

31921  
127



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**DEPRESION POSTPARTO: ETIOLOGIA, SINTOMATOLOGIA  
Y TRATAMIENTO.**

**T E S I N A**  
**PARA OBTENER EL TITULO DE:**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A :**  
**GUADALUPE NONATO NONATO**



**IZTACALA TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO**

**ASESORES:**

**LIC. MA. GUADALUPE AGUILERA CASTRO  
MTRA. ARACELI SILVERIO CORTES  
LIC. JUANA AVILA AGUILAR**

**2003**

**A**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## *AGRADECIMIENTO*

Sabiendo que no existe sólo una forma de agradecer, quiero expresarles  
con amor admiración y respeto:

### *A MIS PADRES*

Emma Nonato Dimas  
y  
Juan Nonato Rebollo

Que con su esfuerzo y entrega nos han dado el amor más sublime de sus vidas,  
ofreciéndonos todo lo que han podido para formarnos con entereza.

### *A MIS HERMANOS*

Fernando  
Cruz  
Eduardo  
Fredy

Por todo lo que hemos vivido como familia, como amigos, como confidentes y sobre todo,  
por ser mis hermanos y creer en mi.

### *A RICARDO*

De quien siempre recibí aliento, apoyo y motivación para llevar a cabo éste proyecto,  
gracias por compartirlo conmigo y por brindarme tu amor y cariño.

A DIOS

Porque esta presente en cada momento de nuestras vidas.

A MIS AMIGOS

Gabbito, José Luis, Geltza, Zazil, a todos los amigos que conocí en UNIVERSUM, sobre todo a los talleristas.

Quienes me apoyaron en todo momento, por permitirme ser parte de sus vidas y compartir los momentos difíciles y divertidos.

A MIS ASESORES

Lupita  
Araceli  
Juanita

Que no sólo compartieron su conocimiento en la elaboración de este trabajo, sino también durante la carrera y en especial, por su apoyo emocional.

A LA FES-IZTACAP

Por ser participe de mi formación profesional.

MIL GRACIAS.

## RESUMEN

El presente trabajo de tesina, tiene como propósito fundamental, identificar y analizar los factores psicosociales que desencadenan una Depresión Postparto y sus comportamientos, para así, proponer estrategias en beneficio de la prevención y el tratamiento del problema. Por lo cual se realizó una búsqueda de material teórico y empírico, en la que se manifiesta que por lo menos un 10% de las madres experimentan depresión después del parto, aunque existen otros trastornos como los blues y la psicosis postparto, variables en su intensidad y en la incidencia (O'Hara, 1997).

La génesis de la Depresión Postparto es multifactorial, una combinación de elementos personales y sociales que se consideran de riesgo, entre los que se encuentran, la falta de apoyo social, particularmente del esposo, en conjunto con eventos vitales estresantes, la vulnerabilidad de la mujer y una historia de depresión, entre otros; que se caracteriza por sentimientos de tristeza, culpa, llanto incontrolable, dificultades en concentración, perturbaciones de apetito y sueño, por mencionar algunas; pero además por una irritabilidad hacia los demás (marido, hijos y padres), y serias dificultades en el cuidado del bebé.

Comportamientos todos ellos, que influyen en la vida de las madres, a través implicaciones serias en sus actividades y habilidades para funcionar en todos sus roles sociales (el de madre, esposa y trabajadora), y por consecuencia en el contexto familiar, sobre todo en los venideros problemas de conducta del niño, haciendo de la maternidad una mala experiencia y dificultando la relación con la pareja.

La Terapia Cognitivo Conductual y la Psicoterapia Interpersonal han demostrado su efectividad en el tratamiento de la Depresión Postparto. No obstante, existen pocos estudios al respecto, y en México los esfuerzos por investigar la problemática son casi nulos, por lo que es vital: explorar los factores involucrados en el desarrollo de los cuadros depresivos en el postparto en nuestra población, planificar desde el embarazo, estrategias para detectar aquellas mujeres que estén en riesgo y canalizarlas a terapia, investigar la eficacia de los programas preventivos, establecer las indicaciones y contraindicaciones de las terapias, entre otros. Además, los programas diseñados para tratar la DPP, ya sea de forma preventiva o correctiva, deben considerar distintos elementos que favorezcan el desarrollo integral de la mujer y su familia, implicando más la participación de la pareja.

# INDICE

<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I. EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO</b>	<b>5</b>
1.1. Psicología del Embarazo	5
1.1.1. Características de la Mujer Embarazada	8
1.1.2. Factores que influyen en la aceptación del Embarazo	11
1.1.3. Consideraciones Psicológicas del Embarazo	13
1.2. Psicología del Parto	18
1.2.1. Primeros síntomas	19
1.2.2. Consideraciones Psicológicas del Parto	20
1.3. Psicología del Postparto	22
1.3.1. Consideraciones Psicológicas del Postparto	23
<b>CAPITULO II. TRASTORNOS EMOCIONALES DESPUES DEL PARTO</b>	<b>29</b>
2.1. Clasificación	30
2.1.1. Blues Postparto	31
2.1.1.1. Definición	32
2.1.1.2. Etiología (Origen)	32
2.1.1.3. Sintomatología (Características)	32
2.1.1.4. Tratamiento	33
2.1.2. Psicosis del Postparto	34
2.1.2.1. Definición	34
2.1.2.2. Etiología (Origen)	35
2.1.2.3. Sintomatología (Características)	35
2.1.2.4. Tratamiento	37
2.1.3. Depresión Postparto	37
2.1.3.1. Definición	38
2.1.3.2. Sintomatología (Características)	39
2.1.3.3. Etiología (Origen)	42

2.1.3.3.1. Eventos Vitales Estresantes	43
2.1.3.3.2. Apoyo Social	47
2.1.3.3.3. Relación con la Pareja	49
2.1.3.3.4. Conflicto con los Padres	51
2.1.3.3.5. Factores Personales	52
2.1.3.3.6. Historia Psiquiátrica Personal y Familiar	54
2.1.3.3.7. Relación Madre-Hijo	55
2.1.3.3.8. Expectativas Sociales sobre la Maternidad	57
2.1.3.4. Medidas para evaluar la Depresión Postparto	59
2.1.3.4.1. Cuantitativas	60
2.1.3.4.1.1. Escala de Automedición de la Depresión de Zung	60
2.1.3.4.1.2. Inventario de Depresión de Beck	61
2.1.3.4.1.3. Escala de Edinburgo	62
2.1.3.4.2. Cualitativas	65
<b>CAPITULO III. EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION POSTPARTO</b>	<b>71</b>
3.1. Tratamiento de la Depresión	71
3.1.1. Terapia Psicodinámica	72
3.1.2. Terapia Cognitivo Conductual	75
3.1.3. Terapia Interpersonal	79
3.2. El Tratamiento en la Depresión Postparto	81
3.2.1. Medidas Preventivas	82
3.2.2. Medidas Correctivas	85
3.2.3. Propuesta	98
3.2.3.1. Prevención	98
3.2.3.2. Atención en el Postparto	100
3.2.3. Limitaciones en el tratamiento de la Depresión Postparto	103
<b>Conclusiones</b>	<b>107</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>114</b>

## INTRODUCCION

A medida que incrementa la incidencia y la prevalencia de la depresión, con sus consecuentes efectos en la vida de las personas, ha provocado que un gran número de investigaciones sume sus esfuerzos a fin de conocer mejor este problema. Los conocimientos adquiridos durante los últimos años sobre el tema, han rebasado el campo de la psiquiatría dando paso a otras disciplinas como la psicología, obteniendo resultados óptimos en el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado para evitar a quien la experimenta y a sus familiares, muchos años de sufrimiento y de inestabilidad económica y social.

De esta manera, la depresión ha sido considerada a veces grave y en otras no, dependiendo de la afectación en el funcionamiento de quienes la experimentan, y por su efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad (manifestada en sentimientos derrotistas), y el contraste que la persona tiene de sí mismo y la realidad.

En la actualidad, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se calcula que hay 150 millones de personas deprimidas (Ehrenberg, 2000), de esas personas, existe el doble de mujeres deprimidas por cada hombre con la misma afección. A estas cifras debemos de sumar aquellas mujeres que padecen estados de depresión leve o pasajera y que no consultan a los especialistas.

Pero la depresión, para las mujeres, también representa un problema serio después del parto, ya que resulta ser un disociador a su vida diaria y daña su funcionamiento en todos los dominios. Se conoce que por lo menos una de cada 10 mujeres padecen un desorden de humor profundo después del parto, y que hasta un 80% de las madres nuevas experimentan alguno de los comportamientos, que suelen ser transitorios y sin mayores consecuencias.

El interés por los desórdenes que experimentan algunas madres tras el nacimiento de un hijo, remonta a siglos pasados, debido a que en los libros de Hipócrates se conceptualizaba a la depresión después del parto como un indicio de locura e incluso como algo inexistente, y que en realidad las mujeres manifestaban esquizofrenia, manía u otros desórdenes afectivos y que deberían ser tratadas de acuerdo a eso. El interés fue progresivo, aunque lento, llegándose a pensar que se presentaban varios síndromes y se sugerían diversos



factores causales, en tanto que, los métodos de tratamientos incluía una atención cuidadosa, baños tibios y purgantes. A partir de los años setenta, se dio particular importancia al impacto que tenía la Depresión Postparto en el desarrollo del niño, pero fue a partir de los años ochenta que se comenzó a llevar a cabo una investigación más exhaustiva sobre el tema, auspiciado en gran parte por la Marcé Society, asociación que internacionalmente ha producido el trabajo más alentador sobre causas, síntomas y tratamiento de la depresión después del parto (Dix, 1991; Murray y Cooper, 1997).

Un pionero que ha proporcionado sustanciales aportaciones en la Depresión Postparto, ha sido Michael W. O'Hara, proveniente del departamento de psicología de la Universidad de Iowa, quien favorecido por el Instituto Nacional de la Salud Mental, ha investigado las causas bioquímicas y psiquiátricas de la problemática.

Actualmente, existe un sin número de estudios que dan cuenta de los posibles factores de riesgo, implícitos para que una madre experimente depresión después del parto. Se considera que la gran proporción de los casos de depresión y los costes incide de lleno sobre los factores psicosociales (Ehrengerg, 2000). Mismos, que son esenciales para lograr el ajuste que requieren las mujeres durante el embarazo y después del nacimiento de un hijo, por lo que no es de sorprender que dichos factores sean un punto de vulnerabilidad para desarrollar una depresión en el postparto, período que ha sido considerado por algunos investigadores, entre ellos MacGrath, Puryear, Strickland y Felipe (1990), como un tiempo de alto riesgo para la depresión.

El conocimiento de estos factores ayudará a reconocer, ya durante el embarazo, a las mujeres en riesgo de sufrir una depresión después del parto, para comenzar medidas preventivas y/o terapéuticas. Aunque la mayoría de las veces los trastornos escapan a la observación de algún profesional, siendo atribuidos al esfuerzo del parto y a los pequeños contratiempos de la maternidad, restándole importancia (González, 1989). Lo que da como consecuencia una no aceptación de la Depresión Postparto, problema real que afecta a las mujeres y sus familias. Tampoco se acepta que existe una real y urgente necesidad de estudio y comprensión acerca del problema reaccionando ante el desafío que implica considerar todo esto trivial.

Muchas futuras madres ni siquiera consideran la posibilidad, pues la sociedad la ha representado como un ser invencible y mítico, es decir, si no le permite siquiera la posibilidad, mucho menos pensarla.

La Depresión Postparto es una consideración tan importante y válida, un elemento tan perteneciente al embarazo y al nacimiento como aquellos otros temas tradicionalmente discutidos en la preparación para el nacimiento. Sin embargo, es un tema relacionado con tener hijos que se ha ignorado por mucho tiempo, porque no es bienvenido, es tabú y, por cierto, no encaja en la visión color de rosa que tenemos de la maternidad (Salvatierra, 1989).

Argumentos sobre de la depresión después del parto, existen diversos, pero el seguir con la actitud de *oculos habent et non videbunt*, sólo conducirá a consecuencias más adversas. Por ello, la Depresión Postparto es un importante problema social y de salud, debido a que la depresión rasga la estructura de la autoestima de la mujer, trascendiendo a la relación con su compañero (quien representa para ella el apoyo más importante), con su medio social (con los amigos, familiares, etcétera), y a la relación con los demás hijos, pues la maternidad refiere significados compartidos para las personas que interactúan con ella. Esto puede ser devastador, particularmente en un momento cuando una mujer y su familia esperan que el momento esté lleno de alegría y felicidad, no de tristeza y depresión.

A nivel Sector Salud una de las prioridades es la atención materno-infantil, a pesar de ello, no se ha prestado la suficiente importancia a los problemas que tienen las madres al dar a luz, donde se experimentan cambios emocionales y psicológicos. La situación se agrava todavía más si se considera que no hay un profesional preparado, que trate a las mujeres después del parto, en consecuencia, es poco probable que una mujer busque ayuda psicológica, a menos que sufra un serio desorden emocional. Este es el problema más abrumador que enfrentan las mujeres.

A priori, es de vital importancia contar con técnicas que permitan disminuir la depresión y dotar de habilidades a las madres para que logren el control de las emociones que acontecen en la vida diaria.

Muchas son las cuestiones, pero las respuestas se pueden encontrar estudiando un complejo proceso que involucra aspectos psicológicos y socioculturales, es por ello que el presente trabajo de tesina tiene como objetivo principal, identificar y analizar los factores

psicosociales que desencadenan una Depresión Postparto y sus comportamientos, para proponer posibles estrategias en pro de la solución del problema. Para lograrlo, se contemplan tres capítulos que se desarrollan de la siguiente manera:

El primero de ellos representa la psicología de la gestación, es decir, se considera vital abordar el proceso desde el embarazo, parto y postparto, de manera general, a fin de entender los factores de ajuste, las dificultades y las crisis, para comprender los trastornos emocionales que ocurren después del parto, tanto para la misma mujer como para su contexto familiar.

En el segundo capítulo, se realiza una diferencia entre los tipos de trastornos que acontecen en el período postparto, entre ellas los blues, la psicosis y la depresión, permitiendo con ello identificar los comportamientos y factores de riesgo psicosociales relacionados, y finalmente, indagar las principales medidas utilizadas por los investigadores, para evaluar la Depresión Postparto.

En el tercer capítulo, se abordan las diversas medidas terapéuticas aplicables a la depresión postparto, haciendo alusión a la Terapia Cognitivo Conductual y a la Terapia interpersonal, aplicadas durante el embarazo o en el puerperio. Para ello, se considera necesario tomar en cuenta la aplicación y su eficacia en investigaciones empíricas comparado con lo que menciona la literatura.

Finalmente, a manera de conclusión, se enfatiza en que éste no busca realizar un análisis exhaustivo, sino más bien, uno crítico y reflexivo de una realidad como lo es la Depresión Postparto, a partir de los hallazgos más representativos en las diferentes referencias, relativo a la vida de aquellas mujeres que la sufren, además de su contexto familiar y social.

## CAPITULO I

### EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

Las mujeres de hoy, con total libertad se cuestionan si el principal objetivo de su existencia es la procreación. Así, quienes deciden hacerlo, lo valorarán de distinta forma y estará relacionado con el grupo social y cultural al que pertenezca (Viel, 1995).

Por ello, cada cultura posee creencias firmes acerca de la conducta apropiada en el embarazo, el parto y el puerperio. Las futuras madres han de acomodarse a dichas creencias, que condicionan en gran parte sus expectativas y su comportamiento (Salvatierra, 1989). Y aunque a veces, esas creencias y las pautas de conducta derivadas nos parecen irracionales y absurdas, interfieren de manera considerable en la gestante, alterando y modificando tanto su conducta como su situación afectiva, resultando de gran trascendencia para la pareja.

Embarazo, parto y nacimiento son partes de un mismo proceso, el de crear una nueva vida, en el que la mujer asume un nuevo rol (el de madre) y en donde se interrelacionan estrechamente aspectos biológicos, sociales y psicológicos. Además, resulta ser una experiencia individual llena de deseos y temores (Morales, González, Ramos y Calderón, 1990).

Así, para abordar la temática del embarazo (gravidez), como primer punto, es conveniente hacer una breve revisión con respecto a lo que se entiende por este proceso; un cambio en el papel de la mujer que involucra diversos aspectos de indole biológico, socio-cultural y psicológico, mismos que se abordarán en el desarrollo de este capítulo.

#### 1.1. Psicología del Embarazo

La experiencia del embarazo por muchos años se ha considerado a nivel popular como la ocurrencia de un estado fisiológico normal en la vida procreativa de la mujer, que se acompaña en ocasiones de vómitos, náuseas, aumento de peso, fatiga, sueño y algunos otros cambios fisiológicos más. Muchas veces, esos cambios, son experimentados como molestos y dolorosos, pero que se recompensan con la llegada del nuevo ser.

Por su complejidad, la investigación en el ámbito perinatal, en los últimos años, se ha ido ampliando y extendiendo a otros tópicos que hacen referencia no tan sólo a los aspectos obstétricos, sino se ha tratado de explicar a partir de otros, tales como los sociales y los psicológicos.

La importancia que se le da al periodo de gestación no sólo se justifica porque implique una etapa de crisis en donde la mujer se enfrenta a serios cambios, sino también porque en ello va implícito una etapa de maduración, es decir, se prevee que ante tal evento la mujer logre alcanzar un desarrollo psicológico, presentándosele la oportunidad en el mejor de los casos, de obtener un ajuste en las relaciones con su pareja, producto, familiares y particularmente consigo misma (Morales, González, y Valderrama, 1988).

De esta manera resulta indudable que el embarazo transcurre dentro de un conjunto multicausal, que pueden causar en la mujer, una tensión emocional por los cambios a veces drásticos.

La manifestación emocional más evidente del embarazo, se refleja por las fluctuaciones repentinas e inexplicables en el estado de ánimo, en mujeres esas modificaciones se caracterizan por reacciones de ajuste a la situación transitoria, con frecuente irritabilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, llanto inmotivado, que quizá no sean bien comprendidos por la mujer y su pareja; además de preocupaciones e interés significativo acerca de su salud. Este estilo cognitivo depresivo previo, predice un nivel de depresión más elevado durante el tercer trimestre del embarazo (Martín y Crespo, 1999).

Por su parte, Valderrama (1988) argumenta que teóricos como Freud, Deutsch, Horney, Bibring y Erikson, entre otros, señalan al embarazo como uno de los acontecimientos de mayor trascendencia que la mujer llega a experimentar en su vida, en tanto que se traduce para ella en un periodo de crisis, del desarrollo psicológico, en el que intervienen aspectos tanto fisiológicos como dinámicos vinculados al nivel previo de madurez emocional, sentido de feminidad, presencia de conflictos no resueltos, temprana relación madre-hija; implicando un tiempo de cambios emocionales, adaptaciones y ambivalencias (Kennel, 1978, citado en Morales, González y Valderrama, 1988).

Por su parte, Viel (1995) menciona que el cambio es trascendental por las modificaciones corporales y emocionales implícitas, ya que no es para menos si se piensa que a partir de ese momento su cuerpo es "casi también de otro". Debido a que en cada acto realizado

protege o pone en riesgo su vida y la del otro, otro que además es frágil y totalmente dependiente. Este hecho aislado, por sí sólo, es suficiente motivo para asustar a cualquier ser humano.

La mujer embarazada con su doble tarea (física y emocional), tomará la apariencia de un creador sensible, ya que debe vivir sensaciones nuevas para adaptarse y reorganizarse emocionalmente en su nuevo rol; receptiva para enriquecerse con nuevas capacidades y conocer lo desconocido; ensimismada y reflexiva para comunicarse con su interior físico y emocional. Por su parte, la sociedad al considerar esto como un estado de hipersensibilidad tenderá a compadecerla, adoptando una actitud de protección hacia ella.

Por eso, el embarazo no sólo hace que se produzcan importantes cambios en la mujer, sino en todo lo que la rodea. Porque el descubrimiento de la futura maternidad se recibe unas veces, como el mayor y más valioso regalo, y otras como el peor castigo.

Por lo anterior, encontramos que el embarazo ha sido concebido de distintas maneras, por ejemplo en el diccionario de la lengua española (pp. 373), se define como: “falta de soltura, dificultad, estorbo, obstáculo, encogimiento, preñez”. Rodríguez (2001) argumenta que todos estos términos indican, que estar esperando un hijo no es necesariamente el estado ideal y son muchas las mujeres que se enfrentan a esta realidad con lo primeros síntomas, ya que todos los malestares físicos no son suficientes pues los cambios hormonales que genera el embarazo convierte a la gestante en un ser totalmente “desquiciado”, ya que existen cambios de humor que la aquejan.

Morales, González y Valderrama (1988) mencionan que el estudio del embarazo se ha explicado a partir de varios modelos, entre los que cabe mencionar principalmente a tres: el médico, el sociológico y el psicológico.

El primero resalta como principal postulado que los cambios hormonales del embarazo son los que tienden a causar síntomas incidiendo directamente sobre la fisiología materna, señalándolos como principal causante de dificultades obstétricas.

El modelo sociológico considera al embarazo como una crisis en la relación del matrimonio principalmente como un estrés significativo sobre la mujer y el esposo. Aunque este concepto no necesariamente es generalizable.

El modelo psicológico (con enfoque un psicoanalítico) refiere al embarazo como un conflicto interno (conflicto por identificación con la madre) experimentado por las mujeres,

partiendo de elementos psicológicos (como aspectos emocionales, adaptaciones y ambivalencias) y cambios somáticos para explicar la forma en que ellas reaccionan al estrés de la reproducción.

En suma, se ha concebido al embarazo como un estado de transición que debe soportar la mujer, puesto que se dice que es una crisis y un proceso de desarrollo, mediante cambios emocionales, adaptaciones y ambivalencias hacia la maduración.

Considerando todo lo anterior, resulta indispensable tener en cuenta los cambios que experimenta la mujer gestante durante los nueve meses que dura el embarazo, en su curso normal.

#### 1.1.1. Características de la Mujer Embarazada

Los cambios psíquicos suelen aparecer en tres periodos o etapas a lo largo del embarazo, y cada uno tiene sus propias tareas psicosociales, de acuerdo a Molinski (1986) y Curry (1987, citados en Salvatierra, 1989):

**Primer trimestre:** se considera probablemente el más importante, pues la primer tarea psicosocial de la mujer, es la de aceptar la impregnación.

Al inicio, la mujer no percibe su estado en forma objetiva debido a que existen dudas sobre la realidad del embarazo y con el diagnóstico médico lo confirma. En esta primera etapa es muy frecuente que existan conflictos en el estado emocional, como depresión, estrés, ambivalencia, inestabilidad emocional, entre otros más (Fernández, 1988; Pick de Weiss, Atkin y Karchmer, 1991; Zarco, 1990). Si el marido permanece distanciado de ella, aumenta su inseguridad y ambivalencia, y pueden aparecer sentimientos de hostilidad o rechazo hacia el hijo no nacido, pero el deseo de ver a su futuro hijo en su interior y anticipar el nacimiento, le hace superar esos sentimientos, permitiéndole proseguir satisfactoriamente con la gestación (González, 1989).

Se perciben deseos de dormir más de lo habitual (hipersomnía), mientras que puede haber una discreta disminución del deseo sexual, se van acentuando todos los miedos y

ansiedades, según va avanzando el embarazo, sobre todo el temor a una posible malformación del feto o a su pérdida.

**Segundo trimestre:** es la época en que el feto comienza a dar señales de vida a través de movimientos activos percibidos directamente por la madre. La mujer debe incorporar afectivamente ese feto como parte de sí misma, lo que inicialmente es una identificación y paulatinamente, un “hacerse amiga del él”. Por ello, en este período comienza la comunicación entre madre-feto.

Además, la mujer presenta más seguridad en sí misma y más estabilidad, caracterizada por una mayor adaptación y más orientación hacia su pareja (Pick de Weiss, Atkin y Karchmer, 1991; Zarco, 1990). En este período comienza a percibir las alteraciones en su imagen corporal, que parecen acentuar el sentimiento de que el cuadro interiorizado de sí misma ya no se ajusta a la imagen del espejo y hay una necesidad constante de que la pareja reafirme su confianza respecto a su belleza y su atractivo sexual (Anderson, Camacho y Stark, 1980). Pero si se acentúa la separación emocional de la pareja, pueden surgir desavenencias conyugales y se intensifica la introversión de la mujer, concentrándose en sí misma y su futura maternidad (González, 1989).

**Tercer trimestre:** la madre debe prepararse para el parto asegurando el pasaje del niño al mundo exterior sin peligro para ninguno de los dos. Es un tiempo de fantasías intensamente dirigidas a la caracterización del próximo hijo con rasgos físicos y psíquicos, que lo singularizan como “otro” distinto de la madre, y posibilitarán su separación.

La gestante experimenta un incremento de los cambios fisiológicos que ocurrían en un principio, como el insomnio, la fatiga, la ansiedad, los miedos relacionados con el parto, además, suelen sentirse poco atractivas y les preocupa no gustarle a su pareja. Aumentan los sentimientos de dependencia e identificación con el recién nacido. La mujer tomará la actitud hacia el futuro hijo dependiendo de la adaptación que la pareja tenga hacia el embarazo, entre otros factores o bien rechazo (Pick de Weiss, Atkin y Karchmer, 1991; Zarco, 1990). Muchas pueden ser las situaciones que se dan con el futuro padre, por ejemplo, puede desear el niño y tener una postura sobreprotectora ante la madre, tratándola como a una enferma, en otras ocasiones no comprende los cambios de humor que aparecen



en su pareja o su labilidad afectiva y, a veces, siente el temor de que el nuevo miembro de la familia le quite el amor y cuidado de su pareja y lo percibe como un invasor. Por otro lado, cuando el padre no acepta hacerse cargo de los cambios que el tener un hijo comporta en su vida familiar y social, puede estar enojado con su mujer y desplazar su agresividad hacia ella. En ocasiones el temor a la muerte del feto se manifiesta de manera intensa en el padre, desarrollando conductas de comprobación de la vitalidad del feto que resulten molestas para la intimidad de la mujer o, por el contrario, mostrar despreocupación por los cuidados prenatales, generando ansiedad en su pareja (Martín y Crespo, 1999). Además se incrementa la necesidad de apoyo no sólo de la pareja, sino también de otras personas, especialmente el de la propia madre por la cercanía del parto (González, 1989).

Un factor importante durante todo el embarazo es el hecho de que no sólo se sienten mal por lo que experimentan, sino también por la preocupación del bebé, ya que las gestantes según Rodríguez (2001), encuentran en todas partes motivos de preocupaciones que empiezan a crecer junto con ese hijo que llevan dentro. Se preocupan por muchas cosas, que van desde lo más frívolo hasta lo más profundo, siendo esto una señal inequívoca de la vulnerabilidad ante la salud del hijo, en cuanto nace y lo ven sano, la preocupación se transforma en miedo de que le pase algo, de que esté respirando, etcétera. A ello se debe agregar el enfrentar a la gente sobre lo que se debe o no hacer durante el embarazo.

Por otro lado, el curso normal de la gestación conlleva el cumplimiento de unos objetivos que se pueden dividir en biológicos y psicosociales (Salvatierra, 1989).

Los objetivos biológicos son el nacimiento de un niño sano sin daño físico para la madre.

En tanto que los objetivos psicosociales son que la mujer crezca y madure como madre, mantenga o alcance una salud psicosocial óptima, distinguiendo generalmente tres componentes:

1. Aceptación del embarazo, no sólo a nivel intelectual sino también emocional.
2. La adaptación al papel materno, que requiere la asignación al neonato de una identidad basada en la realidad.
3. La ligazón materno fetal que puede describirse como una actitud positiva e interactiva con su feto, y que es la base de la futura relación transaccional afectiva con el hijo.

Las tres tareas de aceptación, adaptación y ligazón son relativamente independientes y siguen un curso temporal propio a lo largo de la gestación.

#### 1.1.2. Factores que influyen en la aceptación del Embarazo

El embarazo es un estadio de desarrollo que implica una tarea, la de aceptar la gestación, la de aceptar y ejercer el papel materno con afecto o ternura. Existen muchos factores que influyen en la capacidad de la mujer para aceptar su embarazo y éste se ve reflejado en la actitud ante el mismo, que resume factores cognitivos, así como la esperanza y la confianza de la mujer en lo que va a ocurrir y en su capacidad para afrontarlo. Estos factores son:

- a. **Características de la Personalidad** : la edad, grado de tolerancia al dolor (es importante considerar que no sólo durante el parto se experimenta dolor; sino que durante el embarazo se tiene que soportar grados variables de malestar), ideaciones hipocondríacas, carácter irritable, grado de tolerancia a la frustración.

Otra área de características personales puede ser denominada en términos generales como ajuste personal, debido al hecho de que el embarazo no deseado puede provocar ansiedad y problemas personales (Atkin y Pick de Weiss, 1989). Ya que las que mejor se han adaptado al hecho de estar embarazadas son las que se han sentido menos esclavizadas, tienen una valoración de sí mismas y del otro más diferenciada y más abierta (Breen, s. f., citada en Macfarlane, 1985).

- b. **Cambios Fisiológicos**: durante el embarazo, se da la necesidad de ajustarse a una variedad de funcionamientos biológicos que alterarán su cuerpo. La forma en que la mujer considere los cambios que están ocurriendo en su cuerpo, puede afectar y reflejar a la vez, sus actitudes hacia el embarazo. Las reacciones ante náuseas, dolor de pezones, congestión de la vulva, fatiga e incluso los hábitos de ingestión de alimentos, pueden fluctuar desde el enfado por el embarazo hasta el orgullo y el placer por estas señales que le reafirman que realmente está embarazada.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- c. **Factores Sociales:** las relaciones de una mujer embarazada se ven alteradas puesto que influye el contexto sociocultural dentro del cual se lleva a cabo tal embarazo, contexto en el que, puede estar matizando el aspecto emocional de tal evento, es decir, que están implicados de manera significativa elementos tales como el apoyo social referido a relaciones que proporcionan ayuda emocional, afecto y sentido de la propia capacidad para confiar en sí misma y en otros, así como el estrés que alude a los sucesos de vida ocurridos en el pasado, juzgados como negativos de parte de la persona, por lo que de acuerdo al grado en que la mujer los posea o carezca de ellos, la actitud de ella hacia el embarazo se verá muy probablemente influenciada (Morales, González y Valderrama, 1988).

También influirán las ideas aterradoras que transmita la tradición popular sobre el embarazo, esto es, los síntomas del embarazo son inducidos por el medio socio-familiar, de tal manera que la mujer, cuyos familiares y amigas describen el embarazo como algo sumamente molesto y desagradable, esperan lo mismo para ella y, a menudo, ocurre efectivamente así (González, 1989; Salvatierra, 1989). Las ideas y miedos también son generadas, en parte, por el exceso de información y tecnología a la que nos hemos visto expuestos en la últimas décadas (Rodríguez, 2001).

- d. **Relaciones con el Esposo y Miembros de la Familia Inmediata.** El grado de apoyo y estímulo que ella reciba, ejercen un efecto directo sobre sus actitudes hacia su embarazo. Un factor de apoyo percibido es sin duda por parte de las personas clave, a las que la embarazada está emocionalmente ligada: en primer lugar, el marido, y en segundo lugar, la madre. Asimismo, se ve afectada, pero en menor grado, por las actitudes de la familia hacia el embarazo (Gedovius, 1985; Stoifer, 1977).

En las relaciones que ella tiene con el esposo, en principio, se deben determinar los deberes de la pareja y adaptar los hábitos de las relaciones sexuales durante el embarazo. Esto porque la forma en que el futuro padre reaccione ante el embarazo, influye de manera importante en el ajuste de la mujer embarazada debido a que la noticia del mismo cambia sutilmente toda la rutina.

De esta manera autores como Morales, González, Ramos y Calderón (1990) señalan que la pareja embarazada va a manifestar diferentes estados emocionales de reacción ante la

confirmación del embarazo que varían en complejidad. Existen al menos tres tipos de reacción:

- A. La pareja manifiesta alegría, ternura, sensación de grandeza y dice que existe un grado aceptable de adaptación al embarazo. Ante este primer tipo de reacción, la pareja se favorece y refuerza su unión matrimonial.
- B. La mujer y su pareja manifiestan tristeza, sensación de pérdida, dependencia, vulnerabilidad y ansiedad. En estas condiciones se observa claramente que la pareja tiene dificultades para adaptarse al embarazo.
- C. En el último tipo de reacción, la pareja expresa sentimientos de culpa, angustia ante la vulnerabilidad, minusvalía, pérdida total o parcial de la autoestima y distanciamiento entre ambos cónyuges. Este tipo de reacción es muestra clara de que la pareja se encuentra en franca desadaptación ante el embarazo.

En el caso donde un miembro de la pareja se adapta y otro no, pueden darse varias situaciones, entre las posibles, cuando es el hombre el que no acepta hacerse cargo de la responsabilidad que el tener un hijo comporta, puede optar por abandonar a la futura madre o mostrarse enojado y agresivo con ella, surgiendo así conflictos en la pareja y en consecuencia, provocar que ella se concentre en sí misma y en su futura maternidad. Por el contrario, cuando la mujer es quien no acepta su embarazo, por cuestiones que se abordarán más adelante, puede decidir dar al futuro bebé en adopción o abortarlo.

En sí, el embarazo es una situación en que se involucra no solamente a la mujer, sino también a su compañero y al medio social; pues el embarazo es una forma de interacción social y como tal se basa en una serie de significados compartidos por los miembros que interactúan en él.

### 1.1.3. Consideraciones Psicológicas del Embarazo

Aún cuando la mujer actual se encuentra como persona independiente económicamente, consciente de sus valores, con mayores libertades y amplia participación en varios campos, lucha por conciliar sus intereses a nivel social con la maternidad e indiscutiblemente no renuncia a su capacidad reproductora; situación que una vez más tiene su explicación en el manejo de supuestos ideológicos dentro de nuestra cultura, en la cual sigue manteniéndose

la actitud de la mujer con vías a casarse y tener hijos, y en donde no se puede perder de vista que las mujeres vivirán de manera distinta su embarazo de acuerdo a todos aquellos elementos que forman su entorno social (Morales, González y Valderrama, 1988).

Pero la gestación plantea a la mujer tres realidades percibidas según Molinski (1986, citado en Salvatierra, 1989):

1. La aparición de un nuevo ser, un tercero en la relación, hasta entonces diádica, entre mujer y hombre.
2. Profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales, que alteran la imagen corporal y conlleva la posibilidad de un daño corporal.
3. Un cambio en el papel social.

Estas nuevas realidades provocan reacciones psicológicas en la mujer. Por un lado, existe un profundo "deseo del hijo", pero con la íntima convicción de que "debe cumplirse", ya que es el objetivo cumbre de la mujer. Por otro lado, ese deseo se acompaña de un conflicto, centrado alrededor de la aceptación o del rechazo de la gestación, es decir, tienen intenso deseo, pero temen a la experiencia o al resultado (Salvatierra, 1989).

En nuestro país, algunas mujeres embarazadas están muy poco informada sobre lo que ello implica, en muchas ocasiones, afrontan experiencias previas negativas, dando como resultado el concepto de ser un evento lleno de peligro, de dolor y sufrimiento (Ruiz y Martínez, 1988).

Salvatierra (1989) argumenta que a pesar de ello, las mujeres son conscientes de la significación del embarazo, saben lo que es, saben que termina en parto y además, saben que el resultado es el nacimiento de un nuevo ser, están informadas de que el parto puede ser peligroso, y de que el nuevo ser es muy frágil y necesitado de cuidados absorbentes, conscientes de ello, lo experimentan como algo grandioso, pero también terrible.

Aunque, la mayoría de las futuras madres están durante el embarazo más abiertas y más sensibles y tienen una mejor capacidad de percepción de su cuerpo. También, tienen que superar los problemas y dificultades diarias que se suscitan durante el embarazo, enfrentar preguntas que surgen sobre aspectos corporales y de salud, pero también sobre la relación con el compañero, quien generalmente se siente muy presionado ante la nueva situación de vida y también cambia su comportamiento (Dürer y Zeib, 1995).

Lo anterior, junto a la demanda social de garantizar el éxito de la gestación mediante sentimientos de responsabilidad y de conductas adecuadas por parte de los padres, traerán a la gestante preocupaciones y miedos durante el desarrollo del mismo tanto a lo desconocido, como al dolor, a la pérdida de libertad, a la responsabilidad, a la propia muerte, a la enfermedad, incapacidad o muerte del hijo, a los cambios y su repercusión en la pareja, a quedarse sola en el parto, a las intervenciones (cesáreas, fórceps y demás), por el futuro hijo, a no poder dar de mamar, a no ser bien tratada o asistida en el parto, a no poder desempeñar el papel de madre, al sometimiento al médico, a estar en manos de otros a no llegar a tiempo a la maternidad (Viel, 1995).

Todo ello, repercutirá en la situación anímica de la mujer embarazada, ya que puede contribuir a la formación de síntomas mentales y físicos negativos (Morales, González, Ramos y Calderón, 1990).

El nivel socioeconómico, la preocupación por el trabajo u ocupación, su entorno social en general, resultan elementos más loables que explican el por qué la mujer se podría encontrar deprimida, puesto que aunado a tal tipo de preocupaciones se encuentra implicada cierta preocupación por garantizarle a su hijo un bienestar óptimo en función tanto de lo físico como de lo material (Salvatierra, 1989).

Las alteraciones psicológicas de la mujer podrían favorecer la aparición de complicaciones en el embarazo, el parto o el desarrollo del feto, que tienen relaciones más o menos estrechas, de importancia clínica y pronóstica (Durrel, 1987).

Dentro de las complicaciones del embarazo se han considerado el nacimiento de bebés prematuros, en donde se predisponen factores como la preeclampsia, el embarazo múltiple, la ruptura prematura de las membranas, los fibromas y, en ocasiones, un quiste ovárico, pueden ser causa subyacente de parto prematuro que comienza sin previo aviso. A ello, pueden contribuir las enfermedades de la madre, como la anemia o desnutrición, así como el exceso de trabajo.

La muerte intrauterina, es otra situación en las complicaciones del embarazo, en estos casos las mujeres se dan cuenta porque dejan de percibir los movimientos durante más de 24 horas, dando como resultado un aborto, en ocasiones porque la placenta comienza a desprenderse del útero, por diabetes o incompatibilidad del factor Rh. En el caso del nacimiento de un bebé muerto, la frecuencia es de 1 por cada 100 nacimientos, aunque no

se saben las causas, se piensa que en la mayoría de los casos se debe a una placenta insuficiente que no suministra oxígeno y alimento al bebé. Cualquiera que sea la causa, la madre presenta un ánimo bajo, con llanto frecuente, y una reacción de duelo, pueden aparecer ideas de culpa, con la búsqueda de motivos para el aborto, sensación de pérdida de parte del ser. Martín y Crespo (1999) argumentan que la gravedad del trastorno depende, también, del tiempo de embarazo y de los cambios corporales sufridos, ya que suele ser más intenso si se produce después de los cinco meses de embarazo, cuando se comienzan a sentir los movimientos fetales y se ha comenzado a formar la imagen mental del niño.

Por otro lado, las razones para que existan complicaciones en el parto son, por la placenta previa, el feto es demasiado grande o puede haber desproporción cefalopélvica (la cabeza del bebé es más grande que la cavidad pélvica), bebés que se presentan de nalgas o los que traen enredado el cordón umbilical en el cuello, infección uterina, infección grave de vagina (como herpes genital), por mencionar algunas.

En cuanto a las complicaciones en el desarrollo del feto, existen factores provenientes de dos fuentes distintas que pueden afectarlo: las genéticas y las ambientales (Anderson, Camacho y Stark, 1980). Se pueden producir errores genéticos durante el proceso de meiosis y gametogénesis, en otras se producen anomalías genéticas porque son heredadas, puesto que los padres son portadores del carácter. Dentro de los factores ambientales se encuentran las exposiciones a radiaciones, a drogas, mala alimentación e ingesta de alcohol, que se asocian a defectos de nacimiento, y en los casos severos, con un síndrome que produce anomalías físicas y mentales.

En tales casos, las complicaciones perturban las tareas de adaptación al embarazo y a la maternidad, perjudicando la salud psicosocial, y deteriorando la futura crianza. Si se conocieran bien esos disturbios y los mecanismos por los que actúan, posiblemente intervenciones preventivas mínimas, por parte de familiares, amigos, médicos o el sistema de salud, evitarían tales complicaciones y ayudarían a mantener una buena salud psicosocial (Caplan, 1957, citado en Salvatierra, 1989).

Por otra parte, se el embarazo supone una fuente mayor de estrés cuando no se ha buscado, en el mejor de los casos la pareja acepta el embarazo y que éste siga una evolución normal, pero en tal caso pueden aparecer sentimientos de culpa si algo no sale bien o ante el temor de que se presente una complicación.

Los embarazos no deseados, son frecuentes y muchos suelen ser los factores (por problemas económicos, multiparidad, problemas sociales o adolescencia), las reacciones psicológicas pueden incluir la negación, la ansiedad, el temor a no ser una buena madre, la ambivalencia ante el futuro niño, el rechazo manifestado en la adopción de conductas de riesgo o la delegación de los cuidados del niño a su madre. Aunado a la adopción de un proceso de duelo si la gestante ha sido abandonada por el padre del niño, con sentimientos de rabia que pueden dirigirse hacia el feto.

Un embarazo no deseado puede terminar con la interrupción voluntaria del mismo y las reacciones psicológicas están condicionadas en gran medida por la causa que motivó el aborto. Cuando es provocado por la confirmación de una malformación congénita puede experimentarse un sentimiento de alivio, asociado a síntomas depresivos por la pérdida del hijo y sentimientos de culpa tanto por el aborto como por la presencia de la enfermedad congénita. En el caso de abortos provocados por otras razones, la reacción psicológica depende de esos factores, así como de variables propias de la madre.

En general, Martín y Crespo (1999) argumentan que en estos casos suelen aparecer sentimientos reprimidos de culpa poco después o al cabo de los años, en forma de otros síntomas psiquiátricos, puede surgir el temor a un nuevo embarazo, con inhibición de la sexualidad o el temor a no poder volver a quedar embarazada. Pero la reacción suele ser menor cuanto menos responsabilidad acepte la mujer sobre su estado, menos recursos socioeconómicos tenga para afrontarlo o más distorsión pueda causar la posibilidad de un hijo en sus planes a futuro (por motivos económicos, así como cuando el embarazo es producto de una relación sexual esporádica, sin compromiso sentimental con el padre biológico, etcétera).

Supuestos como los anteriores son importantes tenerlos presentes, debido a que los problemas acerca de la reproducción se han hecho más patentes en la época actual, donde se destacan y admiten problemas psicológicos en la relación madre-hijo desde el embarazo, pues, darles la vital importancia puede garantizar a la madre un bienestar en función de su salud tanto física como psicológica.



## 1.2. Psicología del Parto

Las sociedades industriales de fines del siglo XX tienen la tendencia de asimilar el parto con sus aspectos técnicos y médicos. Muchas veces la preocupación es ante todo por el estado de la salud física del niño y de la madre, dejando de lado, demasiado a menudo el enigma y la dificultad humana ante esta aventura singular. Pero el control técnico no evita en los padres la perplejidad, la angustia, la soledad y el deseo de ser escuchados, comprendidos, sostenidos y acompañados (Rosfelter, 1994, pp. 9).

Es cierto que el notable mejoramiento en las condiciones de salud hace menos probable la eventualidad de complicaciones en el parto, sin embargo, el aspecto humano del parto debe ser tomado en cuenta.

El alumbramiento es una vivencia emocional inmensamente compleja, y su experiencia tiene una gran importancia para los seres que en ella intervienen, no solamente en el momento de vivirla sino también posteriormente.

La madre, que debió pasar tantas ansiedades hasta lograr adaptarse al estado de gravidez, y que ya había incorporado al feto como parte de su esquema corporal, a la vez que se había acostumbrado al distinto ritmo metabólico, hormonal y fisiológico, deberá pasar por un nuevo proceso de adaptación; esta vez, de retorno a la situación de no embarazo.

La noción de estos dos hechos irrefutables, pérdida de un estado y pasaje a otro, reactiva profundas ansiedades en la parturienta (Stoifer, 1977).

Aunque, de antemano se sabía que el parto sería el resultado de una larga espera, la mayoría de las madres, están de acuerdo en que el miedo al parto es uno de los mayores que se apodera de ellas al final del embarazo. Porque el momento del parto para algunas, es tan doloroso, que psicológicamente la mujer se bloquea, como se haría en cualquier situación que haya creado un sufrimiento insoportable (Rodríguez, 2001). Es decir, el dolor de parto es tal, que en ese momento la futura madre se enfoca únicamente a ese instante y al deseo de que éste termine, no tiene presente quienes están a su alrededor, sólo los escucha y trata de hacer lo que le dicen.

Es por eso que Salvatierra (1989), argumenta que en el parto se dan alteraciones de la percepción y de la conciencia, pérdida de raciocinio y perturbaciones del autocontrol,

provocando una reducción en la individualidad, en la autosuficiencia y en la superestructura cultural.

Así, se ha considerado que la etapa final del embarazo es el parto, en la cual el feto se acerca al exterior, separándose de su alojamiento uterino, y termina cuando, ya nacido el niño, son expulsados la placenta y sus membranas (Calera y Sánchez, 1990).

En el sentido físico sólo hay dos maneras de que se produzca un nacimiento: por el conducto vaginal o por medio de una cesárea; pero, aparte de esto, todos y cada uno de los alumbramientos son tan individuales como la propia mujer que da a luz. No hay formas correctas sino simplemente distintas (Macfarlane, 1985).

### 1.2.1. Primeros síntomas

Durante siglos, las causas que desencadenan el parto han sido un misterio para el hombre, uno de los secretos inexplicables de la naturaleza. Y aún, en nuestros días no se puede decir que el enigma esté claro. Se conocen las causas inmediatas, pero no la explicación última del porqué; al cabo de 280 días de embarazo, el útero humano inicia la expulsión de un feto al que hasta ese momento ha brindado el máximo de protección.

No es fácil poder decir cómo empieza un parto ya que cada caso es diferente y, por lo tanto no hay reglas precisas, sólo indicios, como el dolor interno en la región de la espalda y el lumbago.

Algunas mujeres se quejan al comienzo de las contracciones de náuseas, malestar y diarrea. Un signo muy claro es, por el contrario, la pérdida de una mucosidad que puede estar mezclada con algo de sangre. Esto lo advierten sobre todo las primerizas, en las cuales el cuello del útero normalmente está cerrado hasta el instante del parto. En mujeres que ya han tenido hijos, el cuello está ya algo dilatado una semana antes del parto. Después de la pérdida de mucosidad, el parto suele empezar dentro del siguiente día e incluso en las horas siguientes.

Las emociones más claras en la etapa previa al parto aparecen en algunas mujeres como un cansancio, desesperación, mal genio y ganas de que todo se acabe, una intranquilidad interna, que ellas mismas no pueden explicarse bien, sólo un signo vago y poco fidedigno de que el parto es inminente (Dürer y Zeib, 1995; Rodríguez, 2001).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El principal sintoma según Gedovuis (1985), es una extraña inquietud, quieren preparar las cosas del bebé, limpian la casa, cambian cortinas, en fin se preparan para recibir al nuevo huésped y sienten que el tiempo corre y que hay que hacerlo todo de prisa, porque el bebé ya va a nacer.

Carbonell (1992) resume que entre los factores responsables del aceleramiento o prolongación del parto están: el tamaño del bebé, la posición del niño, la fuerza y frecuencia de las contracciones y la edad de la madre.

Sin embargo, ese proceso que se inicia como una respuesta natural fisiológica, puede ser fácilmente alterable por una fuerte emoción (por ejemplo un disgusto familiar, un problema económico, la pérdida de un ser querido, un conflicto en el trabajo, entre otros), que puede adelantar contra todo pronóstico el desenlace del embarazo (Calera y Sánchez, 1990). Tampoco tendrá la misma experiencia la madre que llega al hospital totalmente serena, por temperamento, y quien siempre es un manojo de nervios.

Por lo tanto, no siempre se presentan los mismos síntomas o circunstancias en el momento del parto. Sin embargo, no se puede hacer todavía nada hasta que las contracciones aparezcan.

Las contracciones iniciales o dolores premonitorios aparecen con intervalos irregulares y largos que se van acortando y son constantes. Pero los auténticos dolores de parto se sienten en intervalos de tiempo regulares que duran entre 40 y 60 segundos, cuya intensidad va en aumento.

Dürer y Zeib (1995) mencionan que el parto en sí, consta de tres fases: la fase de dilatación, la fase de expulsión y la fase de alumbramiento. Aunque se pueden diferenciar otras fases como la de transición (que sucede entre el periodo de dilatación y el periodo de expulsión) y la de presión abdominal (que aparece al final de la fase de expulsión).

### 1.2.2. Consideraciones Psicológicas del Parto

A nivel médico, las mujeres hoy en día están óptimamente asistidas, se toman las precauciones necesarias para la madre y el niño, y las complicaciones durante el embarazo se controlan relativamente bien. Pero a pesar de todos estos puntos positivos, todas las futuras madres sienten un cierto grado de malestar y hasta miedo ante lo nuevo, esos

temores son hasta cierto punto normales incluso en mujeres con sólidos conocimientos sobre el tema del embarazo y el parto (Dürer y Zeib, 1995).

Pero muy pocos estudios se han dedicado a correlacionar el psiquismo de la mujer embarazada, sus niveles de ansiedad y angustia y las repercusiones de dichos estados sobre la evolución del trabajo de parto y el dolor del mismo, con el medio ambiente que rodea a la mujer, el tipo de atención recibida, el trato del personal que la atiende y el grado en que se satisfacen sus necesidades y expectativas anímicas en el momento de ser madres (Ruiz y Martínez, 1988).

Muchas veces sucede que por distintos motivos, la gestante llega al final del embarazo sin poder procesar los cambios, las sensaciones y emociones que esta etapa supone, por lo tanto, es difícil que pueda cerrarla y abrirse a la nueva etapa, al nacimiento de su hijo.

La mujer que se dispone a parir no comprende cómo por sus genitales va a pasar "algo" que pueda pesar 3 kilos o más, constituyendo éste uno de sus mayores temores (Calera y Sánchez, 1990).

La preocupación predominante en las embarazadas, y particularmente en primerizas, atañe al inevitable final del embarazo, al parto. Hay una concentración de temores en el parto. A la mayoría de las mujeres les parece difícil el nacimiento de un niño a través de sus genitales, sin daño para alguno de los dos implicados.

El miedo es un factor decisivo en la sensación dolorosa, pues la mujer al sentir miedo se tensiona, dificultando así el parto y aumentando la percepción del dolor. Ese miedo aparece de manera conciente muchas veces, y los motivos son tantos como la cantidad de anécdotas, películas y creencias que haya desde siempre en los pensamientos (Viel, 1995).

Pero también interfieren, como argumenta Carbonell (1992), la rutina de todas las maternidades, donde el manipuleo y el trato impersonal puede afectar la experiencia del parto, además de las complicaciones obstétricas relacionadas o quizá un tiempo prolongado de trabajo de parto, provocando en la parturienta alteraciones emocionales tales como tensión, ansiedad y depresión (Morales, González, Ramos y Calderón, 1990).

Todas estas ansiedades, necesidades y expectativas, deben ser consideradas por las instituciones de maternidad para cambiar las formas de atención del parto (Ruiz y Martínez, 1988). Esto, porque en la mayoría de las instituciones no se toman en cuenta las distintas necesidades, por lo que se requieren de propuestas para abrir políticas que permitan la

participación de los profesionales de la salud en éste campo, para disminuir las consecuentes alteraciones emocionales de un trato inadecuado, aunque ello signifique la creación de controversias.

Por otro lado, un factor importante durante el proceso de parto puede ser el apoyo social, y qué mejor que el proporcionado por el esposo. Sin embargo, el papel del padre en el parto es, dentro de nuestra sociedad, algo confuso y ambiguo. En ciertas culturas puede tener una actuación bien definida y ritualizada; en algunas tribus el hombre pasa incluso dolores de parto y de alumbramiento, rodeado de amigos y familiares que se compadecen de él, mientras su mujer es enviada fuera del pueblo para que dé a luz en un completo aislamiento. En otras culturas puede excluirse al padre de la participación en el nacimiento de su propio hijo (Macfarlane, 1985). Pero indudablemente, la mayoría de las mujeres desean que los hombres también tengan una parte activa en esa experiencia, ya que así, ellos se podrán sensibilizar en las necesidades de la mujer y por consiguiente serán más participativos (Rodríguez, 2001). Tanto que pueden estar en la sala de partos apoyándola, incluso desde la preparación al parto en programas de ejercicios, donde se prepara a la madre tanto corporal como mentalmente.

Cuando el padre comparte el momento del nacimiento, facilita la creación del vínculo entre los padres y el recién nacido, pudiendo ayudar a disminuir los sentimientos contradictorios hacia el niño como intruso, y a la madre, le resulta tranquilizadora la presencia de éste durante el parto, en un ambiente poco familiar e incluso amenazante como es el paritorio, donde nadie se ocupa de ella, excepto para darle órdenes (Martin y Crespo, 1999).

Con base en lo expuesto, se puede decir que las influencias sobre el resultado del embarazo y del parto comienzan desde el momento mismo de la concepción, en donde los factores personales, el contexto, la gente con quien convive, el nivel social y económico, afectarán, entre otras cosas, a su experiencia de dar a luz y criar a sus propios hijos.

### 1.3. Psicología del Postparto

Después de largos meses de observar y de sentir cómo el abdomen se va agrandando lentamente, de ser consciente de los movimientos de posición del feto, de haber experimentado el parto y el alumbramiento ¿qué pasa con ese primer momento que sigue al

nacimiento, cuando los padres y el niño se encuentran cara a cara?, ¿cuáles son los sentimientos de la madre cuando por primera vez ve realmente al hijo de su mismo cuerpo y sangre, al hijo que conoce ya tan íntimamente y del que va a responsabilizarse por lo menos hasta que sea adolescente?.

La readaptación despierta la ansiedad frente al cambio, y finalmente, al cobrar la criatura vida propia, distinta de la vida intrauterina, se incorpora como un integrante nuevo a la familia ya existente; es decir, que vendrá a modificar el equilibrio familiar que ya había pasado por algunos altibajos durante el embarazo. Con lo cual llegamos a la incógnita máxima del parto: el niño, ese conocido tan desconocido, que por fin podrá ser visto y/o tocado. El nacimiento de un niño promueve cambios significativos en cada aspecto de la vida de la madre, y esto puede ser altamente estresante (Lerner, 2000).

Esos cambios no sólo afectarán a la madre, sino también a la relación con la pareja por los desacuerdos que surjan, ya que Viel (1995) argumenta que se verá influenciada por la idealización del encuentro con el hijo, cuando se imagina el futuro de éste, debido a que esa idealización será trasladada a las emociones y sentimientos que surgirán cuando nazca el niño.

Pero la superación de la crisis, en sí, variará ampliamente de una mujer a otra y puede estar relacionada con el tipo de parto, con el número de hijos que ha tenido, el entorno sociocultural, en fin, el mundo que rodea a la madre.

### 1.3.1. Consideraciones Psicológicas del Postparto

Ser madre supone una crisis integrativa en el desarrollo psicológico de la mujer. lo que significa una adopción del nuevo rol social, replanteamiento de sus relaciones conyugales y el despertar de nuevos proyectos (González, 1989).

Muchas mujeres consideran el primer año después de dar a luz, como el tiempo más difícil de su vida, debido a que debe pasar algunas noches sin dormir, restricciones en todos los sentidos, preocupación por el bienestar del niño, pérdida de muchas comodidades; por tener un pequeño ser consigo. Se les abre un nuevo mundo, con una sonrisa y un arrullo, se deja de lado el cansancio de una noche sin dormir y hace felices a sus agotados padres (Dürer y Zeib, 1995).

Copeland (1999) y Lerner (2000) argumentan que ese esfuerzo tanto físico como emocional, dejan confundida y agotada a la nueva madre, ya que existe una mezcla de alegría y miedo, de liberación y anticlímax. La sorpresa por las capacidades de su propio cuerpo pueden producir un sentimiento de confianza o por el contrario, de vulnerabilidad repentina.

Hay muchos factores que influyen en el comportamiento de las madres, en esa complejidad de la pasión emocional que pasa en los primeros momentos. Evidentemente hay que incluir en éstos la personalidad individual de cada una, y la manera en que ella reacciona ante la situación, que por otra parte es en todos los aspectos única (Macfarlane, 1985).

En general, la queja más frecuente de la nueva madre es el cansancio, la fatiga y la falta de sueño, sigue la inseguridad, incluso la ansiedad, acerca del comportamiento del bebé, cuyas señales, especialmente en un primer hijo, deben aprenderse.

Las ansiedades que se suscitan de manera frecuente son:

- Preocupación sobre si el niño progresa bien o no, si su desarrollo se cumple dentro de las pautas conocidas: sonreír, asir, sostener la cabeza, sentarse, etc.
- Preocupación en torno al cuerpo y a la salud del postparto, si adelgazó convenientemente, si recuperó sus fuerzas, si reapareció el ciclo menstrual.
- Preocupación por su nuevo rol social, que éste sea idóneo.

El factor más importante en el ajuste del postparto, es la manera en que cada quien tiene de vivir las experiencias (Cohen, 1980).

El nacimiento completa la transición a la edad adulta y le obliga a asumir el papel más importante que el de hija, hermana esposa, ahora es madre de otra persona.

Por ello, el proceso de adaptación a un nuevo rol que conlleva la superación del estrés del embarazo, representa una tarea psicosocial que debe cumplir la mujer al convertirse en madre. Dicha tarea comienza durante la gestación, pero indudablemente prosigue durante el postparto. El puerperio, periodo que sigue al parto, es una época también de considerable estrés y trabajo adaptativo (Salvatierra, 1989).

Durante el embarazo, parto y postparto se debe iniciar e intensificar, la actitud que se tiene ante la aceptación del nuevo papel social (que implica trabajo y responsabilidad), ante la presencia del hijo respondiendo a señales de llanto, de movimientos o comportamientos.

La resultante final tendrá dos dimensiones fundamentales:

1. La *confianza* en la propia capacidad como madre. La mujer ha superados sus dudas y cree que está a la altura de la tarea y que hace las cosas bien.
2. La *adaptación madre-hijo*, que es una interacción afectuosa gratificante para ambas partes. La alimentación del neonato y la satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales están aseguradas con buen funcionamiento de las rutinas correspondientes.

Estos componentes fundamentan la salud psicosocial de ambos elementos de la diada, representan la base para un ulterior desarrollo madurativo.

Pero la adaptación al nuevo rol no sólo implica a la mujer, sino a ambos padres, pues los primeros meses con la nueva familia son una gran prueba para ellos. Esto porque cada uno de los integrantes de la pareja debe enfrentarse a unos retos enormes, cambios que provocarán estrés, debido a que se ven obligados a reestructurar sus costumbres a conciencia. Porque se considera que para mantener una óptima adaptación materna y, en general, una buena salud psicosocial, es necesario que el puerperio transcurra satisfactoriamente, dentro de un contexto de relaciones interpersonales más amplio que la diada madre-hijo, del que forman parte el cónyuge, la familia, el círculo de trabajo, etcétera (Salvatierra, 1989).

El cónyuge, es el factor más importante en posparto para la adaptación maternal y a su vez para una adaptación conyugal (cualidad de la relación con el marido), pues en este periodo permitirá a la pareja darse cuenta de la actitud real de cada cual.

En tiempos actuales, la mayoría de los hombres, se sienten en libertad de ejercer su paternidad, debido a que se muestran más participativos con su pareja desde el embarazo. Durrel (1987), cree que cuanto más feliz se sienta el hombre por el embarazo de su pareja y cuanto mayor sea su deseo de disfrutar la paternidad, mejor sabrá aprovechar las primeras semanas de vida del bebé mostrándose más receptivo a los llantos del pequeño; pero la actitud del padre, se ve afectada por la alegría que siente la mujer durante el embarazo y la maternidad.

Sin embargo, cuando existe una ausencia de esa pareja, la situación es diferente, pues Pickhardt (1998) argumenta que el progenitor (en este caso la madre) ha de enfrentarse al dolor de la pérdida (por divorcio, abandono, viudedad, etcétera) y, además, a un número



mayor de responsabilidades no compartidas en el cuidado del pequeño, por lo que debe adaptarse a los nuevos cambios.

En esta responsabilidad no compartida se inicia un proceso de transición que puede durar hasta varios años, el comprender la naturaleza de dicha transición ayudará a la madre a estar preparada y a tener paciencia ante los cambios.

La transición puede verse afectada o beneficiada por el entorno, debido a que por un lado, las madres deben enfrentar el prejuicio social de que las familias monoparentales son hogares rotos que no consiguen ofrecer los cuidados necesarios y, por ello, los hijos suelen ser luego problemáticos, y esto por más erróneo que sea, no deja de afectarlas, en el sentido de que su autoestima se ve amenazada por sentimientos de culpa, consecuencia de lo cual, pueden acabar sintiéndose incapaces por mucho que se esfuercen por hacerlo bien. Aunque también es cierto que hay madres únicas que realizan su labor con suma eficacia. Por otro lado, las madres se benefician cuando cuentan con un soporte externo esencial (los padres, los amigos o la comunidad a través de centros de apoyo), de quien suelen recibir ayuda.

La transición requiere adaptaciones en dos sentidos: en primera instancia a la renuncia a las antiguas relaciones del pasado y después a la creación de un nuevo futuro y diferente. Aunque la salida del pasado pueda provocar dolor por lo que se ha perdido, el enfrentamiento al futuro supone enfrentarse a la incertidumbre de lo que vendrá después.

Otra situación que se debe tomar en cuenta es que, durante el embarazo, todos los padres y madres se forman expectativas sobre su pequeño, cuando éste nace, los padres deben reconciliar sus nociones preconcebidas y sus sueños con la realidad, que resulta mucho más difícil cuando este bebé presenta necesidades especiales.

En el caso del nacimiento de un niño disminuido, el sistema familiar se reorganiza, modifica las expectativas y actitudes de los integrantes, los padres debe asumir roles que no habían anticipado, deben ajustarse a las características propias del nuevo bebé y formarse una percepción de éste como persona con necesidades especiales. Se dice que, cuanto mayor es la diferencia entre las expectativas de la familia y la realidad, probablemente el padre y la madre se perciban más negativamente y tengan también una percepción de su hijo más negativa; generalmente, experimentan una baja autoestima como resultado de haber engendrado un hijo diferente.

El proceso de ajuste, de adaptación, es dinámico, y por tanto, las percepciones variarán de acuerdo con la evolución de este proceso. Por ejemplo, si están pasando por una depresión, el padre y la madre verán muy pocos progresos en su hijo y sentirán que el comportamiento de éste no es el adecuado (Freixa, 1997).

El ajuste en esta situación, se convierte en un proceso de desarrollo en la familia, en un esfuerzo por satisfacer tanto las necesidades de los padres como las del niño. Los factores personales para la aceptación de un hijo con necesidades especiales incluyen, la capacidad del individuo para manejar la tensión psicológica y el papel de la paternidad; esa tensión está en función de su personalidad (formas de afrontarlo) y no en la naturaleza de la necesidad especial.

La adaptación de la familia es muy diversa e individualizada e incluye un conjunto muy complejo de percepciones, indicadores de posición social, experiencias, recursos personales, apoyos sociales y características de la necesidades especiales (Shea y Bauer, 2000).

Existen infinidad de situaciones, como las mencionadas anteriormente, en donde los involucrados experimentan un considerable estrés al enfrentarse a los cambios vitales asociados, pero cualquiera que sea el caso, es importante considerar que para que el puerperio transcurra satisfactoriamente se debe mantener una adaptación óptima, dentro de un contexto de relaciones interpersonales más amplio que la diada madre-hijo (Tomás, Pedrós y Aguilar, 1999).

En resumen, el nacimiento de un pequeño ser, trae consigo una infinidad de emociones que experimentan los padres, desde la concepción de éste, cambiando la dinámica que la madre vivía con la pareja o la familia, provocando una serie de temores en todos sentidos; sin embargo, todo el proceso de embarazo, parto y postparto, se verá influenciado en gran medida por la actitud que la madre tome durante todo el proceso, por la pareja, la familia, en fin, el entorno social.

Por lo que, sólo entendiendo los problemas psicológicos y sociales de una persona y su ajuste durante el embarazo, como una continuación de lo que ha sido anteriormente, se puede comprender el significado del embarazo, las dificultades y crisis del postparto, que siempre son diferentes en cada mujer.

Después del parto, la vida de la mujer va a cambiar, al igual que su persona, nunca volverá a ser la misma, con los mismos puntos de vista y las mismas prioridades. Sobre todo cuando la felicidad y la alegría, que se espera sentir es empañado por sentimientos contrarios, debido a que no todas las que acaban de ser madres tienen enseguida este sentimiento de maternidad al mirar a su hijo.

Algunas madres, durante los primeros días pueden experimentar oscilaciones en el estado de ánimo, que pueden ser leves o hasta graves en los casos extremos (como una psicosis), o presentarse en una forma intermedia, afectando su funcionamiento en los meses posteriores al parto, como es el caso de la depresión, tema que resulta de gran interés y el punto principal del siguiente capítulo.

## CAPITULO II

### TRASTORNOS EMOCIONALES DESPUES DEL PARTO

Los trastornos emocionales, hoy en día, abundan más que en otras épocas históricas, en particular en las sociedades industrializadas, pudiendo explicarse atendiendo dos factores, entre los referentes a la explosión demográfica de la posguerra (fenómeno baby boom) y los consecuentes cambios sociales. Presentándose una prevalencia de un cuadro depresivo en las mujeres dos veces más, en comparación con el hombre. “Ese riesgo (en la mujer) se incrementa aún más en situaciones de posparto” (Gastó, Vallejo y Menchón, 1993, pp. 11).

Esto porque, en ocasiones, al tratar de resolver los procesos de identificación de roles, y el afrontar las dificultades cotidianas, puede ser insuficiente o no funcionar para mantener la integridad de la personalidad, en la transición hacia la maternidad.

Y aunque muchas mujeres no tienen ningún problema con lo anterior, otras en lugar de la tranquilidad esperada, como lo mencionan Milgrom, Martín y Negri (1999), entran en una tensión cuando se enfrentan al nuevo juego de demandas que el bebé trae, para lo cual tienen una preparación inadecuada y falta de apoyo, aunado a la pérdida de orden y rutina, a las noches de desvelo, a los cambios en su papel, a la toma de decisiones sobre su profesión, a la relación con su compañero, y a las posibles dificultades de ajuste de éste a la paternidad, o a su ausencia, debido a la exigencia de trabajo que averían la relación.

Por ello, la llegada de un bebé significa cambios a todos los niveles, que en algunas ocasiones van acompañados de una angustia, donde la madre puede notarse fuertemente apegada a su bebé, pero también puede sentirse acorralada, airada, horrorizada o todo ello a la vez. Y en ocasiones se reacciona de tal manera que genera peleas con la pareja o el distanciamiento de ella (esto no es para todo el mundo), situación que afectará a todo el entorno (Lerner, 2000), y a la misma mujer.

Los cambios son originados por la maternidad según Nicolson (1998), debido a que se transmite la popular imagen de la madre como un rol poderoso, mítico y mágico, pero la documentada realidad de muchas vidas de mujeres con hijos indican otra cosa.

En países occidentales se conoce que por lo menos una de cada 10 mujeres padecerán un desorden de humor profundo después del nacimiento. Es común que una madre reciente

pueda sentirse frustrada, aterrorizada y deprimida, en los primeros meses después de dar a luz (Milgrom, Martin y Negri, 1999; Rubinstein, 1998, citado en Lerner, 2000).

Por lo que se considera que el primer año que sigue al nacimiento de un niño es quizá el tiempo más difícil en la vida de la mujer, que experimenta altas y bajas emocionales (Carbonell, 1992).

Entonces las nuevas madres que no consiguen hacer una transición hacia la maternidad tranquilamente, estarán en riesgo de experimentar un disturbio emocional de depresión, en días, semanas y meses después del nacimiento. Y como su nuevo rol les demanda una adaptación exhibiendo emociones positivas, al verse atacadas inexplicablemente por sentimientos depresivos después del parto, muchas se sentirán mal consigo mismas, evitando hablar del asunto, sufriendo aisladas y hasta negando su existencia, por temor a ser consideradas no aptas para cuidar de su hijo.

Por ello, sólo desde hace poco se ha comenzado a reconocer el periodo del posparto con la misma importancia que se le da a los trastornos emocionales típicos de la pubertad y la menopausia (Copeland, 1999). Esto porque en muchos estudios realizados por autores que posteriormente se citarán, se ha encontrado que los trastornos del postparto afectan hasta un 10% de las madres, aunque los datos de incidencia varían ampliamente al igual que los grados de depresión.

Con base en esto último, es conveniente hacer una clara diferencia entre los trastornos emocionales que suelen presentarse en el periodo, los cuales se mencionan a continuación.

### 2.1. Clasificación

Los cuadros depresivos que se presentan en el postparto, han sido categorizados con base en la severidad y duración de los síntomas.

También se hace en referencia al momento de aparición, como Dix (1991), quien menciona que en un periodo de tres días raramente se dan disturbios psicológicos. Esto último pasa, porque los dos o tres primeros días son una fase de asimilación, en los que la mujer se comporta pasivamente (Salvatierra, 1989). Una vez transcurrido este tiempo y hasta el día quince pueden surgir dos situaciones: la melancolía o la psicosis, la primera se caracteriza por ser algo suave y de corta duración, en tanto que la segunda refiere un desorden

psiquiátrico. Ahora bien, si los primeros síntomas de psicosis no son espectaculares, el cuadro puede derivar en depresión postergada, que comienza después de las tres semanas, caracterizándose por una depresión del estado de ánimo con una intensidad de suave o moderada a severa.

Por lo tanto, se considera que con base a su aparición, la Depresión en el Postparto se clasifica por una ocurrencia rápida, subdividiéndola en tristezas maternas y psicosis puerperal; en tanto que la manifestación postergada alude a la depresión moderada.

Y aunque estos trastornos han sido nombrados de diferente forma, la costumbre dentro de la literatura en los desórdenes psiquiátricos del postparto han distinguido tres fenómenos: Blues Postparto, Psicosis del Postparto, y Depresión Postparto (DPP).

### 2.1.1. Blues Postparto

Muchas mujeres experimentan alguna forma de efecto negativo después del parto. Entre 50% y 80% de las nuevas madres, tienen una experiencia de llanto entre el tercero y décimo día después del nacimiento.

Se le ha designado a esta experiencia como: abatimiento postparto (Salvatierra, 1989), "maternity blue (disforia puerperal) o tristeza materna" (Alvarado et al., 1992a y Alvarado et al., 1994), "tristeza o melancolía puerperal" (García, García y Tejerizo, 1997), "reacción depresiva pasajera" (Dio, 1995), "melancolía del bebé", aunque también se le ha conocido como "melancolía de la maternidad y de los tres días, llanitos o fiebre de la leche [se le asociaba con la leche que aparecía en los pechos al tercer día]" (Dix, 1991); aunque es mejor conocido como "blues posnatales" (Vega, Mazzotti, Stucchi y Campos, 1999), o blues del postparto (O'Hara, 1997).

Es importante hacer mención de las diferentes designaciones que los autores hacen de esta experiencia, debido a que en ocasiones puede confundirse con la Depresión Postparto (DPP), abordada más adelante.

#### 2.1.1.1. Definición

Se le da una connotación de alteración temporaria del estado de ánimo apacible (Dix, 1991; Sutter, Leroy, Dallay, Verdoux y Bourgeois, 1997); definiéndola como una depresión leve o transitoria, considerada trivial y efímera, distinto de la DPP (García, García y Tejerizo, 1997); y común perturbación emocional (O'Hara, 1997).

En lo que coinciden todos los autores antes citados, es que su ocurrencia se da a menudo en los primeros días (3 ó 4 días), siendo una experiencia temporaria que dura entre 1 a 14 días (McGrath, Puryear, Strickland y Felipe, 1990).

#### 2.1.1.2. Etiología (Origen)

Los blues postparto pueden comenzar con sentimientos de rechazo (por poca atención del médico, el esposo que llega tarde a la visita o la enfermera indiferente, entre otros); pero también por sentimientos de inadecuación, problemas de dar pecho o leche insuficiente (Dix, 1991).

Tomás, Pedrós y Aguilar (1999), encontraron que existe una relación entre los blues y la relación de pareja, percibida por la mujer durante el embarazo, como carente de comprensión, y una posible relación con una crianza percibida como restrictiva de libertad. Otros factores etiológicos implicados en la aparición de los blues, han sido los cambios hormonales que se producen en la mujer durante el puerperio, así pues, se le ha relacionado con niveles de progesterona, estrógenos, prolactina, cortisol y con las hormonas tiroideas; sin embargo, los resultados no son determinantes, sino más bien expresan una vulnerabilidad individual.

Por consiguiente, aunque algunas madres experimenten los comportamientos, no existe causa definida para que ocurra.

#### 2.1.1.3. Sintomatología (Características)

Consiste en episodios breves de llanto (la característica más común), irritabilidad, ansiedad, cefaleas, falta de memoria, incomodidad; además de labilidad del humor, humor deprimido,

sentimiento de hostilidad hacia el médico o hacia el esposo, y a menudo sentimientos de confusión. Siendo los indicios más evidentes éste último, la intranquilidad y el insomnio (Dio, 1995; Dix, 1991; García, García y Tejerizo, 1997; O'Hara, 1997; Salvatierra, 1989; Tomás, Pedrós y Aguilar, 1999).

Alvarado et al. (1994) y McGrath, Puryear, Strickland y Felipe (1990) consideran que en este trastorno las mujeres evolucionan con un cuadro de disforia puerperal apacible. Mientras que Vega, Mazzotti, Stucchi y Campos (1999) en su estudio, consideraron que por lo menos durante tres días dentro de los primeros 14 días después del parto, se tenían que presentar dos a más conductas del criterio de depresión mayor del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Por su parte, Sutter et al. (1997) encontraron que la experiencia de los blues es distinta en el tercer y quinto día después del parto, debido a que en el tercer día sólo se tiene la sensación de una depresión apacible; en tanto que, en el quinto, además de lo anterior, se asociada el llanto incontrolable, el olvido y la confusión.

A pesar de ello, García, García y Tejerizo (1997) y Tomás, Pedrós y Aguilar (1999), refieren que los Blues Postparto tienen una rápida remisión del cuadro, aunque no existe código diagnóstico claro para esta alteración.

Sin embargo, Sutter et al. (1997) identificaron dos entidades diferentes de Blues Postparto, el primero refiere a los blues clásicos, leves y transitorios (descritos anteriormente); el segundo alude a los blues graves (Heavy Postpartum Blues), es decir, los que representan el inicio de un trastorno depresivo, debido a que acontecen los comportamientos del trastorno.

#### 2.1.1.4. Tratamiento

Como el episodio dura de unas horas a unos días y/o semanas, tiene pocas consecuencias negativas y se considera como una secuela normal del parto (Dix, 1991; O'Hara 1997), o como un fenómeno de ajuste, de adaptación (Dio, 1995). Por lo cual, se cree que las madres suelen responder bien al reposo adicional, a la seguridad de que todo ello es normal, que pasará, y a las atenciones de los familiares (Anderson, Camacho y Stark, 1980), quienes suelen proporcionar apoyo emocional e instrumental. Así, quienes experimentan



los blues, pueden ser ayudadas con técnicas de relajación y aumento de las actividades placenteras, debido a que el funcionamiento de la mujer no es tan afectado como en la DPP. No se sabe con certeza si los blues no tratados, conduce a un trastorno más severo, aunque Aguilar (1996, citado en Tomás, Pedrós y Aguilar, 1999) observó que las mujeres que padecen blues presentan durante los seis meses siguientes una incidencia significativamente elevada de depresión postnatal, siendo el llanto y la dificultad de concentración, las conductas con mayor poder predictivo. Es decir, cuando una mujer que experimenta blues es apoyada, las características suelen remitir, en cambio cuando no se da la atención debida, estos blues pueden trascender a una DPP grave.

### 2.1.2. Psicosis del Postparto

Los “días llorosos”, en los cuales la púérpera presenta un comportamiento depresivo, pueden conducir en algunos casos a una verdadera psicosis, con depresiones importantes que pueden conducir al suicidio (Dürer y Zeib, 1995).

Por lo tanto, sólo algunas mujeres experimentan las formas más severas en el postparto, que puede parecerse a algunas categorías mayores de desorden psiquiátrico. McGrath, Puryear, Strickland y Felipe (1990) argumentan que incluyen una manía, delirio, síndromes orgánicos y esquizofrenia.

Esa psicosis del postparto es un fenómeno raro, ya que se dan dos casos en 2000 nacimientos, y es el trastorno más severo (Milgrom, Martin y Negri, 1999).

#### 2.1.2.1. Definición

La psicosis del Postparto aparece al otro extremo del continuo de severidad; se refiere a un desorden psiquiátrico severo y relativamente raro, a menudo afectivo en naturaleza (O’Hara, 1997); que incapacita y que usualmente requiere hospitalización (Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount, 1991).

González y Fajardo (1990) definen a la psicosis en el período puerperal como todo cuadro que se presenta entre el inicio del embarazo y los 42 días siguientes al término del parto o aborto. En tanto que, Kendell, Chalmers y Platz (1987) consideran que la psicosis se puede

presentar en un periodo de 90 días, dado que los factores de riesgo pueden suceder en ese lapso, que es lo que dura el puerperio.

#### 2.1.2.2. Etiología (Origen)

Existen pocos estudios que describen los factores causales de un episodio psicótico en el puerperio; sin embargo, se cree que hay factores tales como la ansiedad, los conflictos inconscientes, las necesidades no satisfechas de maduración y los rasgos de personalidad, que pueden ser elementos que desencadenen episodios psicóticos durante el periodo posterior al parto. Se sabe que el nacimiento del bebé puede actuar como catalizador para la aparición de una psicosis en el puerperio en vez de ser un agente causal (Anderson, Camacho y Stark, 1980).

Kendell, Chalmers y Platz (1987) encontraron que no estar casada, tener el primer hijo, parto por cesárea y muerte perinatal, eran asociados con el riesgo de padecer el trastorno, sugirieron que el estrés psicológico también lo contribuye; pero un mayor riesgo de padecer una psicosis en el puerperio son las que presentan una historia de depresión maniaca, depresión o manía, que aquellas con una historia de esquizofrenia o neurosis depresiva.

Aunque en ocasiones tienen lugar circunstancias socioculturales, algunas veces no se puede enmarcar en ninguna de las causas descritas, ello supone una evolución con características particulares no claramente definidas (González y Fajardo, 1990).

#### 2.1.2.3. Sintomatología (Características)

Dix (1991) considera que en la psicosis postparto se presenta una melancolía, agregándole manifestaciones de decepción, gran agitación, marcada desviación en el estado de ánimo, puede presentarse una depresión severa o una manía, o cambios de una a otra. Si las conductas no son tan extremas pueden asociarse a la DPP con el transcurso de las semanas. Además de lo descrito anteriormente, tienen el humor y la conducta severamente perturbadas y se presenta típicamente una confusión y desorganización extrema (Milgrom, Martin y Negri, 1999).

En sí, los comportamientos característicos de psicosis del postparto incluyen delirios, alucinaciones y el deterioro total del funcionamiento (Brockington, 1981, citado por O'Hara, 1997).

Dix (1991) menciona que las agudas y severas alucinaciones y fantasías de la psicosis postparto, pueden incluir divagaciones sobre el diablo o amenazas de suicidio. Por lo que la madre puede estar convencida de que su hijo está muerto, o tiene alguna malformación, por lo que se rehúsa a cuidarlo. También puede irse al polo opuesto, diciendo que su hijo es el hijo de Dios, etcétera, por lo que ella se considera incapaz para hacerse cargo de él (Durr y Peregoy, 1985).

Es difícil predecir qué madres pueden tener trastornos psicológicos graves que resulten en una psicosis. Pero los comportamientos son acentuados: la desgana se transforma en postración y la irritabilidad en hostilidad, muchas veces franca y abierta hacia el entorno; se niegan a hablar, se muestran ensimismadas, con una mirada perdida, con ideas delirantes (pensamientos de carácter falso o ajenos a la realidad e irreductibles a la argumentación racional) en torno a sentimientos de culpa hacia el hijo o el esposo (Dio, 1995). Una madre delirante puede ser a veces destructiva contra ella misma u otras personas (Anderson, Camacho y Stark, 1980).

González y Fajardo (1990) realizaron un estudio evolutivo a diez pacientes que fueron diagnosticadas como psicosis reactiva (aquella en cuya génesis juega un papel esencial la existencia de estresores psicosociales, [mencionados en la etiología de este apartado]) y puerperal (aquellos cuadros de este nivel que debutan en el periodo anterior al grávido puerperal de carácter funcional), transcurrido como mínimo tres años después de ocurrido éste. Se constató que los 6 casos diagnosticados como psicosis puerperal no presentaron comportamiento psiquiátrico hasta el momento de la evaluación, cinco años después, aunque dos de las cuatro del grupo psicosis reactiva, presentaron síntomas propios de patología psiquiátrica bien definida. Por lo que, los estresores psicosociales pueden ser no sólo un factor de riesgo para una psicosis, sino también para la DPP, como se verá más adelante. La cantidad de casos estudiados y tiempo de evolución relativamente corto (3 a 5 años) no permiten extrapolar los resultados. Además, el hecho de que existan pocos estudios al respecto, puede deberse a que la psicosis puerperal es un evento raro, de poca

incidencia (pero de alarmantes consecuencias), lo que dificultaría a los investigadores tener una muestra representativa para generalizar los resultados.

#### 2.1.2.4. Tratamiento

La psicosis del postparto es considerada como un ataque normalmente abrupto en las primeras semanas después del parto. Y el tratamiento, normalmente para las mujeres que lo experimentan, en su gran mayoría son consiste en un tratamiento psiquiátrico alrededor de los 21 ó 30 días posteriores al nacimiento. En gran parte de los casos, se requiere medicación de psicotrópicos y hospitalización (Buist, 1996, citado en Milgrom, Martín y Negri, 1999; O'Hara, 1997).

De esta forma, la prevalencia de este trastorno es baja, siendo de 0.2% de la población, y se considera que no parece diferenciarse de las psicosis que ocurren en periodos distintos de la vida.

#### 2.1.3. Depresión Postparto

La Depresión Postparto (DPP) o postnatal, es un problema de salud general que afecta a una de cada siete o diez mujeres después de dar a luz (Epperson, 1999; Lumley y Austin, 2001), y es considerablemente poco diagnosticada.

Existen estudios realizados en diversas partes del mundo sobre DPP, en su mayoría en países occidentales, encontrando tasas de incidencia que fluctúan entre 4.9% (Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount, 1991) y 35.4% (Evin, Theofrastous y Galvin, 2000), estando la gran mayoría entre el 10% y 20% (Alvarado et al., 1992a; García, Ortega, Ontiveros y Cortés, 1991; Jadresic, Jara y Araya, 1992; Righetti, Conne, Bousquet y Manzano, 1998). Por lo que existe una variabilidad en la incidencia de la DPP, pero esas diferencias puede deberse al uso de criterios diagnósticos y los diversos métodos utilizados, así como a la población estudiada.

La DPP tiene muchas consecuencias, tanto para la mujer como para su familia (en las relaciones con su esposo e hijo), y ha sido una problemática de interés, considerada desde siglos pasados, como se menciona en el siguiente apartado.

### 2.1.3.1. Definición

Desde tiempos de Hipócrates, en el siglo cuarto a. C., ha sido descrito el primer desorden mental postnatal, confinándolo a los loquios<sup>1</sup>; renaciendo el interés en el siglo XIX, por el discurso del médico francés llamado Esquirol, anotando que el desorden se presenta en varios síndromes. Pero en 1926, cuando la psiquiatría se consolidaba, Strecker escribió que la DPP era algo inexistente, que las mujeres en realidad manifestaban desórdenes como esquizofrenia, manía u otros desórdenes afectivos (Dix, 1991).

Copeland (1999) menciona que los médicos la catalogaban hasta hace poco de "típica tristeza del posparto". Sin embargo, al tomar esto de referencia, la estarán confundiendo por tanto con los blues posnatales, errando el diagnóstico y restándole importancia. La misma autora argumenta que la DPP, es una reacción considerada como normal, e incluso como una complicación común (Elkin et al., 2000). Sin embargo, si resulta ser común, que tan benigno es para quienes la experimentan, dado que afecta el funcionamiento de dichas mujeres, en todos los ámbitos. Y es que la diferencia de la DPP comparada con los blues, radica en que la primera es de mayor intensidad en sus características, en la duración y en la afección en el funcionamiento de la mujer.

Por su parte, Mauthner (1999) argumenta que la DPP es un constructo médico y social con específico significado clínico y diagnóstico, usado para describir una serie de conductas y experiencias, caracterizada porque se desarrolla después del nacimiento (aunque la evidencia indica un índice similar durante el embarazo).

Hagen (1999), basándose en varias investigaciones, argumenta que la DPP puede ser un proceso de adaptación, pero también parece ser un modelo de la depresión en general. Sobre todo a un episodio de depresión mayor o menor (Boyce et al., 2000; Dio, 1995; Hendrick, Altshuler, Strouse y Grosser, 2000).

De esta forma, la definición de DPP ha variado de investigador a investigador. Aunque los estudios más recientes han considerado a la DPP basada en el criterio de diagnóstico para un episodio depresivo mayor del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III (DSM-III, Alvarado et al., 1992a, 1994; García, Ortega, Ontiveros y Cortés,

---

<sup>1</sup> Loquios refiere una pérdida de sangre por la vagina, durante las primeras semanas posteriores al parto. Hipócrates creyó que cuando se suprime la descarga de sangre, esta podía llegar a la cabeza y provocar desórdenes, pero cuando la sangre se juntaba en los pechos, indicaba locura.

1991), del DSM-IV (Vega, Mazzotti, Stucchi y Campos, 1999) y del Research Diagnostic Criteria (RDC, Campbell y Cohn, 1991; Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount, 1991; Jadresic, Jara y Araya, 1992; Philipps y O'Hara, 1991).

Así, en los Criterios Diagnósticos de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1993), se incluye a la depresión postparto sin especificar, indicando que los trastornos mentales en el puerperio deberían codificarse con base al tipo de trastorno psiquiátrico de que se trate. Concluyendo con ello, que al mencionar DPP puede referir cualquiera de los trastornos mencionados aquí (blues, psicosis y depresión postparto). Mientras que en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) existe una especificación de inicio en el postparto para los trastornos del estado de ánimo, incluyendo varias categorías.

Por lo que, se puede decir que en los manuales de uso internacional (DSM-IV y CIE-10) no incluyen a la DPP como una entidad específica como tal. Más bien, en el DSM-IV se describen un rango de categorías de diagnóstico que son indicativo de un desorden depresivo en el postparto.

Con ello, autores como Hagen (1999) y Milgrom, Martin y Negri (1999) consideran que la APA reconoce a la DPP como una forma de depresión general con un especificador de depresión en el postparto, refiriendo un episodio depresivo si su ataque está dentro de las primeras cuatro semanas después del alumbramiento de un hijo.

A lo que Nicolson (1998) critica que a pesar de todo, una característica en la literatura tradicional disponible, es que casi ninguno de los científicos dispone de una clara definición operacional de la DPP.

### 2.1.3.2. Sintomatología (Características)

Aún cuando en el DSM-IV se especifica el inicio del ataque de una depresión en las primeras cuatro semanas, la práctica clínica permite un periodo más largo de desarrollo de los comportamientos, por lo que Milgrom, Martin y Negri (1999) y Tomás, Pedrós y Aguilar (1999), en su revisión han encontrado que la mayoría de las mujeres desarrolla conductas de depresión desde la primera semana hasta el noveno mes después del parto, y se considera que el ataque puede durar de 6 meses a un año (McGrath, Puryear, Strickland

y Felipe, 1990), y que tal duración es mayor que la depresión que sucede en otros periodos de la vida (Tomás, Pedrós y Aguilar, 1999).

Aunque la duración de los comportamientos puede variar según lo consideren los mismos investigadores, al dar un criterio. Por ejemplo, Campbell y Cohn (1991) encontraron una duración de 2 a 8 semanas (continuas), apoyado por Dio (1995), quien además menciona que puede persistir durante gran parte del año que sigue al parto; en tanto que Pedrós, Tomás, Gómez, Leal y García (1999) encontraron que en la muestra estudiada la DPP se presenta con frecuencia con una duración de 6 a 7 meses.

A lo que O'Hara (1997) resume, que con unas excepciones, la duración promedio de los episodios de DPP parece ser de por lo menos varios meses (no indica cuántos), y no difieren mucho de las duraciones de depresiones que ocurren en otras ocasiones.

La DPP se caracteriza por ser una depresión general, presentándose la melancolía, el letargo y esa falta de interés por la vida que se apodera de la madre inesperadamente. Con sentimientos de tristeza, culpa, desprecio y ansiedad, llanto incontrolable, pensamientos sobre el suicidio y muerte, dificultades en concentración y de decisión, perturbaciones de apetito y sueño, falta de interés y energía. Incluso, irritabilidad hacia los demás (marido, hijos y padres), y serias dificultades en el manejo del bebé (Dio, 1995; Dix, 1991; Pop, Komproue y Van Son, 1992). Estas conductas no son transitorias y pueden persistir en grados variables durante un número de años (Milgrom, Martin y Negri, 1999).

Con respecto al cuidado del bebé, no hay suficientes estudios que describan el tipo de crianza que la madre deprimida después del parto ejerce, aunque parece evidente que existe una alteración en el tipo de interacción establecida entre ambos. Pedrós et al. (1999) mencionan que algunos estudios definen la interacción de la madre deprimida y su hijo, durante los primeros meses como negativa. En su investigación observaron que las madres con DPP desarrollan un estilo de crianza caracterizado por un menor afecto y cuidado hacia sus hijos, en contraste con las que no tienen depresión.

Mientras que Hagen (1999), con base en investigaciones, confirma lo anterior, porque las madres se muestran menos responsivas y menos sensibles a las señales infantiles, emocionalmente menos disponibles, tienen un logro del papel maternal menos exitoso, y tienen hijos que son menos afectuosos, aunado a tener pensamientos de dañar a sus niños.

A todo ello, se suma una sensación de luto cuando se presenta una discapacidad en el hijo, por el niño soñado, por el padre o la madre perfecta que habían imaginado (Dix, 1991).

Ahora bien, algunos investigadores que describen a las mujeres deprimidas en el postparto, realizan un diagnóstico con base en algún modelo sobre la severidad de los comportamientos.

De esta manera, en el DSM-IV se describen un rango de categorías de diagnóstico que son indicativo de un trastorno depresivo. Se señala entonces a los episodios depresivos como caracterizados por varios comportamientos que incluyen estado de ánimo deprimido o triste, la marcada pérdida de interés en todas las actividades; y experimentar al menos cuatro de las siguientes conductas: pérdida o ganancia significativa de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o entecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, y pensamientos recurrentes de muerte (APA, 1994).

Un diagnóstico del DSM-IV de un episodio depresivo mayor requiere que cinco de estas conductas se presenten durante un periodo de dos semanas, y que por lo menos uno de los comportamientos sea el estado de ánimo deprimido, o pérdida de interés en todas o casi todas actividades. Pudiendo ser precedido por algún estrés psicosocial o precipitado por el parto, señalando esto último como inicio en postparto. Por lo tanto, las mujeres con DPP se deben encontrar en el criterio de depresión mayor.

Ahora bien, sería importante saber si existe alguna diferencia entre las conductas de depresión que ocurren después del parto y las que ocurren en otros momentos. Según el contraste que ha realizado O'Hara (1997) no hay muchas investigaciones para asegurar una distinción de la DPP y depresiones que ocurren en otros momentos, sin embargo se ha observado una pequeña evidencia de diferencias en cuadros de la conducta, donde las deprimidas en el postparto muestran niveles significativamente más altos de comportamiento depresivo que mujeres deprimidas en otros momentos.

Por su parte, Campbell y Cohn (1991) confirman que hay una diferencia en los niveles de comportamiento en las mujeres deprimidas comparadas con las no deprimidas en el postparto, tanto en factores somáticos, como cognitivos y afectivos. Sin embargo, las mujeres no deprimidas después del parto, experimentaron cambios somáticos a nivel significativo, que parecen similares a las conductas de depresión, lo que podría reflejar



probablemente un ajuste normal del postparto. Por lo que recomienda que tanto investigadores, médicos y otros profesionales, tengan en cuenta estas reacciones de ajuste aparentemente normales al tratar con mujeres en ése periodo.

De esta manera, parece ser que los comportamientos básicos de depresión en periodo del postparto, son similares a los que se presentan en una depresión general, pudiendo existir una diferencia en la intensidad de la conducta en la DPP. Aunque, Rocha (1999) argumenta que los rasgos clínicos de DPP generalmente no son diferentes de la depresión que se presenta en otros momentos, en tanto que, los sentimientos de culpabilidad respecto a la incapacidad por el cuidado del niño son comunes.

#### 2.1.3.3. Etiología (Origen)

Más que analizar las causas que originan una DPP, se hará referencia en lo subsecuente a los factores de riesgo, debido a que la posibilidad de la ocurrencia depende de muchos elementos, entre ellos la manera en que la mujer les haga frente; por tanto, no existen causas determinantes. Así, existen numerosas investigaciones sobre los factores de riesgo relacionados con la DPP, y sus descripciones difieren desde el punto de vista de su importancia.

El modelo biológico ha considerado varias hipótesis en sus estudios durante los últimos 15 años, para encontrar los elementos que intervienen en la DPP. El interés, es en parte debido al cambio hormonal dramático que ocurre en las mujeres durante los primeros días después del parto. Los estudios comprueban sus hipótesis biológicas y dan énfasis a la progesterona, el estrógeno, el cortisol, la prolactina y la función tiroidea. No obstante dichos cambios ocurren principalmente en el periodo donde las mujeres informan los comportamientos experimentados en los blues postparto, donde la incidencia es de hasta un 80%, por lo que se ha pensado que los factores hormonales también juegan un importante papel en la DPP (O'Hara, 1997).

Entonces, considerando que los cambios hormonales son el origen de la DPP, surgen varias interrogantes: si todas las mujeres después de dar a luz sufren un cambio hormonal en los primeros días después del parto, ¿por qué no todas se deprimen?; entonces, si las hormonas llegan a su nivel normal y la depresión no desaparece, ¿qué otras variables influyen para

que un 10% de las madres sufra DPP?, ¿es posible que haya otros factores determinantes para que se desarrolle una DPP, como la falta de apoyo por parte de familiares, las experiencias previas de aborto o de muerte de un hijo, las expectativas no cumplidas por la nueva maternidad, etcétera?.

Por ello, es conveniente revisar los factores psicosociales que han sido asociados con la DPP, puesto que se han considerado de mayor efecto para que se desarrolle un grado de depresión después del parto.

En la literatura se ha descrito una amplia gama de dichos factores que incluyen, por mencionar algunos: la falta de apoyo, el aislamiento social, los aspectos socio-demográficos, los estresores del parto y el nacimiento, los antecedentes personales (historia anterior de depresión) y familiares de enfermedad psiquiátrica, el conflicto matrimonial, las características de personalidad, las dificultades interpersonales actuales (como una relación pobre con su madre), o estresores (Alvarado et al., 1994; Milgrom, Martín y Negri, 1999; Salvatierra, 1989).

Pero como los factores psicosociales de la DPP son tantos, sólo se considerarán las categorías de mayor riesgo y algunos clínicamente relevantes.

De esta manera, se ha encontrado que entre los factores psicosociales que representan un mayor riesgo y de manera prominente, para desarrollar una DPP están: los acontecimientos de vida y estrés o eventos vitales estresantes, el apoyo social, la relación matrimonial, el conflicto con los padres, los factores personales, la historia psiquiátrica personal y familiar, relación madre-hijo y las expectativas sociales sobre la maternidad; mismos que serán revisados a continuación.

#### 2.1.3.3.1. Eventos Vitales Estresantes

Cada vez más las evidencias demuestran que los eventos vitales estresantes, son un factor significativo en la aparición de la depresión.

Ello porque un evento vital estresante es considerado como un acontecimientos capaz de generar una crisis en un sujeto vulnerable, manifestado a través de cambios fisiológicos y psicosociales, y eventualmente desencadenando un trastorno o enfermedad. Aunque la relación entre un evento y el inicio de una enfermedad o trastorno se media por otras

variables que dependen del suceso mismo (magnitud, persistencia en el tiempo, etcétera), de la persona (personalidad, enfrentamiento, locus de control, etcétera), de la evaluación que la persona hace de las demandas que genera el evento en contraste con la percepción de habilidades que se posee para enfrentarlo, y de su entorno social que le provee apoyo (Alvarado et al., 1994).

A los eventos estresantes se les ha asignado un puntaje con base en las crisis que generan en la vida. La muerte de un ser querido ocupa el primer lugar y, a menudo, el segundo lugar lo ocupa el matrimonio (Dix, 1991). En sí, los estresores pueden incluir eventos vitales negativos (como eventos que significan una amenaza, por ejemplo una enfermedad, o los que involucran la pérdida de un miembro de la familia, el desempleo, etcétera) o eventos que requieren nuevas y potencialmente difíciles adaptaciones, por ejemplo el cambio a una nueva comunidad, una asignación mayor o el parto (O'Hara, Lewis, Schelechte y Varner, 1991).

En el caso del nacimiento, Dix (1991) menciona que éste no se ha considerado como un importante desencadenante de tensiones. En contraste, autores como Arieti (1993), Campbell y Cohn (1991) y O'Hara, Stuart, Gorman y Wenzel (2000), argumentan que el nacimiento es un estresor adicional significativo, en este periodo que lleva hacia la depresión; esto concuerda con los hallazgos de Elliot (1985, citado en Nicolson, 1998) quien propuso que la DPP es una contestación realista a un evento vital (el nacimiento) y a la tensión del papel maternal, en combinación con otras tensiones, entre ellos se incluyen matrimonios poco satisfactorios, soledad o falta de compañía de otro adulto, así como ser despedido del empleo, el manejo de una casa y la responsabilidad por el cuidado del pequeño.

De hecho, Cooper y Murray (1995), en su estudio, consideraron dos subgrupos distintos, aquellas para quien la experiencia de tener un niño constituía un factor causativo específico, y aquellas para quien el nacimiento no era un estresor específico; es decir, para algunas mujeres los aspectos relacionados al nacimiento del niño les ocasiona tensión, tal vez por el hecho de no tener experiencia al respecto (en el caso de las primerizas) o por tener varias actividades a la vez (en el caso de las que trabajan o tienen más hijos), aunado a otros factores que más adelante se mencionarán.

Por ello, existe un interés creciente en la asociación entre las variables de acontecimientos vitales estresantes y la DPP, esto debido a que los eventos vitales negativos pueden aumentar el riesgo de depresión durante el embarazo y después del parto, y pueden ser potentes si tienen implicaciones en la habilidad de la mujer de cuidar a su hijo debidamente (O'Hara, 1997).

No es sorprendente entonces, que varios estudios hayan encontrado una asociación positiva entre altos niveles de eventos vitales estresantes después del parto asociados con un aumento de riesgo hacia la DPP (Campbell y Cohn, 1991; García, Ortega, Ontiveros y Cortés, 1991; O'Hara, 1986, 1997; O'Hara, Lewis, Schelechte y Varner, 1991; O'Hara, Rem y Campbell, 1982, 1983; Paykel, Emms, Fletcher y Rassaby, 1980). Por lo que, de acuerdo a lo resultados obtenidos en las diferentes investigaciones, se sugiere que el número de eventos vitales estresantes es mayor en las mujeres deprimidas comparado con las no deprimidas en el postparto (Alvarado et al., 1994; Campbell y Cohn, 1991; García, Ortega, Ontiveros y Cortés, 1991). Esto ha sido consistente desde los primeros estudios, por ejemplo Jadresic, Jara y Araya (1992) confirmaron dichos hallazgos, debido a que encontraron que las depresivas en el postparto tenían un puntaje significativamente mayor en eventos vitales que las no deprimidas, presentando un puntaje mayor en el conflicto de pareja.

Entre los eventos vitales estresantes que más destacan en los diferentes estudios (con base en la significación estadística), se encuentran: el estado socio-económico y la ocurrencia de complicaciones obstétricas (Campbell y Cohn, 1991), antecedentes de aborto (Alvarado et al., 1994), cuidado del niño (O'Hara, 1986), separación de personas significativas en la vida de la mujer (de la familia o de alguien cercano), dificultades en la relación con la madre, sucesos relacionados con el periodo postparto (dificultad para amamantar o haber tenido un bebé con bajo peso al nacer, infecciones urinarias), enfermedad grave de alguien cercano (Jadresic, Jara y Araya, 1992), además de cambios culturales, pérdida de trabajo y dificultades financieras (Righetti, Conne, Bousquet y Manzano, 1998).

Ello nos lleva a pensar que, existen acontecimientos asociados significativamente, que van desencadenándose no gradualmente, sino que ocurren en un periodo de tiempo corto, que pueden llevar a una DPP y que dependerá además de la magnitud del evento y del número, ya que de acuerdo a las investigaciones, a medida que el número de sucesos es mayor, la

proporción de depresivas también va en aumento. Por lo que, Alvarado et al. (1994) argumenta que ello apunta a la presencia de un efecto acumulativo de varios sucesos en las gestantes que evolucionan con un cuadro depresivo del postparto.

Además, según Righetti, Conne, Bousquet y Manzano (1998), el hecho de que no se reporten eventos vitales negativos se debe a que algunas madres hablan más sobre los positivos, y esto puede suceder a la ausencia de los primeros o a la habilidad humana de olvidarse de eventos dolorosos, sobre todo cuando dichos eventos se siguen inmediatamente por un evento feliz (el nacimiento del bebé). Pero cabría considerar en este argumento, que muchas mujeres no mencionan eventos negativos, debido a la influencia que tiene la presión social sobre los deberes de la madre después de dar a luz, aspecto que se discutirá más adelante.

El riesgo de sufrir una DPP dependerá también de la interacción entre los eventos estresantes y la vulnerabilidad de la mujer, ya que un factor de vulnerabilidad lo constituye: la pérdida de la madre antes de los 17 años y la falta de cuidado paterno adecuado, (Righetti, Conne, Bousquet y Manzano, 1998). Inclusive, también lo puede constituir la experiencia de niveles altos de tensión durante los últimos meses del embarazo y los primeros del puerperio (O'Hara, Neunaber y Zekoski, 1984).

Un punto que se debe resaltar es el problema más común que sirve como base a la depresión en general: la "pérdida", marcado como el primer evento vital estresante. Ello porque no sólo se representa con la pérdida de un pariente cercano, sino también de algo significativo en la vida, como es la separación temprana del bebé por complicaciones (como una cesárea o problemas del mismo niño por enfermedad) de acuerdo al estudio que realizó Alvarado et al. (1992a), acentuadas por otras pérdidas tempranas (factor de vulnerabilidad antes mencionado). Además de sentir pérdida de autonomía, de sentido de identidad, de trabajo, de tiempo, de un patrón de relaciones, de la sexualidad, de salud, de confort, de sensación de su propio cuerpo (Nicolson, 1999). Carbonell (1992) argumenta que la desaparición de la "panza" que tenía un significado entrañable, representa una pérdida importante para algunas "felices embarazadas". Asimismo, Righetti, Conne, Bousquet y Manzano (1998) realizaron un estudio donde las madres emigrantes que sufrían DPP, experimentaron un cambio cultural que las llevó a tener dificultades de adaptación,

aislamiento y soledad, que pudo ser considerado por ellas como pérdidas; además se encontraron dificultades financieras, como consecuencia de la pérdida de trabajo.

Todos esos elementos de pérdida se perciben como difíciles para la persona vulnerable, con mayor dificultad para encontrar nuevas oportunidades de acción en un ambiente que también le demanda. O'Hara (1986) argumenta que el apoyo de la red social de la mujer puede disminuir los niveles de tensión, por lo que en el siguiente apartado se considera la importancia que tiene la falta de apoyo social en el desarrollo de la DPP.

#### 2.1.3.3.2. Apoyo Social

Algo que ha sido bastante consistente en las investigaciones es la relación que existe entre la DPP y la falta de apoyo social, sobre todo del esposo, la familia, y los amigos durante el momento de estrés (como la carente ayuda en las tareas de la casa o no tener un confidente).

El apoyo o soporte social (AS) refiere la percepción que tiene el sujeto a partir de su inserción en las relaciones sociales, de ser cuidado y amado, valorado y estimado, y de pertenecer a una red social de deberes y derechos. En dicha red, la persona intercambia información, apoyo emocional e instrumental, al mismo tiempo que obtiene retroalimentación. El AS se relaciona con el estado de salud mental de la persona, afectando directamente su grado de bienestar y mediando o amortiguando el impacto de eventos estresantes (Alvarado et al., 1994).

Así, desde los años ochenta hasta años actuales, la falta de AS ha sido documentada y se ha encontrado una relación con el incremento en los niveles de DPP (O'Hara, 1986, 1997; O'Hara, Rem y Campbell, 1983). Sobre todo, se da énfasis en primer lugar a la falta de apoyo del esposo, y después a la familia y a los otros. Se ha encontrado que las mujeres deprimidas reportan haber percibido un menor apoyo emocional (sentían menos libertad para hablar de sus problemas) e instrumental (en el cuidado del niño) de su pareja (O'Hara, 1986) y de sus familias (Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount, 1991; Righetti, Conne, Bousquet y Manzano, 1998), tener un menor número de personas confidentes [red social menos extensa] (O'Hara, 1997; O'Hara, Rem y Campbell, 1983), tener mayores problemas en su casa y sentir un mayor estrés durante el embarazo (Paykel, Emms, Fletcher y

Rassaby, 1980). Por su parte, Richman, Raskin y Gaines (1991) encontraron que la falta de AS está más fuertemente asociada con las amas de casa.

A pesar de estas evidencias, Alvarado et al. (1994) y Jadresic, Jara y Araya (1992), no encontraron una asociación significativa entre el nivel de AS y la DPP, y aunque en el estudio de Jadresic, Jara y Araya, las mujeres manifestaban la separación de personas significativas y dificultades en la relación de pareja, pudieron haber recibido el soporte de la pareja (a pesar de los problemas) incluso por otros familiares o amigos, percibiendo la separación y las complicaciones como una tensión y no como falta de AS. Ya que como aseguran Milgrom, Martin y Negri, (1999) y Nicolson (1998), la magnitud y calidad de apoyo ofrecidas a la madre pueden moderar el efecto del estrés e incluso, posibilitan el alivio la depresión a través de la provisión de apoyo práctico y social.

Los resultados confirman que lo importante para el estado emocional de la persona no es la dimensión cuantitativa de su red social, sino la percepción de apoyo que esté percibiendo (calidad). Aunque de acuerdo a Elkin et al. (2000), la forma en que sea tomada esta ayuda y la manera en que se da, varía en cada cultura, lo que podría aclarar la falta de relación del AS y la DPP.

Por su parte, Richman, Raskin y Gaines (1991) agregan que la perspectiva social en la transición a la maternidad ha sugerido que el apoyo recibido por las madres en la sociedad moderna es limitada, y esta pérdida de apoyo es particularmente parecida a un relativo aislamiento social de la moderna familia nuclear y las limitaciones consecuentes en la disponibilidad de apoyo de los miembros de la familia extendida. Por lo que se cree, que las fuentes de apoyo pueden tener mayores consecuencias en la satisfacción del apoyo proporcionado, particularmente si la fuente principal de apoyo experimenta un estrés similar.

De hecho, el AS y los eventos estresantes son variables que juegan un importante papel interactivo en el desarrollo de una DPP, debido a que la falta de AS predice mejor las conductas depresivas cuando se asocia a mayores niveles de estrés, y cuando éste sobrepasa las capacidades de enfrentarlo, aparecen los comportamientos depresivos, siendo en este momento donde el AS tiene un valor relevante como amortiguador del estrés (Alvarado et al., 1994).

En suma, las mujeres sin apoyo social, principalmente el apoyo del esposo es un factor de riesgo significativo para desarrollar una DPP, aunque también lo es el apoyo provisto por la red social.

#### 2.1.3.3.3. Relación con la Pareja

El origen de la depresión en las mujeres, en general, lo constituyen con más frecuencia los conflictos afectivos con sus parejas (Dio, 1995). No es difícil suponer entonces, que durante el puerperio, probablemente ninguna relación sea más importante para una mujer que la de su esposo, de ahí que la calidad de la relación con éste sea una de las variables que tiene mayor predictibilidad para desarrollar una DPP.

Varios estudios han encontrado que las mujeres deprimidas en el postparto reportan relaciones matrimoniales pobres después del parto (Dio, 1995; Jadresic, Jara y Araya, 1992; O'Hara, 1997; Paykel, Emms, Fletcher y Rassaby, 1980). Además, en un estudio se evaluó la relación matrimonial durante el embarazo y se encontró que la relación matrimonial pobre precedió a la DPP (Gottlib, Whiffen, Wallace y Mount, 1991). Sin embargo, en otro estudio se encontró lo contrario (O'Hara, Rem y Campbell, 1983). Pero lo que sí ha sido consistente, es la relación con la falta de apoyo (Hagen, 1999; Milgrom, Martin y Negri, 1999; Nicolson, 1998), esto porque es posible que el conflicto con la pareja lleve a una reducción en el nivel y calidad de apoyo social tal que, cuando las mujeres que desarrollaron depresión en el periodo postparto lo percibieron así [pobre relación y menos apoyo de sus parejas] (O'Hara, 1986).

Los reportes más frecuentes sobre dificultades con la pareja son: una comunicación inadecuada con el marido, ayuda casi nula en el cuidado del niño y en las labores del hogar (Dio, 1995; Carbonell, 1992), percibir sentimientos de desamor por parte del esposo (Braverman y Roux, s. f., citado en García, Ortega, Ontiveros y Cortés, 1991), insatisfacción en la relación (Alvarado et al., 1992a) y conflictos maritales (Jadresic, Jara y Araya, 1992).

Pero también se cree que las dificultades con la pareja pueden estar vinculadas a otras variables como la actitud hacia el embarazo, antecedentes previos de depresión y la edad, dado que las adolescentes presentan una mayor frecuencia de actitud negativa hacia su



embarazo, así como depresión en su gestación e insatisfacción en la relación de pareja; factores que se influyen mutuamente (Alvarado et al., 1992a). Aunque esto contrasta con los hallazgos de García, Ortega, Ontiveros y Cortés (1991), donde la edad mayor fue un factor importante en las madres que experimentaron DPP y no se asoció con desear o no el embarazo.

Esto hace pensar que no hay consistencia en relacionar la DPP con ciertas variables demográficas, por lo que se requieren mayores investigaciones para concluir su conexión. Lo que sí es significativo para la madre, es el papel que juega el esposo durante el postparto, pero lo que no queda claro es ¿qué elementos de apoyo por parte de la pareja son importantes para ella?, ¿cómo percibe el apoyo?, ¿el deterioro de la relación con la pareja se debe a la depresión de la mujer, o contribuye una relación pobre anterior a la depresión?. Una posible respuesta es dada por Dix (1991), quien argumenta que cuando las propias madres niegan los comportamientos o se muestran hostiles ante cualquier mención de la DPP, los esposos pueden estar asustados y soportar la depresión, lo cual los deja con bajos recursos emocionales para enfrentar el estado de ánimo de las esposas.

Asimismo, debido a que muchos matrimonios tienen principios no escritos de igualdad y participación, caen a menudo (cuando hay un bebé) en roles tradicionales, siendo difícil disociarse de ellos. Ambos se muestran resentidos, debido a que ella siente el peso total de las tareas domésticas sobre sus hombros y él, porque tiene toda la obligación de sostener a la familia. Y aunque para algunos la situación resulta molesta, para otros es normal y forma parte de las experiencias cotidianas, pudiendo de alguna manera superar las dificultades que pudieran presentarse.

Por otro lado, cuando un padre se siente incómodo o excluido al constatar la unión entre madre e hijo (pareciendo una unidad inseparable, independiente de él), en ocasiones el padre opta por una actitud digna, un silencio fraternal o bien retira su apoyo, haciendo sentir a la madre como una mujer sin marido y a éste culpable y abandonado, decidiendo que el bebé será únicamente de ella a partir de ahora y que sus obligaciones están en otra parte. En ocasiones, es también la madre quien decide que él ya tiene bastante carga con lo suyo y que le corresponde esencialmente a ella ocuparse del recién nacido (Lerner, 2000). Ello se refuerza con la creencia de que las mujeres tienen más capacidad que el hombre, de dar intercambio emocional y por tanto de intimar, creencia que resalta más con la llegada

de un nuevo miembro familiar (Richman, Raskin y Gaines, 1991). Pudiendo con esto, explicar el “retiro” del padre en el cuidado y crianza del hijo.

En referencia a lo anterior, podría considerarse que un factor muy importante durante este período es la comunicación y la actitud que cada uno tome respecto a la relación con el nuevo miembro. Al respecto, Arieti (1993) comenta que en ocasiones la llegada de ese nuevo miembro de la familia es vista como algo perturbador en el equilibrio logrado antes, mediante la adopción de determinados patrones de vida.

Por este motivo, la transición a la paternidad requiere adaptación considerable tanto para los hombres como para las mujeres, donde se involucra un intercambio emocional y recurso instrumental.

Entonces, si la falta de apoyo por parte de la pareja es un importante factor de riesgo para desarrollar una DPP, ¿todas las madres que no tengan el apoyo de un compañero, la experimentarán? Según García, Ortega, Ontiveros y Cortés (1991), la bibliografía sobre el estado civil indica que la depresión se presenta más en las mujeres solteras o divorciadas y en las que tienen baja escolaridad. No obstante, ellos encontraron que los datos diferían, pues en su estudio todas las mujeres deprimidas eran casadas o vivían en unión libre, excepto una. Aunque estos hallazgos no concuerdan con los de Jadresic y Araya (1995), debido a que la prevalencia de la DPP estaba asociada a la ausencia de pareja (madres solteras, separadas o viudas).

Por su parte, Alvarado et al. (1992a) mencionan que el vivir o no junto a la pareja no es un factor asociado al desarrollo de estos cuadros depresivos, lo relevante es la calidad de la relación y no la convivencia.

Más bien, las madres que no tienen una pareja pueden compensar esa ausencia, con el apoyo de otras personas significativas, como los familiares y amigos; aunque un conflicto con los padres puede aumentar el riesgo de DPP, como se menciona a continuación.

#### 2.1.3.3.4. Conflicto con los Padres

Realmente han sido pocas las investigaciones que se han realizado al respecto o con referencia a la pérdida de los padres, en el desarrollo de la DPP. Lo que sí se sabe es que la

falta de apoyo de los padres podría también representar un factor importante para el desarrollo de una depresión.

Es de esperarse que una difícil relación con los padres pueda ser un riesgo para la DPP, por ejemplo, Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount (1991) encontraron que las percepciones más negativas (evaluadas durante el embarazo), sobre el cuidado materno y paterno durante la niñez estaban asociadas con el diagnóstico de la DPP. Pues es posible que la percepción de ser cuidada por sus padres les dé confianza en su habilidad para cuidar a sus propios hijos e impedirles experimentar comportamientos depresivos, de lo contrario se toma como factor de riesgo. Sin embargo, Paykel, Emms, Fletcher y Rassaby (1980) no encontraron ninguna asociación entre el conflicto o la pérdida paterna en la niñez y la DPP.

Por su parte, Righetti, Conne, Bousquet y Manzano (1998) hallaron que las mujeres deprimidas tenían relaciones difíciles con uno de los padres. A lo que Uddenberg y Englesson (1978, citados por Righetti, Conne, Bousquet y Manzano, *ibidem*), argumentan que las dificultades de la maternidad pueden transmitirse de la madre a la hija, a través de la interiorización de modelos inadecuados.

Es por eso que la intensa relación con la madre repercute en muchos aspectos de la vida y no sólo en el hecho de dar a luz a un determinado número de hijos (Arieti, 1993).

Así, la relación con los padres también parece un punto muy importante, no obstante se requiere un trabajo más extenso para dejar claramente esta área.

#### 2.1.3.3.5. Factores Personales

En diversos estudios se han realizado hallazgos sobre la diversidad de factores personales que juegan un papel importante en el desarrollo de una DPP. Se ha identificado al estilo atribucional en la depresión, las distorsiones cognitivas (como lo catastrófico) y los modelos de pensamientos negativos (autoeficacia pobre) como predictores significativos de la DPP. También hay evidencia de que la diferencia de personalidad en DPP (como la neurosis) es un factor (Boyce, 1994 y Cutrona y Troutman, 1986, citados en Milgrom, Martin y Negri, 1999; O'Hara, Rem y Campbell, 1982).

Además, se consideran como pronosticadores de la DPP a la ansiedad al final del embarazo junto al aislamiento social percibido (Forman et al., 2000), miedos en general (Rodríguez,

2001), la falta de autoconfianza y de tiempo personal (Dix, 1991), sensación de dificultad para adaptarse al nuevo papel (Carbonell, 1992), culpa por no aceptar el rol o, en ocasiones, le parece insignificante, en consecuencia, su autoconcepto y el de la vida en general cambia de manera drástica (Arieti, 1993), serios conflictos con la feminidad (Díaz, 1995), hostilidad, excesivo autocastigo, insuficiente autogratificación, angustia y actitudes negativas en el embarazo (Alvarado et al., 1992a; Jadresic, Jara y Araya, 1992), y relacionados al cuidado y crianza inadecuados de sus hijos durante el postparto (García, Ortega, Ontiveros y Cortés, 1991); se convierten según los autores en un factor de riesgo o al menos las hace más vulnerables.

O'Hara, Lewis, Schelechte y Varner, (1991) intentaron predecir el diagnóstico de DPP relacionándola con la vulnerabilidad psicológica (el estilo disfuncional atribucional o actitudes de autocontrol o cogniciones maladaptadas) y un evento vital estresante ( como dar a luz), sin embargo, no encontraron relación entre las variables.

En un estudio cualitativo de Mauthner (1999), las mujeres que experimentaron DPP encontraron un conflicto entre las expectativas (lo que pensaron ser, en relación a varios aspectos como la maternidad, alimentación con el pecho, trabajar fuera de la casa y sentimientos hacia su hijo) y sus experiencias (lo que percibieron ser). El conflicto giró en torno a su esfuerzo por actuar en conformidad con la imagen idealizada de la madre perfecta. Además, las madres que ya tenían hijos informaron que su depresión se debía a la experiencia previa de haber sido madre y no por las exigencias sociales.

Nicolson (1998, 1999) argumenta que las mujeres deprimidas en el postparto contextualizan y dan significado a su depresión, pues cuando hablan de la DPP implícitamente, hacen conexiones entre hechos (la dinámica que lleva con el hijo), aplica lo experimentado (cuando ya ha sido madre) y hace diferencias entre ella y otras mujeres.

Con esto sabemos que los hallazgos expuestos arriba no son tan consistentes, pero las diferentes capacidades, deseos y necesidades que la mujer tiene, inevitablemente se verá reflejado en la forma de conducirse frente al nacimiento y la nueva maternidad.

### 2.1.3.3.6. Historia Psiquiátrica Personal y Familiar

Mujeres que han experimentado un desorden psiquiátrico anterior parecen estar en riesgo de experimentar una DPP. Se han obtenido datos que consideran que el historial psiquiátrico más reciente, tiene una asociación con la DPP (Forman et al., 2000). Incluso, los antecedentes de consulta previa a especialistas por problemas emocionales confieren un valor predictivo (Hagen, 1999; Jadresic, Jara y Araya, 1992). En un estudio reciente donde investigaron los factores de riesgo, entre ellos al trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno disfórico premenstrual, depresión mayor previa e historia de blues postnatales, se encontró que las mujeres con TOC pueden tener mayor riesgo de DPP (Vega, Mazzotti, Stucchi y Campos, 1999). En otro estudio (Marks, 1992, citado en O'Hara, 1997), que incluyó mujeres con una historia anterior de trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, o de depresión mayor, el 51% de ellas experimentó ya sea una depresión psicópata o no psicótica, o manía después del parto.

Inclusive, el número de depresiones anteriores o de conductas depresivas (particularmente pensamientos de muerte), depresión durante el embarazo (Chaudron et al., 2001; Machado, García, Moya, Bernabeu y Cerda, 1997; O'Hara, Lewis, Schelechte y Varner, 1991; O'Hara, Rem y Campbell, 1983), específicamente en el tercer trimestre de gestación (Alvarado et al., 1992a), y sobre todo las que exhiben altos niveles de comportamientos depresivos (Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount, 1991) o DPP anteriores (Cooper y Murray, 1995; Hagen, 1999), pueden reflejar un riesgo para las mujeres en la maternidad, e incluso se asocia a una incrementada probabilidad de depresiones que suceden en otro tiempo (no postparto) porque sirve como un marcador para una vulnerabilidad general de la depresión (Philipps y O'Hara, 1991).

De hecho, la asociación significativa entre la depresión antes y durante el embarazo y la DPP hace pensar en la posibilidad de una depresión crónica en algunas mujeres o una continuidad de depresión entre el embarazo y el puerperio. Sin embargo, los datos reportan que casi todos los episodios de depresión experimentados antes o durante el embarazo y en el postparto, eran de tiempo limitado y no crónicas. Por lo que Jadresic, Jara y Araya (1992) argumentan que las mujeres pueden sufrir trastornos depresivos prenatales o posnatales, pero rara vez ambas; y aunque se pueda dar el caso de personas que se

mantengan deprimidas hasta el postparto, eso es relativo, ya que en su estudio sólo una estuvo deprimida en ambos periodos, en tanto que en el estudio de Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount (1991), el 28% continuaron deprimidas después del parto.

Por otro lado, Cooper y Murray (1995) encontraron que en las mujeres que habían experimentado depresiones anteriores, la duración de los episodios eran mucho más largos que aquellas que se habían deprimido por primera vez. La razón de esto es incierta, sin embargo, es posible que la vulnerabilidad específica de estas mujeres involucre otros problemas que se incrementan en un contexto, donde la exigencia de otros pequeños esta patente. No obstante, el índice de depresión era mayor en las madres deprimidas por primera vez (41%), que aquellas que se deprimieron por segunda ocasión (18%).

Los antecedentes familiares sobre problemas de salud mental también se han estudiado como un pronosticador de DPP. Los hallazgos de estos estudios han apoyado la relación entre la historia familiar de depresión y la DPP (O'Hara, 1986; O'Hara, Lewis, Schelechte y Varner, 1991; O'Hara, Neunaber, Zekoski, 1984; Philipps y O'Hara, 1991). No obstante, los hallazgos de García, Ortega, Ontiveros y Cortés (1991) no coinciden con lo anterior, al igual que lo encontrado por Alvarado et al. (1992a), pues a pesar de que las madres presentaban antecedentes personales y familiares sobre problemas de salud mental, mencionan que no hay asociación con la DPP. Incluso O'Hara y Swain (1996, citados en O'Hara, 1997) sugieren que puede haber poca o ninguna asociación entre la psicopatología de la historia familiar y la DPP.

Entonces, los trastornos que sufren las mujeres en cualquier periodo de su vida representa un riesgo para desarrollar trastornos subsecuentes, en cambio algún antecedente psiquiátrico familiar es signo de presunción de padecer un trastorno emocional, en este caso, una DPP.

#### 2.1.3.3.7. Relación Madre-Hijo

El carácter del niño tiene un efecto significativo en el estado mental de la madre, cuanto más difícil es el pequeño, mayor es la depresión de la madre, ya que quienes no pueden apaciguar a sus hijos se sienten incapaces como madres y desarrollan sentimientos

contradictorios sobre sus hijos, sentimientos que las hacen sentirse culpables (Copeland, 1999).

Dio (1995) argumenta que los estados depresivos quedan enmascarados bajo un sinnúmero de dificultades y complicaciones que surgen ante la crianza (como el niño que no duerme bien, llora ininterrumpidamente, se alimenta mal), haciendo irreconocible la verdadera causa.

Además, cuando los cuidados y esfuerzos no conducen a una crianza efectiva (el bebé llora, no engorda o presenta algún trastorno) aparece una frustración, aunado a la sensación de esclavitud respecto a la alimentación del bebé que resulta ser una actitud que conduce a la DPP (Carbonell, 1992).

En referencia al estado del recién nacido y desarrollo de un cuadro depresivo. Alvarado et al. (1992a) no observaron relación, pero aún cuando no hubo diferencias significativas, se puede ver que las mujeres cuyo recién nacido presenta alguna patología tienen más del 50% de riesgo de tener una depresión en comparación con las que su hijo no se enferma. Incluso la separación de la madre y su hijo por un parto prematuro, puede traer problemas en la relación, reforzado por la vulnerabilidad elevada de la nueva madre y la sensibilidad en el postparto inmediato, que parece ser otro factor de riesgo para el acontecimiento subsecuente de DPP (Righetti, Conne, Bousquet y Manzano, 1998).

Por otro lado, el sexo del bebé es otro factor que se considera importante en la incidencia de la DPP, y aunque Weinberg et al. (2001) encontraron que las madres de niños reportaron una baja autoestima y adaptación hacia la maternidad, que aquellas que tenían una hija, no resultó tan significativo. En tanto que, Weinberg, Tronick, Cohn y Olson (1999) hallaron que la pareja demanda más un hijo varón y que, por lo tanto, las madres tienen más dificultad de regular el estado afectivo de los niños, comparado con el de las niñas, implicando por ello un trabajo mayor en la interacción afectiva de la diada madre-hijo, que la diada madre-hija.

De acuerdo con Milgrom, Martin y Negri (1999), no se sabe realmente si los niños son difícil de temperamento o fueron percibidos como tal debido a la DPP. Esto porque se percibe el cuidado del pequeño como más difícil y molesto, como sucedió en el estudio de Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount (1991), con las mujeres deprimidas en comparación con las que no lo estuvieron.

De esta manera, el estado físico y de salud del pequeño son importantes para cualquier madre y es motivo de preocupación cuando hay dificultades, sin embargo no se puede asegurar que sea un factor de riesgo, y mucho menos que lo sea el temperamento infantil, ya que la percepción puede estar influida por el estado de la madre; lo que si se constató es que cuando se experimenta una dificultad con cualquier aspecto relacionado con el niño, influye en la eficacia materna, quedando poco satisfecha con los resultados y afectando en la interacción con el pequeño, trayendo consecuencias negativas.

#### 2.1.3.3.8. Expectativas Sociales sobre la Maternidad

La necesidad de una adaptación materna puede ser una fuente de estrés y causa suficiente de una depresión o, al menos, aumentar la vulnerabilidad a causa de otras sobrecargas (Salvatierra, 1989), las exigencias sociales. Ya que como menciona Nicolson (1999), el primer mes de la maternidad requiere mayor movimiento en el patrón de relaciones y del trabajo (doméstico y ocupacional), y tiempo de recuperación (resultado del parto). Por lo que ello, unido al factor de la transición, posibilita la inducción a una sobrecarga emocional.

En el estudio de Richman, Raskin y Gaines (1991), se demostró que las amas de casa deprimidas experimentaron sentimientos de aislamiento, por permanecer en la casa durante el postparto, percibiendo en consecuencia una pérdida de apoyo social; mientras que aquellas que contaban con un empleo, experimentaron una mayor integración social.

Aunque, también la autoconfianza se puede derrumbar rápida y fácilmente ante la presión de los otros, porque a menudo le son ofrecidas distintas teorías por amigos, familiares y médicos (por ejemplo, en la manera en que debe cambiar el pañal o amamantar), que una madre sensible y vulnerable puede fácilmente sentirse ofendida ante ciertos comentarios. Además, la imagen fantasiosa de la mujer como madre es una parte integral en la perspectiva de la DPP, por lo que muchas no quieren ver una imagen negativa de su papel (Dix, 1991).

Esto es en parte, debido a los mitos e ideologías sobre la maternidad, ya que como menciona Nicolson (1998), la maternidad es también una experiencia pública en el que la madre tiene un rol social prescrito. Así, muchos creen que para llegar a ser una buena



madre, implica que la mujer se adapte al rol de madre sin protestar, exhibiendo reacciones emocionales positivas, con pocos disturbios en sus vidas.

Mauthner (1999) encontró que algunas madres deprimidas construyeron, mantuvieron, promulgaron o resistieron ideologías sobre la maternidad a través de las relaciones interpersonales. La mayoría de ellas experimentaron su tristeza no dentro de un contexto de empatía y relaciones comprensibles, porque la sociedad sobre todo, no reconoce la desilusión respecto a las expectativas, su significado o la magnitud que tienen para las mujeres, sólo reconocen lo bueno, es decir, las pautas ya establecidas.

Muchas madres juzgan sus conductas y sentimientos por el contexto cultural en el cual viven y por sus relaciones interpersonales. En el contexto cultural se marcan prescripciones normativas poderosas (“lo correcto”, “ser una buena madre”, “prevaler callada”), aunque algunas veces las madres creen que dichas normas no son lo correcto para ellas y su hijo, aún así, las madres temen expresar sus dificultades y sus emociones o ambivalencias y ser juzgadas malas madres. Por lo que la forma en que la madre interprete, negocie y experimente las normas sociales de la maternidad dependerá en parte de las relaciones interpersonales (con los padres, la familia, amigos y profesionales de la salud), pues las prescripciones culturales podrían, a través de dichas relaciones, ser reforzadas para hacerlas públicas u ocultarlas.

En muchas ocasiones el contexto, no únicamente no ayudan a la mujer a admitir su desilusión sino que frecuentemente evita que ella lo haga, y contribuyen a grandes confusiones y dudas de sí misma.

Entonces, en la combinación de razones individuales, culturales e interpersonales, las mujeres deprimidas en el postparto pueden ser más difíciles de reconocer si no revelan sus sentimientos. Algunas podrían esforzarse en aceptarlos, pero pueden no contar con relaciones comprensivas dentro de las cuales confiar, lo que conlleva a, que no expresen sus sentimientos y dar paso a la depresión.

El saber cuales son las características de la depresión en cada cultura, cómo la experimentan y lo comunican, ayudará a identificar los riesgos y comportamientos que se presentan particularmente en nuestra sociedad. Pues como mencionan Bashiri y Spielvogel (1999), las quejas de tristeza y sentimientos de culpa son características de depresión más en culturas occidentales que en la cultura hispana, asiáticas o africanas; a ello, se podría

deber la diferencia de la incidencia de la DPP. Además de que, en algunos casos los rituales que se practican en el postparto (en algunas culturas), pueden ayudar a la mujer en la transición hacia la maternidad y evitar una depresión.

Las experiencias depresivas pueden, en parte, expresarse en términos somáticos de distinta índole en cada cultura, o como algo normal o general, dándole también una valoración distinta.

En suma, existen un número de factores potenciales que han sido implicados en el desarrollo de la DPP, sin embargo, la investigación en esta área no ha producido algún consenso claro, debido a que un factor puede ser potencial en un caso particular, pero no en otro.

Muchos investigadores han llegado a la conclusión de que se trata de una combinación de cambios hormonales, factores psicológicos y sociales que determinan la gravedad de cada caso. Y, aunque la investigación actual no clarifica cuál de estos factores tiene un efecto directo en que se desarrolle la depresión o cómo dichos factores se interrelacionan, se tienen presentes los de mayor riesgo. En ocasiones parece más bien que los factores se van desencadenando, o se interaccionan, en un período de tiempo corto aunado a la interpretación y experiencia que vive la madre (distinta en cada una), influenciado por el medio.

Los datos no son consistentes pues en ocasiones, mientras algunos han encontrado que ciertos factores son un riesgo, otros no hallaron relación con la DPP. Pero algo que resulta indudable, es la presencia incrementada de eventos estresantes externos, asociada a una mayor vulnerabilidad por una pobre relación de pareja.

Por otro lado, para prever la ocurrencia de la DPP, sería oportuno saber cuáles son los factores de riesgo que se presentan durante el embarazo, por desgracia, los resultados no son concluyentes y los investigadores parecen estar siguiendo distintas direcciones.

#### 2.1.3.4. Medidas para evaluar la Depresión Postparto

La obtención de datos en muchas investigaciones citadas en el presente capítulo, fueron realizados mediante el uso de escalas y/o en conjunto con técnicas cualitativas, cada una

analizada en forma sistemática y rigurosa, que refieren una contribución vital al conocimiento de la salud mental. Pero también, son útiles para complementar el diagnóstico y para valorar en forma sencilla la evolución del cuadro depresivo en la práctica clínica, en este caso, ante un tratamiento determinado y adecuado.

De esta manera, en la planificación para el uso de medidas cualitativas y/o cuantitativas, se debe pensar que el proceso diagnóstico debe ser lo suficientemente amplio como para comprender bien al paciente, pero al mismo tiempo no debe excederse (Siquier y Garcia, 1987).

Por lo que, las medidas discutidas en esta sección se seleccionaron debido a que son las más utilizadas y representativas en la evolución de la temática en cuestión, de acuerdo a los diversos investigadores.

#### 2.1.3.4.1. Cuantitativas

La obtención de datos a través del uso de escalas ayuda a reunir el máximo de información, disminuyendo su variabilidad acerca de las personas. Williams (1982) argumenta que la depresión puede medirse con un test psicológico, obteniendo el grado de severidad de un paciente, las conductas con las que están asociadas, las condiciones que influyen en él, y ayudar en la elaboración de su diagnóstico.

La DPP ha constituido un problema creciente, y dada su elevada frecuencia, así como los potenciales daños que puede generar en la vida familiar y en el desarrollo de los niños, se han usado diversos instrumentos que miden estados depresivos y sus factores asociados. Aquí sólo se mencionan la escala de Beck, de Zung y de Edinburgo debido a que son los instrumentos más utilizados tanto en los diversos estudios, como en la población mexicana.

##### 2.1.3.4.1.1. Escala de Automedición de la Depresión de Zung

La Escala de Automedición de Depresión de Zung (EAMD) es un autoinforme de los más utilizados ya que mide los síntomas y la severidad de la depresión, y también porque el contenido de los ítems están relativamente equilibrados (Sugawara, Sakamoto, Kitamura, Toda y Shima, 1999).

La EAMD fue elaborada por Zung y Durham ya que notaron que las escalas que medían la depresión (hasta ese entonces), eran inadecuadas, requerían mucho tiempo de aplicación, difíciles de resolver para quienes presentaban trastornos psicomotores y no eran autoaplicables. Realizaron una lista de conductas consideradas como características de la depresión, concluyendo que deberían abarcar alteraciones del afecto y equivalentes fisiológicos y psicológicos.

Esta escala consta de 20 reactivos planteados, 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo, para evitar que el paciente pueda encontrar una tendencia en el estudio. Por lo que la cuantificación de la conducta está en base a cuatro categorías que se califican con valores del 1 al 4 en orden variable, según el sentido.

La escala está expuesta de tal manera que un índice bajo (con base en la calificación obtenida), señala poca o nula depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

Suwagara et al. (1999) indican que puede haber diferencias étnicas y culturales que afectan la estructura de la escala, por lo que en estudios futuros se necesita obtener los datos en muestras étnicas o culturales diferentes.

De esta manera, encontramos que en México se han realizado investigaciones para asegurar que la EAMD sea un instrumento válido y confiable para la evaluación de pacientes deprimidos, como Tovar (1998), quien encontró que la escala original es válida y de gran utilidad para la investigación clínica y farmacológica, así como su uso en la práctica, para diagnosticar la depresión.

Con base en los estudios anteriores, se considera que los 20 reactivos que integran la EAMD discriminan perfectamente entre sujetos que presentan depresión y los que no la poseen. Esto lleva a considerar que la prueba resulta de gran utilidad en otras poblaciones e investigaciones y se encuentra a la par con otras escalas, incluso en poblaciones específicas como en mujeres que sufren DPP.

#### **2.1.3.4.1.2. Inventario de Depresión de Beck**

El Inventario de Depresión de Beck (IDB) ha sido usado como medida primaria para identificar el comportamiento depresivo durante el embarazo y el puerperio. Esto porque se

considera que cuenta con propiedades psicométricas buenas y, además porque ha sido usado frecuentemente en la investigación general de la depresión y en investigación de la DPP (Campbell y Cohn, 1991; Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount, 1991; Lee y Gotlib, 1991; O'Hara, Lewis, Schelechte y Varner, 1991; Philipps y O'Hara, 1991).

El IDB fue desarrollado por Aarón T. Beck a principios de los años 60 y fue publicado hasta 1978. El manual del inventario indica que originalmente el IDB estaba basado en observaciones clínicas y descripciones de las conductas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes psiquiátricos deprimidos, contrastados con los psiquiátricos no deprimidos.

El IDB es un instrumento autoadministrado, por lo que no es necesario que el aplicador esté presente, debido a que las claras instrucciones vienen al principio del inventario. Sin embargo, es importante que sea calificado y evaluado por personal capacitado.

El inventario comprende 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas representa una manifestación de depresión (los primeros 14 apartados refieren sentimientos afectivo-cognitivo y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos, que pueden también ser el resultado de una enfermedad física); las cuales son cuantificadas con valores numéricos de 0 a 3, el puntaje obtenido indicará la intensidad de la depresión. En algunas categorías existen dos alternativas de respuesta divididas en a y b para indicar que se encuentran en el mismo nivel.

En realidad esta fue una de las primeras escalas diseñadas concretamente para medir la gravedad de la depresión y frecuentemente utilizada en la investigación clínica.

En 1999 Rodríguez realizó un estudio donde correlacionó significativamente el IDB con la EAMD, reforzando además la confiabilidad y validez del IDB así como su uso en el diagnóstico clínico en población mexicana.

#### 2.1.3.4.1.3. Escala de Edinburgo

Debido al auge que ha tenido la DPP y la dificultad en identificar a las madres deprimidas, además de que las escalas que proyectan la depresión parecen tener un número significativo de limitaciones cuando son usadas en la maternidad, en 1987 se publicó una escala para identificar aquellas madres que sufrían de DPP. Sus autores, Cox, Holden y Sagovsky,

argumentaban que otras escalas podían dar resultados engañosos, esto porque las aparentes limitaciones de escalas bien establecidas (EAMD e IDB), usadas en mujeres durante la maternidad daban énfasis en los síntomas somáticos, los cuales se podrían presentar dentro del proceso normal del parto, por lo que la inclusión de ciertos ítems somáticos de depresión en escalas de autoevaluación, podrían aumentar el puntaje final. Así, revisando la estructura del IDB, Salamero (s. f., citado en Pop, Komproe y Van Son, 1992) advirtió también sobre la confusión de los ítems somáticos de la escala con los malestares físicos que suelen ser normales, ya desde el embarazo.

A ello se unía la falta de interés por la comunidad de trabajadores de contestar el IDB, porque consumían tiempo, lo que le da una pérdida de validez en su apariencia. Incluso las mujeres mencionaban que una escala proyectiva de la depresión después del nacimiento, podría ser más aceptable si no se les consideraba como enfermas. Esta escala necesitaba ser simple y completa a la vez, y no requerir de un especialista con conocimientos de psiquiatría para aplicarla y calificarla.

Así, la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) o escala de Edinburgo, se ha desarrollado para ayudar a los profesionales de salud para descubrir a las madres que padecen DPP.

La EPDS está compuesta por 10 ítems, cada uno de los cuales tienen cuatro alternativas, las que puntúan entre 0 y 3. Los puntajes más altos orientan hacia la presencia de mayores comportamientos de los cuadros depresivos en el posparto. No obstante, la puntuación de EPDS no debe anular el juicio clínico, según indican los creadores. Una valoración clínica cuidadosa debe llevarse a cabo para confirmar el diagnóstico. La escala indica cómo la madre se ha sentido durante la semana anterior, y en casos dudosos puede repetirse después de 2 semanas; la EPDS no revelará a las madres con neurosis, fobias o desórdenes de personalidad, y la mayoría de las mujeres completa la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

Un punto que debe ser resaltado son las instrucciones, debido a que en ellas se remarca el “saber cómo está sintiéndose” la madre, sin insinuar o mencionar la depresión como tal, ya que el referirlo puede alterar los resultados, puesto que ellas podrían responder de forma más positiva, ya que no debemos olvidar que la imagen negativa de una madre es rechazada

por la sociedad y por lo tanto no es aceptada. Incluso se sugiere que la EPDS sea contestada no en presencia de otros (familiares o amigos).

Por las características y ventajas que presenta la EPDS, se han realizado versiones para validarla, como el caso de Pop, Komproe y Van Son (1992), quienes tradujeron al holandés la escala, comparándola con el IDB y la EAMD junto a otras escalas de autocalificación comúnmente usadas en la población holandesa, en el periodo postparto, concluyendo que es una escala de buenas características psicométricas que mide la intensidad de las conductas depresivas en el postparto.

Así, la versión francesa validada por Guédeney et al. (1995, citado en Righetti, Conne, Bousquet y Manzano, 1998), ratifican esto último.

La EPDS también ha sido traducida al castellano por Alvarado et al. (1992b), para ser utilizada en la detección de cuadros depresivos en el puerperio, en la estandarización de dicha escala se encontró que tiene una buena capacidad de discriminar entre las mujeres deprimidas y las que no lo están.

Por todo lo anterior, la EPDS ha sido utilizada por muchos investigadores para el uso diagnóstico, entre ellos se pueden mencionar a Righetti, Conne, Bousquet y Manzano (1998), quienes consideran que esta escala es adecuada, debido a que demuestra tener una buena capacidad de discriminación, junto a una elevada consistencia y precisión para identificar a las madres deprimidas.

Sin embargo, a pesar de ser una escala ampliamente usada y proporcionar resultados positivos, como los descritos arriba, Bashiri y Spielvogel (1999) mencionan que la EPDS no detecta la depresión en mujeres japonesas, por lo que se necesita tener cautela al usarla en mujeres de otras culturas.

En México, en una investigación reciente que llevaron a cabo Ortega, Lartigue y Figueroa (2001), para determinar las características psicométricas de la escala a la que llamaron Escala de Depresión Perinatal (y no postnatal) de Edinburg, debido a que la aplicaron en una población de mujeres embarazadas, en el último trimestre de gestación; encontraron que los reactivos 1,2,7, 8, 9 y 10, están más relacionados con "sentimientos depresivos", en tanto que el resto de los reactivos (3, 4, 5 y 6), se relacionan más con la ansiedad y/o transición hacia la maternidad. Confirmando con ello la validez de constructo y la confiabilidad de la versión en español de la escala para evaluar el comportamiento

depresivo durante la gestación. Finalmente llegaron a la conclusión de que es importante aplicar la EPDS como parte de los procedimientos diagnósticos habituales en el control prenatal, con objeto de identificar tempranamente a las mujeres en riesgo y hacer las indicaciones pertinentes para su atención y tratamiento.

Actualmente se cuenta con una variedad de escalas para medir la depresión, y una crítica que se les hace, es que la mayoría de las veces se han utilizado los instrumentos sin adaptarlos a la realidad específica de los cuadros, lo cual afecta su validez (Alvarado et al., 1992a). Ya que no debemos olvidar que el valor de cualquier escala psicométrica se basa en el hecho de que el puntaje obtenido por un individuo refleja una estimación de un puntaje verdadero (confiabilidad) además de que sirve como punto de partida para el diagnóstico o la predicción (validez).

Por lo tanto, aún cuando existan diversas escalas para medir la depresión, la mayoría de ellas son extranjeras, y a pesar de ser buenos instrumentos psicométricos, no son muy útiles en nuestro país, ya que no todas cuentan con una adaptación para la población mexicana.

Por ello es importante hacer mención que de las escalas mencionadas aquí, en México se cuenta con la adaptación de la EAMD realizada por Suárez en 1988 y un estudio de traducción y estandarización del IDB elaborada en 1995 por Méndez, en donde se indica que los instrumentos son altamente confiables y válidos en la población mexicana; características psicométricas encontradas también en la EPDS.

Concluyendo, la aplicación de tal o cual instrumento de medición dependerá del investigador o el clínico. Aunque no olvidemos que un instrumento de medición adecuado es aquél que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que se tienen en mente.

#### 2.1.3.4.2. Cualitativas

Las diferentes interrogantes sobre la DPP demandan diversos métodos y respuestas a la investigación, por lo que las técnicas estadísticas o el uso de escalas o test psicométricos deben también considerar la percepción que tienen las mujeres sobre cómo es estar



deprimida, ya que si se da mucho énfasis en los instrumentos se corre el riesgo que los métodos cualitativos sean descuidados.

Mauthner (1999) indica que los informes que dan las madres tienen un pequeño valor en el campo dominado por la investigación cuantitativa, otorgando poca importancia a las percepciones de las madres. Lo central de la investigación cualitativa es la noción de reflexividad, ya que esta hace resaltar las percepciones que se hacen sobre la depresión, sus causas y consecuencias, tanto para ellas, como para sus hijos y sus familias, y otras fuentes de apoyo.

Por su parte, Nicolson (1998) argumenta que los métodos cualitativos tienen la capacidad de una colección sistemática, rigurosa y de un análisis, y como tales, hacen una contribución vital al conocimiento de la salud mental.

Por lo que considerando la importancia del método cualitativo, se han evaluado las conductas de depresión durante una entrevista semiestructurada adaptada a la Cédula de Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia (SADS), esta entrevista semiestructurada se usa ampliamente en la investigación clínica y se ha establecido su fiabilidad y validez (Campbell y Cohn, 1991).

Righetti, Conne, Bousquet y Manzano (1998) consideran que las entrevistas se deben llevar tres meses después del parto, debido a que es ahí donde el equilibrio familiar se ajusta recíprocamente y la depresión ya no puede ser considerada como parte de un proceso adaptativo.

Por otro lado, Nicolson (1999) en su estudio cualitativo-longitudinal, se enfocó a las explicaciones de las mujeres en la última parte del embarazo y los primeros seis meses del postparto. La autora considera que es mejor llevar a cabo la entrevista como un diálogo, pues aparte de recoger los datos en el contexto de la persona, ayuda tanto a la comparación entre individuos como a la colección sistemática de los datos, permitiendo seguir con asuntos específicos según los temas de importancia (definidos por el investigador y la respondiente) en el curso de la entrevista. En el análisis de los datos se consideraron: a) el reconocimiento del rango de experiencias emocionales significativas, que ocurren a lo largo del posparto (sobre todo de afecto negativo), b) el significado que estas experiencias tienen en el contexto de su vida, y c) cómo entendieron con el tiempo, ese significado y la experiencia.

Los datos se analizaron mediante transcripciones para identificar la “depresión” y las palabras referidas a la emoción y el humor “deprimido”, “bajo” o “disgustado”, o las conductas típicamente asociadas con el afecto negativo, como llorar y el estar demasiado cansada para moverse. Lo que se examinó fueron las frases que las mujeres utilizaban, para saber cómo percibía a la depresión y su significado, así como las experiencias y el contexto biográfico en la vida de la mujer.

En tanto que Mauthner (1999), utilizó una guía de entrevista que abarcó temas del nacimiento, sobre el ser madre, el bienestar emocional y psicológico, la relación con el compañero, las redes sociales más extensas y de apoyo, incluso el recibido por profesionales de la salud, la situación del empleo y la recuperación de la enfermedad. Se grabaron las entrevistas y se transcribieron literalmente. El análisis temático de los datos se llevó a cabo: 1. leyendo la historia total, 2. cómo experimentaba: la depresión, su relación social, el contexto social donde vivía, el político y el cultural.

A pesar de todas las argumentaciones, en los datos cualitativos muchas mujeres se han aproximado a la determinación de la causa de su DPP, pero no han logrado ratificar lo que percibían, debido a la falta de conocimiento sobre ese estado (Dix, 1991).

En suma, los usos propósitos de las escalas en la práctica clínica son: el diagnóstico y la investigación; y las técnicas utilizadas dependerán de la problemática estudiada. En el caso del diagnóstico, debemos recordar que un instrumento es sólo una ayuda para obtenerlo, y no es la única herramienta para tenerlo certero, se requiere además de un conocimiento profundo de todo lo que es el marco teórico de la problemática para así, entonces, poder utilizarlo como es debido y como una buena ayuda para ofrecer un eficaz y posible tratamiento.

Considerando lo anterior, tanto los métodos cuantitativos como los cualitativos deberán ser empleados para un completo contexto del problema, ya que de lo contrario se tendrán resultados subjetivos o parciales que no ayudarán a identificar a las mujeres deprimidas en el postparto, así como las conductas que presenta, errando en ocasiones el diagnóstico e incluso el tratamiento.

Lo que se considera es que se utilicen los instrumentos y otras medidas validadas para predecir aquellas poblaciones que presenten comportamientos de los cuadros depresivos.

De esta manera, durante el desarrollo del presente capítulo y la revisión de la literatura, se ha dado importancia a los trastornos que suceden después del parto, identificando por lo menos tres: los Blues, la Psicosis y la Depresión Postparto. Algunas veces, nombrados de distintas formas, y el no diferenciar uno del otro, podría llevarnos a un diagnóstico erróneo.

Sin embargo, a pesar de su importancia y relevancia para algunos profesionales de la salud, no hay categorías formales de diagnóstico para cada uno en el DSM-IV y en el CIE-10. Más bien, cada término lleva un sentido de duración, de aparición y de la relativa severidad del episodio. En el DSM-IV, cada uno de esos desórdenes puede ser formalmente caracterizado como tener un ataque de postparto, si el episodio empieza en las primeras 4 semanas después del parto.

Por ello, según la severidad y duración, los blues no son tan intensos como para considerarse un desorden psiquiátrico. Aunque como menciona O'Hara (1997), la psicosis del postparto es, por definición, severa y puede persistir por un período considerable, normalmente se diagnostica como, episodio maniaco o trastorno psicótico breve.

Por lo que la Depresión Postparto, ha sido diagnosticada según el criterio de un episodio depresivo mayor y dependerá de la severidad o duración del episodio y del número de conductas, es decir, se considera como una depresión no psicótica. A pesar de todo, Nicolson (1999) considera que casi ninguno de los científicos dispone de una clara definición operacional de la DPP. Y esto, de alguna manera marca la variabilidad en los índices (5 al 31%) que se han encontrado en los diversos estudios.

Además, el criterio de un mes establecido por el APA es un poco riguroso y significa distinguir a la depresión postparto del más común, menos severo, y transitorios blues experimentado por la mayoría de las madres en las primeras dos semanas del posparto. En tanto que la DPP también se ha distinguido de la psicosis del postparto, como un trastorno raro y con síntomas extremos que involucran delirios y alucinaciones.

Realmente, los tres cuadros parecerían formar un continuo de severidad, desde el abatimiento simple a la psicosis delirante, sin embargo, no existen estudios que lo avalen, y se han considerado como independientes en algunos casos. Por lo que es conveniente valorar la intensidad para una clasificación adecuada.

Por otro lado, se ha encontrado relación de la DPP con los problemas de pareja y la falta de apoyo social, particularmente del esposo, en conjunto con eventos estresantes, la vulnerabilidad de la mujer y una historia anterior de depresión u otro problema emocional.

Todo ello, hace pensar que la depresión postparto no difiere cualitativamente de la depresión que sucede en otros momentos, como lo indica Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount (1991). No obstante, Righetti, Conne, Bousquet y Manzano (1998) argumentan que las nuevas madres que presentan DPP difieren de madres que no la presentan, por ciertas características, como los factores de riesgo que ya pueden descubrirse durante el embarazo. Estos factores revelan un riesgo multifactorial, una combinación de factores personales y sociales.

A ello, se suman los hallazgos de otros autores como Cox et al. (1993) y Augusto et al. (1996, citados en Tomás, Pedrós y Aguilar, 1999), quienes consideran que en el primer mes después del parto, el riesgo de padecer depresión es el doble que en cualquier otro período de la vida, por lo que sugieren, que el nacimiento de un hijo puede adelantar el inicio de un trastorno que de todas maneras se hubiera desarrollado, aunque posteriormente.

Además, las depresiones que ocurren en otros momentos, pueden predecir las depresiones que ocurren en el postparto, y estas a su vez las que ocurren en el contexto familiar más tarde, y tener efectos en las relaciones con el esposo y sus hijos, aumentando el riesgo para los problemas de conducta del niño, y en el funcionamiento de la misma mujer.

La depresión postparto afecta en un promedio al 10% de las madres, y sobre todo a aquellas que no son tratadas. Esas madres podrán seguir adelante con su bebé, con tareas de la casa y demás actividades, pero no disfrutarán de ello, existiendo la posibilidad de que haya efectos a largo plazo en la familia, sobre todo teniendo implicaciones serias en la habilidad de la mujer para funcionar eficazmente en todos sus roles sociales (como madre, esposa y trabajadora).

Todo ello no hace más que señalar la importancia de la detección de este tipo de trastorno del posparto y de su posible repercusión en el desarrollo del niño. Por ello, el dar un tratamiento oportuno a las mujeres que experimentan una depresión postparto puede reducir la probabilidad de depresiones futuras y los problemas relacionados con la familia en general.

Entonces, ¿cuál sería el futuro de la depresión postparto si no se trata? Algunas mujeres suelen mejorar en algún grado al cabo de unas semanas, meses o incluso uno o dos años. Sin embargo, esto es a costa de un gran sufrimiento injustificado, haciendo de la maternidad una mala experiencia y dificulta la relación con la pareja. Por lo tanto, es más conveniente detectar este trastorno, lo antes posible, para tratarlo precozmente. Así, el tratamiento de esta depresión será el tema del siguiente capítulo.

## CAPITULO III

### EL TRATAMIENTO EN LA DEPRESION POSTPARTO

Durante el período postparto, algunas mujeres sufren disturbios de humor, que pueden estar asociados a los transitorios y relativamente leves blues postparto (benignos), o los que se relacionan con un deterioro significativo del funcionamiento, como una depresión postparto (DPP) o una psicosis puerperal.

Y aunque la prevalencia de la DPP indica una afección aproximada del 10% de todas las madres, las conductas depresivas que emergen durante el postparto, son a menudo pasados por alto.

Ello, porque a pesar de que una madre tiene múltiples contactos con el profesional médico, los trastornos de humor puerperal son frecuentemente desapercibidos, y muchas de ellas quedan sin tratamiento y en riesgo de sufrir futuras depresiones, esto sin olvidar el impacto significativo que tiene la depresión no tratada, tanto en el hijo como en la madre, y en la familia en general. Las razones para el retraso en el tratamiento pueden ser muchas, pero ese retraso debe ser evitado a través de programas que cuenten con elementos que promuevan, informe, oriente, ayude, eduque y demás, en beneficio de la prevención y el tratamiento de la problemática en cuestión.

La investigación sobre la DPP, se ha enfocado en identificar los factores de riesgo, por lo que, en los últimos siete años se ha comenzado a llevar a cabo estudios específicamente sobre tratamiento para la DPP, los cuales serán expuestos en el presente capítulo.

La importancia del temprano reconocimiento de la DPP y su eficaz tratamiento, resulta esencial para evitar consecuencias adversas tanto para la madre como para su familia.

#### 3.1. Tratamiento de la Depresión

Debido a que la depresión abarca una gama muy amplia de manifestaciones y se presenta a cualquier edad, no existe una sola forma de abordarla.

Por ello, se ha considerado que los pacientes deprimidos reciben generalmente de una a tres formas de tratamiento: medicación con antidepresivos, alguna forma de psicoterapia o una combinación de farmacoterapia y psicoterapia.

En algunos casos, se han usado los psicofármacos debido a que algunas personas pueden responder a ellos, cuando predominan componentes fisiológicos, como despertar temprano, alteraciones severas de concentración, pérdida de interés, por nombrar sólo algunos. Aunque también se toman en cuenta tratamientos psicoterapéuticos que abordan la depresión, entre los más relevantes en psicoterapia, de acuerdo a Gorjón (1995), se pueden mencionar al enfoque psicodinámico, el cognitivo conductual y el interpersonal.

### 3.1.1. Terapia Psicodinámica

En el enfoque psicodinámico se han señalado diversos modelos para explicar el comportamiento depresivo, pero el consenso general es que la depresión, refiere en esencia un estado afectivo caracterizado por la pérdida de la autoestima. Además, formulan que las pérdidas y frustraciones tempranas, el daño a la autoestima proveniente de una discrepancia entre el self actual y el yo ideal, la persistencia de una rabia narcisista bajo un self no amado y castigado, los deseos omnipotentes que sutilmente sustentan un sentimiento de infelicidad y devaluación, y las dificultades en la autonomía e intimidad debidas a la reactivación de conflictos intrapsíquicos infantiles, forman la matriz inconsciente de los episodios depresivos subsecuentes.

Por su parte Karazu (s.f., citado en Gorjón, 1995), consideró que en las diferentes etapas del desarrollo psicológicos del individuo, participan dos configuraciones fundamentales vinculadas en la formación del self, una diádica (madre-hijo) y otra triádica (padre-madre-hijo), y que las perturbaciones en la relación generan, en la persona, problemas psicológicos que se pueden precipitar en diferentes formas de depresión y manifestarse como deficiencias o conflictos, de la siguiente manera:

**Depresión Diádica por Deficiencia.** Se da cuando una madre física o psicológicamente ausente, rechazante, impredecible e insegura, produce perturbaciones en la relación con el hijo, produciendo severas deficiencias en el desarrollo del niño (lo incapacita para desarrollar la autoestima, la constancia objetal, la tolerancia de afecto intenso y la confianza básica). Este tipo de deprimidos tienen conflictos al ejercer la maternidad o paternidad, pues son eternos niños desamparados en busca de parejas nutricias capaces de sostener su frágil autoestima (situación que podría explicar la DPP, desde este enfoque). Socialmente

funcionan por debajo de sus capacidades y con frecuencia sabotean su rendimiento en sus relaciones, escuela, trabajo y demás, lo cual perpetúa su devaluación e infelicidad. A este tipo le corresponden las depresiones más severas, incluyendo las psicóticas.

**Depresión Diádica por Conflicto.** Tiene lugar en la relación con una madre entrometida, demandante, controladora, cuyo amor y aceptación están siempre condicionados, lo que tiene como consecuencia que el individuo se perciba como un ser malo, además de ser perfeccionistas y exigentes en extremo con ellos mismos y con sus semejantes. En general, este tipo de pacientes se rehúsan a tener hijos y procuran mantenerse siempre “limpios” y bajo control, suelen permanecer solteros o tener matrimonios y relaciones interpersonales de corta duración.

**Depresión Triádica por Déficit.** Se presenta cuando existe un padre física o psicológicamente ausente, poco confiable (inmoral o impredecible) y agresivo hacia el niño y/o la madre. Al llegar a la vida adulta, lo deprimidos desconfían de la autoridad o los valores sociales (religión, matrimonio o familia), su autoestima depende de suministros narcisistas externos, y la pérdida de ellos, real o fantaseada (como la ruptura de la estrecha relación con una mujer), precipitan un cuadro depresivo. Como padres resultan poco estimulantes y sus esposas, inseguras e infantiles, no representan objetos libidinales agradables: como madres, no son modelos deseables para una identificación.

**Depresión Triádica por Conflicto.** Se origina cuando los deseos y las inhibiciones interiorizadas se reprimen y se hacen inconscientes, por padres seductores en exceso, indulgentes ante la seducción de sus hijos o con conflictos en su agresión. Los rasgos clínicos están relacionados con frustraciones de aspiraciones fálicas (tienden a producir ansiedades de castración, sentimientos de inferioridad e ineficacia ante los deseos opuestos de ser deseable, fuerte y superior) o transgresiones superyoicas (generan culpa exagerada y conductas autopunitivas traducidas en miedo al éxito, a la pérdida de respeto, merecimiento o significado, e incluso somatizaciones o impotencias).

Estos cuatro tipos de depresión, son un intento por reunir los diferentes conceptos psicodinámicos para entender la depresión, con una perspectiva de carácter evolutivo que describe las características clínicas de cada cuadro, para establecer el manejo terapéutico, de acuerdo con su marco de referencia.



Así, el propósito general del tratamiento con terapia psicodinámica, a largo plazo o breve, es modificar el substrato estructural de trastorno depresivo, no sólo sus manifestaciones inmediatas. Al resolver los conflictos intrapsíquicos relacionados con personas significativas en el presente y el pasado del individuo, se produce una reorganización de la estructura del ego y el superego. De esta manera, se pueden definir varias metas sucesivas para el paciente deprimido, que están en relación con la duración del tratamiento:

1. Aliviar los síntomas a través de la expresión de los sentimientos hostiles reprimidos.
2. Atenuar las exigencias del superego y los anhelos perfeccionistas con el fin de reducir los sentimientos de culpa e inadecuación y así permitir el crecimiento de la autoestima.
3. Clarificar al paciente que los deseos usuales narcisistas de amor y las expectativas exageradas en sus relaciones con otros son irreales y equivocadas.
4. Descubrir y recrear los conflictos tempranos de los cuales el trastorno actual deriva.

Además, la tarea terapéutica principal, radica en examinar las circunstancias de la pérdida de la autoestima y los factores que predisponen al paciente a la misma, que incluyen una o más de las siguientes tareas:

- a. Si el paciente se experimenta solo y vacío, la tarea terapéutica consistirá en descubrir los factores que le impiden la clase de relaciones objetales necesarias para una autoestima adecuada. Puede llevarse a cabo: ayudando al paciente a identificar sus necesidades, interpersonales y afectivas, pues no todas las personas son conscientes de ellas, examinando las maniobras defensivas que tienden a aislarlo; identificando las pautas derrotistas frente a miembros del sexo opuesto.
- b. Cuando el problema central es la culpa, la tarea terapéutica incluye la modificación de una conciencia irrealmente severa, esto es, un superego que conserva gran parte de su punitividad temprana no modulada y que no ha sido afectado de manera suficiente por la influencia suavizante del proceso del desarrollo.
- c. Cuando la autoestima reducida del paciente es la consecuencia de un sentimiento irreal de inadecuación, la meta terapéutica será ayudar al paciente a adquirir una perspectiva más realista de sus habilidades y talentos. Por lo general, esto incluye la modificación de un yo ideal poco realista en dirección a un nivel de aspiración más razonable.

En resumen, el proceso terapéutico consiste en producir la regresión del paciente respecto a los conflictos experimentados en la infancia temprana, hacer conscientes los conflictos

reactivados mediante la situación de transferencia, que deben ser elaborados y sometidos al control del yo. Todo ello mediante descargas catárticas de impulsos agresivos reprimidos que se consideran la base de la depresión, utilizando la introspección, que comprende la exploración, confrontación, clarificación, interpretación y elaboración de conflictos.

Por su parte, el terapeuta, durante el proceso, explora ideas y expectativas distorsionadas del ego, analiza aspectos disfuncionales del superego, tomando para ello el rol de pantalla, en el que se refleja el paciente, haciendo que el terapeuta sea comedido verbalmente, neutral y abstínente. En la terapia breve el rol ha pasado a ser más directivo, activo y de soporte (Schramm, 1998).

Pero aún cuando parezca el tratamiento ideal, se sabe que no todos los pacientes pueden ser tratados con tal enfoque, debido a que se requiere una cantidad enorme de tiempo, recursos y esfuerzos por el paciente, y la mayoría de ellos no están dispuestos a soportar, o algunos no están en condiciones de hacerlo (ya sea porque sufren síndromes muy severos o cuando el riesgo suicida es muy alto). Por lo que se pueden sugerir otras técnicas más activas, que pongan mayor vigor en confrontar las defensas y clarificar los conflictos presentes más que los originarios.

### 3.1.2. Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) retoma los principios del aprendizaje para tratar las diferentes problemáticas, ya que se supone que las conductas de desadaptación son hasta un grado considerable, adquiridas a través de las experiencias con el medio, del mismo modo que cualquier conducta es desaprendida, en términos de los principios establecidos (por condicionamiento clásico, operante y modelamiento).

De esta manera, los problemas pueden estar en función de habilidades o déficit conductuales del individuo, de su situación ambiental cotidiana y del modo en que una respuesta particular sea reforzada. Por ello, los principios de aprendizaje pueden ser efectivos en la modificación de conducta de desadaptación, y el hecho de que una respuesta pueda ser modificada mediante dichos principios, no prueba que fuese adquirida a través del mismo.

Con base en lo anterior, se considera que la respuesta depresiva surge y se mantiene como consecuencia de una falta de refuerzo positivo contingente a la conducta, la falta de habilidades sociales y por problemas actuales asociados a menor refuerzo positivo (ruptura de pareja, temores, etcétera). Además, el comportamiento depresivo puede persistir al reducir la tasa de conductas que conllevan a la limitación de refuerzo positivo alcanzable, pero igualmente, la depresión puede ser reforzada positivamente por la familia en forma de apoyo y dedicación al paciente.

Así, los factores cognitivos y del comportamiento, que forman parte de los modelos de comportamientos sociales, automatizados y condicionados por el aprendizaje, son interrumpidos por condicionamientos negativos, que pueden provocar directamente un estado de ánimo disfórico, esos cambios del comportamiento provocan a su vez que se reduzca el refuerzo positivo o que aumenten las experiencias negativas. De ello puede derivar otro comportamiento de aislamiento o autocrítica, hasta que se crea por último un círculo vicioso de autoinhibición y depresión (Schramm, 1998).

Por ello, el procedimiento terapéutico de la TCC refiere un proceso de aprendizaje, pero el contenido de lo aprendido va más allá de la solución específica a un problema particular y en su lugar enmarca técnicas cognitivas y conductuales que los individuos pueden emplear para manejar las diferentes situaciones difíciles con que se encuentran en la vida.

Por lo que, la TCC también retoma la teoría de Beck, la cual presupone que las experiencias tempranas son base para formar conceptos negativos (esquemas) sobre uno mismo, el futuro y el mundo, conceptos que permanecen en el individuo y se activan en determinadas situaciones. En este sentido, ante acontecimientos traumatizantes, la persona con tendencia a la depresión desarrolla ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida, generando una pasividad conductual. En cambio, la persona media (la que no se deprime), responde de forma realista, manteniendo su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida.

El depresivo estructura sus experiencias y conductas en unas categorías, creando patrones cognitivos distorsionados (esquemas), caracterizándose por ser repetitivos, perseverantes, extremos, negativos y absolutistas, entre otros. Dichos esquemas son mantenidos por el depresivo como válidos y verídicos (a pesar de la evidencia contraria), mediante errores en el pensamiento; entre ellos se pueden mencionar a la sobregeneralización (generaliza situaciones relacionadas o inconexas, a partir de varios hechos aislados), la abstracción

selectiva (conceptualiza la experiencia con base en un fragmento fuera de contexto), la inferencia arbitraria (conclusión adelantada en ausencia de evidencia o cuando ésta es contraria a la conclusión), a la maximización y minimización (error al evaluar la magnitud del evento o distorsión), la personalización (tendencia a atribuirse los fenómenos externos cuando no hay base) y el pensamiento dicotómico (clasificar experiencias en categorías opuestas).

El enfoque cognitivo conductual, también observa la función que otras personas pueden tener en la depresión, pues considera que la persona deprimida tiene una creciente tendencia a la dependencia en otros que considera más competentes y capacitados; sin embargo, cuando el individuo se aleja de las personas significativas y estas responden con rechazo o crítica, las muestras de cariño y afecto proporcionadas posteriormente, ya no funcionan, formándose un círculo vicioso, ayudando al mantenimiento de la depresión. Si por el contrario, cuenta con un contexto familiar o con amigos que le sirven como representación de la realidad social para ayudarlo a someter a prueba los pensamientos negativos, puede beneficiarse para obtener una mejora en su estado de ánimo.

Por lo anterior, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se centra en el paradigma personal, que refiere un sistema donde se organizan las creencias negativas actuales de la persona deprimida, consideradas por él como reales y verdaderas, que se pueden cambiar cuando la persona se dispone a reconocer la existencia de la distorsión. De esta manera, el objetivo a largo plazo de la terapia, es facilitar la maduración, es decir, generar habilidades para corregir distorsiones cognitivas e incorporar actitudes más racionales y adaptativas, además del perfeccionamiento de las habilidades sociales. Por lo que el plan de la TCC, tiene como base eliminar las conductas depresivas y prevenir las recaídas, donde el paciente debe:

1. Comprender la naturaleza y fundamento teórico del tratamiento cognitivo.
2. Estar preparado para enfrentarse con fluctuaciones en el nivel de la intensidad de la depresión a lo largo del tratamiento.

Asimismo, las estrategias cognitivas especiales están destinadas a:

- 1) Detectar, registrar y revisar las creencias depresogénicas identificadas en el registro diario de pensamientos disfuncionales, así como deducir los axiomas distorsionados.

- 2) Reconocer la relación entre cogniciones irracionales y experiencias autodevaluadoras, usando ejemplos concretos de experiencias recientes.
- 3) Localizar pensamientos recurrentes, tales como miedo al fracaso o necesidades perfeccionistas.
- 4) Corregir estas percepciones conduciendo mini-proyectos de dificultad progresiva.

Este enfoque pretende que el paciente aprenda a vigilar sus pensamientos automáticos negativos (cogniciones), reconozca las conexiones entre cognición, afecto y conducta, examine la evidencia a favor y en contra de las distorsiones automáticas del pensamiento y aprenda a identificar y alterar las creencias disfuncionales que lo predisponen a experiencias distorsionadas.

Para lograr lo anterior, la TCC se apoya en una combinación de técnicas conductuales y cognitivas, las primeras se utilizan para producir una mejoría en el funcionamiento, contrarrestar los pensamientos obsesivos, modificar las actitudes inadecuadas y proporcionar un sentimiento de gratificación. En este sentido, cuando la persona observa los cambios operados en su propia conducta, puede mostrarse inclinado a examinar y mejorar su autoconcepto, que le producirá, a su vez, un aumento espontáneo en la motivación y una mejoría en el estado de ánimo. Mientras que las técnicas cognitivas se ocupan de proporcionar procedimientos específicos para identificar o modificar el paradigma personal del paciente.

Así, se pueden mencionar que algunas de las técnicas utilizadas son: la programación de actividades (prescripción de actividades determinadas para contrarrestar la escasa motivación del paciente), técnicas de dominio y agrado (realizar actividades agradables para lograr una mejoría y contrarrestar el pensamiento absolutista), entrenamiento en asertividad (centrado en habilidades específicas e incluye el modelado, práctica cognitiva, etcétera), juego de roles (implica la adopción de un papel social, para mostrar un punto de vista alternativo o elucidar factores que interpreten la expresión adecuada de emociones). También se utilizan las técnicas de atribución (donde se buscan caminos para explicar las situaciones adversas y prevenir la ocurrencia futura), búsqueda de soluciones alternativas (investigación activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente), registro de pensamientos inadecuados (elaborar respuestas racionales a las cogniciones negativas), por mencionar algunas.

Además, como complemento integral para el tratamiento y para fortalecer la comunicación entre terapeuta y paciente, se utilizan las tareas para casa, en donde se obtienen datos con el propósito de refutar pensamientos y creencias negativos, y para implementar y reforzar aspectos educativos de la terapia (Beck, 1983).

Durante la terapia, el rol del terapeuta es el de entrenador/profesor, debido a que se muestra directivo, activo, constructivo, coopera amigablemente, da ánimos y empuje (Schramm, 1998).

Las técnicas expuestas aquí, son utilizadas para la población deprimida en general, aunque también se han modificado con base en algunas características de los pacientes, por ejemplo depresión en adolescentes, infantil y para la depresión después del parto, por mencionar algunas; en cualquiera que sea el caso, se pretende que el paciente esté en condiciones de reconocer, verificar y corregir cogniciones desfavorables, detecte modelos alternativos de comportamiento y aprenda a conseguir más autocontrol sobre sus procesos de pensamiento.

### 3.1.3. Terapia Interpersonal

El enfoque interpersonal o psicoterapia interpersonal (TIP), comparte elementos de los enfoques anteriores, sin ser una nueva forma de tratamiento, relaciona el ambiente interpersonal con el estado psíquico de la persona, considera que la depresión parte de una conexión entre la falta de resolución de problemas interpersonales y la aparición del episodio depresivo, en el que participan tres procesos (aparición de comportamientos, constelación interpersonal y social, y factores de la personalidad), en combinación con factores genéticos y biológicos.

La TIP se fundamenta en el modelo médico y conceptualiza a la depresión como un síndrome psíquico complejo o del comportamiento clínicamente significativo, acompañado de malestar y perjudicial en la capacidad funcional, confiriéndole al individuo el *rol de enfermo*, pues la depresión, siendo una enfermedad, no sólo es una condición sino que se ubica como un rol social, ello le permite al paciente, *inicialmente*, librarse de sus obligaciones sociales. De este modo, se considera que una persona depresiva se caracteriza por la falta de habilidades sociales y un estilo de interacción desfavorable (incapacidad para

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

percibir o entender los refuerzos positivos, poco contacto con el interlocutor, frecuentes quejas y demandas de ayuda).

Así, el propósito de la TIP consiste en la solucionar los problemas interpersonales que presentan los pacientes al inicio de la depresión, interviniendo específicamente en cuatro áreas, las cuales se refieren a:

- A. **El Duelo.** La TIP se ocupa de la depresión asociada a reacciones de duelo anormales, resultantes de la incapacidad para atravesar las diferentes fases de un proceso normal de duelo. Se pretende ayudar a que el paciente valore la importancia de la pérdida de una forma realista, desligarse de sus ataduras con la persona muerta y buscar nuevos intereses, por medio de estrategias y técnicas que se centran en los recuerdos y en las emociones relacionadas con el difunto, que experimenta el paciente.
- B. **Disputas interpersonales.** Refiere a una situación en la que el paciente y al menos una persona de referencia tienen expectativas no recíprocas en su relación, el paciente se caracteriza por una actitud desmoralizada de que nada se puede hacer, hábitos de comunicación pobres o las diferencias realmente irreconciliables entre las partes del conflicto. Las estrategias terapéuticas generales en esta área, se enfocan en ayudar al paciente a que entienda cómo las expectativas no recíprocas del rol se relacionan con la disputa, a emprender pasos hacia la resolución de las disputas y las negociaciones del rol.
- C. **Transiciones de rol.** La depresión ocurre cuando una persona tiene dificultades para afrontar los cambios en la vida, cuando tienen la sensación de fracasar en el nuevo rol o, cuando a pesar de reconocer la necesidad de cambio, se tienen dificultades para adoptar los cambios requeridos. En esta área, los aspectos del tratamiento pueden variar según el ciclo vital del paciente, no obstante, existen elementos comunes como: evaluar el rol, alentar la expresión de sentimientos y desarrollar nuevas habilidades sociales así como establecer apoyos sociales.
- D. **Déficit interpersonales.** Se considera que el tratamiento se debe aplicar cuando un paciente presenta una historia de empobrecimiento social que conlleva unas relaciones interpersonales inadecuadas o que no dan apoyo. Con la ayuda de estrategias como la revisión de las relaciones importantes del pasado, evaluación de

relaciones fracasadas o dificultades interpersonales anteriores, abordar sentimientos negativos y positivos, incluso en la relación con el terapeuta; se pretende reducir el aislamiento social del paciente y alentarle a establecer nuevas relaciones.

En el tratamiento, la TIP se limita temporalmente a una o dos de estas áreas, con el objetivo de reducir los comportamientos depresivos y afrontar los problemas asociados al inicio del episodio, empleando las estrategias que se mencionan en cada una. Es decir, se enfoca en mejorar las pautas actuales de interacción y de comunicación del paciente con sus personas de referencia, interviniendo no en aspectos de la personalidad, sino en niveles de "síntomas" y disfunciones interpersonales (Schramm, 1998).

Así, con el interés por buscar un tratamiento psicoterapéutico para pacientes que sufren una depresión, el enfoque interpersonal ha intentado adaptar o modificar sus estrategias a trastornos específicos, como en el caso de la DPP, en donde se tiene en cuenta que de acuerdo a las características de la madre, se requiere un tratamiento psicoterapéutico eficaz, punto principal del presente capítulo que a continuación se desarrolla.

### 3.2. El Tratamiento en la Depresión Postparto

Debido a que los factores de riesgo encontrados en la DPP no difieren de una depresión no puerperal, se considera el mismo curso de tratamiento. Por lo que Nonacs y Cohen (1998) mencionan que hay sin embargo, una aparente tendencia a tratar a la mujer que sufre DPP con menor importancia que pacientes no puerperales, esto con respecto a la dosis y/o duración del tratamiento. No obstante, una falta de un tratamiento o uno inadecuado para el trastorno de humor durante el postparto, deja secuelas en las mujeres que lo experimentan, incluyendo un patrón de depresiones futuras y de mayor intensidad.

Considerando lo anterior, Hendrick, Altshuler, Strouse y Grosser (2000) compararon la efectividad de la farmacoterapia en mujeres con depresión postparto y no postparto, demostrando que el 75% de las mujeres deprimidas no en el postparto se recuperaron en contraste con el 36% de las que presentaban DPP. Además, éstas últimas requerían más agentes antidepressivos en un periodo más largo de respuesta. Por lo que Epperson (1999) argumenta que los antidepressivos son usualmente desfavorables para quienes están



amamantando, aunque existen ciertos antidepresivos que pueden ser usados durante la lactación sin algún riesgo de los efectos adversos en el pequeño.

Pero aún cuando existan antidepresivos útiles en el tratamiento de pacientes con DPP, existe otra opción para quienes está contraindicado tomarlos, y ésta es la referente a las psicoterapias. La eficacia de algunas terapias en el tratamiento de la depresión, ha permitido la adaptación de éstas a situaciones específicas, entre ellas a la DPP, por lo que se han llevado a cabo investigaciones con dos psicoterapias, principalmente: la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia Interpersonal (TIP).

Se cree que la TIP demuestra ser una terapia eficaz para la depresión mayor, porque se enfoca en las relaciones interpersonales, y está directamente dirigida a los problemas experimentados por las mujeres deprimidas en el postparto (O'Hara, Stuart, Gorman y Wenzel, 2000), e incluso en la depresión prenatal (Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein y Howard, 2001). Por otro lado, a pesar de la efectividad de la TCC, pocos estudios han comparado las intervenciones del tratamiento específicamente con referencia a la DPP.

También se sugiere la terapia electroconvulsiva, pues se considera rápida y efectiva para las que sufren un trastorno postparto severo. Sin embargo, no se dejan de lado las intervenciones de grupos de apoyo y psicoeducativas, que son frecuentemente incluidas en el cuidado de mujeres después del parto (Nonacs y Cohen, 1998).

En la actualidad existen diversas medidas terapéuticas aplicables a la DPP, para una mayor comprensión de éstas, es indispensable dividir las en dos áreas: aquellas diseñadas para prevenir el desarrollo de la DPP, aplicadas durante el embarazo o tempranamente en el puerperio, a menudo para mujeres en riesgo, y aquellas aplicadas a las mujeres después del parto que ya están deprimidas, que se consideran correctivas. Para ello, se considera necesario tomar en cuenta la aplicación y su eficacia en investigaciones empíricas comparado con lo que se menciona en la literatura.

### 3.2.1. Medidas Preventivas

La identificación temprana de esas mujeres que están en gran riesgo de desarrollar un trastorno de humor postparto es indispensable para el tratamiento del mismo, sobre todo una identificación precoz que representa el primer paso en la prevención de la DPP.

Las medidas terapéuticas que se aplican antes del parto, se orientan más hacia el manejo grupal, según lo muestran los estudios citados a continuación.

En 1997, Spinelli demostró que un programa de tratamiento con TIP para prevenir la DPP, es efectiva aplicándola durante el embarazo, enfocándose en la transición del rol. Ella, llevó a cabo una prueba piloto durante 16 semanas con 13 mujeres embarazadas, quienes estaban dentro del criterio de depresión mayor. Obteniendo una disminución significativa en el índice de depresión, debido a que todas las mujeres entraron en el criterio de recuperación (en la escala de Hamilton tenían un puntaje de menos de 6); al final del estudio (tres meses después del parto), ninguna de las 10 mujeres que continuaron en el estudio, reportaron síntomas depresivos. Concluyendo que la TIP para la depresión prenatal resultó efectiva debido a que la madre logra un equilibrio emocional antes del nacimiento.

Aún con los resultados favorables de la TIP, se podrían encontrar algunas limitaciones en el estudio, como el pequeño número de participantes, que no es representativa para examinar las semejanzas y diferencias que hay con otros hallazgos.

Por su parte, Zlotnick et al. (2001) investigaron la intervención preventiva basada en los principios de la TIP aplicada a mujeres embarazadas que reduciría el riesgo de una depresión mayor en el postparto. Participaron 35 mujeres con un periodo de 20 a 32 semanas de gestación, que recibían asistencia pública y tenían por lo menos un factor de riesgo de DPP (como episodios previos de depresión, depresión postparto anterior, niveles moderados de sintomatología depresiva, pobre apoyo social o un estresor de vida); fueron asignadas a 4 semanas de intervención (GI) y un grupo de tratamiento usual (recibieron atención y tratamiento médico, que habitualmente se les proporciona a todos los pacientes que acuden a la clínica prenatal) o grupo control (GC). No habiendo diferencias significativas en variables demográficas, factores de riesgos y paridad, en los grupos. Notándose cambios en los resultados del Inventario de Depresión de Beck (IDB) antes y después de la intervención en el GI, que fueron significativamente más grande que las obtenidas en el GC. De esta manera, dentro de los 3 meses después de dar a luz, 6 (33%) de 18 mujeres en el GC desarrollaron DPP, comparada con ninguna de las 17 mujeres en el GI. Aunque 3 de las 6 del GC, que experimentaron DPP, tuvieron una historia previa de depresión, no se relacionó significativamente con la presencia de DPP, ni tampoco con el

nivel inicial de conductas y el ser primípara. De esta manera, la TIP grupal fue útil en la prevención de la ocurrencia de DPP en un grupo con bajos recursos económicos.

En el estudio anterior, las intervenciones consistieron en una “Técnica de supervivencia” para las nuevas madres, comprendió 4 sesiones grupales de 60 minutos en un periodo de 4 semanas, que consistieron en: Sesión 1. Una explicación del programa psicoeducativo en baby blues y DPP. Sesión 2. Se enfocó en la identificación de transición de roles, cambios asociados con dicha transición y metas del manejo exitoso de la transición del rol, con énfasis en la transición hacia la maternidad. Sesión 3. Consistió en un marco de metas, desarrollando apoyos e identificando conflictos interpersonales potenciales, especialmente una vez que el bebé ha nacido. Sesión 4. Se les enseñaron técnicas para resolver conflictos interpersonales y se revisaron los temas principales de la intervención. Se obsequiaron folletos basados en el material presentado en cada sesión, así como las relacionadas con la asignación de tareas.

Así, en los programas con TIP descritos anteriormente para prevenir la DPP, los investigadores partieron del supuesto de que la aparición de DPP es consecuencia de las dificultades en el cambio de rol, por lo que la terapia de prevención primaria es enfocada en ayudar a las mujeres a identificar los posibles conflictos (factores de riesgo) y modificaciones consecuentes al nacimiento de un hijo, pero al mismo tiempo se pretende que las mismas busquen soluciones al respecto, mediante la enseñanza de estrategias (renunciar al rol actual, expresar sentimientos, adquirir nuevas habilidades) y sobre todo animarlas a buscar apoyo en su red social o alentarlas a establecer nuevas relaciones y evitar la falta de soporte (factor de mayor riesgo para la aparición de la depresión). Al respecto, cuando se crea pertinente (al analizar la posible interacción positiva o conflictiva con personas de referencia), se puede enfatizar la participación de la pareja en la crianza de los hijos y/o la familia inmediata (materna), pero sobre todo la importancia de la comunicación en la relación con tales personas.

Cabe destacar que la TIP, aplicada por Zlotnick et al. en el 2001, resultó efectiva en la prevención de la DPP, al proporcionar a las mujeres herramientas para resolver posibles conflictos en tres áreas (enfazando la transición de rol durante todo el proceso, y retomando el de disputas y déficit interpersonales en la tercera sesión), tan sólo en cuatro

sesiones; en cambio Spinelli aplicó 16 sesiones de TIP, obteniendo la misma eficacia, sin embargo no da cuenta del procedimiento llevado en cada sesión, aunque por tratarse de más sesiones se pudieron abarcar otros campos.

Considerando lo anterior, resulta indispensable que toda mujer embarazada lleve un control sobre su embarazo, aunque también debería abarcar su situación personal e identificar aquellas que están en riesgo de padecer DPP, y así poderlas remitir a tiempo a una terapia. Es conveniente invitar a las que estén en riesgo a grupos de encuentro, donde puedan compartir vivencias y creencias, como una forma de expresarse y prepararse al postparto, sobre todo a la transición del nuevo papel que desempeñarán, manejando aspectos psicológicos del embarazo y postparto en referencia a la misma mujer y su contexto. Haciendo referencia incluso a la importancia temprana del contacto madre-hijo, para evitar un deterioro causado por la depresión, pues es significativo el desarrollo de la relación, por lo que se recomiendan medidas terapéuticas preventivas.

### 3.2.2. Medidas Correctivas

Algunas mujeres que no son detectadas en riesgo de sufrir DPP y llegan a experimentarla, pueden no recibir un tratamiento, algunas porque sufren en silencio, otras porque no son tratadas adecuadamente. Sin embargo, cuando se identifica en el periodo postparto, es posible tomar medidas que pueden ayudar a la mujer en esta afección.

De acuerdo con las investigaciones, a las que se hará referencia en lo subsecuente, dentro de las medidas terapéuticas aplicables después del parto se encuentran la TIP y la TCC principalmente, las cuales se orientan al manejo individual y las que se utilizan en el manejo grupal, las cuales se describen a continuación.

#### *a. Manejo Individual.*

El tratamiento individual puede ser ofrecido a quienes se resisten a la participación grupal o porque simplemente lo prefieren, pero también puede ser conveniente porque existen

problemas adicionales como una limitación en la capacidad intelectual, en la habilidad de entendimiento o en el lenguaje, etcétera (Milgrom, Martin y Negri, 1999).

Así en la Universidad de Iowa, Stuart y O'Hara (1995) probaron una forma modificada de TIP para el tratamiento de la DPP, durante 12 semanas, a 6 mujeres con un episodio depresivo mayor (con promedio de 4.1 meses postparto, casadas y con edades entre 26 y 38 años, 5 de ellas estaban amamantando). La modificación incluyó un énfasis en ayudar al paciente a resolver las tensiones maritales, y superar la transición de rol que a menudo aparecen después del nacimiento del niño. Dando un resultado positivo, debido a que las pacientes presentaron remisión de la depresión en el curso del tratamiento, notándose esto, en un cambio significativo en los puntajes de las distintas escalas; además, mejoró significativamente la adaptación en los ámbitos social y matrimonial. Por lo que la TIP resultó particularmente útil, directamente dirigida al problema asociado con la transición de rol en el postparto. También es una alternativa eficaz para muchas madres que desean seguir amamantando.

O'Hara, Stuart, Gorman y Wenzel (2000) también realizaron un estudio con 99 mujeres deprimidas postparto entre 1995 a 1997, asignadas al azar a 12 semanas de TIP o a una condición de lista de espera (Grupo Control [GC] quienes recibieron TIP después las 12 semanas), ambos grupos evaluados cada cuatro semanas. Por lo que una gran proporción significativa de mujeres que recibieron TIP se recuperaron de los episodios depresivos basados en los puntajes de la escala de Hamilton de 6 o más bajo (37.5%) y del Inventario de Depresión de Beck de 9 o más bajo (43.8%) comparado con el GC (13.7% y 13.7% respectivamente). Este último grupo, experimentó pocas mejoras durante las 12 semanas, sugiriendo que la recuperación sin tratamiento ocurre lentamente. Por lo que se propone que la TIP es un tratamiento eficaz para la DPP, debido a que redujo los comportamientos depresivos y mejoró el ajuste social.

El desarrollo de las sesiones del estudio antes expuesto se llevó a cabo en sesiones individuales; una sesión semanal de una hora, durante doce semanas, estandarizadas de acuerdo al manual de Klerman, con algunas modificaciones basadas en el contexto postparto de la depresión, que consistió en:

*Sesiones iniciales:* identificar la depresión como un desorden médico que aflige al paciente, ubicando la depresión en el contexto interpersonal, revisando las relaciones interpersonales

del paciente pasadas y presentes, y relacionando aspectos problemáticos de esas relaciones a la depresión del paciente. Finalmente, terapeuta y paciente, en colaboración identificaron las áreas problemas de la TIP más relacionadas al episodio y se establecieron metas de tratamiento.

*Sesiones intermedias:* el terapeuta se enfocó en las dificultades interpersonales identificadas por el paciente, donde se abordó el postparto común y áreas problemas de la TIP incluyendo conflicto con la pareja y familia extendida (disputas interpersonales), pérdida de relaciones social y de trabajo (transición del rol), y pérdidas asociadas al nacimiento, tales como pérdida perinatal previa o la muerte de otros significativos (pena).

*Sesiones finales:* el terapeuta reforzó la habilidad del paciente al superar la depresión, se discutieron los planes de terminación de terapia, y se trabajó con los pacientes en la elaboración de planes en caso de sufrir una recaída.

En los dos estudios antes expuestos, se consideraron dos áreas para trabajar en la terapia (disputas interpersonales y transición de rol), aunque en el que realizaron O'Hara, Stuart, Gorman y Wenzel en el 2000, se tomó en cuenta una tercera (el duelo), la cual se mencionará posteriormente. El primer paso en ambos estudios, fue trabajar sobre la concepción de que la mujer es un paciente que debe afrontar la "enfermedad" antes de estar en condiciones de trabajar con temas más profundos, es decir, la TIP se enfoca primero en que las madres se den cuenta de su "enfermedad" y no en la solución de los problemas, cuando las madres comprenden su situación y aceptan su rol (enfermas) se procede al análisis de su situación para conocer el (las) área(s) problema(s), pero además se les da ánimos, consejos y comentarios positivos (sobre los procedimientos que se disponen y la probabilidad de cambio).

De acuerdo a ello, se infiere que la áreas problemas fueron elegidas porque las personas de referencia asociadas al conflicto eran el esposo y la familia, tal vez por la falta de apoyo, la presión que pudieron ejercer en la maternidad y pérdidas en distintos ámbitos, incluyendo la dificultad de la mujer de aceptar el rol, por mencionar algunos.

En el tratamiento de la DPP con TIP, se da énfasis en transición de rol porque se considera que ser madre es parte del ciclo vital, que le demanda nuevas habilidades, y que en ocasiones muchas tienen conflictos de adaptarse o no aceptar el nuevo papel, conflictos

entre las expectativas y las experiencias, aunado a un pobre cuidado en la niñez por parte de sus padres, y a un escaso apoyo por parte del esposo y/o familiares. El nacimiento de un hijo, es percibido por las deprimidas como una pérdida de la libertad personal. En este sentido, las amas de casa experimentan un aislamiento cuando se encuentran lejos de la familia o cuando el esposo trabaja, por lo que no percibe un apoyo; en el caso de mujeres solteras (quienes además sufren la ausencia de la pareja) experimentan una falta de apoyo social mucho mayor cuando se presentan dificultades con los padres por la misma situación; por su parte, la mujer que contaba con un empleo, puede enfrentarse a la pérdida de trabajo, en las relaciones sociales en combinación con la tensión en el papel materno. De este modo, el manejo de la transición de rol se basa en evaluar el viejo rol para alentar la expresión de sentimientos (de culpa, enfado y decepción) y facilitar así, la transición a hacia la maternidad y dando oportunidad de que desarrollen nuevas habilidades sociales, mediante afrontamiento de sus miedos sociales, evitar la asunción estereotipada sobre el nuevo rol (resultado de la comparación con personas de identificación como la madre, hermanas, vecinas y amigas, entre otras) y contrarrestar dicha actitud mostrándole ejemplos específicos, al tiempo que se ven nuevas formas de relación (establecimiento de apoyo social). Existen muchas circunstancias posibles para elegir ésta área, aunque en combinación con otras por los distintos factores interpersonales relacionados.

Por otra parte, se puede optar por elegir el área de disputas interpersonales, cuando se identifican conflictos con el esposo o con la familia, por ejemplo al tener conflictos con el compañero por no ofrecer apoyo emocional e instrumental, por problemas de comunicación y relaciones difíciles con los padres, por mencionar algunos. Por lo que esta área implica una renegociación del rol entre las personas de referencia y el deprimido, realizándose primeramente una exploración y análisis de la comunicación que los implicados tienen, con el objeto de ayudar al paciente a entender la relación que existe entre las expectativas no recíprocas de rol y la disputa, posteriormente se lleva a cabo un análisis de decisiones, donde se establecen opciones para un plan de acción mediante el cual se puedan modificar las expectativas y la comunicación perturbada. La mejoría suele darse cuando existe un cambio en las expectativas o los comportamientos del paciente y/o de la otra persona, a través de actitudes de aceptación y mayor tolerancia por parte del primero.

Ahora bien, cuando existe pérdida de trabajo, de algún familiar, aborto e incluso sufrir la ausencia de la pareja, por mencionar algunas, se elige el área de duelo, ayudando a la madre a valorar la pérdida de forma realista mediante la reconstrucción de la relación, desligándose de las ataduras con lo perdido y buscar nuevos intereses (como un nuevo empleo) y relaciones para sustituir la pérdida. Aunque el duelo, puede trabajarse como una sola área o puede formar parte del área de transición de rol, ya que se considera la revisión de roles (nuevos y viejos, lo positivo y lo negativo), así como los sentimientos (por lo perdido y lo cambiado) asociados, dando oportunidad de alentar la expresión del afecto y la búsqueda apoyo, a través de una reconstrucción de la relación del paciente con lo perdido (una persona, un trabajo, etcétera) y una consideración de las posibles maneras de entablar relaciones con otros.

Por otra parte, en Suecia se llevó a cabo un estudio controlado con Counselling<sup>2</sup> de DPP por Wickberg y Hwang (1996), aplicado a 41 mujeres deprimidas, durante 13 semanas del postparto; fueron asignadas al azar a un grupo control (GC) y al grupo de tratamiento (GT). Se entrenó y supervisó a 17 enfermeras pediátricas en una Clínica de la Salud del Niño sobre el *Método de Counselling* basado en la suposición de que hablar con un profesional comprensivo, que no juzga, capacitará a los individuos a tomar una opinión más positiva de ellas mismas y sus vidas. Método, según el cual, considera que una relación de confianza con un escucha atento, alentará a las mujeres a buscar decisiones basadas en su propio juicio en lugar del de otros. Dicho asesoramiento fue dado al GT, 1 hora semanal en 6 sesiones en la Clínica o en casa de las mujeres deprimidas, aparte del cuidado rutinario que recibían; en tanto que el GC sólo recibió esto último. Se encontró que 12 (80%) de 15 mujeres con depresión mayor en el GT se recuperaron completamente después de la intervención, comparada con 4 (25%) de 16 del GC. Además, se indagó como el GT percibía el tratamiento obtenido, la mayoría indicó que se sentían en libertad de hablar todas las cosas con una enfermera, en contraste, el otro grupo la percibió como una profesional interesada únicamente en el niño. Concluyendo con ello que el asesoramiento aplicado por las enfermeras de salud resultó eficaz en controlar la DPP y útil en el sistema del cuidado primario de la salud.

---

<sup>2</sup> Palabra en inglés, denominada también método pedagógico instructivo o método de clases, aplicado a aquellas personas que tienen diversas preocupaciones pero que no les afectan hasta el punto de necesitar una modificación general de su personalidad.



Este método es más utilizado como una forma de consejería y de desahogo, en el que personas capacitadas sobre la DPP, pretenden ayudar a las madres a incrementar la autocomprensión, por medio del aprendizaje de ciertas conductas y aptitudes.

Considerando que los tratamientos descritos hasta el momento dan cuenta de la mejora en la vida de las mujeres, se podría caer en la asunción de que dichos resultados se extenderán a todos los ámbitos, como en la calidad de la relación con el hijo; sin embargo, no podemos constatarlo, debido a que las investigaciones no especifican éste hecho. De esta manera, viendo la importancia de la relación que las madres tienen con el pequeño, Cooper y Murray (1997) enfocaron el tratamiento a la relación madre-hijo, asignando a 194 mujeres con DPP a 4 condiciones, de 8 a 18 semanas:

G1. Cuidado primario de rutina: no recibió intervención adicional, más que el obtenido por el equipo de salud (representaba el grupo control).

G2. Counselling no directivo (replicación del tratamiento descrito arriba), donde se les daba la oportunidad de ventilar sus sentimientos sobre alguna preocupación actual, tales como problemas maritales o dificultades financieras, así como aumentar el interés por su hijo.

G3. Terapia Cognitivo Conductual (TCC): una forma modificada, dirigida a problemas identificados por la madre en el manejo del niño (alimentación o dormir), problemas observados en la calidad de interacción madre-hijo. Se le proveía a la madre consejo sobre el manejo particular de dichos problemas, ayudándolas a resolverlos con un método sistemático animándola a examinar, su modelo de pensamiento sobre su hijo y ella misma como madre, además se le auxilió por medio de modelamiento y reforzamiento a cambiar aspectos de su estilo interaccional.

G4. Psicoterapia dinámica: por medio del entendimiento de la representación de la madre a su hijo, su relación con éste era fomentado por la exploración de aspectos de la historia de unión temprana de la propia madre.

Con ello, se mostró una reducción de la depresión en los cuatro grupos, aunque en G1 registró cambios mínimos a las 10 semanas del periodo, en tanto que los restantes experimentaron un beneficio sustancial en el tratamiento. Y aunque pareciera que el cambio fue mejor en el G3, no fue significativo. Por lo que se concluye que los tres tratamientos otorgados sirvieron para acelerar la remisión natural de DPP en un grado

significativo, aunque no hubo diferencias entre las tres formas de intervención en término de su impacto en la calidad de relación madre-hijo, pues en las tres se dio la oportunidad de discutir problemas con el cuidado del pequeño, lo que posibilitó el cambio terapéutico. Así, si la DPP es prevenida, los problemas del hijo asociados, en particular problemas de conducta y unión insegura, podrían también ser prevenidos.

Este estudio da muestra de la efectividad que tienen los diferentes enfoques en aquellas mujeres que sufre una depresión, donde se involucra al pequeño, aunque no dan cuenta clara de aquellas que no se recuperaron y los factores que imposibilitaron la remisión de los comportamientos, debido a que los elementos relacionados en la génesis de la depresión pudieron ser varios, entre los posibles la crianza no efectiva a pesar de los cuidados, expectativas sobre la maternidad en general, aunado a la percepción que las madres tenían de haber sido cuidadas en la infancia, percepción que influye en el cuidado de sus propios hijos, relaciones difíciles con los padres, variables psicológicas y la falta de apoyo social, por mencionar algunas.

Por otro lado, el tratamiento con TCC, que resultó ser un poco más benéfico en comparación con los demás enfoques, se debió posiblemente al eje que consideraron para alcanzar el objetivo, ya que el primero (Counselling) era una forma de desahogo, en el que las madres podían comentar sólo preocupaciones externas, en tanto que el enfoque psicodinámico se centró en la historia pasada como base para la relación actual con el hijo, mientras que la TCC consideró que si se deseaba cambiar varios aspectos en la vida de las madres (especialmente reducir la depresión y mejorar la calidad de la relación en la diada) , se debían modificar los esquemas que tenían las mujeres sobre el ser madre, es decir, en discutir cogniciones específicas que den lugar a efectos desagradables, identificando las situaciones que referían interacciones con sus hijos que les habían hecho llegar a la conclusión de que eran unas madres incompetentes, para aplicarlo a otros campos de sus vidas.

Un primer paso a seguir con las madres que tienden a la autocrítica y la desesperanza, en la TCC, es reducir las actitudes negativas y producir una mejora en sus ejecuciones, realizando una programación de actividades y tareas graduales, que le puedan ser agradables, y supervisarlas para demostrarles la relación entre pensamiento, conducta y afecto. Por ejemplo, pensar que “es muy difícil cuidar de mi hijo, no puedo hacerlo”, “no

puedo amamantar a mi hijo”, “a pesar de todo lo que hago el bebé no esta bien”; las hará sentirse incapaz de hacer nada bien y un fracaso como madres y en consecuencia les afectará en su funcionamiento para realizar sus actividades en varios aspectos, como descuido de si misma y en la relación con el pequeño, todo ello basándose en las experiencias de las propias madres. Pensamientos que al ser expuestos, deberán ser confrontados con otros donde la madre haya logrado un beneficio, como el haber realizado otras alternativas en el cuidado del niño u otros hijos, donde ha obtenido éxito. También mostrándole la forma de realizar actividades con el niño al tiempo que se refuerzan los aspectos educativos de la TCC, a través de las tareas para casa.

Este ejemplo, aunque ordinario, sólo es muestra de una forma pristina de proceder, ya que se omiten muchos puntos y técnicas de las que se auxilia el terapeuta para concretar sus objetivos, aunque ello dependerá en gran medida del caso en cuestión.

#### ***b. Manejo Grupal.***

La terapia de grupo para la DPP ofrece varias ventajas, las cuales implican: las madres pueden discutir y compartir experiencias similares, temores, expectativas no realistas y aumentar la habilidad para hacerles frente, también las compromete en una actividad social, la cual es importante debido a que frecuentemente es cambiada con la llegada de un bebé, por otro lado, la posibilidad de escuchar otras expresiones de ideas distorsionadas, pueden ayudar a la madre a retar sus propias creencias sobre la maternidad y encontrar algo nuevo en ellas mismas, teniendo oportunidad de aprender soluciones creativas a problemas que se plantean unas a otras, de tal forma que las madres que se reúnen en grupo, tienen la posibilidad de reportar sentimientos menos aislados y más habilidad para expresar sus sentimientos y pensamientos, además de la efectividad del costo (Milgrom, Martín y Negri, 1999); incluso, el interactuar con iguales, puede representar una ayuda mutua, de comprensión y ánimo.

Por tales ventajas, los diversos estudios, que se mencionarán en el desarrollo de éste apartado, se han dado a la tarea de investigar la eficacia de dos psicoterapias principalmente, la TCC y la TIP.

Así, Klier, Muzik, Rosenblum y Lenz (2001) examinaron la eficacia de la TIP en el manejo grupal, en una muestra de 17 mujeres con diagnóstico de trastorno depresivo postparto, encontrándose una disminución significativa de los comportamientos, al final de la evaluación. La evaluación del seguimiento a seis meses reveló una continuación del efecto del tratamiento, indicando con los resultados, que la TIP adaptada para un modelo grupal tiene implicaciones positivas para el tratamiento de la DPP, demostrando efectos a corto y largo plazo en la reducción de la depresión.

La terapia grupal requiere un mayor control, por lo que, el primer paso de la TIP grupal comprende el registro de todas las facetas depresivas en relación con las pautas interpersonales actuales y pasadas, así como la elaboración de un modelo de clarificación interpersonal plausible del trastorno depresivo y desarrollo de una estrategia (motivación) en el tratamiento. Posteriormente, se exponen las áreas problemáticas interpersonales como condiciones desencadenantes y/o perturbadoras del trastorno depresivo (psicoeducación), identificando los aspectos presógenos de relación y sus posibilidades de cambio.

De esta manera, aun cuando en el estudio anterior no se especifica el área de conflicto, en la TIP se ha presupuesto (de acuerdo con la terapia preventiva e individual) que la DPP es consecuencia de una falta de adaptación al rol o dificultad para adoptar los cambios, por lo que es más probable que se hayan enfocado al área de transición de rol. Así, la participación de varias madres, permite al terapeuta observar la interacción dada, utilizando al mismo tiempo una estrategia que llaman *tratarización* (equivalente a juego de roles), para buscar posibles soluciones, y dar cuenta de cómo valoran las habilidades con que cuentan las madres para afrontar los cambios. Una ventaja de terapia grupal puede ser, la de establecer nuevos vínculos entre las integrantes y obtener apoyo.

A pesar de estos hallazgos, se observan limitaciones en el mismo estudio debido a que se incluye una muestra pequeña y una ausencia de un grupo de comparación, no indican el área de enfoque, existe una posible preferencia en la evaluación del terapeuta y una pérdida en el monitoreo del grupo; variables que demuestran una pérdida de precisión de los resultados, por un descontrol en el estudio. Por lo tanto, no permiten la comparación con otros enfoques, al mismo tiempo que, esto posibilita la necesidad de una mayor investigación al respecto.

En otro estudio, controlado, Appleby, Warner, Whitton y Faragher (1997) investigaron los efectos de intervenciones farmacológicas y psicológicas, con el propósito de determinar el tratamiento óptimo para la depresión no psicótica en mujeres postparto. Participaron 87 mujeres que fueron asignada a uno de 4 grupos, recibiendo el tratamiento de la siguiente forma:

G1. Administración de fluoxetina<sup>3</sup> y una sesión de Counselling.

G2. Administración de fluoxetina y seis sesiones de Counselling.

G3. Recibieron placebo<sup>4</sup> y una sesión de Counselling.

G4. Recibieron placebo y seis sesiones de Counselling.

El Counselling basado en la TCC, fue impartida por visitantes de salud (no especialistas); durante la primer sesión las mujeres describieron sus circunstancias actuales, hablaron sobre sus experiencias y expresaron sus sentimientos y emociones. Las restante 5 sesiones fueron dedicadas a 4 áreas de interés de las madres usando métodos derivados de la terapia cognitiva y momentos destinados a ofrecer consejería práctica. Las áreas de interés fueron:

1ª Enfocada a las responsabilidades actuales y la experiencia de maternidad sentida por las madres, cuya meta fue aliviar la ansiedad psicológica para corregir las creencias defectuosas, identificar pensamientos negativos y conceptos erróneos que tuvieron las madres y sustituirlas por creencias más apropiadas por una combinación de discusión y confianza.

2ª Se examinaron las circunstancias actuales y la pérdida de actividades divertidas. Las madres describieron sus rutinas diarias, si tenían tiempo aparte de la atención que le proporcionaban al bebé y si ya no tenían tiempo para su pasatiempo favorito, encontrando que siempre estaban preocupadas por los bebés y el trabajo en casa, por lo que raramente hacían algo divertido. Tales pensamientos eran discutidos.

3ª Se debatió sobre el cuidado del bebé y los otros hijos (si los había). Se alentaba a las madres a considerar como podrían cambiar su rutina diaria, a manejar más tiempo satisfactoriamente, apartadas de sus hijos, quienes frecuentemente eran vistos como demandantes.

---

<sup>3</sup> Ansiolítico antidepresivo que sirve como medicamento y posee una notable importancia en el desarrollo normal de los procesos psíquicos.

<sup>4</sup> Sustancia que careciendo de acción terapéutica, produce efectos curativos en el enfermo, si éste lo recibe convencido de su eficacia. En la farmacoterapia, el placebo es un ingrediente inerte en vez de activo.

4<sup>a</sup> Se examinó el tiempo con el esposo y el apoyo proporcionado por él y otras personas. Hablaron de sus relaciones y de los problemas que existían, se les ayudó a identificar la manera en la que podrían mejorar la relación. Una distorsión cognitiva común era la creencia de que aceptar ayuda indicaba una inhabilidad a arreglárselas y por lo tanto fracasar como madre.

En cada sesión se cubrían esas áreas por psicólogos que no tenían previa enseñanza clínica, pero que eran supervisados por psiquiatras.

El resultado obtenido fue una mejora en los cuatro grupos, aunque las mujeres del G3 presentaron muy pocos cambios, comparadas con los demás grupos. En tanto que la efectividad del tratamiento se reflejó en las mujeres asignadas en el G1 y G4, aunque en el G2, donde recibieron una combinación de fluoxetina y seis sesiones de Counselling, no se produjo una mejora adicional. De esta manera, los investigadores concluyen que la fluoxetina o el Counselling son efectivos en el tratamiento con mujeres deprimidas postparto, administrados por separado, aunque sugieren que el beneficio puede ser mejor cuando se les proporciona apoyo psicológico.

Milgrom y Meager (1996, citados en Milgrom, Martín y Negri, 1999) condujeron un estudio piloto que combinó un componente educativo con TCC, durante 10 sesiones semanales, cada una de hora y media, con un grupo de madres identificadas con DPP severa no psicótica. Hubo una reducción significativa estadísticamente en puntajes pre y post intervención en el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Edinburgo, en comparación con el grupo control. Sin embargo, las mujeres en el grupo de tratamiento exhibieron algún comportamiento depresivo al final de éste, aunque su percepción sobre la dificultad en el temperamento de su hijo permaneció inalterada. No fue posible analizar las variables del tratamiento que fueron útiles en tratar la DPP, debido a que se hizo énfasis en el proceso grupal.

Con base en ese estudio piloto, se desarrolló una segunda fase de un programa de intervención que comparó a un grupo de 37 mujeres con intervención TCC con otro grupo de cuidado primario de rutina (22 mujeres del grupo control). Encontrando una eficacia del programa de tratamiento al reducir la conducta en mujeres deprimidas comparado con el grupo control.

Considerando lo anterior, Milgrom, Martin y Negri (1999) establecieron un programa en un formato accesible y eficaz en el tratamiento de la mujer en el postparto, realizando adaptaciones de otros autores con los hallazgos propios. La adaptación consideró la combinación de psicoeducación práctica y revisión de técnicas como la relajación, incorporando un número de problemas específicos a las mujeres con DPP. Incluyeron estrategias de intervención cognitiva (asertividad, relajación, autocontrol, toma de decisiones, resolución de problemas, comunicación, manejo de tiempo e incremento de actividades agradables) y considerando el feedback recibido de los participantes y del guía de grupo. Incluso consideraron el papel del esposo y del hijo, extendiendo la participación del primero en 3 semanas del programa y desarrollaron un módulo extra para la intervención de padre e hijo. Por lo que se describió el programa en tres fases: de intervención conductual, cognitiva y la prevención de una recaída y evaluación. Así, la fase final del programa de Terapia Cognitivo Conductual hasta ese entonces estaba en marcha, consecuencia de lo cual, no se disponen de los datos resultantes sobre la efectividad de dicho programa.

La aplicación del programa descrito, podría beneficiar a muchas mujeres que sufren DPP, debido a que parece completo pues incluye a personas significativas que juegan un papel vital en la interacción con ella y sobre todo en la rápida remisión de la depresión. Ello tendría implicaciones en la pareja, ya que ésta requiere ajustes mutuos y continuos que frecuentemente son complicados, involucrando con ello el manejo de las propias dificultades; y el tema del recién nacido, se evitarían los problemas de conducta consecuentes, sobre todo en la afección de la calidad en relación con ambos padres. Ahora bien, la limitante se establecería en quienes no tengan pareja o para aquellos cuyas labores les impidan la asistencia, no obstante, la ausencia de la pareja puede ser reemplazada de alguna manera, por un familiar cercano.

De este modo, de los tratamientos descritos, en el de Apleby, Warner, Whitton y Faragher (1997), quienes aplicaron el Counselling con principios de la TCC, se creyó conveniente en principio, utilizar las técnicas cognitivas para corregir los pensamientos negativos y posteriormente las técnicas conductuales, empleadas para el manejo del tiempo y no tanto para reducir dichos pensamientos y producir una mejora, como se procede en muchas

ocasiones, es decir, aplicar primero las técnicas conductuales y después las cognitivas, como se consideró en el programa que desarrollaron Milgrom, Martín y Negri en 1999.

Así, la TCC grupal se centra en el proceso donde se integran las interpretaciones negativas y distorsiones sistemáticas del procesamiento de información, que hacen parecer a las circunstancias difíciles como irresolubles, por lo que se cree, que con la ayuda de otros miembros se puede prevenir o impedir ese curso de autoevaluaciones pesimistas, reevaluando activamente las percepciones características durante las mismas sesiones.

En un inicio, dado que las madres estructuran pensamientos negativos sobre su papel como madres, pueden hacer uso de comparaciones con las demás, verbalizando "nadie está tan deprimida como yo, no hay nada que se pueda hacer con mi forma de pensar, ni siquiera la terapia", "realmente estoy tan mal porque no he logrado nada, en cambio ella si lo hizo", etcétera; situación por la que es conveniente estructurar el tiempo, de tal manera que cada una de las madres tengan la oportunidad de exponer sus inquietudes o en todo caso, someter sólo algunos supuestos a prueba de realidad, dando oportunidad para que todas hagan comentarios al respecto. En este sentido, sería útil indagar quiénes han experimentado lo mismo, como tener pensamientos negativos sobre ser madre ("no soy una buena madre", "soy la peor madre del mundo", "todo es tan difícil y no puedo hacer nada bien"), y a continuación comenzar a discutir el tema, de tal manera que todas, puedan llegar a una solución y mejorar sus habilidades para corregir sus propios pensamientos distorsionados, sin dejar de ofrecer la oportunidad para que cada una discuta sus problemas, animándolas a participar y a cambiar su conducta. Además, tales habilidades se deben yuxtaponer a distintas situaciones, para evaluar lo ya trabajado.

Por otro lado, se debe tomar en cuenta que al trabajar con un enfoque grupal, la dinámica en juego es más compleja que la individual porque la atención es a un mayor número de personas y por lo tanto, un mayor número de puntos a tratar, y aunque en ocasiones se considera la formación de grupos homogéneos, las personalidades implicadas juegan un papel importante en el proceso de la terapia, por lo que es conveniente inicialmente establecer normas para tomar acuerdos en pro de la mejora de todos los miembros y para facilitar una actitud de confianza.

La terapia individual y de grupo, reúnen ventajas, aplicadas por separado o de forma combina, lo importante es tener presente las necesidades de cada persona y los elementos.



antes mencionados. Por ello, los investigadores y terapeutas de los dos principales enfoques utilizados, la TCC y la TIP, demostraron que tanto el manejo individual como el grupal resultaron ser eficaces, no obstante, son escasos las investigaciones realizadas respecto a la última modalidad, en ambos enfoques. Aún así, todos los estudios citados hasta aquí, comprenden un conjunto de actividades encaminadas a recuperar la estabilidad emocional de las madres, componentes que dan pie para desarrollar en el siguiente apartado una propuesta donde se consideren los elementos fundamentales, en el trato con mujeres en riesgo o que experimenten DPP.

### 3.2.3. Propuesta

El interés de diversos profesionistas sobre la DPP ha propiciado un gran número de documentación al respecto, originando sustanciales aportaciones en el tratamiento y atención de la problemática en cuestión.

No obstante, la mayor parte de las investigaciones son realizadas en países de Europa y Estados Unidos, con culturas diferentes a la nuestra, por lo que la poca información sobre la atención de la DPP en población mexicana, refleja la necesidad de preparar programas para que las mujeres que acaban de tener un hijo, enfrenten ese momento de la mejor manera posible, para bienestar de ellas mismas y de su familia en general, previniendo futuras consecuencias, no sólo interviniendo en el periodo prenatal sino también en el postparto.

#### 3.2.3.1. Prevención

El nacimiento de un hijo enmarca situaciones decisivas para los progenitores y su pequeño, influenciando en la estructuración de la vida familiar. Por ello, en las clínicas o instituciones donde tienen acceso las futuras madres, los profesionales de la salud que la atienden deben:

- Valorar su situación particular y facilitar un adecuado seguimiento biopsicosocial, como una forma de prevenir posibles dificultades en el desarrollo del embarazo, así como las presentadas en el parto.

- Considerar una ficha psicológica de ingreso con el objeto de detectar oportunamente posibles trastornos y tener un mayor control de la salud mental de la mujer. Mediante la ficha, podrían valorarse los posibles factores de riesgo, como la presencia de comportamiento depresivo en el embarazo, antecedentes psiquiátricos de cualquier naturaleza, situación laboral y tipo de actividad, antecedentes de abortos o partos complicados, estabilidad de la pareja, composición familiar (otros miembros aparte de la pareja), y si ya se tienen hijos considerar el trato y cuidados proporcionados, las relaciones con los miembros de su red y el tamaño de la misma (para encontrar conflictos, necesidades y satisfacción con el apoyo social), el soporte del que dispone (recursos humanos, afectivos y materiales), así como la actitud de aceptación o rechazo ante el embarazo.
- Facilitar información breve sobre aspectos médicos y psicológicos más relevantes del embarazo y el periodo posterior, en los casos en que no se observen conflictos de tipo psicológico, mediante una actitud de disponibilidad en caso de necesitar ayuda profesional.
- Valorar la derivación a grupos preventivos de DPP o a una terapia individual, en circunstancias en las que se detecten conflictos ante la nueva situación (como trastornos afectivos, sentimientos de culpa ante un embarazo no deseado, entre otros).
- Contar con programas de apoyo para grupos de mujeres embarazadas y en el puerperio, en riesgo de experimentar trastornos afectivos como la DPP, para ofrecer una atención adecuada a sus necesidades individuales.

Un "programa de apoyo a mujeres embarazadas", puede resultar especialmente útil ya que ellas pueden compartir con otras sus experiencias, ansiedades y temores, propios del embarazo, y prepararse al impacto emocional del parto y el puerperio, por tal motivo, debe estar diseñado de tal manera que:

- Aborde diversos aspectos para favorecer la expresión de expectativas y temores respecto al embarazo, parto y cuidados del bebé, al tiempo que les proporcione herramientas para solucionar posibles dificultades o temores ante la maternidad.
- Favorezca la imaginación sobre el hecho de ser madre y sobre el bebé, con el fin de identificar posibles conflictos potenciales relacionados con el pequeño y darle a éste, su lugar en el núcleo familiar.

- Ayude a que las mujeres expresen el proceso que viven con su pareja y lo que significa para ellos ese bebé, pero si no contasen con una pareja se debe facilitar la aceptación de la pérdida y la búsqueda de apoyo en otras personas significativas.
- Dé oportunidad de exponer diferentes situaciones de conflicto que las mismas mujeres viven, para que cada una y en conjunto busquen solución.
- Posibilite la aceptación del nuevo rol, mediante la identificación de los cambios en las diferentes esferas de sus vidas y la de sus familias, así como la detección de pensamientos irracionales respecto a la maternidad.
- Considere un tiempo destinado a exponer los trastornos emocionales del postparto, para combatirlo mediante lo aprendido, animándolas a acudir a tratamiento en caso de que experimente alguno de los trastornos.

Aunque con estos puntos, se tiene la intención de atender las necesidades de una mujer embarazada, sólo representan una parte de todo lo que implica el embarazo, parto y postparto. Además, se debe tener presente al momento de aplicar un programa otros aspectos, como la homogeneidad en el grupo, para facilitar el proceso terapéutico o manejar las situaciones de grupos heterogéneos, incluso de contemplarlo en pocas sesiones o ser de corta duración, para una mayor aceptación, debido a que muchas podrían justificar su inasistencia por falta de tiempo o de sustento económico para trasladarse, por señalar algunas; los programas deben diseñarse con base en las necesidades de la misma población, pero no sólo en el período prenatal, sino también después del parto.

### 3.2.3.2. Atención en el Postparto

Las unidades encargadas del cuidado materno-infantil, generalmente se orientan a los cuidados del bebé, la lactancia, los métodos de planificación y la alimentación de la madre, descuidando los cambios emocionales que se presentan en el postparto, y es que en el puerperio se da una situación de readaptación psicológica ante una nueva etapa, donde se ha producido un cambio en la situación personal y familiar.

Por ello, suele ser conveniente en primera instancia, que las unidades, clínicas o instituciones de salud, del sector público y privado, lleven a cabo la promoción de la salud

materno infantil, para concientizar a la población sobre el cuidado de la salud personal y familiar, como medio para prevenir diversos trastornos presentes en el postparto.

En segundo lugar, resulta fundamental realizar una entrevista a la madre, dirigida a detectar la adaptación a la nueva situación de la mujer y el entorno familiar, valorar el estado emocional y explorar la relación madre-hijo, en el primer mes después del parto, como una medida para detectar aquellas en riesgo o con comportamientos que indiquen la posible aparición de trastornos afectivos en esta etapa y canalizarlas a terapia.

De tal manera que, el siguiente paso refiere la creación de un programa para tratar a aquellas mujeres que sufren de DPP, considerando un modelo biopsicosocial, que aborde:

- La exposición sobre temas del embarazo, parto y puerperio común, así como sus posibles complicaciones, con énfasis en las conductas, curso y tratamiento de la DPP.
- La intervención en la triada (madre, padre e hijo), proporcionando la información de los cambios físicos y emocionales de la mujer en el postparto, de los cambios en las actividades de los progenitores y su relación con el nuevo miembro, además de la importancia del apoyo social durante dicho periodo, de la siguiente forma:
  - a. La **Madre**, dándole estímulo inicial en forma de charla sobre diversos aspectos en relación al postparto, ofrecerle la oportunidad de que exprese temores, expectativas y dudas en relación a sus comportamientos depresivos. Que reconozca sus propias emociones sobre la maternidad, inclusive, respecto a las personas que la rodean y al cuidado del bebé, expresando sentimientos de miedo, aislamiento, de inadecuación y responsabilidad, a los que tienen que enfrentarse. Identificar conceptos erróneos y sustituirlos por creencias más apropiadas mediante la examinación de actividades donde haya obtenido éxito, tocando temas sobre actividades ajenas al cuidado del niño o para la madre; apoyada con la colaboración de la pareja u otra persona importante para ella.
  - b. El **Padre**, implicar su participación en el proceso de recuperación de la mujer, de tal manera que se concientice de la nueva situación por la que pasa ésta, proveyéndole también, un espacio para la expresión sobre su nuevo rol, ayudándolo a entender el impacto de su paternidad, al tiempo que se puede auxiliar de las técnicas, para su integridad personal.

- c. **La Pareja.** Llevando a cabo sesiones grupales con otras personas en las mismas circunstancias, según se crea pertinente, con el fin de facilitar la remisión del episodio y mejorar el funcionamiento de la pareja. Favorecer en la renegociación de los roles maritales en caso de conflicto, haciendo notar que la magnitud relativa de su rol como madres y padres a la que se afrontan, depende en gran medida de múltiples factores, en donde ellos son los principales actores, pero que también puede ser afectado en relación a la calidad de apoyo existente en la pareja y del apoyo global recibido. Discutir sobre tópicos que los mismos participantes soliciten y que puedan manejarse sin mucha dificultad, para la resolución de los mismos, alentándolos a abrir una efectiva comunicación entre ambos. Abordar los cambios en la relación después del nacimiento del bebé, considerando el manejo de tiempo para realizar actividades placenteras con la pareja e individuales (como hacer ejercicio, practicar algún deporte, salir con los amigos, etcétera). Ayudarlos a usar el apoyo disponible y a pedir ayuda a otros o a sus propios padres, quienes podrían cooperar en las actividades de la casa y en el cuidado del bebé, en un momento dado. Por otra parte, cuando la madre no cuente con el apoyo de una pareja, se debe trabajar en la aceptación de la pérdida y en que desarrolle o refuerce la habilidad en buscar nuevas relaciones y aumentar su red social, ya sea en la misma familia o con amigos.
- d. **El Niño,** debido a que la relación temprana entre los progenitores y el hijo, es importante para el subsecuente desarrollo de éste último, resulta fundamental abordar las consecuencias que trae la depresión en el ajuste familiar y en el desarrollo de niño. Por lo que es conveniente proveerles señalamientos e información sobre las conductas que los lactantes mantienen con sus madres, dar oportunidad de que expresen temores, expectativas y dudas en relación al recién nacido y a su trato con él, para que los padres reconcilien sus nociones preconcebidas y sus sueños en contraste con la realidad, acerca de su hijo, por las falsas expectativas que suelen hacer. Para ello se debe valorar la expresión, las ansiedades sobre la crianza, el desarrollo del bebé y la relación temprana con este, aclarando dudas referidas a conductas o procesos psicofísicos (como cuidados básicos del niño, generarse dudas sobre la alimentación y el sueño del pequeño),

trabajando las diversas formas de contener las demandas del bebé, a través de la misma conducta materna en la interacción con el hijo, mediante la estimulación emocional y física, el juego con el pequeño, sensibilidad para estimular y dar respuestas apropiadas, dar afectos, por mencionar algunas.

Por lo tanto, el proceso de recuperación implica la intervención tanto en la persona que sufre como en quienes la rodean (su familia), en diversos planos de su vida en general. Por ello, la planeación de un programa implica el control de diversos elementos para la eficacia del mismo, sin embargo, existen otros factores que dificultan su desarrollo óptimo, mismos que se abordan en el siguiente punto.

### 3.2.3. Limitaciones en el tratamiento de la Depresión Postparto

Varios de los estudios antes mencionados pueden tener diversas limitantes en su diseño, ya sea por un número reducido de pacientes, por no contar con un grupo de comparación, por no ser un estudio controlado, entre otros. No obstante, éstas no serían las únicas variables que impedirían observar la efectividad de un tratamiento, también lo puede ser el mismo pensamiento materno sobre la DPP, que podría afectar la detección y el tratamiento.

Es decir, las creencias y la percepción que se tengan sobre la DPP (por ejemplo, creer que es algo normal o que se puede salir de ese estado sin ayuda, o tener miedo a ser considerarla mala madre, ineficiente y demás), pueden impedir que la madre busque ayuda, pero además, cuando esas mujeres acuden a tratamiento, temen comentar sus sentimientos por las mismas creencias.

Otro de los posibles obstáculos para acudir a terapia, lo puede representar la sensación de incapacidad para poder resolver algún problema (indefensión aprendida) que acompaña a la depresión, ya que la mujer deprimida percibe a menudo fuertes sentimientos de aversión hacia sí misma; se siente inútil y culpable de sus insuficiencias, por lo que al creerse indefensas, fracasan en el intento de realizar las cosas que podrían ayudarlas a lograr algún éxito y dominio sobre su ambiente. Entonces se mandan todavía más mensajes acerca de su indefensión e inutilidad, de este modo se perpetúa el círculo vicioso, que las hace sentir que son inútiles, inadecuadas, e incompetentes, y en su habilidad limitada de centrarse en lo que pueden hacer, debido a que se enfocan demasiado en lo que no pueden hacer. Es decir, la

falta de confianza, debida al aprendizaje, en la eficacia de la propia acción para cambiar el rumbo de los acontecimientos, les hacen creerse más incapaz e indefensa de lo que realmente es y por tanto, no pretenden esforzarse para acudir a terapia si creen que no van a lograr salir de su depresión.

Por su parte, Whitton, Appleby y Warner (1996) mencionan que las mujeres deprimidas probablemente no consultan a un profesional de la salud, porque lo consideran como irrelevante o amenazador (por el hecho de ser considerada enferma y en consecuencia, ser alejada de su pequeño). De esta manera, si la DPP es tratada con más tacto, las mismas mujeres deberán ser más abiertas para reconocer la presencia de la depresión y estar más dispuestas en buscar un tratamiento.

Con base en esta sugerencia, no se debe caer en dar un diagnóstico superficial, más bien tener en consideración los comportamientos, sin prejuicios o creencias, informando a la misma mujer, no ya después del parto, sino mucho antes de que pueda sufrirla, como se mencionó en el punto anterior.

Por ello, los mismos autores mencionan que debido a la negación por parte de muchas mujeres de aceptar el tratamiento con drogas para sus conductas depresivas, la educación prenatal puede también mejorar el entendimiento de las mujeres y aceptar los tratamientos disponibles, así el informar sobre lo que es la DPP podría ayudar a identificar un gran número de mujeres deprimidas quienes son de otro modo no detectadas.

Pero es importante informar con veracidad y sin contradicciones, ya que, aunque algunas madres reconozcan la experiencia de DPP, creen que sentirse miserable después del parto es normal, debido a que algunos profesionales de la salud apoyan esta creencia pues cuando la madre les comenta sobre su experiencia, ven como única solución decirles: “no se preocupe, todo está bien, “le va a durar poquito”, “échele ganas”, “usted sea fuerte”, “eso es normal después de todo lo que ha pasado”, “ya verá que pronto se le pasa”, etcétera. Tal vez ello pueda explicar que en 1996, la psicóloga Whitton y los médicos Appleby y Warner hayan argumentado que la DPP es considerada por las mujeres como un problema social en vez de médico. Es decir, con la influencia de su profesión, los investigadores creen que se trata de un problema médico (bioquímico), pero es percibido como social porque al no ser recetadas, las mujeres creen que su experiencia se debe a alguna dificultad con su entorno, y aunque los factores pueden ser ambos, no se trata de combatir entre los intereses de las

distintas profesiones para saber a quien le atañe el problema, más bien se trata de buscar soluciones a todas esas barreras que impiden que las mujeres busquen ayuda, dejando de lado las rivalidades interdisciplinarias, trabajando en conjunto, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y aquellos que estén involucrados en pro de la salud tanto mental como física de la mujer y su hijo (de la familia), que puedan contribuir a la solución y evitación del problema.

En resumen, aunque una actitud pasiva, es decir, no consultar a algún terapeuta y dejar pasar los sentimientos de tristeza, puede ser apropiada para las mujeres con blues postparto o mujeres de bajo riesgo de un desorden postparto, las mujeres que se encuentran el alto riesgo merecen no únicamente una vigilancia minuciosa, sino medidas específicas (Nonacs y Cohen, 1998).

El fracaso en reconocer una enfermedad postparto ubica a la madre y al niño en riesgo, por tal motivo, los profesionales encargados del cuidado de la mujer durante el embarazo y el puerperio podrían tratar de identificar desórdenes de humor postparto tempranamente y canalizarlas con especialistas que puedan tratarlas apropiadamente. Los tratamientos efectivos están disponibles e incluye terapia farmacológica y/o psicológica, pero, dado que muchas mujeres se rehúsan a aceptar el tratamiento con fármacos, los estudios citados aquí, proveen un fuerte argumento para la creación de servicios con psicoterapia disponible para las mujeres que sufren DPP.

De esta manera, cuando existen problemas interpersonales, la psicoterapia puede ser un tratamiento eficaz para salir de la depresión, y alternativo para quienes la medicación es contraindicada.

No obstante, ha habido pocos estudios que avalan la eficiencia de las terapias, enfocándose solamente en dos, la TCC y la TIP, cada una con estrategias o técnicas distintas que llevan al logro de los objetivos de recuperación deseados. Por lo que se requieren de más investigaciones al respecto, que además señalen las indicaciones y contraindicaciones en la aplicación de las mismas.

Por otro lado, cuando las mujeres no reciben tratamiento es posible que sus comportamientos remitan en un periodo muy largo, pero con una afección en su funcionamiento y en sus relaciones, estando presente el riesgo de sufrir futuras depresiones.



Por este motivo, y de acuerdo a los resultados positivos sobre la eficacia de los distintos tratamientos, es recomendable la pronta intervención.

La prevención e intervención temprana son potencialmente importantes en la revisión del frecuente contacto con mujeres embarazadas o púerperas, pero la efectividad de esas estrategias necesitan ser examinadas, pues los prometedores resultados no son tan extensos para confirmar los cambios y aplicar un programa.

Sin embargo, algunos de los elementos que se manejaron durante los mismos estudios, sirven para hacer consideraciones en la creación de un proyecto que sirva para tratar a las mujeres con DPP e incluso las que están en riesgo. Por ello, resulta fundamental al dirigir un programa, la participación activa de la madre y el padre, mediante los cuales se favorece la relación con el hijo y el de pareja, enfatizando además, que los lazos sociales son importantes en la prevención de las recaídas.

Así, el tratamiento de esas mujeres con DPP, comprende un conjunto de acciones encaminadas hacia la recuperación, unas consideraciones que tomen en cuenta modelos integrales, acciones de asistencia en conjunto con las de promoción de la salud en los centros.

Muchas pueden ser las terapias consideradas como efectivas en el tratamiento de DPP, sin embargo, cuando estas dejan de lado aspectos que son vitales para las mujeres, como los mencionados arriba, pierden su eficacia y validez, de cualquier manera, la importancia radica en atender a la madre, permitiendo que tome sus propias decisiones y al mismo tiempo proporcionarle la información exacta y consistente.

## CONCLUSIONES

El período posterior al parto es muy importante en la vida de la mujer, especialmente si se trata del primer hijo, ya que supone un gran cambio en la situación vital y una necesidad de adaptación. Aunque ya desde el embarazo, la mujer debe aceptar la función de madre, admitiéndolo tanto afectiva como cognitivamente, también debe aceptar al hijo como una persona distinta y tener capacidad para responder a sus "señales" (llanto, movimientos, muecas). Pero la función social de ser madre no tiene una normativa clara, por lo que la información en muchas ocasiones, respecto a las prácticas y cuidados propios de la crianza, la recibirá de aquellos más cercanos como la familia, los amigos, conocidos y vecinos.

Por ello, tanto la maternidad como la paternidad constituyen un período de crisis y de reajuste personal, en donde los participantes deben enfrentar los cambios vitales asociados y mantener una adaptación óptima. No obstante, muchas mujeres viven la etapa del postparto como difícil, algunas lo superan pero otras no, quienes no lo superan experimentan una gama de reacciones negativas, manifestándose en el estado de ánimo que van desde fluctuaciones leves hasta graves.

Investigaciones al respecto, han identificado tres trastornos en el período postparto, entre los que se mencionan a los blues, la psicosis y la depresión, considerados en los manuales de uso internacional (DSM-IV Y CIE-10), como una forma de depresión que se divide en grados de severidad, pero no sólo se diferencian por eso, también por la intensidad y el tiempo de aparición, por lo que es conveniente valorar esos tres puntos para una clasificación adecuada, en donde se incluya además, el grado de perjuicio en el funcionamiento como madre, esposa y en otras esferas de su vida. Pues a pesar de que la Depresión Postparto (DPP) se conceptualiza como un problema serio, puede ser confundida con los blues, de menor afectación que podría formar parte del ajuste normal después del parto (sin ser un trastorno), causa de lo cual no se le ha dado la debida importancia a la DPP.

Algunos autores tienden a afirmar una posible relación entre los trastornos, sin embargo, la investigación tiende a enfocarse a uno de ellos, sin adentrarse a entender la posible conexión, por lo que la evidencia es limitada, por tanto, no sustentada, y existe una

necesidad real de validar dicha aseveración, con lo que se lograría una explicación que resultaría más congruente y real.

La DPP es un trastorno comparable a otro episodio depresivo, según los hallazgos, con una gravedad moderada (no psicótica), pero de larga duración y riesgo de recurrencia, sobre todo en partos posteriores. Aunque no es un periodo de riesgo para todas las mujeres, algunos subgrupos pueden ser particularmente vulnerables. No obstante, algunos autores encontraron que la diferencia con la depresión en otros periodos de la vida radica en la intensidad, pero lo peculiar y de notable preocupación, son las consecuencias que puede tener en la misma mujer y por tanto en la familia.

Las características de la DPP se han establecido con base en el criterio de diagnóstico para un episodio depresivo mayor del DSM-IV. En tanto que, los estudios respecto a los factores de riesgo con el fin de establecer un modelo de vulnerabilidad a dicha depresión, describen la asociación entre diversos elementos y la DPP, dando un resultado multifactorial, en el que se combinan tanto factores personales como sociales. Ello da cuenta de que el rápido cambio del ambiente psicosocial predispone a un aumento de la prevalencia de algunos tipos de trastorno afectivos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.

De este modo, la búsqueda de un sólo factor específico dentro de la personalidad o en los antecedentes de la mujer, tiene su origen en el fracaso por apreciar la complejidad del individuo y de su existencia, ya que no existe una causa única sino más bien diferentes elementos que pueden tener la misma consecuencia o que pueden actuar conjuntamente. Por lo que, no se puede predecir la aparición de dicho trastorno con ningún grado de exactitud, únicamente se puede decir que la presencia de ciertos factores, hace que sea posible o incluso probable, el desarrollo de la DPP. En consecuencia, parece importante tener en cuenta un modelo integrador considerando factores de riesgo psicológicos y biológicos, así como una comprensión sociológica del periodo después del parto.

Las investigaciones sobre el tema han dado considerables aportaciones, incluso es posible contar con una variedad medidas que examinan la DPP, evaluadas sistemáticamente para demostrar su efectividad, pero hacen falta más estudios para demostrar la validez y confiabilidad de la escala de Edinburgo, para utilizarlo en la población mexicana. A este respecto, es preciso señalar que el mejor cuestionario o la más elaborada escala de evaluación, no pueden suplir jamás a un buen estudio clínico, efectuado por un profesional

competente, por lo tanto estos instrumentos deben considerarse sólo como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar en forma sencilla la evolución de un cuadro depresivo ante un tratamiento determinado.

Algunos autores, de los citados en la presente tesina, concluyen que el nacimiento y la crianza de un hijo es, en algunas mujeres, el inicio de dificultades emocionales prolongadas y de episodios recurrentes de trastornos depresivos, con atroces consecuencias. Mucho más cuando no se atiende, pero esto no tiene por que ser así, las madres están soportando y no viviendo, haciéndolas sentir que llevan una vida miserable, que todo les cuesta trabajo, donde se pierde la noción del tiempo y de lo que pasa, negando incluso lo que sienten y trasformándose todo ello, de alguna manera, en parte de su vida; no obstante, la afectación no sólo la implica a ella, sino a su esposo y al (los) hijo(s), afecta en sí a la dinámica familiar.

Para evitar todo eso y cuidar la salud mental (elemento indispensable para el progreso económico, social e individual) de las madres y las que piensan serlo, es vital tomar medidas para la resolución de los problemas, aunque no es nuevo el hecho de considerar indispensable prevenir la depresión y administrar un tratamiento eficaz a quienes la padecen, sin embargo, no se ha tomado medidas preventivas adecuadas o lo que es peor, solo un mínimo recibe tratamiento.

Pero el problema respecto a la DPP no radica en la falta de programas sino en la política, pues el gobierno no destina recursos económicos al sector salud para promover la prevención de determinados trastornos o, aunque el sector salud cuente con recursos, los destina a otros temas de mayor interés. Además de que en ocasiones, los servicios que ofrecen las instituciones del sector salud a la población materno-infantil, no tienen difusión generalizada, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento científico actualizado. Así, lo que queda, es que los profesionales que tienen contacto con las futuras madres se muestren ágiles en detectar aquellas que estén en riesgo, con la información suficiente, respecto a la problemática en cuestión y canalizarla o indicar la terapia adecuada; por lo que también se requiere de un trabajo multidisciplinario.

En la actualidad, el quehacer de las diferentes profesionales ha cambiado, para trabajar en conjunto y ha tenido una profunda penetración en las diversas áreas de la existencia

humana, pues existe la necesidad de promover una convergencia de acciones para lograr el cambio que requieren los servicios de salud y la práctica de los profesionales. Por ello, el trabajar en equipo se convierte en un deber, y la competencia profesional se debe dejar de lado al momento de atender a una persona que requiere de ayuda para solucionar su problemática.

Es así que, en la solución de la DPP, inicialmente investigada por profesionales médicos, el psicólogo ha ido incursionando, tomando en cuenta a la integridad de la misma mujer como madre, que sufre experimentando una serie de sentimientos, expectativas, deseos, sensaciones y demás, inmersa en un contexto que la influye y donde es responsable de otro que dependerá (por un tiempo) de ella; mediante la implementación de programas para el tratamiento de esas mujeres que sufren una depresión después de haber tenido un hijo.

Así, para prevenir la DPP, se puede considerar llevar un control pre y postnatal, para evaluar las ansiedades específicas surgidas en dichos periodos, sobre el aspecto de la mujer, la relación con su pareja, crianza del hijo, etcétera; a través de preguntas establecidas o por medio de medidas que no sean tan elaboradas, lo que le permitirán a la madre conocer su estado de ánimo, en pro de su estabilidad emocional y la de su hijo.

También resulta importante para todas las mujeres embarazadas seguir un curso de la preparación prenatal, como las clases psicoprofclácticas (que desafortunadamente no son demandadas ni se encuentran al alcance de todas), que podrían ser de fundamental importancia para la cocientización y posible elaboración de los procesos que se hayan implícitos en el embarazo y parto incluyendo algún tiempo para discutir los aspectos psicológicos de maternidad. Habría que poner más énfasis para explicar por qué pueden ser necesarias las cesáreas, qué implican, y por qué la madre debe prepararse para esa eventualidad con el fin de no considerarse una fracasada. Quizás, realmente, la mujer embarazada nunca puede ser el blanco de una educación sobre la DPP, porque prefieren no ver una imagen negativa de su futuro, debido a que las personas sólo hablan del color de rosa de la maternidad (le hacen ver una imagen de "madre feliz o súper mamá"), pero nadie suele hablar sobre de las dificultades que pueden presentarse con la llegada de un bebé. Y es que, cuando alguien comenta sobre una mala experiencia de la maternidad, se le condena de mala madre, pero esto no tiene porque ser así, el hecho de que existan dificultades no significa pasar sacrificios para tener un hijo, más bien, indica realismo y da pauta para

decidir si se quieren o no enfrentar los pros y los contra de la maternidad, y buscar herramientas para encontrar la mejor forma de mitigar las complicaciones.

Aunque, si se les debe informar sobre algunos conflictos que podrían sufrir después de tener al bebé y si se presentan trastornos en el estado de ánimo, acuda a tratamiento.

Asimismo, dentro de las clases psicoprofilácticas, se debería acentuar la importancia de que el marido se encuentre presente en la sala de parto, ya que le permitirá satisfacer a la mujer su necesidad psicológica de protección, disminuyendo la ansiedad de encontrarse rodeada de personas que no conoce, sumergida en una situación, que de por sí, resulta angustiante, pero sobre todo, la participación de éste también durante el postparto.

Por ello, es preciso remediar el significado de la maternidad y paternidad, estimulando la participación o concienciación por parte de las mujeres y de los hombres de la complejidad de factores que intervienen en todos los procesos ligados a la transición madres y padres, para que esta experiencia pueda ser vivida con plenitud, minimizando las ambivalencias y conflictos que se generan en la persona, en el proyecto de vida. Ello permitiría a ambos progenitores afrontar conjuntamente los cambios que supone el nacimiento de un hijo, disminuyendo los enormes costes, en pro del bienestar de las mujeres y aminorando el desconcierto, la pasividad y la autoexclusión de los hombres.

No obstante, a pesar de los avances por estudiar, aclarar y analizar este tema, en México, a la fecha, son contados los esfuerzos por evidenciar la problemática, además, los estudios llevados a cabo, arrojan resultados tentativos, y la mayoría contradictorios. En consecuencia, para el avance en el entendimiento de la DPP, hace falta:

- ✓ Considerar a la DPP desde una perspectiva biopsicosocial, para una mayor claridad conceptual.
- ✓ Continuar explorando diferentes factores involucrados en el desarrollo de los cuadros depresivos en el postparto, con el objetivo de construir una malla causal que nos permita diseñar intervenciones eficaces frente a este problema.
- ✓ Distinguir los factores relacionados con la DPP como posibles contribuyentes a la vulnerabilidad, como fuentes de protección o como consecuencias de la depresión, con el objeto de proporcionar estrategias específicas para la prevención o recuperación del episodio.

- ✓ Diferenciar, en el criterio de diagnóstico, los tres tipos de trastornos que surgen en el postparto.
- ✓ Indagar la posible relación entre los blues, la psicosis y la depresión postparto para establecer la cronicidad de los trastornos.
- ✓ Investigar la efectividad de los programas de prevención primaria para implementarlos como parte de cursos psicoprofilácticos, como esfuerzo para reducir la incidencia y severidad de depresión en las futuras madres.
- ✓ Promover en la población de la importancia de la salud en el postparto, como un medio para fomentar una educación preventiva, mediante carteles o anuncios informativos.
- ✓ Establecer las indicaciones y contraindicaciones de las terapias, en el tratamiento de las que experimentan DPP, en beneficio de las madres y para determinar su efectividad, y aplicar las estrategias a su vida en general.
- ✓ Examinar los elementos psicológicos y sociales predominantes en la recuperación de la depresión.
- ✓ Informar a los profesionales de la salud acerca de lo que implica la DPP, debido a que muchos desconocen los problemas que se experimentan en la maternidad. Ello puede realizarse a través de las cursos, conferencias y demás, que pueden incrementar la participación de distintas disciplinas para generar propuestas integrales.

Frente a las necesidades antes planteadas, es importante que en un tratamiento para las mujeres con DPP contemple factores como: proporcionar aspectos educativos como charlas, clases sobre cambios producidos desde el embarazo, y en general, la información requerida por la mujer, favorecer la expresión de temores, dudas e inquietudes, además del incremento de apoyo social, la resolución de distintas problemáticas, provisión de información respecto al cuidado del bebé, en sí, favorecer el desarrollo personal. Incluso, debido a la importancia de personas significativas, especialmente la del cónyuge, se recomienda la participación de éste, con el fin de facilitar la remisión del episodio y mejorar el funcionamiento de la pareja, al tiempo que se les ayuda a entender el impacto de la paternidad y maternidad.

El esfuerzo de diversos profesionistas por tratar de entender la DPP, ha sido sustancial pero aún faltan elementos que validen las aportaciones, sobre todo en el tratamiento de la problemática, ya que a pesar de que la Psicoterapia Interpersonal (TIP) ha demostrado su eficacia en la reducción de la DPP, en México la práctica de ésta terapia apenas se conoce, además no se tiene accesibilidad al entrenamiento de la misma pues la formación en la TIP se realiza mediante cursos propedéuticos, impartidos en Estados Unidos y algunos países de Europa. Esos cursos, en inicio, sirven para tener conocimientos de los principios, estructura, técnicas y aplicaciones clínicas e investigativas de la TIP, por lo que se requiere, para ser terapeuta de la TIP, más formación y supervisión sobre la práctica.

La TIP diseñada específicamente para tratar la depresión, hace aportaciones de gran interés, ya que su énfasis radica en las relaciones interpersonales como una fuente para desarrollar las habilidades de las mujeres en la recuperación de la depresión, interviniendo particularmente en la transición hacia la maternidad, donde se hacen varias aportaciones, como investigar la constelación de acontecimientos presentes en el momento del episodio y no en los de la niñez remota (centrado en el aquí y el ahora), trabajando en diversos factores psicosociales (como la falta de apoyo social, los acontecimientos estresantes, los conflictos con los padres y la pareja, por mencionar algunos), para lograr una efectividad en el manejo individual como en el grupal.

La TIP es una intervención que indica el esfuerzo del trabajo psicoterapéutico, basada en la experiencia clínica y la evidencia experimental, representando al igual que la Terapia Cognitivo Conductual, una alternativa al tratamiento de la DPP.

Así, el tratamiento y la predicción de la DPP es esencial, ya que los tempranos contactos madre-hijo son de fundamental importancia para la adaptación psicológica, tanto para el bebé como para la madre; para que el bebe desarrolle relaciones sanas, procurando el crecimiento de una personalidad normal, y para la madre, un aumento de vínculos para con su bebé, madurando emocionalmente. Porque la forma en que piensa, siente y actúa una persona adulta depende en mucho de la manera en que se haya relacionado con sus padres durante la infancia y la adolescencia. Así, si se erradican los problemas relacionados, se estará contribuyendo a la formación futura de mejores adultos, a un país mejor, una humanidad más equilibrada.



## BIBLIOGRAFIA

- Alvarado, M. R., Vera, C. A., Rojas, M., Olea, E., Monardes, J. y Neves, E. (1992a). "*Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas*". Revista de Psiquiatría, 3-4, 1168-1176.
- Alvarado, M. R., Vera, C. A., Rojas, M., Olea, E., Monardes, J. y Neves, E. (1992b). "*La escala de Edinburgo para la detección de cuadros depresivos en el postparto*". Revista de Psiquiatría, 3-4, 1177-1181.
- Alvarado, M. R., Vera, C. A., Rojas, M., Olea, E., Monardes, J., Neves, E. y Perucca, E. (1994). "Eventos vitales, soporte social y depresión en el postparto". Revista de Psiquiatría, 3, 121-126.
- American Psychiatric Association (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.). Barcelona, España: Masson.
- Anderson, B. A., Camacho, M. E. y Stark, J. (1980). Afecciones psicológicas. En: *Trastornos de la salud familiar durante el embarazo: la familia con hijos*. (399-405). México, D.F.: Trillas.
- Appleby, L., Warner, R., Whitton, A. y Faragher, B. (1997). "A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counseling in the treatment of postnatal depression". British Medical Journal, 314 (29), 932-936.
- Arietí, S. (1993). Depresión postparto. En: *Psicoterapia de la depresión*. (265-278). México, D.F.: Paidós.
- Atkin, L. C. y Pick de Weiss, S. (1989). "Antecedentes psicosociales del embarazo en la adolescencia". Perinatología y Reproducción Humana, 3 (3), 152-158.
- Bashiri, N. y Spielvogel, A. M. (1999). "Postpartum depresión: a cross-cultural perspective". Primary Care Update for Obstetric and Gynecology, 6 (3), 82-87.
- Beck, A. T. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Boyce, P. M., Johnstone, S. J., Hickey, A. R., Morris-Yates, A. D., Harris, M. G. y Strachan, T. (2000). "Functioning and well being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression". Archives of Women's Mental Health, 3 (3), 91-97.
- Calera, A. M. y Sánchez, O. C. (1990). *Embarazo y nacimiento*. Barcelona, España: Jover.

- Campbell, S. B. y Cohn, J. F. (1991). "Prevalence of correlates of postpartum depression in first-time mothers". Journal of Abnormal Psychology, 100 (4), 594-599.
- Carbonell, I. D. (1992). *Itinerario de una mujer embarazada: desde el primer mes hasta la depresión postparto*. México, D.F.: Promesa.
- Chaudron, L. H., Klein, M. H., Remington, P., Palta, M., Allen, C. y Essex, M. J. (2001). "Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression". Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 22 (2), 103-112.
- Cohen, R. L. (1980). "Some maladaptive syndromes of pregnancy and the puerperium". Obstetric and Gynecology, 27, 562-570.
- Cooper, P. J. y Murray, L. (1995). "Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept". British Journal of Psychiatry, 166, 191-195.
- Cooper, P. J. y Murray, L. (1997). The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. En: L. Murray y P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development*. (201-220). New York: The Guilford Press.
- Copeland, L. C. (1999). Primeras adaptaciones. En: *El primer año de la nueva madre y el bebé*. (3-76). Barcelona, España: Medici.
- Cox, J. L., Holden, M. J. y Sagovsky, R. (1987). "Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale". British Journal of Psychiatry, 150, 782-786.
- Díaz, B. E. (1995). Depresión postparto. En: *La depresión en la mujer*. (75-81). Madrid, España: Temas de hoy.
- Dix, C. (1991). El problema sin nombre. En: *El síndrome de la nueva madre*. (23-94). Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.
- Dürer, G. y Zeib, G. (1995). *Preparación al parto: gimnasia y relajación*. Barcelona, España: Paidotribo.
- Durr, L. H. y Peregoy, C. R. (1985). "Postpartum disorders". Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service, 23, 15-20.
- Durrel, M. N. (1987). Complicaciones del parto. En: *Embarazo y nacimiento*. (192-201). Colombia: Norma.

- Elkin, M., Keirse, M. J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. y Hofmeyr, J. (2000). Mother and baby. En: *A guide to care in pregnancy and childbirth*. (429-437). New York: Oxford University Press.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Epperson, C. N. (1999). "Postpartum major depression: detection and treatment". *American Family Physician*, 59 (8), 2247-2254.
- Evin, G. G., Theofrastous, J. P. y Galvin, S. L. (2000). "Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182 (5), 1080-1082.
- Fernández, M. A. (1988). *La psicología en el ámbito perinatal*. México: INPer.
- Forman, D. N., Videbech, P., Hedegaard, M., Salving, J. D. y Secher, N. J. (2000). "Postpartum depression: Identification of women at risk". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107 (10), 1210-1217.
- Freixa, N. M. (1997). Percepciones y expectativas. En: P. A. Sánchez y J. A. Torres (Eds.). *Educación especial I: una perspectiva curricular, organizativa y profesional*. (213-218). Madrid, España: Pirámide.
- García, A. A., García, S. M. y Tejerizo, L. C. (1997). "Alteraciones psiquiátricas del postparto: tristeza o melancolía puerperal". *Toko-Ginecology Practice*, 56 (4), 182-186.
- García, F. L., Ortega, S. H. A., Ontiveros, U. M. y Cortés, S. J. (1991). "La incidencia de la depresión en el postparto". *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 2, 54-59.
- Gastó, F. C., Vallejo, R. J. y Menchón, J. M. (1993). *Depresiones crónicas*. Barcelona. España: Doyma.
- Gedovius, E. (1985). Factores psicológicos. En: *El embarazo feliz*. (63-68). México: Escorpio.
- González, D. E. (1989). Ejercicio de la maternidad. En: *Las neurosis del alma*. (132-166). Madrid, España: Eudema.
- González, P. R. y Fajardo, V. M. (1990). "Las psicosis puerperales: estudio evolutivo". *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 31 (1), 67-72.
- Gorjón, C. S. (1995). "Psicoterapia de la depresión". *Psiquiatría*, 11 (3), pp.84-93.

- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M. y Mount, J. H. (1991). "Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery". Journal of Abnormal Psychology, 100 (2), 122-132.
- Hagen, E. H. (1999). "The functions of postpartum depression". Evolution and Human Behavior, 20 (5), 325-359.
- Hendrick, V., Alshuler, L., Strouse, T. y Grosser, S. (2000). "Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment". Depression and Anxiety, 11 (2), 66-72.
- Jadresic, M. E. y Araya, B. R. (1995). "Prevalencia de la depresión postparto y los factores asociados en Santiago, Chile". Revista Médica Chilena, 123, 694-699.
- Jadresic, M. E., Jara, V. C. y Araya, B. R. (1992). "Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 39 (1), 63-74.
- Kendell, R. E., Chalmers, J. C. y Platz, C. (1987). "Epidemiology of puerperal psychoses". British Journal of Psychiatry, 150, 662-673.
- Klier, C. M., Muzik, M., Rosenblum, K. L. y Lenz, G. (2001). "Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression". Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10 (2), 124-131.
- Lee, C. M. y Gotlib, I. H. (1991). "Adjustment of children of depressed mothers: a 10-month follow-up". Journal of Abnormal Psychology, 100 (4), 473-477.
- Lerner, H. (2000). Iniciación. En: *Ser madre: empezar una nueva vida*. (21-92). Barcelona, España: Paidós
- Lumley, J. y Austin, M. P. (2001). "What interventions may reduce postpartum depression". Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 13 (6), 605-611.
- Macfarlane, A. (1985). *Psicología del nacimiento* (3ª Ed.). (27-54). Madrid, España: Morata.
- Machado, R. F., García, S. T., Moya, R. N., Bernabeu, S. N. y Cerda, D. R. (1997). "Depresión puerperal: factores relacionados". Atención Primaria, 20, 161-166.
- Martín, V. M. y Crespo, H. M. (1999). Embarazo y parto, aborto, infertilidad y nuevas técnicas de fecundación. En C. C. Leal (Coord.), *Trastornos depresivos en la mujer*. (75-90). Barcelona, España: Masson.

- Mauthner, N. S. (1999). "Feeling low and feeling really bad about feeling low: women's experiences of motherhood and postpartum depression". Canadian Psychology, 40 (2), 143-161.
- McGrath, E., Puryear, K. G., Strickland, B. R. y Felipe, R. N. (1990). Pregnancy and Childbirth. En: *Women and depression: risk factors and treatment issues*. (10-15). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Méndez, S. M. (1995). "*Traducción y Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para población mexicana*". Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, D. F., México.
- Milgrom, J., Martin, P. R. y Negri, L. M. (1999). *Treating Postnatal depression: a psychological approach for Health Care Practitioners*. England: John Wiley & Sons.
- Morales, C. F., González, C. G., Ramos, V. C. y Calderón, A. R. (1990). "Situación marital y emocional de un grupo de mujeres gestantes de alto riesgo". Perinatología y Reproducción Humana, 2 (4), 63-67.
- Morales, C. F., González, C. G. y Valderrama, B. G. (1988). "Perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas". Perinatología y Reproducción Humana, 2 (4), 165-174.
- Nicolson, P. (1998). *Post-natal depression: psychology, science and the transition to motherhood*. New York: Routledge.
- Nicolson, P. (1999). "Loss, Happiness and postpartum depression: the ultimate paradox". Canadian Psychology, 40 (2), 162-179.
- Nonacs, R. y Cohen, L. S. (1998). "Postpartum mood disorder: diagnosis and treatment guidelines". Journal of Clinical Psychiatry, 59 (suppl 2), 34-40.
- O'Hara, M. W. (1986). "Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium". Archive General of Psychiatry, 43, 569-574.
- O'Hara, M. W. (1997) The nature of postpartum depressive disorders. En: L. Y. Murria y P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development*. (3-34). New York: The Guilford Press.
- O'Hara, M. W., Lewis, D. A., Schelechte, J. A. y Varner, M. W. (1991). "Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables". Journal of Abnormal Psychology, 100 (1), 63-73.

- O'Hara, M. W., Neunaber, D. J. y Zekoski, E. M. (1984). "Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors". Journal of Abnormal Psychology, 93 (2), 158-171.
- O'Hara, M. W., Rem, L. P. y Campbell, S. B. (1982). "Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioral models and postpartum depression". Journal of Abnormal Psychology, 91 (6), 457-461.
- O'Hara, M. W., Rem, L. P. y Campbell, S. B. (1983). "Postpartum depression. A role for social network and life stress variables". The Journal of Nervous and Mental Disease, 171 (6), 336-342.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L. y Wenzel, A. (2000). "Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression". Archive of General Psychiatry, 57 (11), 1039-1045.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades*. Madrid: Meditor.
- Ortega, L., Lartigue, T. y Figueroa, M. E. (2001). "Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas". Perinatología y Reproducción Humana, 15 (1), 11-20.
- Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J. y Rassaby, E. S. (1980). "Life events and social support in puerperal depression". British Journal of Psychiatry, 136, 339-346.
- Pedrós, R. A., Tomás, P. A., Gómez, B. M., Leal, C. C. y García, I. K. (1999). "Estilo de crianza en madres con depresión postparto". Acta Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría y Ciencias Afines, 26 (2), 104-110.
- Philipps, L. C. y O'Hara, M. W. (1991). "Prospective study of postpartum depression: 4 1/2 year follow-up of women and children". Journal of Abnormal Psychology, 100 (2), 151-155.
- Pick de Weiss, S. Atkin, L. C. y Karchmer, K. (1991). Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general. En: *La psicología en el ámbito perinatal*. (24-56). México: INPer.
- Pickhardt, C. E. (1998). Adaptación a los cambios. En: *Educación sin pareja*. (3-12). Barcelona, España: Medici.

- Pop, V. J., Komproc, I. H. y Van Son, M. J. (1992). "Characteristics of the Edinburgh post natal depression scale in the Netherlands". Journal of Affective Disorders, 26, 105-110.
- Richman, J. A., Raskin, V. D. y Gaines, C. (1991). "Gender roles, social support, and postpartum depressive symptomatology". The Journal of Nervous and Mental Disease, 179 (3), 139-147.
- Righetti, V. M., Conne, P. E., Bousquet, A. y Manzano, J. (1998). "Risk factors and predictive signs of postpartum depression". Journal of Affective Disorders, 49 (3), 167-180.
- Rocha, F. L. (1999). "Postpartum depression". Journal Brasileiro de Psiquiatria, 48 (3), 105-114.
- Rodriguez, R. (2001). *Madre sólo hay una*. México, D.F.: Grijalbo.
- Rodriguez, S. A. (1999). "*Validez concurrente de los Inventarios de Depresión de Beck y Zung en personas deprimidas*". Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, D. F., México.
- Rosfelter, P. (1994). *El nacimiento de una nueva madre: bebé blues*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Ruiz, D. J. y Martínez, A. R. (1988). "Necesidades y expectativas de la mujer durante el proceso de embarazo y parto". Perinatología y Reproducción Humana, 2 (3), 141-148.
- Salvatierra, M. V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Schramm, E. (1998). *Psicoterapia Interpersonal de las depresiones y otros trastornos psíquicos*. Barcelona, España: Masson.
- Shea, T. M. y Bauer, A. M. (2000). La familia y los aprendices con necesidades educativas especiales. En: *Educación especial: un enfoque ecológico* (2ª Ed.). (69-84). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Siquier, O. M. y García, A. M. (1987). Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico (pp. 56). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Spinelli, M. G. (1997). "Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study". American Journal of Psychiatry, 154 (7), 1028-1030.
- Stoifer, R. (1977). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires, Argentina: Kargieman.

- Stuart, S. y O'Hara, M. W. (1995). "Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy". *Archive of General Psychiatry*, *52*, 75-76.
- Suárez, G. (1988). "*Validación de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en Adolescentes estudiantes de secundaria mexicana*". Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, D. F., México.
- Sugawara, M., Sakamoto, S., Kitamura, T., Toda, M. A. y Shima, S. (1999). "Structure of depression symptoms in pregnancy and the postpartum period". *Journal of Affective Disorders*, *54* (1-2), 161-169.
- Sutter, A. L., Leroy, V., Dallay, D., Verdoux, H. y Bourgeois, M. (1997). "Post-partum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery". *Journal of Affective Disorders*, *44*, 1-4.
- Tomás, P. A., Pedrós, R. A. y Aguilar, G. C. (1999). Trastornos afectivos relacionados con el postparto: blues y depresión. En: C. C. Leal (Ed.), *Trastornos depresivos en la mujer*, (91-114). Barcelona, España: Masson.
- Tovar, R. M. (1998). "*Análisis interno y validación de la Escala de la Automedición de la Depresión de Zung en pacientes deprimidos*". Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, D. F., México.
- Valderrama, G. (1988). "*Perfil psicológico de pacientes del INPer con embarazo normal*". Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, D.F., México.
- Vega, D. J., Mazzotti, G., Stucchi, P. S. y Campos, M. (1999). "Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres postparto". *Actas Españolas de Psiquiatría*, *27* (5), 299-303.
- Viel, T. M. (1995). *En el nombre del hijo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Beeghly, M., Olson, K. L., Keman, H. y Riley, J. M. (2001). "Subsyndromal depressive symptoms and major depression in postpartum women". *American Journal of Orthopsychiatry*, *71* (1), 87-97.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Cohn, J. F. y Olson, K. L. (1999). "Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy". *Developmental Psychology*, *35*, 175-188.



- Whitton, A., Appleby, L. y Warner, R. (1996). "Maternal thinking and the treatment of postnatal depression". International Review of Psychiatry, 8, 73-78.
- Wickberg, B. y Hwang, C. P. (1996). "Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample". Journal of Affective Disorder, 39, 209-216.
- Williams, M. (1982). *Técnicas de evaluación en la práctica clínica*. Madrid: Marova.
- Zarco, V. I. (1990). "*Estudio comparativo de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas primíparas, multiparas y no embarazadas*". Tesis de licenciatura, Universidad Continental, D. F., México.
- Zlotnick, C., Johnson, S. L., Miller, I. W., Pearlstein, T. y Howard, M. (2001). "Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention". American Journal of Psychiatry, 158 (4), 638-640.