el primer trimestre comparadas con las que no representaban síntomas, tendieron a reportar mayores problemas psiquiátricos en primer trimestre y fueron significativamente más negativas en su estimación de su propia relación maternal. (Fitzgerald, 1984).

Según Kaplan (1983) existe un criterio diagnóstico que requiere presencia de 5 síntomas para un periodo de 2 semanas en orden de diagnosticar un desorden depresivo mayor. Existen cambios en el apetito o peso, cambios en la duración del sueño, pérdida de energía, extremos de actividad psicomotora, pérdida del placer, actividades que no son

placenteras, dificultad en la concentración, ideación suicida, sentimientos de autorreproche. Existe otro nivel de depresión que se llama desorden depresivo menor y puede ser diagnosticado con la presencia de los síntomas por un periodo de dos semanas con los siguientes síntomas: llanto fácil, autocompasión, sentimientos de inadecuación, irritabilidad y dependencia.

La depresión que ocurre en el embarazo puede ser una función del rol social de la mujer, pero el substrato biológico de un sistema endocrinológico complejo que puede ser igualmente importante para la predisposición a la depresión.

### **3.1 Repercusiones Emocionales en la Reproducción.**

El embarazo es un evento biológico que tiene importantes repercusiones en la esfera emocional del individuo y la pareja ya que implica la activación de los recursos tanto externos como internos con los que se cuenta.

El aspecto interno se refiere a los deseos que se caracterizan en forma de expectativas, mismas que se ven influidas por el contexto socio-cultural en el que se encuentra el individuo, así como de sus características de personalidad, de ahí la dificultad para determinar aspectos específicos que se encuentren alterados a expensas de un evento particular, sin embargo, en la actualidad se reconoce la modificación de algunos estados emocionales a expensas del embarazo, siendo su gravedad producto de diferencias individuales. Al respecto se afirma que en la mujer se genera ansiedad a consecuencia de los temores que emergen en relación a la salud tanto propia como del producto; depresión ligada a la limitación de sus actividades y de la mediación del conflicto infantil con la madre, modificaciones del autoconcepto y de la imagen de sí misma como resultado de las modificaciones físicas y sociales que se están operando. (Morales, 1989).

En este medio se han constatado estos hechos, empero, en el caso de la depresión y la ansiedad, no se observaron suficientes elementos sintomáticos para establecer un diagnóstico que no sea el de las reacciones adaptativas, lo que sugiere que aquellas mujeres en las que sí se puede diagnosticar depresión y ansiedad patológica, se debe más a la personalidad premórbida de la paciente.

En otro estudio que se realizó en la población del Instituto Nacional de Perinatología, la frecuencia de problemas emocionales es sensiblemente mayor en la paciente obstétrica, muy probablemente como consecuencia de su proceso fisiológico en tanto que implica algunos síntomas neurovegetativos que a la luz de su estado, no pueden interpretarse desde el punto de vista psicopatológico, pero que están contenidos en diversos instrumentos que miden ansiedad y depresión. (Idem).

Otro elemento que se observa con modificaciones es el de la dinámica de la relación de pareja, pues condiciona la necesidad de reajustar, tanto en el hombre como en la mujer, expectativas y proyectos de vida, así como el acoplamiento de estos reajustes, debido a que la presencia de un tercero (el hijo), demanda cuidados y atención que con frecuencia no están previstos, amén de cambiar la situación económica y laboral, los tiempos que la propia pareja se dedica, así como la forma en que se va a destinar ese tiempo. Evidentemente si a todo aquello se le suman factores internos como la autoaceptación, conflictos intra e intersíquicos, surgiendo el riesgo de que se cronifique, es un todo independiente que se retroalimenta.

Es oportuno mencionar que dependiendo del estado emocional con el que la paciente curse su embarazo, será el pronóstico respecto a su situación mental durante el peripuerio ya que si bien es cierto que en función de múltiples factores, la mujer está propensa a cierto monto de depresión a lo largo del peripuerio, también es que la intensidad está a expensas de la capacidad que se ha mostrado para ir resolviendo las situaciones que le preceden. En general el estado depresivo del peripuerio se caracteriza por

ser una reacción de ajuste, tanto por su sintomatología como por su evolución y pronóstico, empero, en algunos pacientes se observó un cuadro que va de moderado a severo, que tiene íntima relación con la personalidad premórbida o bien con un cuadro psicopatológico recurrente.

En términos generales se trata de estados transitorios con un buen pronóstico y con una evolución promedio de seis meses, estando al parecer muy asociado a la adaptación de la mujer con su hijo. En otros casos, es decir, en aquellos que se encuentran entremezclados con una depresión previa, el pronóstico y la evolución será de acuerdo a la depresión como trastorno y su atención será la que se indica en estos cuadros y no atendiendo a su situación puerperal. (Morales, 1989).

La depresión postparto (PND) afecta a 10-30 % de todas las mujeres que acaban de dar a luz. "Consiste en una depresión de severidad variable, a menudo acompañada de trastornos del sueño, malestares somáticos y dificultades en las tareas".

La PND dura de varias semanas a varios meses y puede afectar en forma importante el funcionamiento de la mujer, el sentido de bienestar y las relaciones con su bebé. Se considera que se debería diferenciar claramente la PND de la "tristeza postparto", la cual es común y dura menos de dos semanas, y de la psicosis postparto la cual es una condición psiquiátrica rara pero importante, que ocurre en dos de cada mil mujeres que acaban de dar a luz. (Hernandez, 1994).

Sin embargo, no hay causa única de la depresión postparto, un estudio de Colaboración Internacional de mujeres durante y después del embarazo, identificó los siguientes factores: ajuste psicológico durante el embarazo, edad, relación con su pareja, estrés experimentado durante el

alumbamiento, respuestas de los padres, de la mujer hacia el bebé, historia previa personal o familiar de depresión, en particular la depresión premenstrual.

"A los cuatro meses de postparto, una de cada ocho mujeres estará deprimida y la cantidad afectada durante el primer año de postparto es de una por cada cinco".

Se concluye que en algunas mujeres la depresión desaparece con el tiempo, en otras puede empeorarse si hay otro embarazo, pero sobre todo si no reciben ayuda a tiempo. (Idem).

## Capítulo 4

### Escala de autoevaluación de Zung.

En 1964, Zung y Durham realizaron una investigación de la depresión, tratando de correlacionar la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, como la facilidad para despertar del sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento. Zung y Durham se dieron cuenta de que las escalas para medir la depresión existentes hasta ese entonces, eran inadecuadas, pues por su extensión requerían de mucho tiempo para su aplicación, eran especialmente difíciles de resolver para enfermos depresivos con trastornos psicomotores y, por otra parte, no eran autoaplicables, por lo que los resultados obtenidos podían ser matizados por la interpretación personal del entrevistador. (Citado por Calderon, 1988).

Por lo tanto decidieron elaborar una escala que reuniera los siguientes requisitos:

1. Que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.
2. Que incluyera, por tanto, los síntomas más representativos de depresión.
3. Que fuera breve y sencilla.
4. De aplicación más cuantitativa.
5. Que pudiera ser autoaplicada por el enfermo, a fin de recabar su respuesta directa.

Con tal finalidad, el primer paso fue la elaboración de una lista de síntomas que pudieran considerarse característicos de la depresión.

I. Talante bajo:

A. Deprimido triste:



**B. Accesos de llanto.****II. Equivalentes Fisiológicos:****A. Alteraciones de los hábitos:**

1. Variación diurna; exageración de los síntomas en la mañana y alivio parcial en el transcurso del día.
2. Despertar de sueño temprano y frecuente.
3. Pérdida del apetito.
4. Pérdida de peso.
5. Disminución de la libido.

**B. Otras alteraciones:**

1. Constipación.
2. Taquicardia.
3. Fatiga.

**III. Equivalentes Fisiológicos:****A. Actividades psicomotoras:**

1. Agitación.
2. Lentificación.

**B. Ideacionales:**

1. Confusión.
2. Sensación de vacío.
3. Desesperanza.
4. Indecisión.
5. Irritabilidad.

6. Insatisfacción.
7. Devaluación personal.
8. Ideación suicida.

Una vez definidas las áreas por investigar, se elaboraron 20 reactivos que se referían a las mismas, planteando 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio. Para la cuantificación del sintoma se planearon cuatro categorías en la presentación del mismo, correspondiendo a: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente, calificando con un valor de 1, 2, 3 y 4 en orden variable según si la pregunta estaba formulada en sentido positivo o negativo. (Calderon, 1988).

Para la aplicación de la prueba se da al paciente la lista de declaraciones y se le pide que ponga una marca en el recuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba. Para obtener la medición de la depresión del paciente, la escala terminada se coloca debajo de una cubierta transparente para hacer la calificación, se escribe en el margen el valor indicado para cada declaración y luego se suma. Esta calificación básica se convierte entonces a un índice basado en 100.

La escala esta planteada de tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica. Con el objeto de hacer más válida la prueba, se tomaron algunas medidas de precaución, comunes a todas las pruebas psicológicas, en las declaraciones y en los encabezados de las columnas de calificación.

El paciente no podrá discernir alguna tendencia en sus respuestas, pues la mitad de las declaraciones está redactada de manera sintomática positiva y la otra mitad como sintomáticamente negativa. Por ejemplo, el primer tema: "Me siento abatido y melancólico", es negativo. El segundo: "En la mañana me siento mejor", es una declaración positiva que refleja lo contrario del estado de ánimo de la mayoría de los pacientes deprimidos, que se sienten peor en las mañanas.

Los temas redactados negativamente se identifican mediante unos asteriscos que tienen en la cubierta transparente. Se ha omitido una posible columna cuyo encabezado sería nunca—que algunas veces podría ser apropiada—para que se puedan elegir respuestas significativas y cualitativamente mensurables; además, se usa un número par de columnas de referencia a un número non, para impedir la posibilidad de que el paciente marque una columna central a fin de dar una apariencia de promedio.

La escala de Autoevaluación de la depresión (EAMD) de Zung, pese a que tiene algunas características que no corresponden a nuestro medio, es sencilla y de fácil aplicación, por lo que además de ser útil en algunos programas de investigación, podrá ser un buen auxiliar en la clínica para diagnosticar la depresión, especialmente cuando está se presenta en su forma enmascarada. (Idem).

## CAPITULO 5

### METODOLOGIA

Los objetivos de la estandarización de la prueba de Zung son:

- 1) Obtener parámetros reales de los niveles de depresión en una población de embarazadas diagnosticadas como "embarazo normal".
- 2) Contar con un instrumento sensible y rápido que permita tanto la detección como la posibilidad de una eficaz y más satisfactoria intervención.

#### PREGUNTA:

¿Existirán diferencias entre las normas estadísticas de la EAMD de Zung y las de la población de pacientes obstétricas con embarazo normal del INPER?

Ha. Si existen diferencias significativas entre la EAMD de Zung y la población obstétrica de embarazo normal del INPER.

Ho. No existen diferencias significativas entre la AEMD de Zung y la población obstétrica con embarazo normal del INPER.

#### SUJETOS.

Se utilizaron 109 sujetos femeninos del Instituto Nacional de Perinatología que cursaron con embarazo normal y que no tuvieron antecedentes de aborto o pérdidas, dichos sujetos tuvieron de 20 a 35 años de edad y contaron con escolaridad mínima de primaria completa, además de constituir una pareja estable y que vivieran con ella, ya sea en matrimonio o unión libre.

### **ESCENARIO.**

El estudio se llevo a cabo en el INPER, en la zona de consulta externa en la sección del servicio de psicología, en donde existen dos cubículos de 4 x 3 m. aproximadamente, además de estar amueblados con un escritorio y sillas independientes; estas áreas están bajo condiciones adecuadas de iluminación y ventilación pues una de sus paredes constituye un ventanal.

### **VARIABLES.**

#### **INDEPENDIENTE.**

**EMBARAZO:** estado de la mujer preñada que comienza con la fecundación y termina con el parto.

#### **DEPENDIENTE.**

**DEPRESION:** alteración del estado anímico conformado por tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz. En donde existe un periodo de adaptación al retirar del objeto perdido sus cargas afectivas.

Medido por EAMD de Zung.

#### **MATERIALES.**

Se utilizó la escala de automedición de Zung (EAMD) que consiste en 20 reactivos en forma de pregunta, de los cuales 10 están redactados positivamente y diez en forma negativa; cada uno se refiere a una característica específica y común de la depresión.

Los 20 reactivos contemplan de manera comprensiva los síntomas ampliamente reconocidos como desordenes de la depresión, en cada uno existen cuatro posibilidades de respuesta, a un lado de cada reactivo

aparecen cuatro columnas cuyos encabezados dicen "muy pocas veces", "algunas veces", "la mayor parte del tiempo", "continuamente. Se le da al sujeto la lista de reactivos y se le pide que ponga una marca en el cuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba, inmediatamente después de leer cada pregunta.

El proceso de estandarización del instrumento fue el siguiente:

1. Encontrar los porcentajes para la puntuación de cada ítem.
2. Correlación entre la primera y la segunda aplicación. Diferencia de medias entre las dos aplicaciones.  $X \ S \ E \ 109$ .
3. Encontrar el punto de corte (Z).
4. Obtener la puntuación de Z teórica con puntuación normalizada, las normas anteriores y la diferencia entre ambas con sus respectivas medias y sus desviaciones estándar.
5. Obtener la correlación entre la puntuación normalizada y las normas anteriores así como la diferencia de medias de estas dos puntuaciones teóricas.
6. Obtener la frecuencia de los puntajes de la población, realizar la sumatoria, media, desviación estándar, tanto para nuevas como antiguas normas.
7. Obtener correlación y diferencia de medias, para la diferencia entre ambos puntajes.
8. Obtener media y desviación estándar.
9. El puntaje normalizado se obtiene con la siguiente fórmula.

$$PN = 40 + 10 (Z)$$

FORMULAS: Diferencia de Medias

$$T = \frac{X_1 + X_2}{2}$$

$$\sigma \sqrt{1/N_1 + 1/N_2}$$

$$\text{Donde } \sigma = \sqrt{\frac{N_1 S_1^2 + N_2 S_2^2}{N_1 + N_2 - 2}}$$

$$Z = \frac{\bar{X} - \mu}{\sigma}$$

#### PROCEDIMIENTO.

Para seleccionar la muestra se realizó lo siguiente: después de que las pacientes pasaron a la valoración de ingresos que llevan a cabo los médicos residentes de tercer año, se les dio una cita para que acudieran al servicio de psicología. Estas pacientes generalmente se encontraban en el primer semestre del embarazo, pues es requisito para ingreso al INPER.

Al asistir al servicio de psicología se les informó a cada una de las pacientes, que para esta institución tiene gran importancia las actividades de investigación, por lo que se está realizando un estudio que tiene como finalidad conocer mejor a las pacientes que se atienden en este lugar, y así poder brindar un mejor servicio y asistencia. Después se les invitó a participar voluntariamente en este trabajo explicándoles que se trata de contestar algunas preguntas sencillas sobre sí mismas y que no requieren de ningún tipo de conocimiento específico.

A las pacientes que si aceptaron se les dijo lo siguiente: en esta hoja se encuentran impresos 20 enunciados del lado izquierdo y 4 columnas

<sup>1</sup> Levin Jack. (1979) Fundamentos de Estadística para Ciencias Sociales.

Deberán poner una marca en la casilla más aplicable a su caso, en el momento de contestar la prueba, inmediatamente después de leer cada pregunta deberán contestar en orden todas las preguntas sin saltarse ninguna, ni dejar espacios en blanco.

Una vez terminada la aplicación de las pruebas se les dio cita para una segunda aplicación, cuando tuvieran más de 25 semanas de gestación. Una vez conformada la muestra de mujeres embarazadas con curso normal, se definieron dos etapas de aplicación del instrumento (EAMD) una antes de la 25 semanas de gestación y la segunda después de éste periodo. De esta forma se obtuvo inicialmente una muestra de 120 pacientes a quienes se les pretendió realizar las dos aplicaciones, sin embargo, por razones ajenas a la investigación, muchas pacientes no acudieron a su segunda aplicación; por lo tanto se realizó una depuración de la muestra y se encontraron 65 expedientes completos, es decir con dos aplicaciones cada uno; 30 expedientes con solo la primera aplicación (< 25 SDG) y 14 expedientes de la segunda aplicación (> 25 SDG), sumando 109 expedientes.



## RESULTADOS

La tabla 1, muestra como convertir la calificación básica al índice AMD.

La tabla 2, muestra el instrumento de medición utilizado.

La tabla 3, muestra el diagnóstico de los grupos de valoración.

La tabla 4, muestra la frecuencia de edad observándose que la mayoría comprende de los 20 a los 35 años.

La gráfica 1, muestra que la mayor frecuencia de edad comprende de los 20 a los 35 años de edad.

La tabla 5, muestra la frecuencia del estado civil de los sujetos observándose que la mayoría son casadas.

La gráfica 2, muestra en forma de barras la mayor frecuencia de sujetos bajo estado civil casadas.

La tabla 6, muestra la frecuencia de cada una de las etapas de gestación (bimestral) observándose una mayor proporción en las primera y muy baja en la última.

La gráfica 3, muestra en forma de barras las etapas de gestación, observándose una mayor proporción en la primera etapa, mientras que la última es menor.

La tabla 7, muestra diferentes calificaciones socioeconómicas observándose mayor proporción en el nivel B, C y D que comprende los niveles sociales bajos.

La gráfica 4, muestra un mayor porcentaje en las clasificaciones B, C y D que representan niveles socioeconómicos bajos.

La tabla 8, muestra la escolaridad del sujeto observandose mayor frecuencia de profesionistas.

La gráfica 5, muestra en forma de barras mayor frecuencia de profesionistas.

La tabla 9, muestra la frecuencia en la variable ocupación.

La gráfica 6, muestra en forma de barras mayor frecuencia en la ocupación hogareña.

La tabla 10, muestra la frecuencia de los sujetos en diferentes semanas de gestación, siendo mayor en la semana 20.

La gráfica 7, muestra en forma de barras la frecuencia de los sujetos en diferentes semanas de gestación.

La tabla 11, muestra las diferencias de medias entre normas anteriores y normas propuestas para casos teóricos, observandose una correlación alta, por lo tanto no existen diferencias significativas.

La tabla 12, muestra las diferencias de medias entre normas anteriores (correspondientes al A.M.D.) y las propuestas del INPER, observandose diferencias significativas.

La tabla 13, muestra el coeficiente de estabilidad de la prueba, observandose una alta correlación y estabilidad.

La tabla 14, muestra las frecuencias absolutas y relativas de los reactivos, 1, 2, 3 y 4 en cada una de las opciones.

La gráfica 8, muestra la frecuencia del reactivo 1 (me siento abatido y melancólico), observandose que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces) y en la 2 (algunas veces).

La gráfica 9, muestra la frecuencia del reactivo 2 (en la mañana me siento mejor), observándose que es mayor en la opción 2 (algunas veces).

La gráfica 10, muestra la frecuencia del reactivo 3 (tengo accesos de llanto o deseos de llorar), observándose que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces).

La gráfica 11, muestra la frecuencia del reactivo 4 (me cuesta trabajo dormirme en la noche), observándose que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces).

La tabla 15, muestra las frecuencias absolutas y relativas de los reactivos 5, 6, 7 y 8 en cada una de sus opciones.

La gráfica 12, muestra la frecuencia del reactivo 5 (como igual que antes solía hacerlo), observando que es mayor en la opción 2 (algunas veces), y la 4 (continuamente).

La gráfica 13, muestra la frecuencia del reactivo 6 (todavía disfruto de las relaciones sexuales), observando que es mayor en la opción 2 (algunas veces) y en la 1 (muy pocas veces).

La gráfica 14, muestra la frecuencia del reactivo 7 (noto que estoy perdiendo peso), observando que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces).

La gráfica 15, muestra la frecuencia del reactivo 8 (Tengo molestias de constipación y estreñimiento), observando que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces).

La tabla 16, muestra las frecuencias absolutas y relativas de los reactivos 9, 10, 11 y 12 en cada una de sus opciones.

La gráfica 16, muestra las frecuencias del reactivo 9 (el corazón me late más aprisa que de costumbre), observando que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces) y en la 2 (algunas veces).

La gráfica 17, muestra la frecuencia del reactivo 10 (me canso sin hacer nada), observando que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces).

La gráfica 18, muestra la frecuencia del reactivo 11 (tengo la mente tan clara como antes), observando que es mayor en la opción 2 (algunas veces).

La gráfica 19, muestra la frecuencia del reactivo 12 (me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro), observando que es mayor en la opción 2 (algunas veces).

La tabla 17, muestra las frecuencias absolutas y relativas de los reactivos, 13, 14, 15, 16 en cada una de sus opciones.

La gráfica 20, muestra la frecuencia del reactivo 13 (me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto), observándose que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces).

La gráfica 21, muestra la frecuencia del reactivo 14 (tengo esperanza en el futuro), observándose que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces).

La gráfica 22, muestra la frecuencia del reactivo 15 (estoy más irritable que lo usual), observando que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces) y en la 2 (algunas veces).

La gráfica 23, muestra la frecuencia del reactivo 16 (me resulta fácil tomar decisiones), observándose que es mayor en la opción 2 (algunas veces).

La tabla 18, muestra las frecuencias absolutas y relativas de los reactivos, 17, 18, 19 y 20 en cada una de sus opciones.

La gráfica 24, muestra la frecuencia del reactivo 17 (siento que soy útil y necesario), observandose que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces).

La gráfica 25, muestra la frecuencia del reactivo 18 (mi vida tiene bastante interés), observandose que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces).

La gráfica 26, muestra la frecuencia del reactivo 19 (creo que les haría un favor a los demás muriéndome), observandose que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces).

La gráfica 27, muestra la frecuencia del reactivo 20 (todavía disfruto con las mismas cosas), observandose que es mayor en la opción 1 (muy pocas veces).

La tabla 19, muestra la distribución de los puntajes brutos y los puntajes Z.

La tabla 20, muestra la continuación de los puntajes brutos y los puntajes Z.

El cuadro 1, es un comparativo de las escalas.

**TABLA 1. Para convertir la calificación básica al índice AMD.**

CALIF. BASICA	INDICE AMD	CALIF. BASICA	INDICE AMD	CALIF. BASICA
20	25	40	50	60
21	26	41	51	61
22	28	42	53	62
23	29	43	54	63
24	30	44	55	64
25	31	45	56	65
26	33	46	58	66
27	34	47	59	67
28	35	48	60	68
29	36	49	61	69
30	38	50	63	70
31	39	51	64	71
32	40	52	65	72
33	41	53	66	73
34	43	54	68	74
35	44	55	69	75
36	45	56	70	76
37	46	57	71	77
38	48	58	73	78
39	49	59	74	79
				80

**TABLA 2. Representa los síntomas depresivos de la escala de autoevaluación de Zung.**

SINTOMAS	MUY	ALGUNAS	LA MAYOR	CONTINUA-
	POCAS	VECES	PARTE DEL	MENTE
	VECES		TIEMPO	
1.- Me siento abatido y melancólico.				
2.- En la mañana me siento mejor.				
3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5.- Como igual que antes solía hacerlo.				
6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7.- Noto que estoy perdiendo peso.				
8.- Tengo molestias de constipación (estreñimiento).				
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10.- Me canso sin hacer nada.				
11.- Tengo la mente tan clara como antes.				
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14.- Tengo esperanza en el futuro.				
15.- Estoy más irritable de lo usual.				
16.- Me resulta fácil tomar decisiones.				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Mi vida tiene bastante interés.				
19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20.- Todavía disfruto con las mismas cosas.				

TABLA 3. Diagnóstico de los grupos de valoración.	
DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION.	PUNTAJE PROPUESTO
Controles normales	27
Deprimidos (ambulatorios).	58
Deprimidos (hospitalizados).	72
Reacciones de ansiedad.	47
Desordenes de personalidad.	47
Reacciones de ajuste de situación transitoria.	47



TABLA 4. Descripción de la muestra de la variable edad.

EDAD	FRECUENCIA DE SUJETOS	PORCENTAJES
20	8	7.34%
21	6	5.50%
22	11	10.09%
23	10	9.17%
24	10	9.17%
25	11	10.09%
26	6	5.50%
27	10	9.17%
28	8	7.34%
29	3	2.75%
30	7	6.42%
31	6	5.50%
32	4	3.67%
33	5	4.59%
34	2	1.83%
35	2	1.83%
N =	109	100.00%
PROM. EDAD =	26.03	

GRAFICA No. 1 Descripción de la Variable Edad

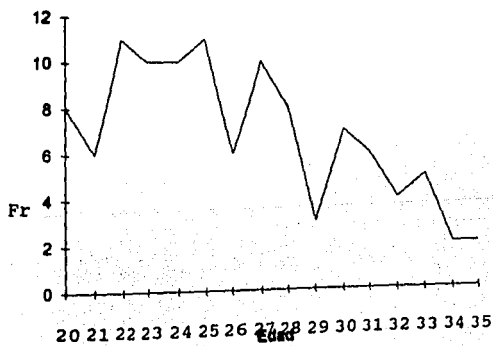


TABLA 5. Descripción de la muestra en la variable estado civil.

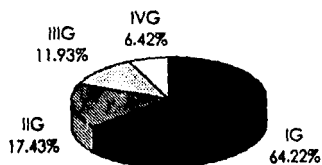
EDO. CIVIL	FRECUENCIA DE SUJETOS	PORCENTAJE
CASADA	100	91.74%
SOLTERA	9	8.26%
SUMA	109	100.00%

**GRAFICA No. 2 Descripción de la muestra  
ESTADO CIVIL**SOLTERA  
8.26%CASADA  
91.74%

**TABLA 6. Descripción de la muestra en las diferentes etapas de gestación**

GESTACION	FRECUENCIA DE SUJETOS	PORCENTAJE
IG	70	64.22%
IIIG	19	17.43%
IIIIG	13	11.93%
IVG	7	6.42%
SUMA	109	100.00%

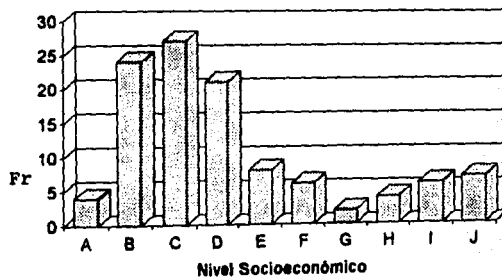
**GRAFICA No. 3 Descripción de la muestra ETAPAS DE  
GESTACION**



**TABLA 7.** Descripción de la muestra con diferentes clasificaciones socioeconómicas.

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA	FRECUENCIA DE SUJETOS	PORCENTAJE
A	4	3.87%
B	24	22.02%
C	27	24.77%
D	21	19.27%
E	8	7.34%
F	6	5.50%
G	2	1.83%
H	4	3.87%
I	6	5.50%
J	7	6.42%
SUMA	109	100.00%

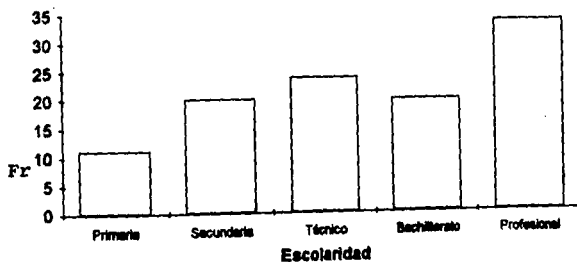
**GRAFICA No. 4** Descripción de la muestra  
diferentes niveles SOCIOECONOMICOS



**TABLA 8. Descripción de la muestra en la variable escolaridad.**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE		
SUJETOS		
Primaria	11	10.00%
Secundaria	20	18.35%
Técnico	24	22.02%
Bachillerato	20	18.35%
Profesional	34	31.19%
SUMA	109	100.00%

**GRAFICA No. 5 Descripción de la muestra en la variable ESCOLARIDAD**



**TABLA 9. Descripción de la muestra en la variable ocupación.**

OCUPACION	FRECUENCIA DE SUJETOS	PORCENTAJE
Hogar	81	74.31%
Empleada	7	6.42%
Estudiante	8	7.34%
Comerciante	2	1.83%
Profesionista	10	9.17%
Subempleada	1	0.92%
SUMA	109	100.00%

**GRAFICA No. 6 Descripción de la muestra  
OCUPACION**

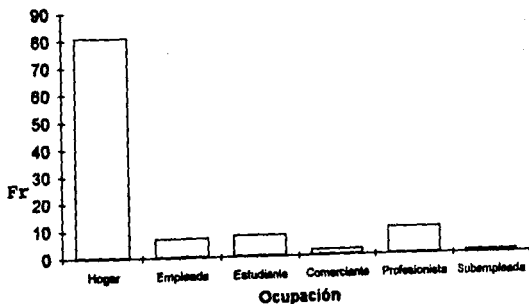


TABLA 10. Descripción de la muestra en semanas de gestación.

SEMANAS DE GESTACIÓN	FRECUENCIA DE SUJETOS	PORCENTAJES
7	1	0.92%
9	2	1.83%
10	3	2.75%
11	4	3.67%
12	9	8.26%
13	2	1.83%
14	6	5.50%
15	8	7.34%
16	6	5.50%
17	5	4.59%
18	6	5.50%
19	3	2.75%
20	11	10.09%
21	9	8.26%
22	5	4.59%
23	5	4.59%
24	5	4.59%
25	5	4.59%
26	3	2.75%
27	4	3.67%
28	1	0.92%
29	1	0.92%
30	1	0.92%
37	1	0.92%
38	1	0.92%
39	2	1.83%
SUMA	109	100.00%

GRAFICA No. 7 Descripción de la muestra SEMANAS DE GESTACIÓN

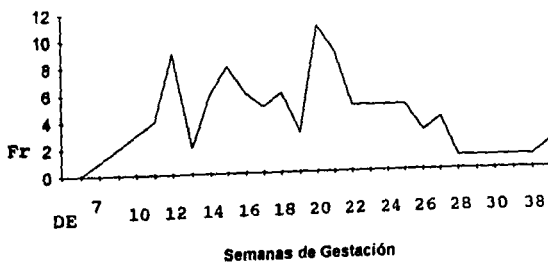


TABLA 11. Diferencia de medias entre normas anteriores y normas propuestas (para casos teóricos).			
NORMAS ANTERIORES.		NORMAS PROPUESTAS.	
MEDIA	57.12	MEDIA	62.6
DESV. ESTAND.	22.44	DESV. ESTAND.	22.18
N=	61	N=	61
<b>CORRELACION OBTENIDA.</b>			
r obt.	0.9999	Se puede afirmar que existe una alta correlación entre ambos	
r tabla	0.25		
<b>t Student</b>			
t = med1 - med2			
Q $1/n_1 + 1/n_2$			
		Por lo tanto se acepta la igualdad entre los dos puntajes.	
t obt. = -1.35			
t tabla = 2		NO EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA.	



TABLA 12. Diferencia de medias entre normas anteriores y normas propuestas.			
<b>NORMAS ANTERIORES</b>		<b>NORMAS PROPUESTAS.</b>	
MEDIA	45.73	MEDIA	39.99
DESV. ESTAND.	9.89	DESV. ESTAND.	10
N=	109	N=	109
<b>CORRELACION OBTENIDA.</b>			
r obt.	0.9999	Se puede afirmar que existe una alta correlación entre a	
r tabla	0.1946		
<b>t Student</b>			
t= med1 - med2			
Q $1/n1 + 1/n2$			
t obt. =	-4.25	Se establece que existe una diferencia entre ambas mue	
t tabla=	1.96	lo que se puede afirmar la necesidad de una nueva escal	
<b>EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA</b>			
NOTA. Las normas anteriores son de A.M.D. y las propuestas del InPer.			

TABLA 13. Coeficiente de estabilidad de la prueba.			
<b>PRIMERA APLICACION</b>		<b>SEGUNDA APLICACION</b>	
MEDIA	48.01	MEDIA	48.6
DESV. ESTAND.	10.16	DESV. ESTAND.	10.11
N=	65	N=	65
<b>CORRELACION OBTENIDA</b>			
r obt.	0.68	Se puede afirmar que existe una alta	
r tabla	0.2319	correlación entre ambos puntajes.	
<b>t Student</b>			
t = med1 - med2			
Q $1/n1 + 1/n2$			
t obt.=	-0.33	Por lo tanto se acepta la igualdad entre los d	
t tabla=	1.96	NO EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA.	

**TABLA 14. Frecuencias absolutas y relativas por reactivo.**

OPCION	1		2		3		4	
	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.
1	62	58.88%	20	18.35%	59	54.13%	79	72.48%
2	37	33.94%	46	42.20%	33	30.28%	21	19.27%
3	9	8.26%	27	24.77%	10	9.17%	7	6.42%
4	1	0.92%	16	14.88%	7	6.42%	2	1.83%
<b>SUMA</b>	<b>109</b>	<b>100.00%</b>	<b>109</b>	<b>100.00%</b>	<b>109</b>	<b>100.00%</b>	<b>109</b>	<b>100.00%</b>

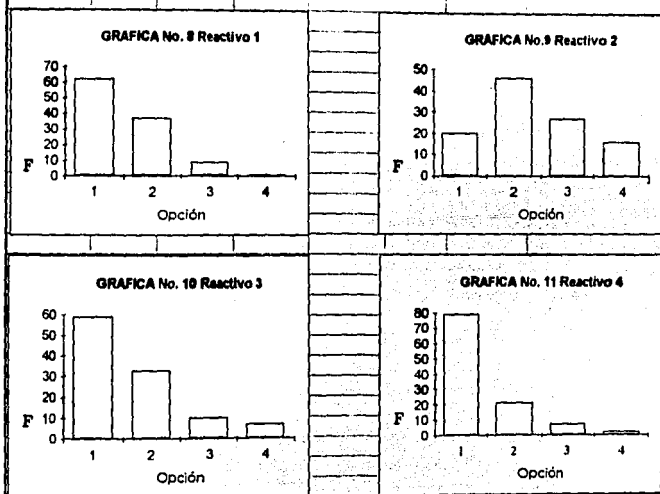
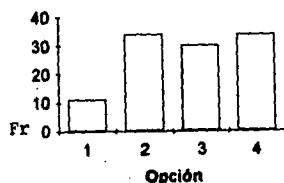


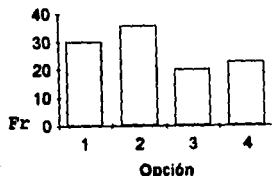
TABLA 15. Frecuencias absolutas y relativas por reactivo.

	R	E	A	C	T	I	V	O
OPCION	5		6		7		8	
	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.
1	11	10.09%	30	27.52%	81	74.31%	71	65.14%
2	34	31.19%	36	33.03%	17	15.60%	24	22.02%
3	30	27.52%	20	18.35%	7	6.42%	9	8.26%
4	34	31.19%	23	21.10%	4	3.67%	5	4.59%
SUMA	109	100.00%	109	100.00%	109	100.00%	109	100.00%

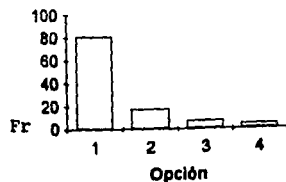
GRAFICA No. 12 Reactivo 8



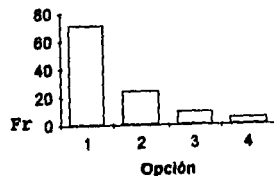
GRAFICA No.13 Reactivo 6



GRAFICA No. 14 Reactivo 7



GRAFICA No.15 Reactivo 8



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 16. Frecuencias absolutas y relativas por reactivo

OPCIÓN	R		E		A		C		T		I		V		O
	9		10		11		12								
	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	
1	56	51.38%	59	54.13%	30	27.52%	24	22.02%							
2	42	38.53%	29	26.61%	40	36.40%	45	41.28%							
3	7	6.42%	11	10.09%	24	22.00%	24	22.02%							
4	4	3.67%	10	9.17%	15	13.76%	16	14.68%							
SUMA	120	100%	109	100.00%	109	100.00%	109	100.00%							

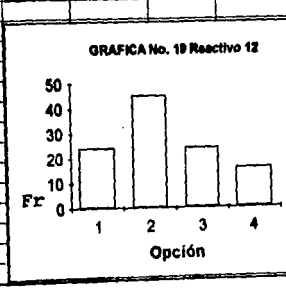
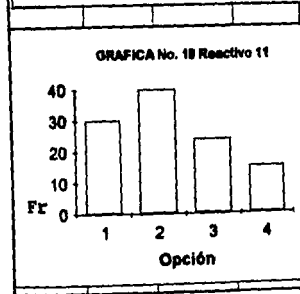
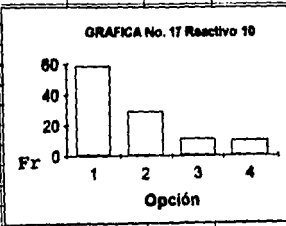
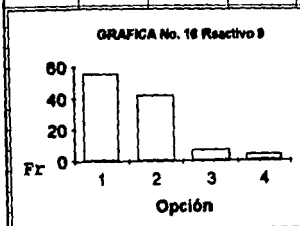
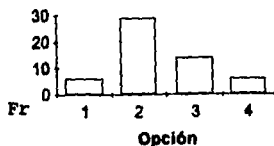


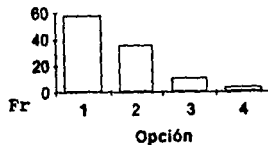
TABLA 17. Frecuencias absolutas y relativas por reactivo.

	R	A	C	T	I	V	O	
OPCION	13		14		15		16	
	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.
1	6	55.05%	58	53.21%	52	47.71%	20	18.35%
2	29	26.81%	36	33.03%	39	35.78%	50	45.87%
3	14	12.84%	11	10.09%	7	6.42%	25	22.94%
4	6	5.50%	4	3.67%	11	10.09%	14	12.84%
SUMA	109	100.00%	109	100.00%	109	100.00%	109	100.00%

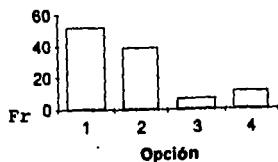
GRAFICA No. 20 Reactivo 13



GRAFICA No. 21 Reactivo 14



GRAFICA No. 22 Reactivo 15



GRAFICA No. 23 Reactivo 16

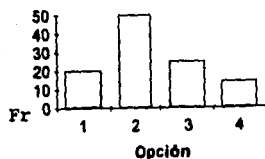


TABLA 18. Frecuencias absolutas y relativas por reactivo.

OPCION	R		E		A		C		T		I		V		O
	17		18		19		20								
	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	
1	49	44.95%	66	60.55%	98	89.91%	43	39.45%							
2	45	41.28%	31	28.44%	9	8.26%	31	28.44%							
3	11	10.09%	11	10.09%	0	0.00%	23	21.10%							
4	4	3.67%	1	0.92%	2	1.83%	12	11.01%							
SUMA	109		109		109	100.00%	109	100.00%	109	100.00%					

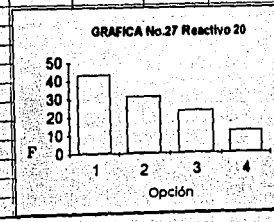
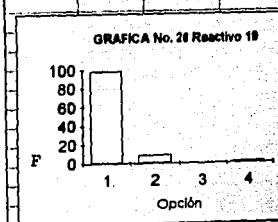
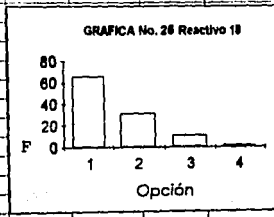
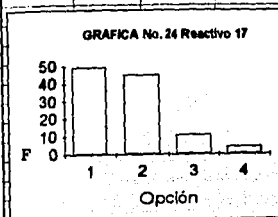


TABLA 19. Distribución de puntajes brutos y puntajes Z.

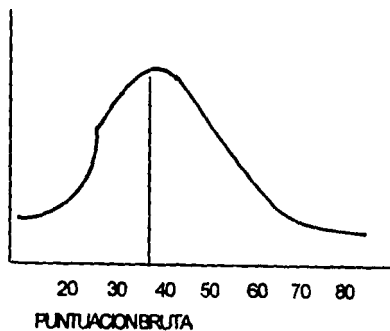
PUNTUACION BRUTA	FREC.	PUNTUACION Z	PUNTUACION ANTERIOR	PUNTUACION PROPUESTA	DIF.
20	0	2.08	25	19.2	5.8
21	0	1.95	26	20.5	5.5
22	3	1.83	28	21.7	6.3
23	1	1.7	29	23	6
24	2	1.58	30	24.2	5.8
25	3	1.45	31	25.5	5.5
26	3	1.32	33	26.8	6.2
27	2	1.2	34	28	6
28	3	1.07	35	29.3	5.7
29	4	0.94	36	30.6	5.4
30	5	0.82	38	31.8	6.2
31	8	0.69	39	33.1	5.9
32	2	1.56	40	34.4	5.6
33	4	0.44	41	35.6	5.4
34	9	0.31	43	36.9	6.1
35	1	0.18	44	38.2	5.8
36	5	0.06	45	39.6	5.4
37	7	0.07	46	40.7	5.3
38	6	0.19	48	41.9	6.1
39	5	0.32	49	43.2	5.8
40	7	0.45	50	44.5	5.5
41	3	0.57	51	45.7	5.3
42	3	0.7	53	47	6
43	3	0.83	54	48.3	5.7
44	1	0.95	55	49.5	5.5
45	3	1.08	56	50.8	5.2
46	6	1.21	58	52.1	5.9
47	0	1.33	59	53.3	5.7
48	2	1.46	60	54.6	5.4
49	1	1.59	61	55.9	5.1
50	2	1.71	63	57.1	5.9



TABLA 20. Distribución de puntajes brutos y puntajes Z.

PUNTUACION BRUTA	FREC.	PUNTUACION Z	PUNTUACION ANTERIOR	PUNTUACION PROPUESTA	DIF.
51	2	1.84	64	58.4	5.6
52	0	1.96	65	59.6	5.4
53	1	2.09	66	60.9	5.1
54	1	2.22	68	62.2	5.8
55	1	2.36	69	63.4	5.6
56	0	2.47	70	64.7	5.3
57	1	2.6	71	66	5
58	0	2.72	73	67.2	5.8
59	0	2.85	74	68.5	5.5
60	0	2.98	75	69.8	5.2
61	0	3.1	76	71	5
62	0	3.23	78	72.3	5.7
63	0	3.36	79	73.6	5.4
64	0	3.48	80	74.8	4.8
65	0	3.61	81	76.1	4.9
66	0	3.73	83	77.3	5.7
67	0	3.86	84	78.6	5.4
68	0	3.99	85	79.9	5.1
69	0	4.11	86	81.1	4.9
70	0	4.24	88	82.4	4.8
71	0	4.37	89	83.7	5.3
72	0	4.49	90	84.9	5.1
73	0	4.62	91	86.2	4.8
74	0	4.75	92	87.5	4.5
75	0	4.87	94	88.7	5.3
76	0	5	95	90	5
77	0	5.13	96	91.3	4.7
78	0	5.25	98	92.5	5.5
79	0	5.38	99	93.8	5.2
80	0	5.5	100	95	5
N =	61				
MEDIA			62.6	57.12	5.48
DESV. EST.			22.18	22.44	0.4
R =				0.9988	

CUADRO No 1 COMPARATIVO DE ESCALAS




---

-2.06	-.82	.45	1.71	2.98	4.24	5.50
-------	------	-----	------	------	------	------

PUNTUACION Z

---

20	40	50	63	75	88	100
----	----	----	----	----	----	-----

PUNTUACION ANTERIOR

---

19.2	31.8	44.5	57.1	69.8	82.4	95
------	------	------	------	------	------	----

PUNTUACION PROPUESTA

## CONCLUSIONES

El embarazo representa una fase crítica, dado que esta ligado no solo a cambios de tipo fisiológico, sino también a los aspectos dinámicos de la psicología de la mujer. Esto incluye repercusiones en la esfera emocional, mismas que generan expectativas siendo su gravedad producto de las diferencias individuales. Sin embargo, hay que tomar en cuenta la existencia de mujeres universitarias, profesionistas, trabajadoras que desempeñan actividades de amas de casa, madre, esposa y que logran conjugar dichas actividades, que pueden acarrear conflictos, lo cierto es que rara vez renuncian a su condición materna.

Dependiendo del estado emocional con el que la paciente curse su embarazo, será el pronóstico respecto a su situación mental durante el puerperio ya que la mujer esta propensa a cierto monto de depresión.

El estado depresivo durante el embarazo se caracteriza por ser una reacción de ajuste. No obstante, en algunos pacientes existen cuadros que van de moderados a severos y que tienen íntima relación con la personalidad premórbida o bien con un cuadro psicopatológico recurrente. (Morales, 1989).

El objetivo de la presente investigación fue estandarizar la escala de auto medición de la depresión de Zung en mujeres embarazadas normales del INPER.

La pregunta de investigación fue la siguiente:

Existirán diferencias entre las normas estadísticas de la escala de automedición de Zung y las de la población de pacientes obstétricas con embarazo normal del INPER ?

Se acepto la hipótesis alterna al existir diferencias significativas entre la escala de automedición de Zung y la propuesta, lo cual se observa estadísticamente en la tabla 12.

Específicamente la tabla 19 y 20 muestran los puntajes brutos, las normas anteriores (EAMD) y las propuestas, así como las diferencias entre ambas escalas. Observándose que los puntajes propuestos son menores comparados con las escalas anteriores, esto significa que la escala estandarizada propone escalas más bajas puesto que la mujer se encuentra en una etapa distinta, esto es, por que es diferente a otras condiciones críticas a nivel emocional.

Las características de la población estudiada fueron las siguientes: casadas, con estudios técnicos profesionistas, con nivel socioeconómico medio, con un rango de edad de los 21 a los 27 años y primerizas. De estos datos es posible observar el nivel depresivo bajo que presenta la muestra.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Calderon, G. (1987) Depresión.  
Ed. Trillas, México.
- 2.- Chalmers, B. (1983) Psychosocial Factors an Obstetric  
Complication. Psychological Medicine.  
Págs. 13/ 333/ 339.
- 3.- Chalmers, B. (1982) Psychological Aspects of Pregnancy.  
Some thoughts for the Eighties. Society of Medicine.  
Págs. 16/ 323/ 331.
- 4.- Fitzgerald, C. (1984) Nausea and Vomiting in Pregnancy.  
British Journal of Medical Psychology.  
Págs. 57/ 154/ 165.
- 5.- Hernandez, C. E. (1994, Mayo). Depresión Postparto.  
La Jornada.  
Pág. 2-4
- 6.- Levin Jack. (1979) Fundamentos de Estadística para Ciencias  
Sociales.  
Ed. Arla México.
- 7.- Merani A. (1979) Diccionario de Psicología.  
Grijalbo, México. D. F. 1979.
- 8.- Morales, C. F. (1989) Repercusiones emocionales de la  
Reproducción. En Karchmer Samuel (Ed.)  
Temas Selectos en la Reproducción Humana.  
Págs. 753/ 758.

- 9.- Mc Grath, Ellen (1990) Women and Depression.  
American Psychological U.S.A.
- 10- Norbeck J. y Pereson Tilden. (1983)  
Life stress, social Support and Emotional Disequilibrium in  
Complications of pregnancy: A prospective, Multivariate Study.  
Journal of Health and Social Behavior.  
Pág. 24.
- 11.- Pajntar Marjan, B.G.P. Kranj. (1971)  
Obstetrical Complications Personality Changes and emotional  
tension during Pregnancy.  
Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology.
- 12.- Pichot P. (1984) D.S.M III. Manual Diagnóstico y Estadístico  
de los Trastornos Mentales.  
Masson, México.
- 13.- Saks, Frank, Lowe, Berman, Naftolin, Cohen. (1985)  
Depressed Mood during Pregnancy and the puerperium:  
Clinical recognition and implications for clinical practice.  
American Journal Psychiatry.  
Págs. 147.
- 14.- Tilden P. (1983) The Relation of life stress and social support  
to Emotional Disequilibrium during Pregnancy  
Research in Nursing and Health.  
Págs. 6/ 167-174.

- 15.- Kaplan. (1983) Causes and attributions of Depression During Pregnancy.  
Women and Health.  
Vol. 8 (4).
- 16.- Kumar y Modecai. (1984) "A prospective study of Emotional disorders in Childbearing Women.  
British Journal Psychiatry.  
Págs, 44/ 35-47
- 17.- Wolman B. (1981) Aspectos Psicológicos en Ginecología y Obstetricia  
PLM. México.
- 18.- Valderrama Blanco G. (1988) Perfil Psicológico de pacientes del INPER, con un embarazo de tipo normal.  
Tesis Inédita. Facultad de Psicología de la UNAM.

ANEXO. Representa los síntomas depresivos de la escala de autoevaluación de Zung.				
SINTOMAS	MUY	ALGUNAS	LA MAYOR	CONTINUA-
	POCAS	VECES	PARTE DEL	MENTE
	VECES		TIEMPO	
1.- Me siento abatido y melancólico.				
2.- En la mañana me siento mejor.				
3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5.- Como igual que antes solía hacerlo.				
6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7.- Noto que estoy perdiendo peso.				
8.- Tengo molestias de constipación (estreñimiento).				
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10.- Me canso sin hacer nada.				
11.- Tengo la mente tan clara como antes.				
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14.- Tengo esperanza en el futuro.				
15.- Estoy más irritable de lo usual.				
16.- Me resulta fácil tomar decisiones.				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Mi vida tiene bastante interés.				
19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20.- Todavía disfruto con las mismas cosas.				