



Universidad
Latina

**UNIVERSIDAD LATINA CAMPUS CUERNAVACA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO CON CLAVE DE REGISTRO NO. 8344-25

**RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES QUE SUFREN
DEPRESIÓN POSPARTO ENTRE 25 Y 35 AÑOS DE EDAD**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA:

PRESENTA

MAYRA ALEJANDRA DAMIÁN BUSTOS

ASESOR DE TESIS
MTRO. DAVID VARGAS GONZÁLEZ

CUERNAVACA, MORELOS

OCTUBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres principalmente por haberme permitido cumplir una de mis metas, no lo habría logrado si no hubiera sido por su apoyo y amor incondicional durante todos estos años.

A mi novio por su comprensión, cariño y paciencia y por estar siempre pendiente de no dejar pasar más tiempo para este logro.

A mis abuelos y tías que con todo su apoyo, esfuerzo y amor incondicional me ayudaron a concluir esta gran meta.

A mi asesor de tesis por tanta paciencia, dedicación, por compartir su tiempo, experiencias y conocimiento. Y a las madres que quisieron colaborar en este proyecto, gracias por confiar en mí.

Con todo mi cariño y agradecimiento.

Mayra Alejandra Damián Bustos

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
CAPÍTULO I. DEPRESIÓN	1
1.1 Definición de depresión.....	1
1.2 Características y síntomas de la depresión.....	2
1.3 Prevención y tratamiento de la depresión.....	8
1.4 Diagnóstico diferencial de la depresión y la depresión posparto.....	12
CAPÍTULO II. DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)	16
2.1 Definición de depresión posparto y diferenciación con otros trastornos afectivos.....	16
2.2 Características y síntomas de la depresión posparto.....	21
2.3 Prevención y tratamiento de la depresión posparto.....	23
2.4 Posturas sobre la depresión posparto.....	26
2.5 Factores biológicos, sociales y psicológicos.....	30
CAPÍTULO III. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD	36
3.1 Definición de personalidad.....	36
3.2 Teorías de la personalidad.....	38
3.3 Desarrollo normal y patológico de la personalidad.....	62
3.4 DSM-V y CIE-10 Trastornos de la personalidad.....	75
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	83
4.1 Planteamiento del problema.....	83
4.2 Hipótesis.....	83
4.3 Hipótesis conceptual.....	83
4.4 Objetivos.....	84

4.5 Justificación.....	84
4.6 Tipo de investigación.....	87
4.7 Diseño de investigación.....	87
4.8 Alcance.....	87
4.9 Universo.....	88
4.10 Instrumentos.....	88
CAPÍTULO V. RESULTADOS.....	90
5.1 Análisis de resultados y gráficas.....	90
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....	100
6.1 Conclusiones y discusiones.....	100
6.2 Sugerencias.....	103
REFERENCIAS.....	104
ANEXOS.....	108

ÍNDICE

CUADROS Y GRÁFICAS

	Página
Cuadro 1. Criterios para el episodio depresivo mayor.....	13
Cuadro 2. Diagnóstico diferencial de la depresión posparto.....	15
Cuadro 3. Teorías psicológicas.....	39
Cuadro 4. Criterios diagnósticos generales para un trastorno de personalidad....	82
Gráfica 1. Inventario de depresión de Beck.....	91
Gráfica 2. Niveles de depresión.....	91
Gráfica 3. Cuestionario de depresión posparto Edimburgo.....	92
Gráfica 4. Factor A- Expresividad emocional.....	93
Gráfica 5. Factor B- Inteligencia.....	93
Gráfica 6. Factor C - Fuerza Yoica.....	94
Gráfica 7. Factor E- Dominancia.....	94
Gráfica 8. Factor F - Impulsividad.....	94
Gráfica 9. Factor G - Lealtad Grupal.....	95
Gráfica 10. Factor H - Aptitud Situacional.....	95
Gráfica 11. Factor I - Emotividad.....	95
Gráfica 12. Factor L - Credibilidad.....	96
Gráfica 13. Factor M - Actitud cognitiva.....	96
Gráfica 14. Factor N - Sutileza.....	96
Gráfica 15. Factor O- Conciencia.....	97
Gráfica 16. Factor Q1- Posición social.....	97
Gráfica 17. Factor Q2 – Certeza individual.....	97
Gráfica 18. Factor Q3 – Autoestima.....	98
Gráfica 19. Factor Q4 – Estado de ansiedad.....	98
Gráfica 20. 16 Factores de Personalidad.....	99

RESUMEN

La presente tesis tiene como objetivo determinar y analizar si existen rasgos específicos de la personalidad en madres que presentan depresión posparto, identificando qué es y en qué consiste la depresión para así lograr la diferenciación entre los tipos de trastornos, posteriormente definir cuáles son las características y síntomas de la depresión posparto, en qué tiempos puede presentarse y cómo puede confirmarse que existe la presencia del trastorno. Conocer de qué manera se puede prevenir y cuáles pueden ser los posibles tratamientos.

Será abordado el tema de la personalidad y cuáles han sido las teorías más representativas para poder comprender cómo está integrada desde la perspectiva de varios autores representativos, así como también los trastornos de la personalidad que son definidos por el manual DSM-IV y CIE-10. En caso de que las características de la personalidad de las madres se inclinen a alguno de ellos se realizará la clasificación al trastorno que pertenece.

Las pruebas psicométricas utilizadas se encuentran actualmente estandarizadas en México:

- ✓ Inventario de depresión de Beck. Determina si existe el trastorno de depresión.
- ✓ Cuestionario de depresión posparto Edimburgo. Determina la presencia del trastorno de depresión posparto.
- ✓ 16 Factores de Personalidad. Determina rasgos específicos de la personalidad.

Mediante los datos obtenidos de entrevistas breves a las madres y las pruebas psicométricas aplicadas se podrá determinar y dar a conocer la información que será de utilidad para toda mujer, ya sea que se encuentren en espera de un bebé o que aún no se realice como mamá, se podrá utilizar como medio preventivo o de conocimiento.

Palabras clave: depresión, depresión posparto y personalidad.

INTRODUCCIÓN

En la vida cotidiana somos testigos de cuántas mujeres se convierten en madres, teniendo cada una de ellas características distintas, tales como; la edad, el nivel socioeconómico, la personalidad, la salud, entre otros aspectos más. Durante este periodo, lo esperado y más frecuente es el hecho de que al recibir la noticia de que serán madres muestren felicidad y entusiasmo, puesto que, la vida de estas mujeres a partir de entonces dará un cambio total, empezando por su propio cuerpo, estado de ánimo, ritmo de vida y núcleo familiar.

Lo asombroso e inexplicable es cuando esas madres que esperaron por meses, días, horas y minutos la llegada de su bebé, a partir del nacimiento empiecen a albergar sentimientos de tristeza, insatisfacción, abatimiento y desinterés que las lleva incluso a descuidar a su recién nacido. Estas características hacen referencia a lo que los profesionales de la salud denominan “depresión posparto”. Suena increíble cuando lo vemos desde fuera pero desafortunadamente muchas madres en la actualidad sufren de este trastorno y no son atendidas ni diagnosticadas por un especialista.

Posiblemente si existiera una atención adecuada y un tratamiento a su debido tiempo las madres que hoy en día pasan por esta situación tendrían un apoyo profesional más directo y serían orientadas en su trastorno; con la prevención y conocimiento de esta problemática mental se evitarían los riesgos y consecuencias que ésta trae consigo. Es por ello que en el Capítulo I de esta investigación trataremos de inicio la depresión, para conocer sus características y síntomas y cuál es su relación primera con la depresión posparto. Una vez definida la depresión, se tratará la depresión posparto indicando en qué consiste, síntomas, tratamiento, prevención y aspectos relacionados importantes.

Hoy en día no se sabe a ciencia cierta qué factores son los responsables de la depresión posparto, sin embargo, es conocido que los factores biológicos, sociales y psicológicos que son la esfera del ser humano, tienen aspectos esenciales para influir en la aparición de la enfermedad. Estos aspectos también serán analizados en el

Capítulo II donde se investigara sus diferentes características y factores influyentes para su aparición.

Posiblemente como se ha encontrado e investigado en otros trastornos, en la depresión posparto existen ciertas variables claves, como: la personalidad, entorno social, nivel sociocultural, edad, la depresión, que son características esenciales o factores desencadenantes en su aparición.

Dado el caso, en el Capítulo III se hablará específicamente de los rasgos típicos de la personalidad, así como las teorías que la definen, el desarrollo normal y patológico en el ser humano, criterios diagnósticos esenciales, para encontrar alguna relación o posible factor que desencadene la depresión posparto.

La presente tesis cuenta con una investigación cuantitativa, ya que por medio de la aplicación de pruebas psicométricas: Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Depresión Posparto Edimburgo y 16 Factores de Personalidad se obtendrán resultados cuantificables. Tomando una muestra de 10 madres voluntarias de 25 a 35 años de edad que padecen depresión posparto.

CAPITULO I. DEPRESIÓN.

1.1 Definición de Depresión.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) la define como; *un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.*

Es entonces un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los desórdenes depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad.

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes de los seres humanos. Autores como Perris (1987) o Klerman (1987) han sugerido que a la “era de la angustia” (los años 50) le ha sucedido la “era de la depresión” (los años 80). De hecho, la depresión es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y el que potencialmente tiene más peligro de mortalidad debido a las conductas suicidas. Sin embargo, sentirse triste o deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar la depresión.

Esta distinción es importante, pues la depresión entendida como síntoma (es decir, sentirse triste) está presente en la mayoría de los cuadros psicopatológicos y en otras condiciones médicas, sin que por ello constituya un síndrome depresivo, es decir, un conjunto covariante de los síntomas relacionados (tristeza, pérdida de peso, etc.).

Por tanto si se tomara al estado de ánimo como único criterio para definir la depresión se incurriría en un exceso de falsos diagnósticos. Así pues, además del estado de ánimo depresivo se deben emplear otros criterios simultáneos, pues la depresión ha de concebirse como un síndrome.

No resulta fácil diferenciar la depresión clínica de los estados de ánimo depresivos más o menos transitorios y cotidianos. Los teóricos de la depresión no han llegado a un acuerdo respecto a las fronteras que delimitan una respuesta depresiva “normal” de una respuesta depresiva “patológica”.

Para algunos autores, los estados depresivos simplemente varían en una única dimensión, en un continuo de gravedad, de tal modo que los cuadros depresivos se diferencian solo por la intensidad cuantitativa de los síntomas; así la depresión normal cotidiana que todos padecemos cuando experimentamos algún suceso negativo, será básicamente similar, aunque de menor intensidad, a la depresión de una persona que busca ayuda profesional.

1.2 Características y síntomas de la depresión.

La depresión está asociada con un número de características psicológicas, que, por su propia naturaleza, a menudo permanecen ocultas a los observadores a pesar de que constantemente afectan a la persona deprimida. Tales características incluyen sentimientos abrumadores de tristeza, desesperanza, remordimiento, culpa y bajeza. A las personas deprimidas les resulta difícil concentrarse y no son capaces de hacerlo por completo, lo que puede reducir su capacidad para responder adecuadamente a un estrés cotidiano.

Keck (2006) señala que durante una depresión se pueden presentar múltiples síntomas y mostrarse en grados diferentes. Los malestares típicos indican una variación individual y notable. Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud; un episodio depresivo es aquél que se caracteriza por un estado de ánimo triste que dura al menos dos semanas. Asociado a él se produce una pérdida en cuanto a la

disposición para mostrar alegría, estímulos e intereses, así como en la capacidad general de concentración y rendimiento. Además, aparecen síntomas físicos característicos, como por ejemplo problemas de sueño, pérdida de apetito y peso así como una opresión mental respecto a una situación que se considera sin salida. Esto puede conducir a la aparición de ideas e intenciones concretas de suicidio. El pensamiento se ralentiza y gira en torno a un solo tema, que suele ser lo mal que uno se siente, lo difícil que resulta la situación actual y que preocupante parece ser el futuro.

Características físicas. Aunque la depresión se caracteriza como una enfermedad mental, se manifiesta físicamente a través de varias condiciones notables. La pérdida de energía (fatiga, letargo, inquietud, debilidad) es una condición común que es característica de la depresión. Las alteraciones del sueño como el insomnio, aumento o disminución y un horario anormal son también características físicas asociadas con la depresión. La pérdida de peso, desalineo y cuidado personal son principales dentro de este marco.

Responsabilidades deficientes. Descuidar las obligaciones personales y las responsabilidades es una característica típica de las personas que sufren de depresión. Las manifestaciones físicas de la depresión, como la fatiga, es comúnmente considerada como la razón de las responsabilidades no cumplidas; también lo son el número de dolores inexplicables y dolores en el cuerpo que las personas deprimidas atribuyen a sus incapacidades funcionales.

Las dificultades de empleo. Otra característica notable de la depresión es su capacidad para impedir realizar las actividades y el rendimiento de una persona en el lugar de trabajo. El ausentismo se asocia frecuentemente con episodios de depresión, al igual que los accidentes de trabajo y riesgos de seguridad. Dado que los individuos deprimidos a menudo se sienten cansados y débiles, la depresión también puede interferir negativamente con la productividad de una persona, disminuyendo a la vez la calidad del desempeño y la cantidad de tareas asignadas.

Distanciamiento y disociación. Como explicó James P. McCullough (1987): “la depresión es una enfermedad caracterizada por la desilusión”. Los sentimientos de decepción

contribuyen a esta caracterización, pero también lo hacen los patrones de conducta que se desarrollan en el intento de evitar tal decepción. Un individuo deprimido habitualmente interactúa con los demás de una manera que lo proteja a él o ella de la decepción, sobre todo si la persona ha estado deprimida durante algún tiempo. Como resultado de ello, la disociación de los ambientes sociales y el alejamiento de las relaciones personales "insatisfactorias" se convierten en una característica común de las personas que sufren de depresión.

Klerman (1987) menciona que el cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros existen deseos o intentos de suicidio. Pero en general, cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas que se puede reducir a cinco grandes núcleos;

1) Síntomas anímicos:

La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Además de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de los pacientes. Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo.

2) Síntomas motivacionales y conductuales:

Uno de los aspectos subjetivos más dolorosos para las personas deprimidas es el estado general de inhibición en que se hallan. En efecto, la apatía, la indiferencia y, en definitiva, la anhedonia- o disminución en la capacidad de disfrute- es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado depresivo. En su forma más grave este tipo de inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta. En casos extremos, este retardo puede llegar al "estupor depresivo", un estado caracterizado por mutismo y parálisis motora casi totales, y muy similar al estupor catatónico.

3) Síntomas cognitivos:

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración puede llegar a resentirse drásticamente incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas. Pero aparte de estos déficits formales, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está también alterado. En efecto, la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa. La auto depreciación, la auto culpación y la pérdida de autoestima suelen ser, por tanto, contenidos clave en las cogniciones de estas personas.

4) Síntomas físicos:

La aparición de cambios físicos es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Un síntoma típico, que afecta a un 70% u 80% de los pacientes depresivos, son los problemas de sueño. Normalmente se trata de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche o despertar precoz), si bien en un pequeño porcentaje de pacientes puede darse hipersomnia. Otros síntomas físicos comunes son la fatiga, la pérdida de apetito y una disminución de la actividad y el deseo sexuales que, en los hombres, puede incluso acompañarse con dificultades de erección. También suelen quejarse con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa etc.).

5) Síntomas interpersonales:

Un área descuidada de la investigación sintomatológica en la depresión es el de los aspectos interpersonales. Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. De hecho, un 70% dice haber disminuido su interés por la gente. Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean, lo que a su vez reaccían aislándose aún más.

A menudo se confunde una verdadera depresión clínica por una tristeza ocasional, desaliento, desilusión o melancolía. Estos sentimientos generalmente están presentes

en la depresión, pero en una forma más intensa y prolongada. Las personas que sufren de depresión probablemente exhibirán uno o más de los siguientes comportamientos:

- Sentimientos de falta de valor, falta de esperanzas, de impotencia, indiferencia total o culpa extrema.
- Tristeza prolongada, llanto incontrolable.
- Irritabilidad.
- Retracción de actividades o relaciones de las que disfrutaron en otros tiempos.
- Incapacidad para concentrarse o recordar detalles; indecisión.
- Cambio notable en el apetito con pérdida o aumento de peso repentino.
- Cambio en los hábitos de dormir: fatiga constante, insomnio, despertar temprano o dormir demasiado.
- Problemas físicos que no tienen otra explicación.
- Pensamientos sobre la muerte o intentos de suicidio.

El Instituto Nacional de Salud Mental (2009) define los principales síntomas de la depresión de la manera siguiente:

- Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.
- Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer.
- Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta un extraño desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro

clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

- Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y además se despierta temprano y de mal humor. En algunos casos, puede presentarse hipersomnia (exceso de horas de sueño).
- Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.
- Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.
- Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.
- Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso. Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.
- Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

- Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.
- Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

1.3 Prevención y tratamiento de la depresión.

El origen de la depresión se encuentra en diferentes factores, ambientales y genéticos, y es imposible precisar con certeza la incidencia de cada uno de ellos en una persona determinada. Para poder prevenir la depresión es necesario conocer aquellos elementos ambientales que nos protegen de su aparición, de modo que, dentro de lo posible, este factor no sea un determinante de esta enfermedad.

Martínez, R. (2013) considera los siguientes elementos esenciales a tomar en cuenta para una debida prevención:

-Evitar el estrés prolongado: El estrés es la respuesta normal del cuerpo ante una situación que resulta un desafío, permitiendo a la persona adaptarse de mejor manera para enfrentar las dificultades. El cuerpo actúa en estado de alerta, por lo que se producen una serie de cambios fisiológicos. El estrés se convierte en dañino cuando se mantiene en el tiempo, quedando la persona vulnerable a distintas enfermedades, entre ellas, depresión.

-Sentirse vinculados a grupos de pertenencia: Sentir que se forma parte de un grupo, donde existen vínculos con otros, en el que se valora la opinión de quienes lo conforman y donde uno se siente valorado.

-Evitar situaciones de violencia: Ser víctima de violencia, tanto física como psicológica, es una situación tremendamente estresante, más aún cuando se reciben

continuamente críticas, que llevan a la persona a sentirse insegura y a evitar el contacto con otros, por lo que se va desvinculando de sus grupos de pertenencia.

-Encontrarle sentido al trabajo y las actividades que se realizan: Estar contento con el trabajo que se realiza, más allá de servir sólo de sustento, y sentir que lo que se hace tiene una trascendencia y es coherente con los intereses de cada uno, es una forma de prevenir estados depresivos.

-Actividad Física: Hacer ejercicio estimula la secreción de endorfinas que provocan una sensación de bienestar natural. Además, hacer ejercicio ayuda a que la persona se mantenga saludable y conforme con su propio cuerpo.

-Ser ordenado con los horarios y hábitos alimenticios: Levantarse temprano después de dormir bien y cuidar la alimentación ayuda a mantenerse saludable.

-Cuidado de la apariencia: Mantenernos atentos a cómo nos vemos hace que nos sintamos más seguros.

-Velar porque predominen actividades placenteras: Cada día debiéramos procurar hacer más actividades placenteras que displacenteras. Muchas veces nos toca realizar labores que no nos gustan o que nos producen tristeza, como por ejemplo, ir a ver a alguien cercano que está muy enfermo. Nuestra visita es importante pero después sería beneficioso para nosotros realizar alguna actividad que nos ayude a cambiar nuestro estado emocional. Puede ser algo tan simple como escuchar una música que nos levante el ánimo.

-Fines de semana para cuidar las relaciones con familiares y amigos: Cuidar los tiempos de esparcimiento y de comunicación con amigos y familiares. Existen momentos en que la sobrecarga de responsabilidades lleva a algunos a tener que dedicarle tiempo al trabajo los fines de semana, pero esto debiera ser una excepción y no la norma.

-Hacer algo nuevo: Voluntariamente debemos buscar salir de la rutina, en la que caemos muy fácilmente, para estimular nuestra mente, ser capaces de sorprendernos y reencantarnos con imágenes, sonidos, información, conversaciones nuevas.

-Utilizar la creatividad: El placer de generar algo que no existe y que es producto de nuestra imaginación y esfuerzo es una actividad muy gratificante que nos protege de la depresión.

-Estar en contacto con la naturaleza: Salir a espacios verdes donde disminuye el ruido y donde cambia el color gris predominante de la ciudad, de forma habitual, es también una forma de descansar y de protegernos de la depresión.

Los mencionados, son factores frente a los cuales podemos ejercer algún tipo de control. Ahora bien, existen otros que no podemos controlar, como la pérdida de personas queridas o la enfermedad. Ante estas situaciones debemos entender que la tristeza es una reacción normal que no podemos evadir. Si se mantiene de forma muy prolongada en el tiempo y si se acompaña de una desesperanza y desencantamiento de la vida en general es una señal de alerta para pedir ayuda antes de que se haga crónico y sea más difícil superarlo.

Una vez diagnosticada la depresión, el paciente debe iniciar el tratamiento, siendo en algunos casos una acción combinada de terapia farmacológica con apoyo psicológico. Es muy importante que antes de que el paciente inicie cualquier terapia, sea informado por su médico de la duración del tratamiento de la depresión, los beneficios que se van a intentar alcanzar, y los efectos secundarios que se pueden desarrollar a lo largo del tratamiento.

Martin & Segura (2010) mencionan cuales son los diferentes tratamientos que pueden ser utilizados dependiendo del paciente y su historia clínica:

- *Tratamiento farmacológico de la depresión.* De forma general, el tratamiento farmacológico de la depresión se suele limitar a los cuadros depresivos moderados o graves. En los pacientes diagnosticados de depresión leve no se suele recurrir a

terapia farmacológica, debido a su estrecho perfil beneficio-riesgo. Únicamente se recomienda en caso de fracaso de otras terapias, problemas médicos o psicológicos asociados, o historial previo de depresión moderada o grave. En los pacientes con depresión moderada o grave, la terapia farmacológica se considera un tratamiento de primera línea, aunque existe un 38% de pacientes que al cabo de 6-12 semanas no presentan respuesta al tratamiento instaurado, y en un 54% de los pacientes no existe remisión de los síntomas.

- *Tratamiento psicoterápico de la depresión.* Las terapias psicológicas más empleadas por su carácter específico son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (TIP). La terapia cognitivo-conductual se ha mostrado tan efectiva como la psicoterapia interpersonal (más lenta en lograr los objetivos que la TCC y la farmacoterapia) y la terapia farmacológica, lo que la ha convertido en la terapia psicoterapéutica de elección en el abordaje de la depresión moderada, grave o resistente. La duración de la terapia variará en función del tipo de depresión diagnosticada, la situación personal del paciente y la evolución de éste. En pacientes con depresión grave o crónica, si la terapia psicoterápica se asocia a tratamiento farmacológico la efectividad siempre será superior a cualquiera de estas terapias por separado. La terapia cognitivo-conductual, asociada al tratamiento de mantenimiento, contribuye a incrementar la efectividad del mismo para evitar la aparición de recaídas. Esto es especialmente beneficioso para aquellos pacientes con antecedentes de recaídas, o que presentan síntomas residuales, ya que son los que tienen un mayor riesgo de sufrir de nuevo episodios depresivos.
- *Autoayuda guiada:* su objetivo es que los pacientes adquieran capacidades de autocontrol y manejo de la sintomatología de este trastorno. Se emplean tanto soportes bibliográficos, como materiales digitales. Aunque se ha demostrado resultados favorables en pacientes con depresión leve-moderada, no se conocen los efectos a largo plazo.

- *Ejercicio físico*: está demostrada la capacidad del ejercicio físico para mejorar el bienestar personal, tanto físico como psíquico. En los pacientes con depresión leve-moderada, un programa de ejercicio de intensidad moderada, de 40-45 minutos, 2-3 veces a la semana; durante un periodo de 10 a 12 semanas, podría repercutir en una clara mejoría de la sintomatología depresiva.
- *Terapia electroconvulsiva (TEC)*: esta terapia consiste en provocar una crisis comicial generalizada (una convulsión), mediante la estimulación eléctrica del sistema nervioso central. A pesar de ser una terapia devaluada y denostada en sus inicios, actualmente se aplica bajo anestesia y miorelajación, y se considera efectiva en pacientes adultos con depresión grave o resistente.

Aparte del tratamiento farmacológico o psicoterapéutico es importante tener en cuenta constantemente:

- ✓ Pensamientos positivos.
- ✓ Cuidar la salud física.
- ✓ Una adecuada organización.
- ✓ Reanudar las responsabilidades forma lenta y gradual.
- ✓ Aceptarse a uno mismo, no compararse con otras personas que considera favorecidas.
- ✓ Expresar las emociones.
- ✓ Seguir en todo momento y hasta el final el tratamiento impuesto.
- ✓ Ser constante en la terapia.
- ✓ Comer una dieta equilibrada.

1.4 Diagnóstico diferencial de la depresión y la depresión posparto.

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (*Trastornos mentales y del comportamiento*, CIE-10) y la de la American Psychiatric

Association (DSM-IV) Para realizar un diagnóstico diferencial de la depresión mediante el DSM-IV se deben tomar en cuenta los siguientes criterios:

Cuadro 1. Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros.

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (ejemplo: un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ejemplo: una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (ejemplo: hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ejemplo: después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Especificación de inicio en el posparto según el DSM-IV

La especificación con inicio en el posparto puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o II o a un trastorno psicótico breve, si se inicia en las primeras cuatro semanas después del alumbramiento de un hijo. En general, la sintomatología de los episodios depresivos mayores, maníacos o mixtos pospartos no difiere de la sintomatología de los episodios afectivos que no se producen tras el parto y puede incluir la presencia de síntomas psicóticos. En los episodios posparto puede ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo.

Cuando hay ideas delirantes, es frecuente que se refieran al recién nacido (por ejemplo: que el recién nacido esté poseído por el demonio, que tenga poderes especiales, o que esté condenado a un destino fatal). Tanto en la predestinación psicótica como en la no psicótica, puede haber ideación suicida, pensamientos obsesivos de agresión al niño, falta de concentración y agitación psicomotora. Es frecuente que las mujeres con episodios depresivos mayores posparto presenten una gran ansiedad, crisis de angustia, llanto espontáneo mucho después de lo que suele durar la tristeza posparto (por ejemplo; 3-7 días posparto), desinterés por el nuevo hijo e insomnio (que es más probable que se manifieste como dificultad para conciliar el sueño que como despertar precoz).

Muchas mujeres se sienten especialmente culpables por tener sentimientos depresivos cuando creen que deberían estar contentas. Pueden ser reticentes a manifestar sus síntomas o sus sentimientos negativos sobre el niño. El resultado de la enfermedad por sí misma o de la separación del hijo puede dar lugar a una deficiente relación madre-hijo. El infanticidio se asocia con mayor frecuencia con los episodios psicóticos posparto, que están caracterizados por alucinaciones que ordenan matar al niño o ideas delirantes de que el niño está poseído, pero también puede ocurrir en los episodios afectivos posparto graves, sin estas ideas delirantes o alucinaciones específicas.

Los episodios afectivos posparto (depresivos mayores, maníacos o mixtos) con síntomas psicóticos se producen aproximadamente en 1 de cada 500 a 1.000 partos y parecen ser más frecuentes en mujeres primíparas. El riesgo de episodios posparto con síntomas psicóticos es especialmente elevado en las mujeres con episodios afectivos posparto anteriores, pero también es mayor en las que tienen historia previa de un trastorno del estado de ánimo. Una vez que una mujer ha tenido un episodio posparto con síntomas psicóticos, el riesgo de recidiva en cada parto posterior es del 30-50 %.

Para realizar un diagnóstico diferencial de la depresión posparto mediante el CIE-10 se deben tomar en cuenta los siguientes criterios:

Cuadro 2. Diagnóstico diferencial de la depresión posparto

Trastornos afectivos del puerperio	Blues posparto	Depresión posparto	Psicosis posparto
Momento de inicio de síntomas	Primeros 4 días posparto	Primeras 4 a 6 semanas posparto	Primeras 4 semanas posparto
Duración	6 a 10 días	15 días o más	Variable
Síntomas predominantes	Llanto fácil, ánimo triste o ligeramente eufórico, irritabilidad, cefalea, alteraciones del sueño (son transitorios y no provocan mayor disfunción).	Tristeza, trastornos del sueño y apetito, ideas de culpa, minusvalía o muerte, agitación o enlentecimiento psicomotores. (Los síntomas están presentes casi todo el día y a diario, y provocan malestar o disfunción).	Ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento bizarro. A veces síntomas maniformes (asociación con trastorno afectivo bipolar).
Gravedad	Leve	Leve, moderado o grave	Grave (emergencia psiquiátrica)

CAPITULO II. DEPRESIÓN POSPARTO (DPP).

2.1 Definición de depresión posparto y diferenciación con otros trastornos afectivos.

La Asociación Mexicana de Psicología señala que la depresión posparto “es un trastorno del estado de ánimo con inicio en las primeras cuatro semanas posteriores al parto”.

Los trastornos del estado de ánimo que pueden encontrarse tras el parto se clasifican en:

- ❖ Depresión posparto leve o “baby blues”: síndrome leve y transitorio que se presenta del 2º al 4º día del parto, y desaparece sin secuelas de forma espontánea en un plazo de no más de 10 días o dos semanas.
- ❖ La depresión mayor posparto: se inicia entre la 2ª a 8ª semanas tras el parto, y en ocasiones incluso seis meses más tarde con fuertes sentimientos de culpa, incapacidad para hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia afectiva hacia ella misma.
- ❖ Psicosis posparto: Enfermedad aguda y grave, se caracteriza por depresión, ideas delirantes y pensamientos de dañar al lactante o a ella misma.

Melancolía maternal, también llamada tristeza posparto. Es el grado más leve de los trastornos del estado de ánimo. Son episodios transitorios de tristeza, crisis de llanto y desaliento; fatiga, ansiedad, confusión, insomnio; cuya aparición se sitúa entre el 3º y 7º día posparto. La afectividad se expresa como un sentimiento de tristeza, desesperanza y desánimo, aunque no todas las pacientes son capaces de reconocerlo. La tristeza habitualmente coexiste con ansiedad e irritabilidad, y con sensación de astenia e irritabilidad. Otros síntomas frecuentes son: insomnio, pérdida de apetito, anhedonia, desbordamiento.

La paciente depresiva refiere pérdida de interés o placer en sus aficiones o actividades cotidianas, una anhedonia que a veces es percibida mejor por los familiares que por la paciente. El pensamiento tiene un matiz negativo y pesimista, con sensaciones obsesivas en torno a diversos aspectos. Otro aspecto a tener en cuenta es el abandono de su aspecto físico e incluso de su higiene personal.

Los trastornos depresivos son un grupo de enfermedades bastante frecuentes en la población general y en la práctica clínica. Estos trastornos pueden presentarse en cualquier momento de la vida de la mujer, desde la infancia hasta la vejez, pero son más frecuentes en la etapa de su vida reproductiva (15 a 44 años). El puerperio es una etapa en la que el riesgo de desarrollarlos es especialmente alto debido a que la madre está sometida a importantes cambios hormonales y físicos, y a un gran número de factores ambientales generadores de estrés como son la lactancia, la asunción del papel de mamá y las transformaciones en la relación de pareja y en la estructura familiar que trae consigo este periodo (Peña & Calvo, 2012).

La llegada de un nuevo miembro a la familia es un evento que se espera genere gran alegría tanto a la madre como a la familia y suele acompañarse de un amplio reconocimiento social y cultural. Sin embargo, algunos estudios han encontrado que un gran porcentaje de mujeres presenta un episodio de depresión mayor o menor durante los tres primeros meses posparto.

La depresión posparto (DPP) es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento tanto a la madre como a la familia. Además de deteriorar en forma importante la calidad de vida de la madre, afecta la salud del recién nacido. Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista un especial interés en el diagnóstico y tratamiento tempranos, ya que al igual que sucede con la mayoría de las enfermedades, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el fin de poder iniciar el tratamiento integral de él y evitar o limitar las potenciales secuelas.

Como consecuencia, ha surgido la necesidad de diseñar instrumentos y herramientas para la detección temprana que puedan ser eficaces y de fácil aplicación por médicos generales, ginecólogos y pediatras, quienes son los profesionales que más frecuentemente tienen contacto con estas pacientes en el periodo gestacional y puerperal.

La depresión posparto consiste en el desarrollo de un episodio depresivo mayor durante las primeras cuatro a seis semanas posparto (DSM-IV, CIE- 10). En la práctica clínica se observa que la depresión del puerperio puede tener su inicio durante un lapso más extenso que comprende desde el embarazo hasta los primeros seis meses posparto, si bien es durante el periodo posparto cuando más frecuentemente hace su aparición la enfermedad.

El cuadro clínico está caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de la capacidad para experimentar placer, cambios en el sueño y en el apetito, cansancio físico, falta de concentración, e ideas de minusvalía, desesperanza y culpa relacionadas comúnmente con el cuidado y la crianza de los hijos. Las alteraciones en la concentración y el componente ideatorio depresivo constituyen la dimensión cognitiva de la enfermedad y suelen ser los síntomas más específicos y sugestivos de la presencia de depresión posparto, al igual que las ideas de muerte, suicidio, y de heteroagresividad hacia el recién nacido; el clínico siempre debe explorar estas últimas expresiones en toda paciente con sospecha de DPP y evaluar el riesgo de auto o heteroagresión.

Otras manifestaciones, tales como el cansancio y los cambios en el patrón de sueño y apetito, pueden ser consideradas relativamente normales durante el período puerperal (Peña & Calvo, 2012).

Algunos estudios realizados recientemente por la Asociación Americana de Psicología (2014) han encontrado diferencias sutiles en la presentación de la depresión en el posparto con respecto a otras etapas de la vida (menor tasa de suicidios, mayor ansiedad y pensamientos obsesivos de agresión). Sin embargo, la práctica ha mostrado que la fenomenología clínica de la depresión posparto no se diferencia mayormente de

la hallada durante un episodio depresivo mayor registrado en cualquier otra etapa de la vida de la mujer. Es así como, según los actuales criterios del DSM-IV, se puede realizar el diagnóstico cuando en las primeras cuatro semanas de puerperio se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Hoy en día no se cuenta con un examen de laboratorio o una prueba diagnóstica que permita confirmar o descartar la presencia de un trastorno depresivo. El diagnóstico de la depresión posparto es eminentemente clínico y se realiza mediante la exploración detallada de signos y síntomas en el contexto de la entrevista clínica. Durante la evaluación es recomendable brindar un ambiente de seguridad y respeto a la paciente que permita la adecuada expresión emocional, así como el establecimiento de una buena relación médico-paciente, indispensable para el éxito del tratamiento.

La depresión puerperal debe distinguirse cuidadosamente tanto del puerperio normal como de otros trastornos psiquiátricos frecuentes en este periodo, entre los cuales merecen especial atención el blues posparto y la psicosis puerperal.

Roa (2010) señala que la depresión posparto hace referencia a una serie de síntomas afectivos de leve intensidad altamente prevalentes en la etapa puerperal. Se considera que entre el 15% y el 85% de las mujeres en los diez primeros días posparto pueden padecer síntomas compatibles con este trastorno. Los síntomas más comunes comprenden llanto fácil, ánimo triste o ligeramente eufórico, irritabilidad, cefalea, ansiedad y alteraciones del sueño. Normalmente estos síntomas ceden espontánea y rápidamente sin requerir tratamiento; sin embargo, la presencia de esta sintomatología es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno depresivo puerperal.

De otra parte, la psicosis posparto es un cuadro clínico que ocurre en uno de cada mil partos y está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos dados por ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado o comportamientos extraños. Tiene su inicio en las primeras cuatro semanas posparto y con frecuencia se acompaña de algunos síntomas afectivos de tipo maníaco tales como euforia, labilidad emocional, distractibilidad y aumento de la actividad. Este trastorno ha sido asociado en

diferentes estudios con un alto riesgo de desarrollar trastorno afectivo bipolar y es considerado como una emergencia psiquiátrica que usualmente requiere hospitalización.

Es de gran importancia la detección de síntomas clave en el embarazo y posparto que nos ayude a diagnosticar dichos procesos de forma precoz evitando su elevada morbimortalidad así como sus complicaciones.

Baby blues o también llamado “síndrome del tercer día”; es la alteración del estado de ánimo más frecuente en el posparto, teniendo una prevalencia del 50% al 80% de los casos. El término blues hace referencia a un tipo de música afroamericana triste que produce nostalgia y refleja recuerdos del pasado de los músicos, el tercer *día* tiene relación con su aparición que suele ser entre el tercer y quinto día posparto, y tiene una duración corta de 1 a 3 semanas.

Se caracteriza por labilidad emocional, irritabilidad, accesos de llanto y tristeza que no llegan a tener la intensidad suficiente como para precisar tratamiento farmacológico, siendo muy útil la psicoterapia de apoyo breve. En algunos estudios se ha visto que hasta el 20% de los casos de posparto blues podría desarrollar una depresión influyendo en ello la presencia de estresores ambientales, la lactancia o la paridad.

Existen dos hipótesis que intentan explicar este proceso (Roa, 2010):

1. La primera relaciona los cambios de estado de ánimo con los cambios bruscos de niveles hormonales. Además durante el embarazo se producen un bajo nivel de progesterona y de sus metabolitos sobre todo la alopregnanolona (hormona sexual). Este bajo nivel se ha asociado con la aparición de síntomas depresivos. Ambas sustancias poseen afinidad por los receptores GABA, siendo esta la razón de su efecto ansiolítico y anestésico.

2. La segunda hipótesis se fundamenta en la activación del sistema biológico mamífero que relaciona madre-hijo y que regula la oxitocina. En situaciones normales, la oxitocina potencia la conducta de apego madre-hijo, sin embargo ante situaciones de estrés, tensión emocional o pobre apoyo ambiental parece relacionarse con la aparición de síntomas depresivos.

2.2 Características y síntomas de la depresión posparto.

Los síntomas característicos de la depresión posparto podrían ser similares a los de una depresión en cualquier otro momento de la vida de la mujer, sin embargo, desde el origen del puerperio existen tiempos y características específicas que la distinguen como una depresión posparto.

Mora, Villalta & Pérez en 2013 indican las características frecuentes y alteraciones que se presentan en la depresión posparto;

- ✚ *Alteraciones emocionales:* son las más significativas, hablamos de la tristeza vital como síntoma clave para referirnos a ese sentimiento negativo, similar al que sentimos ante la pérdida de algo emocionalmente significativo en nuestra existencia. Otra manifestación es la anhedonía, término con el que nos referimos a la frialdad emocional, a esa dificultad para poder experimentar emoción alguna.

- ✚ *Alteraciones cognoscitivas:* el pensamiento está enlentecido y los contenidos suelen ser monotemáticos. La culpabilidad y el autorreproche es la norma, sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre.

- ✚ *Alteraciones conductuales:* la inhibición psicomotora con expresión triste, movimientos y lenguaje lentificado que le llevan a una disminución progresiva del rendimiento y al abandono de las actividades habituales, sobre todo aquellas que requieren una iniciativa personal como el ocio manteniéndose más tiempo las actividades laborales y de casa.

- ✚ *Alteraciones somáticas:* son múltiples, siendo las más habituales las alteraciones del sueño (más superficial, con dificultades para su conciliación incluso aunque alguien esté cuidando al bebé, y con despertares frecuentes) y alteraciones del apetito.

Posibles causas que provoca la aparición de depresión posparto, son:

- a) Ausencia de apoyo afectivo.
- b) Problemas conyugales, por falta de comunicación.
- c) Poca colaboración en el hogar.
- d) Si el bebé presenta alguna complicación de salud o ha nacido prematuro, sin duda alguna, esto provoca mucha tensión en la familia.
- e) Problemas familiares, incompreensión, dificultades económicas, pérdida de un ser querido, desempleo, problemas de viviendas. Etc.
- f) También suele aparecer la depresión posparto, por la falta de aceptación a su nueva realidad.

Síntomas más frecuentes:

- Tristeza: es el síntoma más frecuente. Se sienten bajas de ánimo, infelices y desgraciadas la mayor parte del tiempo. En ocasiones pasan días malos y días buenos. Piensan que no merece la pena vivir precisamente en unos momentos en que deberían sentirse muy alegres.
- Irritabilidad: con frecuencia acompaña a la sensación de tristeza. Puede estar irritable con sus otros hijos, con el recién nacido y con su marido, quien no suele comprender qué es lo que le está pasando a su mujer.
- Fatiga: se sienten abrumadas y fatigadas; y a veces tan agotadas que pueden llegar a pensar que padecen alguna enfermedad física.
- Insomnio: tienen dificultad para conciliar el sueño, y cuando se duermen se despiertan varias veces durante la noche, aunque sea la pareja quien se ocupe de alimentar al bebé.
- Anhedonia: es la incapacidad para disfrutar; lo que antes era un placer ahora no apetece; y lo que antes interesaba ahora se convierte en aburrido. Suelen rechazar cualquier contacto sexual, lo cual puede generar tensión en la pareja.

- **Desbordamiento:** tienen la sensación de no disponer de tiempo para nada; de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo. Les resulta difícil establecer rutinas para hacer frente a la nueva situación que viven.

- **Ansiedad:** se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con el bebé por no saber cuidarlo bien. Se sienten distantes con su hijo, al cual perciben como un pequeño ser misterioso y extraño cuyas necesidades deben ser en todo momento satisfechas. También pueden llegar a obsesionarse por la salud del bebé, preocupándose en exceso por su peso; y alarmarse tanto si llora demasiado.

2.3 Prevención y tratamiento de la depresión posparto.

Debido a la naturaleza de la depresión posparto y la tendencia de la madre a negar sus sentimientos como un síntoma más de un trastorno, son los médicos pediatras quienes tienen la atención primaria y se encuentran en un lugar clave para detectar y tratar a tiempo dicha enfermedad. Las mujeres con factores de riesgo significativos serían objeto de un seguimiento más estrecho, para los médicos de atención primaria significaría preguntar en cada visita cómo se siente la futura madre e indagar sobre factores de riesgo (situación social desventajosa, ausencia de apoyo familiar, embarazos no deseados, relaciones de pareja disruptivas).

No es fácil que la mujer reconozca estar deprimida en parte por el significado estigmatizante de la enfermedad y por la sensación de haber fallado como madres. Es más frecuente que se muestre encubierta en forma de quejas repetidas sobre la salud del niño: reflujo, cólico, problemas del sueño. Es por ello muy importante un abordaje, que no enjuicie, de aporte de autocuidados y de soporte.

Repetidos estudios indican como tratamiento de primera línea *la psicoterapia*, bien, cognitivo-conductual o interpersonal. Han mostrado mayor efectividad en diferentes estudios las intervenciones individuales que las grupales. Y las dirigidas a «madres de

riesgo» más beneficiosas que las que incluyen madres en general. La terapia cognitivo-conductual se ha visto más efectiva si la ansiedad materna es el síntoma dominante.

Como segunda línea el tratamiento farmacológico. Se ha visto que en estas pacientes se tiende a usar tratamiento menos agresivo tanto en dosis como en duración. Esto favorece el riesgo de secuelas, recurrencias o refractariedades que complican el cuadro. La tristeza posparto generalmente no produce deterioro funcional y no requiere tratamiento farmacológico específico. Si bien es una situación que requiere alerta ante el posible desarrollo posterior de una depresión severa.

El suicidio materno es afortunadamente raro y la presencia del niño resulta de ayuda para prevenir el suicidio en las madres con depresión. El riesgo es mayor en el primer mes posparto y está ligado al riesgo de psicosis posparto y a la recaída de un trastorno bipolar previo.

Un primer episodio de depresión posparto conduce al 50% de probabilidad de recurrencia en el próximo período posparto. La importancia en el seguimiento de los *blues* radica en la posibilidad de desarrollar posteriormente psicopatología como un episodio depresivo mayor que aparecerá en el año siguiente al parto en hasta el 20% de las pacientes que lo presentaron. Las implicaciones diagnósticas de este tipo de patología nos tienen que hacer estar alerta pues a menudo es el anuncio de un trastorno bipolar.

Los especialistas Ma. Lara & H. Garcia (2009) del instituto de psiquiatría señalan que un tratamiento general incluye medicamentos, psicoterapia o la combinación de ambos. Hay diversos medicamentos antidepresivos para las madres lactantes, aunque hay quienes prefieren suspender la lactancia. La empatía y comprensión, así como la ayuda para que la mujer entienda su situación, sin sentimientos de culpa, son indispensables. Es benéfico que las madres aprendan destrezas para manejar su estado de ánimo y enfrentar los problemas cotidianos. Sin tratamiento, la depresión posparto puede durar

meses o años y las complicaciones potenciales de largo plazo son las mismas que en la depresión grave.

Puntos clave para la prevención de la depresión posparto según Ma. Lara & H. Garcia (2009):

-En la primera fase, es necesario que se identifique el trastorno a tiempo, antes que se desarrollen o aparezcan los síntomas.

-En la segunda fase, si se ha identificado dicha enfermedad es indispensable que se trate lo antes posible; y en la tercera fase, se debe de evitar sus consecuencias.

Indicaciones útiles de prevención:

- Darse un tiempo para descansar de la rutina, aprovechando en lo posible, cuando el bebé está durmiendo. Esto le ayudará a sentirse con energía y mayor disposición para enfrentar la tarea.
- Es necesario seguir una dieta balanceada, además de vegetales frescos, frutas, leche y cereales, que son alimentos muy adecuados para este momento.
- Comunicación de pareja; debe existir apoyo y estabilidad en la relación.
- Recibir apoyo familiar o de personas cercanas en los primeros días posteriores al parto.

En el caso que se detecte una depresión posparto, lo ideal es que se busque la ayuda de un profesional en salud mental, para realizar primeramente una serie de exámenes y test psicológicos, los cuales darán a conocer el grado de gravedad de dicha depresión. Por tanto, se recomienda hacer terapias grupales o de autoayuda. Así le permitirá a la madre, expresar sus inquietudes y molestias en relación a su situación actual.

Otra técnica es la psico-educación o retroalimentación. Consiste en que la madre esté bien informada sobre su problema, para tener un mayor control de sus emociones. El hacer ejercicios relajantes, le ayudarán a aliviar toda tensión muscular, permitiéndole un mayor funcionamiento y oxigenación de su organismo. Esto también ayuda a elevar su estado de ánimo y su sensación de bienestar.

2.4 Posturas sobre la depresión posparto.

Indudablemente el parto es una experiencia física de dolor intenso, provocado por las contracciones uterinas, la distensión pélvica y la dilatación del conducto vaginal, que favorecen la salida del bebé del cuerpo de la madre. Al progresar el trabajo del parto aparecen sensaciones diferentes tanto en el cuerpo como en la mente de la madre que se interrelacionan entre sí.

El dolor físico experimentado adquiriría un sentido específico para la madre, podría asumirlo como parte de un proceso que la lleva a dar vida, como un acto creativo, responsable y satisfactorio, en el que confía para tolerar el dolor y concentrar sus energías en la expulsión o por el contrario, podría también vivirlo como una experiencia masoquista, sentida como una amenaza violenta a la unión simbiótica, invadida por angustias de desintegración.

Si bien, es de esperar que la madre se haya anticipado psíquicamente para el alumbramiento durante el embarazo, el parto no deja de ser un evento puntual y abrupto que produce intenso desconcierto. Este representa un cambio radical de estado, una discontinuidad psicosomática, que expone a la madre a la irrupción de angustias intolerables e irrepresentables (Bion, 1962).

De acuerdo con Bouchart-Godard (1992) las experiencias subjetivas y objetivas del parto son extremadamente variables, y así como existen mujeres que se sienten desestructuradas, otras consiguen enfrentarlo a través de mecanismos obsesivos, donde el dolor y la ansiedad quedan controlados, o negados en los estados de mayor disociación. La materialización de la separación física en el parto, predispondría a la actualización de experiencias de separación temprana vividas como traumáticas.

En éste sentido, el parto puede ser representado inconscientemente como un estallido o un desgarramiento de la envoltura psíquica (Anzieu, 1998), en el que la separación se viviría como a una pérdida narcisista de una parte vital, correspondiente a una relación de objeto parcial, precipitando en éstos casos, angustias de desintegración.

La depresión posparto ha sido identificada desde el año 460 a.c, siendo Hipócrates quien describió las enfermedades mentales graves que aparecían después del parto, llegando a denominarlas “locura de las parturientas” donde se caracterizaban por la presencia de fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno. Sin embargo, a pesar de ser conocida hace tanto tiempo, en las últimas décadas ha surgido el interés por profundizar en su estudio (Raphael-Leff, 2000).

Como cuadro psicopatológico ha venido relegándose al ámbito de la psiquiatría para el tratamiento psicofarmacológico (antidepresivos o tranquilizantes mayores) e incluso a terapias electroconvulsivas (Lucas, 1993).

Las razones por las que se produce la depresión posparto no han dejado de ser estudiadas. Las investigaciones psiquiátricas le atribuyen factores que van desde el desajuste hormonal, efectos fisiológicos de partos altamente difíciles, hasta el aislamiento social, falta de apoyo familiar, pobreza y desempleo.

El puerperio constituye un momento de alta vulnerabilidad para la aparición de desórdenes afectivos. A la fragilidad y desorientación que deja el parto, se le agrega la exposición inmediata a emociones muy primarias de carácter pulsional que caracteriza el intercambio inicial con el recién nacido (Kristeva, 1988). El llanto, los gemidos, los olores, los roces se constituyen en intercambios capaces de evocar en la madre la memoria de sus angustias más arcaicas (Raphael-Leff, 2000).

Según Stern (1985) la presencia y apoyo de una red familiar, sobretodo la atención y cuidado de la madre, se constituyen en estos momentos en un importante soporte que ayuda a la madre a contener sus propios temores y angustias. Sin embargo, en la sociedad actual, las familias extensas, capaces de brindar este apoyo, son cada vez más escasas. Difícilmente se logra construir una red de abuelas, tías y hermanas que sostengan a la madre y la ayuden a enfrentar la experiencia.

La depresión posparto se revela como una incapacidad para responder al mandato biológico de la pulsión de vida, de “hacer sobrevivir”, de responder a la angustia del

bebé por “sobrevivir” (Pérez, 1993), de salir al encuentro del “gesto espontáneo” (Winnicott, 1956).

Como lo indica Lucas (1993) la depresión posparto puede presentarse bajo tres modalidades, en función a su grado de severidad:

1. La condición más leve y la que afecta al mayor porcentaje de las mujeres se denomina "etapa melancólica" o "baby blues", que dura unos pocos días.
2. La condición moderada se conoce con el nombre de depresión posparto, que puede extenderse por aproximadamente dos años.
3. La reacción más severa se llama psicosis puerperal, caracterizada por una pérdida del contacto con la realidad por extensos períodos de tiempo.

Para Eglé Laufer (1993), la depresión posparto deviene como proceso final del duelo por la pérdida de la unión con la madre al convertirse la mujer en madre. También la entiende, en otros casos, como resultado de la identificación con la fantasía persecutoria de una madre insatisfecha y depresiva que inhibe la capacidad para gozar de la maternidad.

M. Mills (1997), entiende la depresión posparto como el resultado del quiebre de las idealizaciones defensivas, en aquellas madres para quienes el deseo del hijo se estableció como una necesidad por reparar los objetos internos. La realidad de las demandas y angustias del bebé las confrontaría con las carencias y desamparos tempranos de ellas mismas, recuerdos dolorosos de los cuales pretendieron pero no pudieron escapar.

Los aportes de John Steiner (1995), sobre la función que tienen las organizaciones patológicas de la personalidad en la contención y neutralización de los impulsos destructivos primitivos, nos muestran modos de defensa muy primarios que podrían explicar la incapacidad de la madre para acercarse al bebé, los cuales pueden ser entendidos como mecanismos de protección a la integridad del yo.

Detrás del estado depresivo se ocultarían sentimientos de frustración, rabia y odio, sentimientos todos ellos incompatibles con las representaciones que sobre la maternidad se tienen en nuestra cultura, en la cual se idealiza el rol de la madre abnegada, quien se ve empujada a negar sus necesidades, fantasías y deseos pulsionales (Kristeva, 1997).

La vivencia de separación y pérdida materializada en el parto contiene la fuerza de poder revivir experiencias traumáticas tempranas en un alto porcentaje de madres en nuestra actual sociedad occidental, dificultando la tarea de la madre para asumirse como responsable activa de la atención y cuidado de su bebé. En estos casos, la madre quedaría presa en un estado narcisista, fijada en una identificación con el objeto perdido (Freud, 2006).

Las manifestaciones de la depresión posparto -la tristeza, ansiedad e irritabilidad- en sus distintos grados, podrían considerarse como defensas contra la angustia esquizoide de fragmentación, y sus peligrosas consecuencias, comparable al movimiento intrapsíquico que describe Julia Kristeva (1997) al referirse a la depresión cuando señala: "En efecto, la tristeza reconstruye una cohesión afectiva del yo que reintegra su unidad en la envoltura del afecto. El humor depresivo se constituye como un soporte narcisista...que lo protege contra el pasaje al acto suicida...El depresivo no se defiende de la muerte pero sí de la angustia que le provoca el objeto erótico. El depresivo no soporta a Eros, prefiere entenderse con la Cosa hasta el límite del narcisismo negativo que lo conduce a Tánatos".

Autores ya mencionados y alguno más han hablado y abarcado el tema de la depresión posparto, sin embargo, son pocos quienes han ahondado a fondo en ella, se tiene el conocimiento de su existencia, se conoce su sintomatología a grandes rasgos pero a la fecha no deja de ser escaso y alarmante la falta de teoría, investigación y prevención respecto a la depresión posparto pues los casos recurrentes los escuchamos o vivimos a diario con personas allegadas.

2.5 Factores biológicos, sociales y psicológicos.

Ellos afirmaron que “la depresión posparto tiene una etiología multifactorial, no existe una causa única que provoque la depresión posparto sino un conjunto de factores causales” (Machado R, & García S, 2012).

Oviedo & Jordan (2000) determinan que biológicamente ocurre disminución de niveles de serotonina y disminución de niveles de estrógenos y progesterona. Las investigaciones sobre la causalidad de estos cambios hormonales sobre la depresión posparto no arrojan resultados positivos, no hay evidencias sobre su relación causa-efecto. Aunque los niveles de estrógenos y progesterona pueden afectar a las emociones, no se han encontrado diferencias entre los niveles de hormonas de las madres que desarrollan depresión posparto y las que no. La evidencia disponible ha permitido establecer varias hipótesis acerca de la influencia de los factores biológicos en la etiopatogenia de la depresión posparto, a pesar de las contradicciones entre diversos estudios y los problemas metodológicos de algunos de ellos. El rápido descenso en los niveles de las hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio. En el embarazo los niveles de estrógenos son más bajos en mujeres con trastornos del sueño y más elevados en mujeres con mayor grado de irritabilidad con respecto a los niveles en gestantes normales.

Por otra parte, se ha encontrado una mayor caída de progesterona luego del parto en mujeres que presentan depresión posparto en comparación con púerperas normales. Varios estudios reportan una asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo en el puerperio; por ejemplo, se ha encontrado correlación entre niveles elevados de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que experimentan cambios de ánimos positivos en los primeros días posparto. Los factores implicados en el desarrollo de la depresión posparto se podrían clasificar en psicosociales y ambientales; para los primeros existe mayor calidad y cantidad de estudios que

corroboran una fuerte asociación; para los segundos, los datos aportados por la investigación aún resultan inconclusos.

Orozco (2013) señaló que existen varios factores de riesgo cuya presencia en una gestante ha sido asociada con la depresión posparto, si bien cualquier mujer puede desarrollar este trastorno: depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes (rupturas amorosas, pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, migración) durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión. El clínico debe estar alerta ante la presencia de alguno de estos factores durante los controles prenatales con el fin de poder hacer un seguimiento cercano a las mujeres en riesgo o dar un tratamiento oportuno a aquellas que ya presentan la enfermedad.

El embarazo es un periodo de grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación. Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido, facilitando el vínculo que establecerá con el nuevo hijo.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto la relación existente entre variables psicológicas (estrés, depresión, baja autoestima, ansiedad), con partos más prolongados para las mujeres y una mayor cantidad de resultados negativos para el bebé, tales como nacimientos pretérmino y bajo peso al nacer. La causa por la que se producen estos efectos nocivos no está clara, pero se postulan dos hipótesis: un cuidado prenatal inadecuado derivados de estas condiciones psicológicas, o una relación directa sobre el embarazo producida por modificaciones directas a nivel bioquímico u hormonal.

Los especialistas en salud mental Mateos & Cabaco (2010), indican que la sintomatología psicológica de las mujeres puede ser un elemento determinante en el desarrollo y los resultados de la gestación y del parto. En un estudio longitudinal se

realizó una evaluación de los síntomas psiquiátricos en mujeres gestantes, estableciendo relaciones con trastornos de personalidad y factores sociodemográficos. Se encontró un mayor nivel de síntomas psiquiátricos evaluados mediante el cuestionario SCL-90 (Inventarios de Síntomas SCL-90 de L. Derogatis)¹ durante el embarazo que después del mismo. Asimismo, en un estudio se evaluó la sintomatología psiquiátrica medida nuevamente mediante el SCL-90 en mujeres con un embarazo accidental frente a las mujeres con un embarazo planificado, encontrándose unas mayores puntuaciones en las diferentes escalas en las mujeres con un embarazo accidental. Se ha valorado la relación existente entre la presencia de sintomatología depresiva en mujeres gestantes y sus repercusiones sobre la calidad de vida en el embarazo, encontrándose que las mujeres que presentan síntomas depresivos tienen una menor calidad de vida que aquellas que no presentan este tipo de sintomatología.

Las alteraciones emocionales severas previas a la gestación, aunque poco frecuentes, pueden aumentar la probabilidad de afrontamiento disfuncional del embarazo. También el apoyo social parece ser un factor importante, ya que una falta de apoyo social se relaciona con depresión y vivencia de acontecimientos vitales importantes.

Durante el primer trimestre, los estudios refieren que es frecuente la presencia de náuseas y vómitos, así como fatiga. Con respecto a las náuseas y vómitos, su presencia se relaciona con ansiedad, falta de comunicación con la pareja, no aceptación del embarazo, escasa información referida al embarazo y cuidado del hijo, insomnio, depresión, otros síntomas somáticos, y disfunción social. La fatiga se puede asociar a depresión y ansiedad, y, de forma similar a la emesis, puede repercutir en la calidad de vida de la gestante. En relación a la emesis gravídica, un estudio realizado mediante el empleo del cuestionario 16 Factores de Personalidad de Cattell evaluó las relaciones entre los distintos factores de personalidad y la historia de vómitos durante el embarazo.

¹ Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico: 1) Somatizaciones (SOM), 2) Obsesiones y compulsiones (OBS), 3) Sensitividad interpersonal (SI), 4) Depresión (DEP), 5) Ansiedad (ANS), 6) Hostilidad (HOS), 7) Ansiedad fóbica (FOB), 8) Ideación paranoide (PAR) 9) Psicoticismo (PSIC).

Otra alteración también manifestada con frecuencia es la referida a los trastornos de sueño, los cuales también son frecuentes en las mujeres embarazadas. Durante el primer trimestre es frecuente que aparezca un aumento de los despertares nocturnos y una mayor somnolencia durante el día. A partir del segundo trimestre se incrementa la tasa de insomnio en las gestantes, siendo mucho mayor en el tercer trimestre.

Estos cambios producidos en el patrón de sueño se relacionan estrechamente con la aparición de fatiga en gestantes. Se ha visto que las mujeres gestantes tienen mayor nivel de fatiga que las no gestantes y que esta tiene un efecto negativo en la calidad de vida, y se puede asociar a depresión y ansiedad. Se ha observado, asimismo, que la fatiga elevada durante el embarazo es un predictor de la necesidad de la realización de una cesárea y que en el posparto inmediato es también un predictor para el desarrollo de depresión posparto. (Mateos & Cabaco, 2010).

Otro aspecto que ha generado atención ha sido el estudio de las preocupaciones específicas del embarazo. Las más importantes son la posibilidad de problemas de salud del feto, el momento del parto y la posibilidad de aborto espontáneo. Se ha desarrollado la escala de preocupaciones de Cambridge, encontrándose que puntuaciones altas se relacionan con ansiedad y alteraciones en el estado de ánimo.

Varias investigaciones han remarcado el papel esencial que juegan las expectativas que elabora la mujer con respecto al nacimiento, siendo las principales las que se refieren al apoyo proporcionado por la pareja y cuidadores, la calidad en la relación profesional sanitario-paciente, la participación activa en la toma de decisiones, y el manejo del dolor. Los estudios han destacado la importancia del cumplimiento de las expectativas generadas durante el embarazo y su relación con la percepción del parto como un acontecimiento satisfactorio.

De acuerdo con Morales (2012) las características personales de las mujeres se ha visto que influyen de manera directa sobre el miedo al parto vaginal siendo la ansiedad uno de los principales factores psicológicos que determinan la solicitud de realización de cesárea por parte de las gestantes. Se ha observado también que las mujeres con temor al parto tienen una menor tolerancia al dolor. Entre los factores que se han visto

que tienen relación con una mayor tolerancia al dolor se encuentran la edad, el nivel educativo de la mujer y las experiencias previas de partos anteriores.

Peña & Calvo (2012) definen los impactos fundamentales que se sufre al presentar dicho trastorno:

✓ *Impacto de la enfermedad*

A diferencia de lo que ocurre con los trastornos depresivos en otras etapas de la vida de la mujer, la depresión posparto genera un doble impacto negativo, ya que afecta tanto a la madre, quien padece directamente la enfermedad, como al recién nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para su bienestar físico y emocional.

✓ *Impacto en la madre*

La enfermedad suele acompañarse de un monto considerable de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente. Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en el posparto queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países.

✓ *Impacto en el hijo*

Existe estrecha relación entre la presencia de depresión no tratada en la madre y las alteraciones en varios aspectos de la salud y el desarrollo del niño durante los primeros meses de edad, de las cuales se destacan: mayor incidencia de cólicos y llanto excesivos, trastornos del sueño y expresión de mayores signos de estrés. Cuando la depresión se inicia durante el embarazo puede acompañarse de escaso autocuidado dado por pobre ingesta calórica, disminución de peso, aumento en el consumo de drogas y alcohol, e inasistencia a los controles prenatales, factores que han sido asociados con la presencia de disminución del perímetro cefálico del recién nacido, menor peso al nacer, pagar más bajo y nacimientos prematuros.

Madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden más a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostilidad. Las mujeres con depresión posparto pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, y se ha identificado que los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de ésta. Los bebés son especialmente sensibles a los cambios anímicos de su madre, de ahí que los efectos de la depresión posparto en el niño se han observado también a largo plazo. A los dos años de edad se aprecia disminución en las habilidades cognitivas, menores interacciones sociales y trastornos del sueño y el apetito en los hijos de mujeres con ese trastorno.

En la etapa preescolar se ha evidenciado que estos niños presentan pobre modulación del afecto, dificultades en la asociación con pares, mayor riesgo de trastorno psiquiátrico y comportamiento más evitativo frente a situaciones extrañas. La depresión posparto persistente y no tratada se ha asociado con trastornos de la conducta y comportamiento agresivo en el adolescente.

CAPÍTULO III. TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD.

3.1 Definición de personalidad.

En muchas ocasiones habremos oído e incluso utilizado expresiones como “tiene mucha personalidad” o “tiene una personalidad muy fuerte”, referidas a aquellas personas que se muestran dominantes, rígidas, poco transigentes...En psicología, el término personalidad posee un significado muy distinto; afirmaciones como las anteriores no tiene cabida en esta disciplina. Para los psicólogos, todo el mundo posee una personalidad y está no es más potente ni más cuantiosa en función de cómo nos comportemos. Así como todos los objetos tienen color aun mostrando diferentes tonalidades, todos los humanos poseen una personalidad aunque ésta se manifieste de distinto modo.

Existen diferentes acercamientos al estudio de la personalidad, por lo que se hace difícil lograr un acuerdo sobre las bases y la constitución de ésta. De todas formas, si parece en cierto modo establecida una definición general sobre la que trabajan la mayoría de entendidos en la materia.

Fue Hans J. Eysenck (1997), un psicólogo inglés que ha dedicado su vida al estudio de las diferencias individuales quien, casi treinta años atrás, postulo una de las teorías modernas de más aceptación, al referirse a la personalidad como: “una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente”.

El concepto de personalidad se refiere exclusivamente a los seres humanos, ya que es la suma total de los patrones de conducta actuales o potencial de un organismo, los cuales pueden ser determinados por la herencia y el ambiente y que se originan y desarrollan mediante la interacción del sector cognitivo, conativo (carácter), afectivo (temperamento) y somático (constitución).

La estructura genética, la educación que recibe y la realidad social en que se desarrolla un individuo condicionan sus pensamientos, sus sentimientos y sus conductas típicas. No obstante, existe una porción de libertad que le permite modificar su propia vida.

Etimológicamente, personalidad, lo mismo que persona, procede del término griego “prosopon”, palabra que servía para designar la máscara con la que se cubrían el rostro los actores durante las representaciones teatrales. Personalidad vendría a significar por tanto, la imagen que se ofrece a los demás. Desde este punto de vista, la personalidad es algo superficial, externo, nuestra apariencia exterior. Belloch A. Sandín B. & Ramos F. (1995)

Como casi todos los conceptos en Psicología, la definición de personalidad es diferente según las distintas corrientes. Una definición que contempla lo esencial de todas ellas sería:

“Un patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas, determinadas por la herencia y por el ambiente, relativamente estables y duraderos que diferencian a cada individuo”.

Según Jarne A. & Talarn A. (2005) la personalidad engloba dos aspectos, se sustenta en la herencia genética (temperamento), pero está también influenciada por el ambiente (carácter), por lo que puede desarrollarse y a pesar de ser bastante estable, cambia a lo largo de la vida.

La historia de la ciencia está repleta de ejemplos de creencias o doctrinas que se demuestra que son totalmente incorrectas, una de ellas es la frenología que dice que el desarrollo de áreas específicas en el cerebro humano está asociada con ciertas características de personalidad y de trastornos mentales y que si se encontraba alguna protuberancia que se decía que estaba asociadas con ciertas características.

Otra pseudociencia es la fisionomía que se interesa en determinar el temperamento y el carácter a partir de los rasgos externos del cuerpo y en especial del rostro. La creencia en la grafología, actividad donde se analiza la personalidad mediante el estudio de nuestra escritura, esta quizá más difundida que la creencia en la fisionomía, aunque tiene sentido suponer que la escritura, que es un tipo de conducta estilística, pueda reflejar características de personalidad.

No todos los intentos previos al siglo XX por desarrollar una ciencia de la evaluación de la personalidad deben etiquetarse como pseudociencia. Los esfuerzos de Francis Galton, Emil Kraepelin y Alfred Binet fueron muy respetables, aunque no siempre tuvieron éxito. En 1884 Galton propuso medir las emociones registrando cambios en el latido cardíaco y la tasa del pulso y evaluar el buen humor, el optimismo y otros rasgos de personalidad observando a la gente en situaciones sociales inventadas.

Kraepelin, quien es mejor conocido por su sistema de clasificación de los trastornos mentales, desarrolló la técnica de asociación de palabras en 1892. También durante la década de 1890, Alfred Binet, hizo pruebas de inteligencia, desarrolló métodos para estudiar las características de personalidad de las personas eminentes.

A pesar de unos inicios promisorios en el siglo XIX, un progreso genuino en la evaluación de la personalidad no llegó sino hasta el siglo XX. A este respecto, llaman particularmente la atención las pruebas de asociación de palabras de Carl Jung para analizar los complejos mentales, la hoja de datos personales de Robert Woodworth, el primer inventario estandarizado de personalidad que se aplicó de manera masiva en 1919 y la prueba de manchas de tinta de Hermann Roscharch en 1920. (Evaluación de la personalidad: orígenes, aplicaciones y problemas).

3.2 Teorías de la personalidad.

Las teorías psicológicas sobre la personalidad tratan de explicar cuál es su génesis, cómo se desarrolla y, finalmente, qué mecanismos pueden utilizarse en la modificación de algunos de sus rasgos. Uno de los primeros modelos o tipologías fue descrita por Hipócrates entre el año 460 y 357 antes de Cristo; la teoría de Hipócrates, quien se considera padre de la medicina actual, establecía que las enfermedades eran causadas por un desequilibrio de los fluidos corporales, también llamados humores. De este modo se originaron cuatro personalidades diferentes que tenían su origen en el tipo de fluido:

- Sanguíneo.
- Colérico.

- Flemático.
- Melancólico.

De esta manera, la personalidad comenzó a determinarse y a explicarse de manera más objetiva, sin embargo, esta categoría de Hipócrates aún carecía de la veracidad científica que necesitaba un estudio relacionado con la personalidad, no obstante funcionó como base previa para la siguiente clasificación:

- Introverso.
- Extroverso.
- Racional.
- Emocional.

De acuerdo a estas características, las personas podían clasificarse dependiendo de cómo se consideraban. A partir de esta clasificación, la teoría de la personalidad comenzó a ganar adeptos dentro de las investigaciones en psicología y psiquiatría, en un intento por establecer parámetros en la descripción de la personalidad humana. (Cloninger, 1975)

Cuadro 3. Teorías psicológicas

➤ Teorías psicodinámicas. Conceden gran importancia al inconsciente y se centran en el funcionamiento de la personalidad, en especial, de los conflictos internos.
➤ Teorías conductistas. La personalidad se expresa por la conducta y la conducta depende del ambiente.
➤ Teorías del aprendizaje cognitivo-social. Las personas organizan internamente sus expectativas y valores para guiar su conducta.
➤ Teorías de los rasgos. Tratan de identificar qué rasgos forman la personalidad y cómo se relacionan con el comportamiento real.
➤ Teorías humanistas. Ponen énfasis en la experiencia subjetiva privada y en el crecimiento personal.

➤ Teoría Psicodinámica

La teoría psicodinámica considera que la conducta es el producto de fuerzas psicológicas que operan dentro del individuo, a menudo fuera de la conciencia. Los teóricos psicodinámicos discrepan acerca del lugar de donde viene esta energía y la forma en que ésta afecta la conducta. El desarrollo de la personalidad implica aprender a regular los sentimientos sexuales y agresivos, así como volverse socialmente interdependiente en lugar de dependiente.

Para explicar la personalidad, Freud, fundador del psicoanálisis, se centra en la influencia de las experiencias infantiles tempranas, en los motivos y conflictos inconscientes y en los métodos con que la gente enfrenta sus impulsos sexuales y agresivos.

De acuerdo con Freud (2006) nuestros pensamientos, reacciones y decisiones están determinados por dos tipos pulsiones inconscientes:

- Eros o pulsiones de vida: abarcan no sólo las pulsiones sexuales propiamente dichas, sino también las pulsiones de autoconservación. Son impulsos de amor y sexuales que inducen a los humanos a buscar la compañía, el reconocimiento y la comprensión de los demás (es decir, la expresión en sus más diversas formas de sexualidad, sensualidad, creación, producción artística, solidaridad, ternura).
- Thanatos o pulsiones de muerte: designa tendencias destructoras que se muestran bajo la conducta agresiva que enfrenta a los humanos contra sí mismos (autodestrucción) y contra los demás (agresión externa).

Estas pulsiones existen desde que nace el individuo, porque corresponden con los instintos básicos que tiene la especie humana, los cuales se han desarrollado de manera evolutiva.

El ser humano, con el tiempo y al continuar con su proceso de crecimiento y desarrollo, adquiere comportamientos y actitudes características de un ser social y gregario, esto implica que los instintos o pulsiones se repliegan, aunque no significa que lleguen a

desaparecer; sin embargo, pertenecer a una sociedad civilizada implica reprimir o canalizar las pulsiones para ser aceptado en ésta.

Estas pulsiones se rigen por dos principios:

- 1) El principio de placer. Es una energía psíquica inconsciente que trata de satisfacer los impulsos instintivos de supervivencia, reproducción y agresión y persiguiendo siempre su satisfacción inmediata. Toda actividad psíquica persigue reducir tensiones y evitar cualquier sufrimiento, para lograrlo el organismo descarga la libido o impulso sexual en un objeto que le provoque satisfacción. De esta manera, el organismo se descarga de la sobreexcitación y retorna al equilibrio.

- 2) El principio de realidad. Por medio del razonamiento inteligente, el Yo, que trata de adaptarse al ambiente, regula los deseos en función de la cultura y renuncia al placer inmediato a favor de un placer futuro. No debe entenderse como opuesto al placer, sino como un ajuste de éste a las condiciones externas. Si quiere satisfacer sus deseos, el sujeto debe postergarlos hasta el momento en que las circunstancias de la realidad se lo permitan. Gracias a este principio, el individuo se socializa, aprendiendo a controlar su egoísmo primitivo y descubriendo los fundamentos del orden social, la moralidad, etcétera.

En su primer modelo sobre la estructura de la personalidad (modelo topográfico), Freud distingue tres áreas diferentes en la mente humana:

- Consciente: Aquella región psíquica en la que las percepciones que provienen del mundo exterior, del propio cuerpo y de la mente, se hacen presentes (consciente), es decir, pueden comunicarse por medio del lenguaje y la conducta. Se rige por el principio de realidad.

- Preconsciente: Aquellos sucesos, procesos y contenidos mentales que son capaces de alcanzar o llegar a la conciencia a través de la memoria, si se realiza un esfuerzo para concentrar la atención.

- Inconsciente: Se rige por el principio del placer. Es la suma total de todos los impulsos, deseos y sucesos que quedan fuera de la consciencia y que son incapaces de llegar a ella a causa de una contra-fuerza que es la censura o represión. Lo inconsciente pugna por emerger a la conciencia, pero la censura evita su actualización.

Según Freud, estos contenidos son amenazantes para la integridad psíquica del sujeto, puesto que provocan en él angustia o sentimientos de culpa. Sin embargo, cuando la conciencia disminuye su vigilancia, (sueños, fantasías, libre asociación de recuerdos), el inconsciente aflora, aunque distorsionado, bajo la forma de imágenes oníricas, actos fallidos o imaginaciones fantasiosas.

Años más tarde, introdujo importantes modificaciones proponiendo un nuevo modelo (modelo estructural). Según este, la personalidad consta de tres estructuras. El ello, (id), la única estructura presente al momento de nacer. Se trata de una energía psíquica inconsciente que influye en la dinámica de la personalidad tratando de satisfacer los impulsos instintivos de supervivencia, reproducción y agresión persiguiendo siempre su satisfacción inmediata.

Freud destacó tres características del Ello:

1. Sus demandas incondicionales de satisfacción, ya que se rige por el principio de placer.
2. Su irracionalidad, ya que, al ser puramente instintivo, no se guía por el principio de la realidad.
3. Su amoralidad, ya que exige satisfacción sin atender a censuras morales o sociales. El yo, (ego), nexo del ello con el mundo real, controla las actividades conscientes del pensamiento y del razonamiento y funciona conforme al principio de realidad. Trata de posponer el cumplimiento de los deseos del ello hasta que pueda hacerlo segura y eficazmente en el mundo real. El yo se desarrolla después del nacimiento, cuando el niño se da cuenta de que no todo lo que quiere lo obtiene automáticamente y por tanto tendrá que buscar la manera de conseguirlo.

El yo está formado por aspectos conscientes, como los procesos intelectuales o las propias percepciones, pero también tiene un mecanismo inconsciente, “los mecanismos de defensa”: estrategias psicológicas inconscientes puestas en juego por diversas entidades para hacer frente a la realidad y mantener la autoimagen. Es decir también, un mecanismo de defensa es una técnica utilizada para evitar, negar o distorsionar las fuentes de ansiedad o para mantener una imagen personal idealizada que nos permita vivir cómodamente con nosotros mismos; estos casi siempre constituyen alguna forma de autoengaño el cual a menudo crea grandes puntos ciegos en la personalidad.

- Represión: Es el proceso en virtud del cual la libido del sistema preconscious es sustraída, de modo que un acto psíquico no pueda encontrar el camino que conduce el sistema consciente y por tanto debe hacerse o permanecer inconsciente.
- Negación: Tiene un papel defensivo similar al de la represión, pero suele funcionar a nivel preconscious y consciente. Los adultos niegan lo que perciben, piensan o sienten en una situación traumática, bien afirmando que no puede ser así, bien tratando de invalidar algo intolerable ignorando deliberadamente su existencia. Se suele considerar una defensa más primitiva que la represión.
- Identificación: Atribuir los propios motivos, sentimientos o deseos reprimidos. Adoptar las características de alguien más para evitar sentirse incompetentes.
- Proyección: Es el mecanismo de defensa en virtud del cual el sujeto atribuye a un objeto externo sus propias tendencias inconsciente inaceptables para su superyó.
- Regresión: Volver a la conducta y defensas infantiles.
- Intelectualización: Pensar de manera abstracta acerca de problemas estresante como una forma de distanciarse de ellos.
- Formación reactiva: Expresión de ideas y emociones exageradas que son lo opuesto de las creencias o sentimientos reprimidos.
- Desplazamiento: Consiste en descargar impulsos o en cumplir fantasías inconscientes mediante el desplazamiento de un objeto a otro. No cambia la pulsión ni su propósito.
- Sublimación: Reorientar los motivos y sentimientos reprimidos en canales socialmente aceptables.

Cuyas tareas más importantes son:

- ✓ *La autoconservación del organismo.* El control de las pulsiones internas generadas por la pugna entre el ello y el superyó.
- ✓ *La adaptación a la realidad.* El superyó (superego) aparece en la primera infancia y es el guardián moral o la conciencia y ayuda al individuo a funcionar en la sociedad. Compara además las acciones con el ego ideal de la perfección. Representa los valores que los padres y educadores van comunicando al niño/a como ideales. El superyó procura que el niño interiorice los conceptos de bueno/malo para que pueda, de este modo, controlar su propia conducta, de acuerdo a su propio criterio. En definitiva que sea capaz de juzgar sobre una acción si ésta es buena o mala. Su misión fundamental es presionar al yo, señalándole la forma de comportarse en cada momento, pero también generándole sentimientos de culpa cuando incumple sus exigencias. Está en continua lucha con el Ello: Su papel consiste en bloquear la actividad instintiva permanentemente. Si el superyó consigue demasiado éxito produce como resultado una personalidad rígida e inhibida; si fracasa surgirá en nosotros una personalidad antisocial.

Freud consideraba que los rasgos determinantes de la personalidad quedaban fijados prácticamente en los seis primeros años de vida. Posteriormente, el sujeto se limitaba a reelaborar esos rasgos, procurando adaptarlos a su situación personal y social. Sin embargo, el sujeto siempre regresa inconscientemente a la infancia ante situaciones de tensión psíquica, mediante el uso de algunos mecanismos de defensa como la represión, la fijación y la regresión.

Etapas del desarrollo psicosexual

El desarrollo de la personalidad pasa por varias fases, cada una de ellas caracterizada por unos conflictos específicos. A medida que el niño madura, su libido va centrándose en partes sensibles de su cuerpo: las etapas psicosexuales son estadios del desarrollo con un centro sexual típico que dejan su marca en la personalidad del adulto.

Cada etapa enfrenta desafíos o procesos especiales y la forma de resolverlos determina la personalidad. Si un niño pasa por estas fases de forma equilibrada, el desarrollo de su personalidad será normal, pero si en una de estas fases se le priva del placer o si se le permite obtener un placer excesivo de la parte del cuerpo que domina esa etapa, parte de la energía sexual quedará permanentemente vinculada a esa parte del cuerpo.

✚ Etapa oral.

Abarca el primer año y medio de vida. La fuente principal de estimulación erótica es la boca (al morder, al succionar, al masticar). En la teoría de Freud el manejo de las experiencias de alimentación del niño determina en gran parte el desarrollo posterior. Atribuyó considerable importancia a la manera en que se desteta del seno materno o del biberón. Los bebés con demasiada gratificación oral tienden a ser adultos demasiado optimistas y dependientes y más hostiles y pesimistas en caso contrario.

✚ Etapa anal.

Entre el año y medio y tres de vida el niño obtiene placer erótico de los movimientos de los intestinos, ya sea expulsando o reteniendo las heces. El evento crucial a esta edad es el entrenamiento en el control de esfínteres, que representa el primer esfuerzo sistemático de la sociedad por regular los impulsos biológicos del niño. Cuando el adiestramiento es severo y punitivo pueden llegar a convertirse en adultos destructivos, obstinados, tacaños y demasiado ordenados.

✚ Etapa fálica.

Hacia los 4 años los genitales (el pene y el clítoris) constituyen el centro de la energía erótica del niño, principalmente a través de la autoestimulación. Es entonces cuando surge el complejo de Edipo también denominado conflicto edípico, se refiere al agregado complejo de emociones y sentimientos infantiles caracterizados por la presencia simultánea y ambivalente de deseos amorosos y hostiles hacia los progenitores. En términos generales, Freud define el complejo de Edipo como el deseo inconsciente de mantener una relación sexual (incestuosa) con el progenitor del sexo opuesto y de eliminar al padre del mismo sexo (parricidio). El complejo de Edipo es la «representación inconsciente a través de la que se expresa el deseo sexual o amoroso

del niño». Freud describe dos constelaciones distintas en las que se puede presentar el conflicto edípico:

1. Complejo de Edipo positivo: odio o rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo y atracción sexual hacia el progenitor del sexo opuesto.
2. Complejo de Edipo negativo: amor hacia el progenitor del mismo sexo, así como rivalidad y rechazo hacia el progenitor del sexo opuesto.

De acuerdo con la teoría freudiana, el complejo se revive en la pubertad y esta reaparición declinaría a su vez con la elección de objeto, que abre paso a la sexualidad adulta. Las niñas, por su parte, se sienten atraídas hacia el padre. Según Freud, la forma en que los padres de familia y sus hijos enfrenten los conflictos sexuales y agresivos heredados en el complejo de Edipo tiene gran importancia. El niño debe resolver el dilema eliminando los deseos sexuales por el progenitor del sexo contrario y la hostilidad que le produce el de su mismo sexo llegando a identificarse adecuadamente con él. Es en esta etapa cuando aparece el superyó.

✚ Etapa de latencia.

De los 6 años a la pubertad, la sexualidad del niño está adormecida. Los hechos importantes en la etapa de latencia se centran en expandir los contactos sociales más allá de la familia inmediata dando pie a los primeros sentimientos de amistad.

✚ Etapa genital.

A partir de la pubertad, el cuerpo del chico y de la chica están marcados por los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, y se comienza a ver a los sujetos del sexo opuesto como algo atractivo y como fuente de placer sexual. Entonces la libido se encauza normalmente hacia pares del otro sexo y no a uno mismo como en la etapa fálica.

Exponentes de la Teorías Psicodinámicas

La psicología analítica de Jung (1875- 1961) adoptó muchos de los principios de Freud; sin embargo, Jung afirmaba que la libido representa todas las fuerzas de la vida, no

solo las sexuales. A su vez, afirmó que el inconsciente tenía dos componentes diferentes: el inconsciente personal, que contiene los pensamientos reprimidos, experiencias olvidadas e ideas no desarrolladas del individuo; y el inconsciente colectivo que comprende los recuerdos y los patrones de conducta que se heredan de generaciones pasadas y que son compartidos por todos los seres humanos.

A lo largo del tiempo, la mente humana ha desarrollado ciertas formas de pensamiento llamadas arquetipos las cuales dan lugar a imágenes mentales. Como por ejemplo: ánima que se refiere a la expresión de rasgos femeninos en un hombre y ánimos que es la expresión de rasgos masculinos en una mujer. También habló de gente extrovertida las que se interesan en las personas y en el mundo en general y los introvertidos que son aquellos que se interesan en su propio mundo privado. A su vez, Jung fue capaz de dividir a las personas entre individuos racionales quienes regulan la conducta mediante el pensamiento y el sentimiento e individuos irracionales que basan sus acciones en percepciones.

Alfred Adler (1870-1937) planteaba que la personalidad se desarrollaba a través del esfuerzo del individuo por superar debilidades físicas, un esfuerzo al que llamó compensación. Más tarde Adler amplió su teoría afirmando que la gente trata de superar los sentimientos de inferioridad que pueden tener o no una base en la realidad. Pensaba que dichos sentimientos a menudo desatan el desarrollo positivo y el crecimiento personal. Sin embargo, algunas personas se quedan tan fijadas en sus sentimientos de inferioridad que se paralizan y entonces desarrollan lo que Adler llamó Complejo de Inferioridad. Más adelante concluyó que los esfuerzos por alcanzar la superioridad y perfección, tanto en la vida propia como en la sociedad en que la persona vive, son más importantes para el desarrollo de la personalidad que la superación del complejo de Inferioridad. Obteniendo así una visión de la naturaleza humana centrada en el crecimiento positivo y la lucha por la perfección personal. Este énfasis en el esfuerzo voluntario hacia las metas sociales y positivas coloca a Adler como el padre de la psicología humanista.

Karen Horney (1885-1952) fue otra teórica psicodinámica de la personalidad, pero que rechazó algunas de las ideas más destacadas de Freud, como su análisis de las

mujeres y su énfasis en los instintos sexuales. El énfasis en estos últimos, según Horney, presentaba una imagen distorsionada de las relaciones humanas.

Mediante su experiencia en la práctica, Horney concluyó que existen factores ambientales y sociales los cuales son importantes en el moldeamiento de la personalidad y, entre estos, los más importantes son las relaciones humanas que experimentamos en la niñez. En su teoría planteaba que existen tendencias neuróticas que las personas usan para afrontar los problemas emocionales y que estas estrategias reflejan el tipo de personalidad y estas son: El tipo sumiso, cuya estrategia es acercarse a los demás (sumisión), el tipo agresivo, cuya estrategia consiste en atacar a los otros y el tipo desapegado, cuya estrategia consiste en alejarse de los demás. De acuerdo a esto, aseveraba que la gente bien ajustada también podía experimentar ansiedad, utilizando una o más de las estrategias planteadas, pero como el ambiente de su niñez le permitió satisfacer sus necesidades emocionales básicas, puede desarrollarse sin quedar atrapada en los estilos de vida neuróticos.

➤ **Teoría Conductista**

Según este modelo, la personalidad se expresa por la conducta y la conducta depende del ambiente. La conducta se entiende en sentido restrictivo de conducta observable y está sujeta en su adquisición y modificación a las leyes del aprendizaje. Es un error buscar las explicaciones de la conducta en el interior del organismo (estados internos, rasgos), las variables relevantes para estudiar la conducta están en su medio ambiente.

Para los autores conductistas la personalidad es producto de la historia, exclusiva, de reforzamiento de cada individuo, está formada por un conjunto de hábitos que se muestran más o menos estables y permanentes y que provocan respuestas similares ante una agrupación de estímulos determinados.

Por tanto, según esta teoría la personalidad se puede cambiar. Los cambios se logran cambiando el ambiente, valiéndose del refuerzo. Las variables de la personalidad (los

hábitos) son etiquetas que se ponen a la persona en función de la conducta que expresa.

Aunque la personalidad humana puede ser muy modificable según los conductistas, no deja de ser pasiva ya que viene determinada por el ambiente. La persona sigue siendo modelada principalmente por fuerzas que escapan a su control.

Modelo de Eysenck (1916- 1997)

Una de las tipologías que más han influido ha sido la de Eysenck que, aunque era conductista y consideraba los hábitos aprendidos como algo fundamental, opinaba que las diferencias de personalidad eran hereditarias. Su modelo reduce la personalidad a tres dimensiones heredables y con base fisiológica, pretende determinar las causas biológicas que están en el origen de estas dimensiones y confirmarlas experimentalmente.

Estas tres dimensiones son:

1. Estabilidad emocional- inestabilidad o neuroticismo. Se refiere a cómo controla el individuo sus emociones, la estabilidad emocional que expresa en el transcurso del tiempo. Los sujetos que pertenecen al extremo del continuo Estabilidad Emocional, presentan estabilidad emocional, se excitan con dificultad, son calmados y despreocupados. En el extremo opuesto, los rasgos predominantes son: baja tolerancia al estrés, sugestionabilidad, falta de persistencia, lentitud en pensamiento y acción, poca sociabilidad y tendencia a reprimir hechos desagradables.
2. Introversión-extroversión. Refleja el grado en que una persona es sociable y participativa en su relación con los demás.
3. Psicoticismo. Este factor fue añadido posteriormente. Las características más importantes de los sujetos con puntuaciones altas en psicoticismo, es que son personas solitarias, inseguras, problemáticas y en continua búsqueda de sensaciones. Las puntuaciones altas en psicoticismo suelen correlacionar positivamente con medidas de rasgos como inmadurez, irresponsabilidad,

oposición a la autoridad e independencia, tienden a ser sujetos poco cooperativos, y con dificultades para mantener la atención. El sujeto con puntuaciones altas en este factor puede llegar a tener desórdenes del pensamiento, emocionales o de conducta, e incluso, alucinaciones o delirios.

Las dos dimensiones o ejes, extroversión-introversión y estabilidad-inestabilidad emocional, definen cuatro cuadrantes que están integrados de la siguiente manera:

- ✓ Extrovertido estable (sanguíneo: comunicativo, responsable, sociable, vivaz, despreocupado, líder).
- ✓ Extrovertido inestable (colérico: sensible, inquieto, excitable, voluble, impulsivo, irresponsable) Introverso estable (flemático: calmado, ecuánime, confiable, controlado, pacífico, pensativo, cuidadoso, pasivo).
- ✓ Introverso inestable (melancólico: quieto, reservado, pesimista, sobrio, rígido, ansioso, temperamental).

Exponentes de la Teoría Conductista

John B. Watson argumentaba que la psicología era el estudio de la conducta observable y medible y que la vida mental era una superstición, puesto que no podemos medirla. La psicología de Watson conocida como Conductismo estaba basada en el trabajo del Fisiólogo Ruso Iván Pavlov, quien en el transcurso de sus trabajos advirtió que los perros de su laboratorio comenzaban a salivar cuando se acercaba la persona que los alimentaba, incluso antes que pudieran ver su comida y decidió averiguar si la salivación, un reflejo automático podía moldearse con el aprendizaje. Comenzó a parear de manera repetida el sonido de un zumbador con la presencia de la comida y luego. Este experimento demostró que luego de pareamientos repetidos los perros salivaban en respuesta al zumbador solo. A este entrenamiento Pavlov lo llamó Condicionamiento.

Watson tomó como unidad de análisis, el paradigma estímulo-respuesta, en donde se entiende por estímulo a cualquier factor externo o cambio en la condición fisiológica del sujeto y por respuesta, la reacción o conducta frente a tal estímulo. El método

empleado será el de las ciencias naturales, es decir la experimentación u observación controlada.

Al igual que Watson, Skinner tenía un gran interés en modificar la conducta por medio del condicionamiento, y en descubrir el proceso las leyes naturales de la conducta. Skinner agregó el concepto de reforzamiento (recompensa). De acuerdo a esto, se puede afirmar que la teoría de Skinner está basada en el condicionamiento operante. El organismo está en proceso de “operar” sobre el ambiente. Durante esta “operatividad”, el organismo se encuentra con un determinado tipo de estímulos, llamado estímulo reforzador, o simplemente reforzador. Este estímulo especial tiene el efecto de incrementar el operante, es decir, aumentar el comportamiento que ocurre inmediatamente después del reforzador. Por lo que el condicionamiento operante es el comportamiento seguido de una consecuencia, y la naturaleza de la consecuencia modifica la tendencia del organismo a repetir el comportamiento en el futuro.

➤ **Teorías Humanistas de la Personalidad**

Estas teorías enfatizan nuestra capacidad de motivación positiva y progreso hacia niveles superiores de funcionamiento, es decir, que la existencia humana no se limita a manejar conflictos ocultos. Los humanistas destacan el potencial de la gente para el crecimiento y el cambio, así como la forma en la que experimenta su vida. De esta manera, este enfoque sostiene que todos somos personalmente responsables de nuestras vidas.

El humanismo es un enfoque teórico que pone de relieve las cualidades singulares del ser humano, especialmente:

- ✓ Su libertad y su capacidad de crecimiento personal: yo soy el único responsable de mis propias acciones y sus consecuencias.
- ✓ El valor que se otorga a la dignidad de la persona: la gente es básicamente buena.

- ✓ El objetivo de la psicología es comprender a las personas, no predecirlas ni controlarlas.

Así, los psicólogos humanistas, a diferencia de los conductistas y psicodinámicos, adoptan una visión optimista de la naturaleza humana:

- ✓ Las personas pueden superar su herencia animal primitiva y controlar sus impulsos biológicos.
- ✓ Son seres racionales y conscientes que no están dominados por necesidades y conflictos irracionales e inconscientes.

Para Rogers, el ser humano desarrolla su personalidad al servicio de metas positivas: todo organismo nace con ciertas capacidades, aptitudes o potencialidades innatas, que tiende a desarrollar a lo largo de la vida convirtiéndose en lo mejor que puede llegar a ser.

Además de tratar de cumplir el potencial biológico innato, los seres humanos tratamos de hacer realidad nuestro autoconcepto, nuestro sentido consciente de quiénes somos y qué deseamos hacer con nuestra vida, a lo que Rogers dio el nombre de tendencia a la autorrealización. La personalidad se constituye como resultado del propio proceso de autorrealización: si un sujeto la alcanza, su personalidad será madura y equilibrada; en caso contrario, nos hallaremos ante personalidades insatisfechas y, por tanto, desequilibradas.

Los conflictos surgen por la presión social ejercida sobre el individuo. Éste, según Rogers, posee un yo auténtico que se debe desarrollar en libertad, siguiendo sus genuinos intereses y expectativas si quiere autorrealizarse. Pero en muchas ocasiones, los intereses de ese yo personal no coinciden con los de las personas que le rodean, las cuales le fuerzan a seguir caminos diferentes a los de sus deseos. De esa manera, las instancias socializadoras (familia, colegio, amigos,..) presionan para que el individuo se adapte a los intereses sociales dominantes.

Si el sujeto renuncia a su autenticidad por complacer a los demás, aparecen la insatisfacción y el descontento con uno mismo. Si, por el contrario, el sujeto desarrolla

plenamente su vocación, estará en el camino correcto para poder sentirse plenamente satisfecho y realizado. Así, Rogers considera que la diferencia entre la persona sana y la persona desadaptada se debe a la congruencia o incongruencia entre el yo y la experiencia.

Exponentes de la Teoría Humanista de la Personalidad

Carl Rogers (1902-1987) plantea que todo organismo nace con ciertas capacidades, aptitudes o potencialidades innatas y la meta de la vida es satisfacer este proyecto genético y convertirse en lo mejor que uno puede llegar a ser. A este impulso biológico lo llamo Tendencia a la realización. Aunque Rogers sostenía que la tendencia a la realización caracterizaba a todos los organismos vivos, advirtió que los seres humanos también forman imágenes de sí mismos o autoconcepto. Así como tratamos de realizar nuestro potencial biológico innato, también intentamos hacer realidad nuestro autoconcepto, nuestro sentido consiente de quiénes somos y qué deseamos hacer con nuestra vida. Rogers llamó a este concepto Tendencia a la autorrealización.

Cuando nuestro autoconcepto corresponde a nuestras capacidades innatas es probable que nos convirtamos en lo que Rogers llamo una persona con funcionamiento óptimo. Dichas personas son autos dirigidos, vale decir, deciden por sí mismas que desean hacer y en quien quieren convertirse aun cuando sus elecciones no siempre sean acertadas. No se dejan dominar por las expectativas que otra gente tiene para ellas. Las personas con funcionamiento óptimo también se abren a la experiencia y por lo tanto están dispuestas a ser el yo que realmente son.

Rogers se interesa por describir a la persona sana, su término es funcionamiento completo y comprende las siguientes cualidades:

- Apertura a la experiencia.

Esto sería lo opuesto a la defensividad. Es la percepción precisa de las experiencias propias en el mundo, incluyendo los propios sentimientos. También comprende la capacidad de aceptar la realidad, otra vez incluyendo los propios sentimientos. Los

sentimientos son una parte importante de la apertura puesto que conllevan a la valoración organísmica. Si no puedes abrirte a tus propios sentimientos, no podrás abrirte a la actualización. La parte difícil es, por supuesto, distinguir los sentimientos reales de aquellos derivados de la ansiedad subsecuente a cuestiones de valía personal.

➤ Vivencia existencial.

Esto correspondería a vivir en el aquí y ahora. Rogers, siguiendo su tendencia a mantenerse en contacto con la realidad, insiste en que no vivimos en el pasado ni en el futuro; el primero se ha ido y el último ni siquiera existe. Sin embargo, esto no significa que no debamos aprender de nuestro pasado, ni que no debamos planificar o ni siquiera soñar despiertos con el futuro. Simplemente, debemos reconocer estas por lo que son: memorias y sueños, los cuales estamos experimentando ahora, en el presente.

➤ Confianza organísmica.

Debemos permitirnos el dejarnos guiar por los procesos de evaluación o valoración organísmica. Debemos confiar en nosotros, hacer aquello que creemos que está bien; aquello que surge de forma natural.

➤ Libertad experiencial.

Rogers pensaba que era irrelevante que las personas tuvieran o no libre albedrío. Nos comportamos como si lo tuviéramos. Esto no quiere decir, por supuesto, que somos libres para hacer lo que nos dé la gana: estamos rodeados de un universo determinista, de manera que aunque bata las alas tanto como pueda, "no volaré como Superman", realmente lo que significa es que nos sentimos libres cuando se nos brindan las oportunidades. Rogers dice que la persona que funciona al cien por cien reconoce ese sentimiento de libertad y asume las responsabilidades de sus oportunidades.

➤ **Creatividad.**

Si te sientes libre y responsable, actuarás acorde con esto y participarás en el mundo. Una persona completamente funcional, en contacto con la actualización se sentirá obligada por naturaleza a contribuir a la actualización de otros. Esto se puede hacer a través de la creatividad en las artes o en las ciencias, a través de la preocupación social o el amor paternal, o simplemente haciendo lo mejor posible el trabajo propio.

Abraham Maslow (1908-1970) propuso el concepto de jerarquía de necesidades, las cuales influyen en el comportamiento humano. Concibió dicha jerarquía debido a que el hombre es una criatura que demuestra sus necesidades en el transcurso de la vida y a medida que el ser humano va satisfaciendo algunas de ellas, es que otras más elevadas toman el dominio del comportamiento.

De acuerdo a Maslow, las necesidades superiores sólo surgen después de que se han satisfecho las más básicas. Distinguió cinco niveles de necesidades:

- Las necesidades fisiológicas.
- Las necesidades de seguridad y reaseguramiento.
- Las necesidades de amor y de pertenencia.
- Las necesidades de estima.

El principio general de todas las teorías humanistas de la personalidad es que el propósito primordial de la condición humana es realizar el propio potencial y esto es sumamente difícil de probar científicamente. La falta de evidencia y rigor científico es una de las principales críticas a estas teorías.

➤ **Teorías de los Rasgos de la Personalidad**

Estas teorías afirman que las personas difieren de acuerdo al grado en que poseen ciertos rasgos de personalidad, como la dependencia, ansiedad, agresividad y sociabilidad. Estos rasgos los podemos inferir a partir de la manera en que se comporta una persona.

Según estas teorías, las personas difieren de acuerdo al grado en que poseen ciertos rasgos de personalidad que pueden ser inferidos de su comportamiento y que utilizamos para describirlas, como la dependencia, ansiedad, agresividad y sociabilidad. Los rasgos son características definitorias del individuo que son relativamente estables y generales, es decir, un rasgo es una disposición a comportarse de manera estable en diversas circunstancias. Rafael G. & George B. (2009)

El grado en que un rasgo está presente en cada persona se sitúa en un continuo que va desde la afirmación plena en un extremo hasta su término opuesto en el otro. Durante el siglo pasado se realizaron varios intentos de reducir los rasgos individuales de la personalidad a un número limitado de categorías o tipos. Gordon Allport señaló que podrían utilizarse miles de palabras para describirlos. Raymond Cattell identificó 16 rasgos básicos aplicando el método estadístico del análisis factorial.

Según Goldber, M (2009) los rasgos de la personalidad que parecen ser universales entre las culturas, y algunas investigaciones indican, en parte, que pueden ser de origen fisiológico, son:

1. Extraversión: va de lo sociable, divertido y afectivo en un extremo a lo retraído, silencioso y cauteloso en el otro.
2. Afabilidad: va de la bondad, confianza y cooperación en un extremo a lo irritable, suspicaz, testarudo en el otro.
3. Responsabilidad: va de la buena organización, autodisciplina y responsabilidad en un extremo a lo desorganizado, negligente y falta de escrúpulos en el otro.
4. Estabilidad emocional: va de la serenidad y tranquilidad en un extremo al nerviosismo y ansiedad, excitación e hipocondría en el otro.
5. Apertura a la experiencia: va de lo imaginativo, sensible e intelectual en un extremo a lo prosaico, insensible y simple en el otro.

Exponentes de la Teoría de los Rasgos de la Personalidad

Gordon Allport (1994) plantea que los rasgos (o disposiciones como los llamaba) están literalmente codificados en el sistema nervioso como estructuras que guían la conducta

consistentes a lo largo de una amplia variedad de situaciones. Allport también creía que si bien los rasgos describen conductas que son comunes a mucha gente, la personalidad de cada individuo comprende una constelación única de rasgos. Aunque hoy en día pocos psicólogos negarían la influencia del ambiente en el moldeamiento de la personalidad, evidencias recientes confirman la importancia de los factores genéticos en el desarrollo de rasgos específicos de la personalidad.

Allport reconoce que dentro de cualquier cultura particular, existen rasgos comunes o disposiciones; unas que son parte de esa cultura y que cualquiera reconocería y nombraría. Algunos rasgos están mucho más atados al *proprium* (el propio yo de cada uno) que otros.

- ✓ Los rasgos centrales son la piedra angular de tu personalidad. Cuando describimos a alguien, con frecuencia usaremos palabras que se referirán a los siguientes rasgos centrales: listo, tímido, atrevido, chismoso. Gordon ha observado que la mayoría de las personas tienen entre cinco y diez de estos rasgos.
- ✓ También existen los llamados rasgos secundarios, aquellos que no son tan obvios o tan generales, o tan consistentes. Las preferencias, las actitudes, los rasgos situacionales, son todos secundarios.
- ✓ Pero además están también los rasgos cardinales. Estos son aquellos rasgos que tienen algunas personas que prácticamente definen sus vidas. Aquel que, por ejemplo, pasa toda su vida buscando fama o fortuna, o dinero, es una de esas.

Raymond Cattell (1905-1998) elaboró una teoría factorial de la personalidad fundamentada sobre el concepto del rasgo, entendido como una tendencia, relativamente permanente y amplia, a reaccionar de una forma determinada. A la hora de definir el número y características de los principales rasgos de la personalidad, Cattell recurrió a la metodología estadística del análisis factorial, partiendo de la suposición de que todas las conductas relevantes para la comprensión de la personalidad de los individuos ya se encuentran recogidas en el lenguaje. Por eso, el modelo de Cattell se encuadra dentro del grupo de modelos factoriales léxicos.

Cattell postula la existencia de tres tipos de rasgos en función de su contenido y su grado de consistencia y estabilidad:

- Rasgos temperamentales: son los rasgos de carácter innato que presentan un alto grado de heredabilidad. Definen el modo particular de comportamiento de un individuo.
- Rasgos aptitudinales o de habilidad: referidos a las habilidades del sujeto para afrontar y resolver situaciones complejas. También muestran un elevado nivel de heredabilidad.
- Rasgos dinámicos: aluden al aspecto motivacional de la conducta, por lo que se trata de los rasgos que presentan un nivel más elevado de fluctuación.

➤ **Teorías del Aprendizaje Cognoscitivo Social**

Estas teorías sostienen que la gente organiza internamente sus expectativas y valores para así guiar su conducta. Este conjunto de estándares personales es único para cada persona y surge de la historia personal de cada una de ellas. De acuerdo a estas teorías nuestra conducta es producto de la interacción de cogniciones, el aprendizaje, las experiencias y el ambiente inmediato.

Para los teóricos cognitivos, las diferencias de personalidad surgen de las diversas formas en que los individuos representan mentalmente la información. Los procesos cognitivos internos influyen en la conducta, tanto como la observación de las conductas ajenas y del entorno en el que se desarrolla la conducta.

Albert Bandura (1959) uno de los teóricos más destacados de la actualidad en esta área, ha desarrollado la teoría socio-cognitiva. Según ésta, los determinantes externos de la conducta (como las recompensas y los castigos) y los determinantes internos (como las creencias, pensamientos y expectativas) forman parte de un sistema de influencias que interactúan afectando a la conducta.

Así, las teorías del aprendizaje cognitivo-social sostienen que las personas organizan internamente sus expectativas y valores para guiar su conducta. Este conjunto de estándares personales es único para cada uno de nosotros y surge de la historia de nuestra vida.

Según Bandura, las personas se valen de símbolos y previsiones para decidir cómo actuar. Cuando se enfrentan a un nuevo problema, imaginan posibles resultados y consideran la probabilidad de cada uno. A continuación, fijan y desarrollan estrategias para lograrlos. Esta noción difiere bastante de la de condicionamiento mediante recompensa y castigo aunque, obviamente, las experiencias pasadas del individuo con recompensas y castigos influyen en sus decisiones sobre conductas futuras.

Las personas aprenden a comportarse observando la conducta ajena o leyendo u oyendo algo sobre ella. No es necesario llevar realmente a cabo las conductas observadas; basta con observar si dichas conductas han sido recompensadas o castigadas, y almacenar dicha información en la memoria. Cuando surgen nuevas situaciones, se puede actuar en función de las expectativas acumuladas sobre la base de la observación de modelos.

Nuestra conducta es el producto de la interacción de:

- Factores cognitivos.

Cómo pensamos acerca de una situación y cómo vemos nuestra conducta en esa situación. Pensamiento, percepción selectiva, motivación, afectos, estrategias, autoconcepto, autoeficacia.

- Factores conductuales.

Sistemas de respuesta gobernados por principios de aprendizaje. Comprenden los aprendizajes y las experiencias previas (que incluyen el reforzamiento, castigo y modelamiento).

- Factores ambientales.

El ambiente exterior inmediato. Las personas se organizan ellas mismas, son proactivas, reflexivas y autorreguladoras, no simples organismos reactivos moldeados y dominados por los sucesos externos. También destaca la importante función de la planificación hacia adelante, puntualizando que nos fijamos metas, prevemos las consecuencias probables de las acciones futuras, seleccionamos y creamos cursos de acción que produzcan los resultados deseados y eviten los negativos.

Exponentes de la Teoría del Aprendizaje Cognoscitivo y Social

Albert Bandura plantea la teoría del aprendizaje social, también conocido como aprendizaje vicario, observacional, modelado o aprendizaje cognitivo social, el cual está basado en una situación social en la que al menos participan dos personas: en primer lugar, el modelo, que realiza una conducta determinada y, en segundo lugar, el sujeto que realiza la observación de dicha conducta; esta observación determina el aprendizaje. Bandura planteó que el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente; a partir de esto empezó a considerar a la personalidad como una interacción entre tres factores: el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Por otro lado, se afirma que las personas evaluamos una situación de acuerdo a ciertas expectativas internas, como las preferencias personales, esta evaluación influye en nuestra conducta. La retroalimentación ambiental que sigue a la conducta actual influye, a su vez, en las expectativas futuras.

De esta manera, las expectativas guían la conducta en una situación determinada, y los resultados de la conducta en esa situación moldean las expectativas en situaciones futuras. Estas expectativas nos conducen de acuerdo a estándares de desempeño únicos, que son medidas de excelencia determinadas individualmente mediante las cuales se juzga la conducta. Quienes tienen éxito en sus propios estándares de desempeño interno, desarrollan una actitud que Bandura llama autoeficacia, esto es la expectativa de que los esfuerzos realizados tendrán éxito.

Desde la misma perspectiva social, nos encontramos con Julian B. Rotter (1916-2014), quien agregará el concepto de “Locus de Control”; el cual se constituye como una expectativa frecuente mediante la cual vamos manteniendo, reforzando o cambiando nuestra conducta, a través de la evaluación de nuestras experiencias. Así se define que las personas con locus interno de control están convencidas de que pueden controlar su propio destino.

El trabajo duro, la destreza y la capacitación obtendrán para ellas los reforzamientos y evitarán el castigo. Por otro lado, existen las personas con un mayor predominio de locus de control externo, quienes no creen ser capaces de controlar su destino. Estas personas creen que el azar, la suerte y la conducta de los demás son lo que determina su destino. De esta forma, Bandura y Rotter, dos de los exponentes destacados de estas teorías han tratado de combinar variables personales (como las expectativas) con variables situacionales, todo esto en un esfuerzo por entender las complejidades de la conducta humana.

Ambos teóricos creen que nuestros aprendizajes y los logros o las expectativas que se tienen sobre él se vuelven parte del estilo explicativo de una persona. Estos estilos como el optimismo o pesimismo, a su vez, tienen un efecto significativo en la conducta. Efectivamente, algunas investigaciones demuestran que en una edad temprana, los niños desarrollan un determinado estilo explicativo que de ahí en adelante se concibe como habitual.

De acuerdo a lo expuesto, es importante señalar que las teorías del aprendizaje social de la personalidad, vuelven a ubicar a los procesos mentales en el centro de la comprensión de la personalidad y se concentran tanto en la conducta consciente como en el procesamiento y representación de la experiencia. De esta forma, se puede definir y estudiar científicamente los conceptos claves de estas teorías, como la autoeficacia y el locus de control (lo que no sucede con los conceptos de las teorías psicodinámicas y humanistas). Estos conceptos, en la actualidad resultan claves para predecir la salud mental así como la patología.

3.3 Desarrollo normal y patológico de la personalidad.

Siempre ha sido complicado el problema de diferenciar entre lo normal y lo anormal. Distintas personas definen de modos diferentes lo normal y lo anormal, porque parten de puntos de vista propios y porque tienen diferentes propósitos. Con facilidad puede aclararse una fuente de confusión; la tendencia a hacer equivalente la personalidad normal con la perfecta o la ideal. Existe aquí la misma dificultad que en tratar de definir salud física; y tanto en un caso como en otro necesitamos adoptar una actitud realista. Sucede que el cuerpo humano es una abstracción, y describirlo equivale a describir algo inexistente. Los límites normales de variación para ambos sexos a cierta edad son enormes y multidimensionales. Jean Bergeret (2005).

Suele decirse que normalidad significa la habilidad para conformarse a lo que la sociedad espera de uno. Por lo tanto, quien no logra adaptarse es anormal. Este criterio es útil para ciertos propósitos, ya que toma en cuenta las notables diferencias que en las expectativas culturales encuentran quienes estudian sociedades diferentes y, además, subraya la habilidad para adaptarse antes que la conformidad en sí. Pero esta no necesariamente indica normalidad; y no siempre es patología la incapacidad de conformarse.

Éste no es un dilema nuevo ni exclusivo de la psicopatología de la personalidad, sino que está presente en toda la historia de la medicina y la psicología. Para determinar la anormalidad en las ciencias de la salud se usa con bastante asiduidad un criterio puramente cuantitativo basado en la estadística, y que refleja en qué medida nos desviamos de la media poblacional, es decir hasta qué punto es infrecuente lo que se está valorando. Al considerar una personalidad normal y anormal, debemos tomar en cuenta el criterio cuantitativo y cualitativo.

En psicología se considera que estamos ante un trastorno de la personalidad cuando (Antunes C. (2012):

- ✓ El sujeto carece de flexibilidad en su adaptación al ambiente, o sea, se muestra incapaz de variar sus patrones de conducta con la finalidad de adaptarse mejor a las demandas procedentes del exterior.

- ✓ Genera círculos viciosos que no le permiten superar los problemas. Ante una dificultad crea una tendencia de respuesta que se ve incapaz de detener y que no representa ninguna solución real a la situación.
- ✓ Presenta una elevada fragilidad en situaciones estresantes.
- ✓ Se ve en dificultades para desenvolverse autónomamente en situaciones que no representan una demanda especial.
- ✓ Su forma de ser o comportarse genera insatisfacción o malestar en el propio sujeto.
- ✓ Su forma de ser o comportarse genera malestar o prejuicios en el entorno, a los que interaccionan con él.

Desarrollo de la Personalidad: individuo, persona y personalidad.

Bristow W. (2011), señala que al nacer el niño es un individuo en términos sociológicos. Está desprovisto de todos los atributos sociales como el lenguaje, las ideas, los hábitos, entre otros. No es un ser social y no se ha desarrollado aún su personalidad.

- La persona es un individuo socializado, que ha adquirido la cultura de la sociedad (lenguaje, normas, valores, ideales, manera de actuar y de pensar).
- La persona es el ser humano que ocupa un determinado lugar en la sociedad.
- La personalidad se desarrolla como producto de la interacción con los factores de su ambiente: físico, social y cultural.
- La personalidad es la suma y organización de los rasgos que determinan el papel de la persona en el grupo.
- La personalidad no es innata ni instintiva, se aprende a través de la interacción social.

Factores que influyen en el desarrollo de la personalidad según Bristow W. (2011):

- Herencia biológica. La apariencia física, las capacidades para hablar y razonar, la inteligencia, el género, la raza, el temperamento, el ambiente físico.

- Ambiente físico. Puede ayudar o limitar el desarrollo del ser humano. La capacidad para conquistar y modificar el ambiente es exclusivo del ser humano, los animales no pueden hacerlo.
- La cultura. Influye en la adquisición de valores sociales comunes y ayuda a producir cierto tipo de personalidad.

La personalidad no puede existir independientemente del aspecto biológico. Como miembro de la raza humana tiene los atributos y características propias de esa especie aunque existen atributos que lo distinguen como lo son el aspecto físico y la inteligencia. Al nacer el individuo posee un organismo físico y un sistema nervioso y glandular que le ayudan a alcanzar un desarrollo superior a los otros animales. Puede pensar, transmitir ideas a través del lenguaje, ver las relaciones entre las cosas.

Influyen en el desarrollo de la conducta humana: temperatura, clima, montañas, desiertos, recursos naturales, el trabajo, la recreación y forma de vida.

Hay dos tipos de experiencias particulares: aquellas que surgen como consecuencia de la asociación o contacto continuo con una persona y aquellas que surgen al azar. Las experiencias traumáticas tienen un efecto significativo en el desarrollo de la personalidad.

El individuo se desarrolla gradualmente bajo la influencia combinada de factores hereditarios, del ambiente social y de la experiencia personal. La integración en el mundo no se produce de manera preestablecida. Al nacer, a pesar de disponer de un potencial evolutivo casi ilimitado, el ser humano tiene un sistema nervioso tan poco maduro que no es capaz de utilizar de forma espontánea los medios de comunicación imprescindibles para mantenerse con vida. Esto explica la necesidad primordial del bebé de tener contactos humanos reiterados y casi ininterrumpidos. El niño aprende las primeras formas de adaptación al mundo: la integración afectiva repercutirá luego en el modelo general de los futuros contactos.

La base del desarrollo de la personalidad corresponde a nuestra forma de reaccionar ante la interacción constante de nuestros actos y el mundo: el mundo externo y el interior, los objetos y quienes nos rodean. Si observamos a un bebé de seis meses, veremos que ya reacciona y se adapta de forma absolutamente personal a su

ambiente. Trata de manipular, mira, oye, explora, en función de sus primeras experiencias de lactante que va memorizando e integrando. Bruner, J. (2013)

El ser humano manifiesta desequilibrios cuando no le es posible establecer ningún tipo de relación con el ambiente. Por ejemplo, un niño mostrará problemas psicológicos si no puede establecer relaciones afectivas constructivas con sus padres. El niño debe sentirse amado, pero también útil para sus padres, como ellos lo son para él: ésta es la base de una vida afectiva equilibrada. Así pues, para que la personalidad se desarrolle positivamente hay que satisfacer las necesidades humanas fundamentales.

Las diversas necesidades fundamentales

Aparte de las necesidades orgánicas (hambre, sed, calor), las necesidades de contacto, intercambio, afecto, consideración, éxito e integración en un grupo son imprescindibles para el equilibrio de la persona, cualquiera que sea su edad. Se observan muchos trastornos en el comportamiento de los individuos que no satisfacen tales necesidades, por ejemplo en el lactante separado de su madre, en las personas desempleadas desde hace mucho tiempo, en quienes están solos, como ocurre muchas veces con los ancianos.

Evolución y crisis de la personalidad

Casi todos los juegos del niño se basan en la imitación. El pequeño trata de establecer una identificación con sus padres, sabiendo que su carácter se desarrollará en función de lo que ve y aprende de ellos. A la vez, la transgresión de las prohibiciones permite experimentar el límite de los demás y de la ley, ayudando al niño a conocer sus propios límites.

José D. (2014) considera que el niño atraviesa diversas fases en su evolución:

- Hacia los 2 o 3 meses se producen las primeras sonrisas en respuesta a la aparición de una figura humana; el lactante distingue lo agradable de lo desagradable.

- Hacia los 8 meses, junto a un nuevo interés por su propia imagen en el espejo, se manifiesta la angustia frente a un rostro extraño. El bebé distingue entre personas conocidas y desconocidas. A esta edad, cuando se separa de las figuras de referencia (madre, padre, niñera) siente una gran angustia.
- Hacia los 15-18 meses el niño aprende las primeras palabras; dice «no» y acompaña la negación con el movimiento de la cabeza; «es esto, no es esto», «está allí, no está allí» son las distinciones que le permiten formular y expresar los primeros juicios. Quiere «hacerlo todo solo» para desarrollar la autoconfianza.
- Hacia los 2 años y medio se atraviesa una crisis de rechazo sistemático: el niño se opone, desobedece, se obstina y desaprueba todo lo que se le propone, como para demostrar un principio de autonomía. Adquiere conocimiento de sí mismo, y ésta es la primera expresión verdadera de autoconciencia. El signo característico de la distinción entre él y los demás es el uso, al hablar, de la primera persona del singular.
- Entre los 3 y los 5 años se pasa por la crisis edípica. El resultado es un nuevo avance en el proceso de construcción de la personalidad. Puede decirse que, al término de la crisis, el padre y la madre ya no son considerados simplemente padres, sino también hombre y mujer.
- Hacia los 6 años el niño se interesa por sus semejantes y se libera de la influencia del adulto. Incluso es posible que la presencia de los mayores se considere indeseable, o se vea como una intrusión. A esta edad los niños comienzan a tomar conciencia (aún de forma confusa) de todo lo que separa su mundo del de los adultos. Si bien estos últimos lo representaban «todo» para ellos, ahora empiezan a aparecer cada vez más incomprensibles, cerrados y misteriosos. Es la edad de la socialización, en que el colegio cumple una función muy importante porque allí el niño identifica su propia realidad social.
- Hacia los 13-14 años surge la crisis de la adolescencia. El joven, obligado por la pubertad a entrar en contacto con sus propios impulsos sexuales, adopta de nuevo una actitud de oposición respecto a la familia y la sociedad: autoafirmación a través de la provocación, la violencia, la temeridad, etc. El adolescente se distingue de los adultos a través de una originalidad llevada al extremo: indumentaria, higiene

personal, lenguaje, etc., se convierten en unos códigos de reconocimiento dentro de un grupo de edad. Pasar de la adolescencia a la edad adulta presupone dos etapas que se superponen entre sí. La primera es la adquisición de la identidad: « ¿Quién soy?» Todos los comportamientos y actividades del adolescente se dirigen a esta búsqueda. La segunda es la adquisición de la intimidad, es decir, de la capacidad de vivir con uno mismo. Sólo cuando se adquiere esta cualidad se es un adulto capaz de convivir con los demás y de dirigir la propia vida.

La construcción de la personalidad es un proceso interactivo durante el cual las atenciones y un clima de ternura y comprensión desempeñan una función muy importante. Las «crisis» no sólo resultan absolutamente normales y sanas, sino que son deseables para la adaptación futura a la vida social del adulto.

Las actitudes educativas. Conviene saber que la forma en que los padres afrontan sus responsabilidades educativas es un componente fundamental que influye en el desarrollo de la personalidad de los hijos.

El tipo de afectividad de los contactos e intercambios entre padres e hijos (calurosa, confiada, protectora, fría, indiferente) o la forma en que los padres reaccionan ante algunos comportamientos de sus hijos (asombro, temor, desprecio, reproche brutal) son elementos con una función esencial en la construcción de la personalidad. No es la cantidad de estímulos lo que deja una impronta mejor: la calidad, la organización y sobre todo la coherencia son básicas. No obstante, para desarrollar la autonomía, es absolutamente necesario que las actividades, en todos los campos, se vean apoyadas y estimuladas. Bruner, J. (2013)

Hay que permitir al niño el placer del descubrimiento, el tiempo necesario para la exploración y la experiencia. Cuando un niño se impacienta porque no puede hacer todo lo que quiere, se siente frustrado; pero de la frustración y el fracaso nace la energía para volver a empezar, y del esfuerzo surge la adecuada conciencia de las propias capacidades. Por ello, la función de los padres es valorar los intentos más que

los resultados, lograr que el hijo acepte el fracaso en lugar de condenarlo, ayudarlo a conseguir el éxito sin sustituirlo.

Para ayudar a crecer y desarrollar la personalidad, hay que conceder libertad, dar confianza (que a su vez dará confianza en uno mismo) y establecer unos límites. Se puede ayudar a un niño a superar una prueba, pero no se debe superarla en su lugar.

Caseras V. (2011), considera que desde el mismo momento de la concepción, el niño cuenta con una carga genética que hereda de los progenitores y determina como serán las características psico-orgánicas, también transmite algunas peculiaridades que forman la estructura de la futura personalidad. Estos factores genéticos o heredados hacen que cada niño reaccione de forma distinta en su contacto con el ambiente que le rodea, es decir, dispone de su propio temperamento.

La personalidad futura será el resultado del temperamento y las acciones educativas que reciba de los adultos (padre, madre, hermanos, abuelos, educadores, etc.) y de las relaciones que establezca. El niño irá creando una conducta en función de las reacciones que los adultos tengan ante sus comportamientos y de las diferentes experiencias que vaya acumulando.

Progresivamente, recibirá un aprendizaje del comportamiento pre establecido por la cultura del grupo social en que vive. El desarrollo de su conducta será diferente al del resto de los niños de su mismo grupo social porque las diferencias biológicas le harán reaccionar de modo distinto ante el aprendizaje social y sus características individuales (salud, enfermedades, número de hermanos, lugar que ocupa entre ellos, separaciones temporales de la familia, escolarización temprana o tardía, etc.) interactuarán con su temperamento.

El niño desarrolla el aprendizaje de la conducta repitiendo los comportamientos que reciben la atención o la aprobación de los adultos, y descartando aquellos en los que fracasa la atención y la aprobación. Aquí radica la importancia que adquiere la actuación por parte de los adultos reforzando los comportamientos positivos y mostrando desaprobación, en muchos casos indiferencia, ante los negativos.

Si el niño recibe mayor número de aprobaciones, desarrollará realizaciones con seguridad y confianza aunque presenten cierto grado de dificultad porque su autoestima se verá reforzada. Sin embargo, si su comportamiento produce desaprobaciones continuadas, el niño será incapaz de consolidar una mínima autovaloración y autoconfianza. Otros comportamientos que el niño adopta son aprendidos por imitación, observando a los demás y las consecuencias de sus comportamientos. Si se desea que el niño desarrolle una conducta adecuada, es necesario proporcionar modelos de comportamiento positivo a su alrededor. José D. (2014).

La responsabilidad de padres y educadores es aceptar a cada niño tal como es, ofreciendo una atmósfera social y una forma de relación favorables para el completo desarrollo de su personalidad.

El comportamiento de un niño revela tendencias que son expresión de sus necesidades y aspiraciones. Al principio una tendencia no es buena o mala en sí, constituye una energía que hay que canalizar y orientar hacia fines positivos. A través de una actitud educativa adecuada se favorece este movimiento liberador y constructor.

La acción educativa en la formación de la personalidad debe dirigirse a ayudar al niño a funcionar mejor, a sacar mejor partido de sí mismo, a saber descubrir sus propios fines y valores cada vez más elevados. Todo niño normal está abierto de forma natural a todo, le interesa cualquier cosa y está dispuesto a investigar cuanto se le presenta, a menos que las cosas excedan por completo a sus capacidades de percepción y de comprensión o que se aparten de sus intereses dominantes de ese momento.

Cuando el niño se enfrenta a una experiencia nueva y se ve contrariado o la experiencia es traumatizante, el dominio se vuelve difícil o imposible de alcanzar, la evolución normal de la personalidad se encuentra gravemente comprometida. Conviene pues, que la fase de contacto con experiencias nuevas tenga siempre un carácter positivo para no correr el riesgo de promover personalidades cerradas, timoratas, con temor a todo lo que es nuevo y extraño. Este tipo de personalidad puede cerrarse en prejuicios y fobias, fallando la confianza en sí mismo necesaria para alcanzar nuevas empresas. Procurando un contacto feliz con un universo físico, psíquico y social más

rico, se favorece la eclosión de personalidades abiertas, emprendedoras, atrevidas, que se sientan en plena armonía con el mundo que les rodea.

Desarrollo normal del carácter y la personalidad

El carácter se forma como una amalgama del temperamento del niño con los precipitados intrapsíquicos de la internalización de las interacciones constantes con sus padres, sus personas significativas y el entorno sociocultural en el que se desarrolla. La formación del carácter y de la personalidad sana o normal presupone una dotación genética óptima, unos padres suficientemente buenos (Winnicott, 1965), el logro de la separación-individuación y un desarrollo pulsional, psicosexual, cognoscitivo, afectivo, de género, del Yo y del Superyó (Tyson, 1990) sin detenciones, interferencias ni conflictos graves del desarrollo.

Esto conduce a la disolución del complejo de Edipo al finalizar la etapa Edípica, al establecimiento de una firme barrera represiva, a la constitución del inconsciente dinámico y del Superyó post-edípico y al fortalecimiento de los aparatos de autonomía primaria y secundaria del Yo. De esta manera, el sujeto puede manejar las demandas internas y externas en la latencia y la adolescencia mediante mecanismos psicológicos flexibles y acciones yoicas que después adquieren autonomía secundaria, con lo que se constituyen los rasgos normales de carácter después de la adolescencia (Blos, 1967).

Cada rasgo de carácter es el resultado de formaciones de compromiso alcanzadas después de enfrentar múltiples demandas internas y externas en el tránsito por cada una de las fases normales del desarrollo, en las crisis del desarrollo y en las crisis accidentales. Las formaciones de compromiso de los rasgos normales de carácter, al igual que de los rasgos patológicos y de los síntomas, están constituidas por pulsiones libidinales y agresivas, afectos displacenteros, fantasías sexuales y calamidades infantiles de pérdida del objeto, pérdida de amor del objeto, castración o daño genital, mecanismos de defensa y acciones del Superyó. El resultado más conspicuo del carácter y de la personalidad normal es la armonía del sujeto con su interioridad y con

su ambiente y la capacidad para adaptarse a los cambios de la vida y para establecer relaciones satisfactorias con los demás.

Trastornos de personalidad

Son los trastornos de personalidad, cuyos rasgos patológicos son pautas de conducta rígidas, inflexibles, mal adaptativas, que aparecen en forma persistente en la mayoría de las áreas de funcionamiento del sujeto y que producen efectos destructivos al individuo, a sus seres queridos y al entorno. Son reconocibles desde la etapa de latencia, la adolescencia o adultez temprana y la mayoría de sus efectos negativos no disminuyen hasta la quinta o sexta década del ciclo vital.

Los tipos de trastornos de personalidad que enlista el DSM- IV son;

- ✓ Paranoide
- ✓ Esquizoide
- ✓ Esquizotípico
- ✓ Narcisista
- ✓ Histriónico
- ✓ Límite
- ✓ Antisocial
- ✓ Evitativo
- ✓ Dependiente
- ✓ Obsesivo-compulsivo

Mientras que la CIE-10 reconoce los siguientes:

- ✓ Paranoide
- ✓ Esquizoide
- ✓ Disocial
- ✓ Histriónico
- ✓ De inestabilidad emocional

- ✓ Anancástico
- ✓ Ansioso (con evitación) y dependiente.

Como trastornos bien establecidos, aunque también considera que pueden existir otros trastornos como el narcisista, el pasivo agresivo, el excéntrico y el inmaduro.

En la clasificación psicoanalítica de Kernberg (1996), los trastornos del carácter están contenidos en los siguientes tipos de organizaciones patológicas de la personalidad:

- Organización neurótica de la personalidad.
- Organización limítrofe “alta” de la personalidad.
- Organización limítrofe “baja” de la personalidad.
- Organización psicótica de la personalidad.

Trastornos de síntomas

Como señala el psicólogo López L. (2013) a diferencia de los trastornos de personalidad, que se originan en las interacciones tempranas con las figuras significativas de la infancia y que su dinámica esencial depende de los factores psicológicos, los trastornos de síntomas son causados tanto por factores biológicos, sociales y psicológicos, entendidos estos últimos como las alteraciones del aparato mental adquiridas en el desarrollo de la personalidad.

Los trastornos de síntomas se caracterizan por la aparición, casi siempre súbita, de síntomas como angustia, depresión, euforia, alucinaciones, fobias, obsesiones, conversiones, etc., que producen un sufrimiento intenso y un deterioro significativo en la funcionalidad del paciente; tienen un curso e historia natural hacia la resolución espontánea en el término de días, semanas o meses, o bien desaparecen con la medicación específica, aunque a veces sólo remiten parcialmente y pasan a la cronicidad. Ejemplos de estos trastornos son la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la fobia simple, el trastorno de conversión, el trastorno obsesivo-compulsivo, etc.

Los trastornos de síntomas pueden aparecer en personas con trastornos de la personalidad o en sujetos sanos, casi siempre precedidos por un estrés psicosocial identificable y significativo.

La expresión conductual de los síntomas y su psicopatología psicoanalítica depende de la organización de la psicopatología de la personalidad y de las formaciones de compromiso que se producen en cada uno de los tipos de organización mencionados, independientemente de que las causas eficaces sean biológicas, psicológicas o sociales. Es decir, la organización de la personalidad y del carácter es la matriz donde se da forma a los síntomas producidos por las causas biopsicosociales de los trastornos mentales.).

La diferencia entre los síntomas producidos por factores biológicos, psicológicos y sociales que actúan sobre los sujetos normales o con cualquiera de las organizaciones patológicas de la personalidad mencionadas antes, es la siguiente (López L. 2013).

1) Los síntomas producidos por la acción única de un estrés psicosocial identificable.

2) Los síntomas producidos por factores biológicos. Estos síntomas no se modifican mayormente con las intervenciones de la técnica psicoanalítica o psicoterapéutica ni con las maniobras psicológicas para modificar o apoyar las funciones o estructuras psicológicas alteradas por el efecto del factor etiológico biológico.

3) Los síntomas causados por las alteraciones resultantes de un desarrollo patológico de la personalidad y del carácter. Responden y pueden ser curados o mejorados mediante las intervenciones de la técnica psicoanalítica o psicoterapéutica.

La diferencia entre las formaciones de compromiso de estos síntomas (cuando son agudos y no crónicos) y de los rasgos patológicos, sólo estriba en que las primeras son de reciente creación, egodistónicas y fácilmente abordables con la técnica psicoanalítica apropiada, mientras que las segundas se formaron desde la niñez o

adolescencia, son egosintónicas, rígidas y mucho más difíciles de explorar con el método psicoanalítico.

Por último, un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su origen en la adolescencia o inicio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto y los que están a su alrededor.

El DSM- IV elaboró los criterios diagnósticos de la personalidad patológica de la siguiente manera;

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, en uno o más:

- Cognición.
- Afectividad.
- Actividad interpersonal.
- Control de impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración y su inicio se remota al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de la sustancia ni a una enfermedad médica.

3.4 DSM-IV y CIE-10 Trastornos de la personalidad.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) señala que un trastorno se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias o a las normas culturales. Los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales. Los trastornos mentales producen síntomas que son observables para la persona afectada o las personas de su entorno. Entre ellos pueden figurar:

- Síntomas físicos (dolores, trastornos del sueño)
- Síntomas afectivos (tristeza, miedo, ansiedad)
- Síntomas cognitivos (dificultad para pensar con claridad, creencias anormales, alteraciones de la memoria)
- Síntomas del comportamiento (conducta agresiva, incapacidad para realizar las tareas corrientes de la vida diaria, abuso de sustancias)
- Alteraciones perceptivas (percepción visual o auditiva de cosas que otras personas no ven o escuchan)

El DSM-IV indica que; *un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.*

Clasificándolos de la siguiente manera:

- ✓ El **trastorno paranoide de la personalidad** es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.
- ✓ El **trastorno esquizoide de la personalidad** es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.

- ✓ El **trastorno esquizotípico de la personalidad** es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.
- ✓ El **trastorno antisocial de la personalidad** es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- ✓ El **trastorno límite de la personalidad** es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.
- ✓ El **trastorno histriónico de la personalidad** es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.
- ✓ El **trastorno narcisista de la personalidad** es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- ✓ El **trastorno de la personalidad por evitación** es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- ✓ El **trastorno de la personalidad por dependencia** es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.
- ✓ El **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
- ✓ El **trastorno de la personalidad no especificado** es una categoría disponible para dos casos:
 - 1) El patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad.
 - 2) El patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación.

Los trastornos de la personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características:

- ✓ El grupo **A** incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos.
- ✓ El grupo **B** incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables.
- ✓ El grupo **C** incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos. Hay que señalar que este sistema de agrupamiento, si bien es útil a efectos de investigación o docencia, tiene importantes limitaciones y no ha sido validado de forma consistente. Además, es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos.

Características diagnósticas generales para un trastorno de la personalidad

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos (Criterio A). Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio B) y provoca malestar clínicamente

significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C).

El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta (Criterio D). El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (Criterio E) y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, una medicación o la exposición a un tóxico) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal) (Criterio F).

También se proporcionan criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección. Los ítems en cada grupo de criterios para cada uno de los trastornos de la personalidad específicos son enumerados en orden de importancia diagnóstica decreciente según los datos relevantes sobre eficiencia diagnóstica (cuando existen).

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios (p. ej., trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias). El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. La evaluación también puede verse complicada por el hecho de que las características que definen un trastorno de la personalidad en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto (p. ej., los rasgos son a menudo considerados egosintónicos). Para ayudar a salvar esta dificultad, es útil la información aportada por otros observadores.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.

La valoración de la personalidad debe tener en cuenta los antecedentes étnicos, culturales y sociales del sujeto. Los trastornos de la personalidad no se deben confundir

con problemas asociados a la adaptación a una cultura diferente que se da tras la inmigración o con la expresión de hábitos, costumbres o valores religiosos o políticos propios de la cultura de origen del sujeto. En especial si se evalúa a alguien de una cultura diferente, resulta útil para el clínico obtener información de gente que conozca el entorno cultural del sujeto.

Las categorías de los trastornos de la personalidad pueden ser aplicables a niños o adolescentes en los casos relativamente raros en los que los rasgos de personalidad desadaptativos particulares del individuo parezcan ser tendentes a extenderse, a persistir y a no limitarse a una etapa particular del desarrollo o a un episodio de trastornos del Eje I. Habría que reconocer los rasgos de un trastorno de la personalidad que aparecen en la niñez y que a menudo no persisten de la misma forma en la edad adulta.

Para diagnosticar un trastorno de la personalidad en un sujeto de menos de 18 años, las características deben haber estado presentes durante al menos 1 año. La única excepción es el trastorno antisocial de la personalidad, que no se puede diagnosticar antes de los 18 años. Aunque, por definición, un trastorno de la personalidad requiere un inicio que no sea posterior al principio de la edad adulta, puede suceder que los sujetos no sean objeto de atención clínica hasta una edad más avanzada.

Un trastorno de la personalidad puede exacerbarse tras la pérdida de personas que proporcionaban un apoyo significativo (p. ej., la esposa) o de situaciones sociales previas estabilizadoras (p. ej., el trabajo). Sin embargo, la aparición de un cambio de la personalidad en la edad media de la vida exige una evaluación completa para establecer la posible presencia de cambios de la personalidad debidos a una enfermedad médica o a un trastorno relacionado con sustancias.

Algunos trastornos de la personalidad (p. ej., el trastorno antisocial de la personalidad) se diagnostican más frecuentemente en varones. Otros (p. ej., los trastornos límite, histriónico y por dependencia) se diagnostican con más frecuencia en mujeres. Aunque estas diferencias en la prevalencia reflejan probablemente diferencias sexuales reales,

cuando se den estos patrones los clínicos han de procurar no sobre diagnosticar o infra diagnosticar ciertos tipos de trastornos de la persona.

Curso

Las características de un trastorno de la personalidad suelen hacerse reconocibles durante la adolescencia o al principio de la edad adulta. Por definición, un trastorno de la personalidad es un patrón persistente de formas de pensar, sentir y comportarse que es relativamente estable a lo largo del tiempo. Algunos tipos de trastornos de la personalidad (especialmente los trastornos antisocial y límite de la personalidad) tienden a atenuarse o a remitir con la edad, lo que no parece ser el caso en algunos otros tipos (ejemplo: trastornos obsesivo-compulsivo y esquizotípico de la personalidad).

Diagnóstico diferencial

Muchos de los criterios específicos para los trastornos de la personalidad describen características (ejemplo: suspicacia, dependencia, insensibilidad) que también son típicas de los episodios de los trastornos mentales del Eje I. Sólo se debe diagnosticar un trastorno de la personalidad cuando las características definitorias aparezcan antes del comienzo de la edad adulta, sean típicas del funcionamiento a largo plazo del sujeto y no aparezcan exclusivamente durante un episodio de un trastorno del Eje I. Puede ser especialmente difícil (y no demasiado útil) diferenciar los trastornos de la personalidad de los trastornos del Eje I (ejemplo: el trastorno distímico) que tienen un inicio temprano y un curso crónico y relativamente estable. Algunos trastornos de la personalidad tienen relación con el «espectro» de alguna enfermedad del Eje I (ejemplo: el trastorno esquizotípico de la personalidad con la esquizofrenia; el trastorno de la personalidad por evitación con la fobia social) basándose en las similitudes fenomenológicas o biológicas o en la incidencia familiar.

Para los tres trastornos de la personalidad que pueden estar relacionados con los trastornos psicóticos (ejemplo: paranoide, esquizoide y esquizotípico), hay un criterio de exclusión que señala que el patrón de comportamiento no debe haber aparecido

exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico.

Cuando un sujeto tiene un trastorno psicótico crónico del Eje I (ejemplo: esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno de la personalidad, también se debe registrar el trastorno de la personalidad en el Eje II, seguido entre paréntesis por «premórbido».

El clínico tiene que ser prudente en el diagnóstico de trastornos de la personalidad durante un episodio de un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad, porque estos estados pueden tener características sintomáticas transversales que se asemejen a los rasgos de personalidad y pueden hacer más difícil evaluar retrospectivamente los patrones de funcionamiento del sujeto a largo plazo. Cuando los cambios de personalidad surgen y persisten después de que el sujeto haya estado expuesto a un estrés extremo, hay que tomar en consideración el diagnóstico de un trastorno por estrés postraumático.

Cuando una persona tiene un trastorno relacionado con sustancias, es importante que no se realice un diagnóstico de trastorno de la personalidad que se base únicamente en comportamientos que son consecuencia de la intoxicación por o la abstinencia de la sustancia, o que estén asociadas a las actividades destinadas a mantenerla dependencia (p. ej., el comportamiento antisocial). Cuando los cambios persistentes de la personalidad aparecen como resultado de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (p. ej., un tumor cerebral), hay que tener en cuenta el diagnóstico de un cambio de personalidad debido a enfermedad médica.

Los trastornos de la personalidad deben distinguirse de los rasgos de personalidad que no alcanzan el umbral para un trastorno de la personalidad. Los rasgos de personalidad sólo se diagnostican como trastornos de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan un deterioro funcional o un malestar subjetivo significativos.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios generales del DSM-IV para los trastornos de la personalidad son iguales en líneas generales.

Cuadro 4. Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad

- | |
|--|
| <p>A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">(1) cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).(2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).(3) actividad interpersonal.(4) control de los impulsos. <p>B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p> <p>C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.</p> <p>E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.</p> <p>F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).</p> |
|--|

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA.

4.1 Planteamiento del problema.

Estudios breves realizados hace algunos años atrás sobre la depresión posparto han mostrado evidencia de que un número considerable de mujeres tienden a sufrir dicho trastorno, resultando alarmante la falta de prevención e identificación de factores de riesgo para su aparición. Por ello esta investigación es una propuesta dirigida a responder la pregunta; *¿Cuáles son los rasgos típicos de la personalidad en mujeres que presentan depresión posparto entre 25 a 35 años de edad?* Viendo a la personalidad como un posible factor determinante. Con lo que se busca, facilitar su prevención y manejo.

4.2 Hipótesis.

Existe una relación estadísticamente significativa entre los rasgos de la personalidad y el diagnóstico de depresión posparto en mujeres de 25 a 35 años que acuden al IMSS Clínica 1.

4.3 Hipótesis conceptual.

Personalidad: es la suma total de los patrones de conductas actuales o potenciales de un organismo, los cuales pueden ser determinados por la herencia y el ambiente y que se originan y desarrollan mediante la interacción del sector cognitivo, conativo (carácter), afectivo (temperamento) y somático (constitución). (Gispert, 2010)

Depresión posparto: consiste en el desarrollo de un conjunto de síntomas, en la madre, posteriores al nacimiento de su hijo. Con episodios transitorios de tristeza, crisis de llanto y desaliento; fatiga, ansiedad, confusión, insomnio; cuya aparición se sitúa entre el 3º y 7º día posparto. (Gispert, 2010).

Depresión: trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los desórdenes depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad. (Gispert, 2010).

Rasgo: peculiaridad, características distintivas y consistentes. (Gispert, 2010).

4.4 Objetivos.

Objetivo general: Identificar la influencia de los rasgos de la personalidad en el diagnóstico de depresión posparto.

Objetivo específicos:

1. Diferenciar la depresión mayor de la depresión posparto.
2. Indicar de qué manera es la prevención y tratamiento de la depresión posparto.
3. Analizar la personalidad y las teorías que la sustentan.
4. Definir el desarrollo normal y patológico de la personalidad.

4.5 Justificación.

Si bien Hipócrates en el siglo IV a.c. hizo la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto, no fue hasta la cuarta edición del *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* el momento en que la psiquiatría actual le dio cabida a esta asociación del posparto y los cambios de ánimo. En el DSM-IV se menciona que al inicio posparto se aplica a los trastornos que se manifiestan durante las cuatro semanas posteriores al parto. Abarcando este especificador a episodios depresivo mayor, maníaco o mixto, en el trastorno bipolar de tipo I o de tipo II o aplicable a un trastorno psicótico breve.

Embarazo, parto y puerperio suponen una sobrecarga tanto física como emocional para la mujer. Existen numerosos estudios que evidencian el riesgo aumentado de desarrollar trastornos del estado de ánimo durante el puerperio, y fundamentalmente durante los primeros meses después del parto.

La depresión posparto consiste en el desarrollo de un conjunto de síntomas, en la madre, posteriores al nacimiento de su hijo.

Los trastornos del estado de ánimo que pueden encontrarse tras el parto se clasifican en:

- Depresión posparto leve o “baby blue”.
- La depresión mayor posparto.
- Psicosis posparto.

A mediados del 2013 la OMS (Organización Mundial de la Salud) señala de acuerdo a sus investigaciones que la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica a nivel mundial, ya que afecta a 350 millones de personas en el mundo, además de ser también una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar el suicidio. Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el periodo posparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que puedan ocultar el cuadro depresivo.

El diagnóstico de depresión posparto generalmente no se realiza o pasa desapercibido por parte del médico familiar, aun cuando existen herramientas útiles que pueden ser aplicadas por parte del personal de salud para identificar a las pacientes que presenten ciertas características que orienten al diagnóstico de una posible depresión posparto y así evitar problemas a futuro en la madre y el hijo. Entre los métodos auxiliares para un adecuado diagnóstico, además de la entrevista clínica se han aplicado escalas psicológicas de distintos tipos, una de las más utilizadas para la detección de síntomas depresivos en el posparto es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo diseñada por Cox en 1987, siendo traducida a múltiples idiomas, ha probado ser eficaz en diferentes países.

Se han realizado estudios que demuestran la aparición constante de la depresión posparto;

- ❖ El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE 2006) creó la primera Clínica de Depresión Posparto de América Latina. Entre los objetivos principales está desarrollar sistemas de detección oportuna y tratamientos eficaces para posteriormente difundir los resultados de la investigación y con ello las futuras madres podrán detectar oportunamente cuadros depresivos y buscar ayuda profesional.
- ❖ Especialistas en psiquiatría del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2010) informaron que hasta 20% de las mujeres presentan depresión posparto, en tanto que 80% tristeza y otros trastornos como mal humor y ansiedad.
- ❖ La OMS (2012), realizó un estudio en donde encontró que entre el 20% y 40% de las mujeres de los países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o posparto. Las estimaciones de la OMS indican que la depresión es frecuente en todas las regiones del mundo. Un estudio reciente respaldado por la OMS reveló que alrededor del 5% de las personas residentes en la comunidad han padecido depresión durante el último año. La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Una de cada cinco parturientas sufre depresión tras el parto.
- ❖ Un estudio realizado por investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (2012), dió a conocer que el 13.6% de las mujeres que dieron a luz presentan depresión posparto. La institución señaló que este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 30 a 34 años de edad, casadas, primigestas, que laboran fuera de casa y que tuvieron trabajo de parto al momento de dar a luz.

Estos estudios breves realizados hace algunos años atrás a la fecha han mostrado cantidades considerables de mujeres que tienden a sufrir dicho trastorno, resultando alarmante la falta de medidas de prevención e identificación de factores propensos para su aparición.

En la búsqueda de estudios e información se puede detectar el bajo número de investigaciones realizadas en torno al tema o el amplio espacio de tiempo que

transcurre entre una investigación y otra. Por lo cual esta investigación es de primera instancia una aportación al tema y en segunda una propuesta para identificar si existen rasgos típicos de la personalidad en mujeres que sufren depresión posparto, con el objetivo de facilitar su prevención y manejo.

4.6 Tipo de investigación.

La presente tesis cuenta con una investigación cuantitativa, ya que por medio de la aplicación de pruebas psicométricas pertinentes se obtendrán resultados cuantificables, y gracias a ellos se podrá hacer una descripción y valoración. Mediante este tipo de investigación cuantitativa también se logrará obtener claridad entre los elementos de investigación que conforman el problema, así como; definirlo, delimitarlo, saber el inicio, curso y relación entre la muestra obtenida.

4.7 Diseño de investigación.

Se trabajó con un diseño preexperimental, debido a que el grado de control fue mínimo pues las mujeres que participaron estaban seguras de presentar depresión posparto y debido a esto fueron seleccionadas para la aplicación de pruebas psicométricas. Solo hubo un día de aplicación, no hubo pruebas posteriores de control por lo que la muestra no pudo estar controlada más tiempo.

Los resultados arrojados de las tres pruebas junto con una entrevista breve son la fuente donde se obtuvo toda la información necesaria para dicha investigación.

4.8 Alcance.

Se realizó un estudio descriptivo, mediante la búsqueda de los rasgos específicos de la personalidad en mujeres que padecen depresión posparto. Haciendo una recopilación detallada de información útil para el conocimiento de las madres que lo presentan o futuras madres también. Evaluando diversos aspectos que pueden detectar la

presencia de una depresión como tal y una depresión posparto para de aquí evaluar el tipo de personalidad frecuente de las mujeres ya diagnosticadas. Con el fin de definir cuál es el tipo de personalidad específica que se presenta en estas mujeres.

4.9 Universo.

Para llevar a cabo esta investigación se buscó una muestra de 10 mujeres voluntarias que recientemente habían sido madres, entre las edades de 25 a 35 años. Cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión;

1. Mujeres que tenían la sospecha de sufrir depresión posparto.
2. La fecha de parto no fuera posterior a tres meses.
3. Mujeres que tuvieran edad de 25 a 35 años.
4. Mujeres que estuvieran afiliadas al IMSS.

4.10 Instrumentos.

- ✓ *Inventario de depresión de Beck (BDI)*

Autor: Aaron T. Beck

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas.

✓ *Cuestionario de depresión posparto Edimburgo*

Autor: Cox, Holden y Sagovsky.

Año: 1987.

El instrumento consiste en diez preguntas que exploran los síntomas comunes de una depresión posparto. Se creó en los centros de salud de Livingston y Edimburgo para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de posparto. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

✓ *16 Factores de Personalidad*

Autor: Raymond B. Cattell, A. Karen S. Cattell y Heather E.P. Cattell. Año: 1993.

El Cuestionario Factorial de Personalidad, 16FP, es un instrumento de medida de espectro amplio de personalidad para adolescentes mayores de 16 años y adultos que tiene como finalidad la apreciación de dieciséis rasgos de primer orden (o escalas primarias de personalidad) y cinco dimensiones globales de personalidad. Los dieciséis rasgos primarios que evalúa son: Afabilidad (A), Razonamiento (B), Estabilidad (C), Dominancia (E), Animación (F), Atención a las normas (G), Atrevimiento (H), Sensibilidad (I), Vigilancia (L), Abstracción (M), Privacidad (N), Aprensión (O), Apertura al cambio (Q1), Autosuficiencia (Q2), Perfeccionismo (Q3) y Tensión (Q4). Las cinco dimensiones globales de personalidad son: Extraversión (Ext), Ansiedad (Ans), Dureza (Dur), Independencia (Ind) y Auto-control (AuC). La comprensión de los constructos se facilita mediante una descripción a través de adjetivos de los polos o decatipos altos (+) o bajos (-). Incluye además tres medidas para evaluar estilos de respuesta para controlar los sesgos en las mismas: Manipulación de la imagen (MI), Infrecuencia (IN) y Aquiescencia (AQ). El instrumento consta de 185 ítems con tres alternativas de respuesta con las que se obtienen las puntuaciones de las 16 escalas primarias, los tres índices de estilos de respuesta y las dimensiones globales. La aplicación puede ser individual o colectiva con una duración de entre 40 y 45 minutos.

CAPITULO V. RESULTADOS.

5.1 Análisis de resultados y gráficas.

Las pruebas aplicadas se realizaron en la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Cuernavaca Morelos. La cual es una institución del gobierno federal, autónoma y tripartita (estado, patrones y trabajadores), dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al propio instituto, llamada entonces asegurados y derechohabientes. Fundado el 19 de enero de 1943 por decreto presidencial del entonces presidente de la república, el general Manuel Ávila Camacho.

Se contó con la participación de diez mujeres voluntarias, quienes aseguraban que se encontraban atravesando por el trastorno de depresión posparto, con un tiempo máximo de 3 meses posteriores al parto. En un rango de edad de 25 a 35 años. Algunas de las mujeres se presentaban a la cita habitual de revisión de cada mes del bebé y otras permanecían ahí ya que sus bebés presentaban alguna enfermedad y requerían de observación médica, ninguno se encontraba grave.

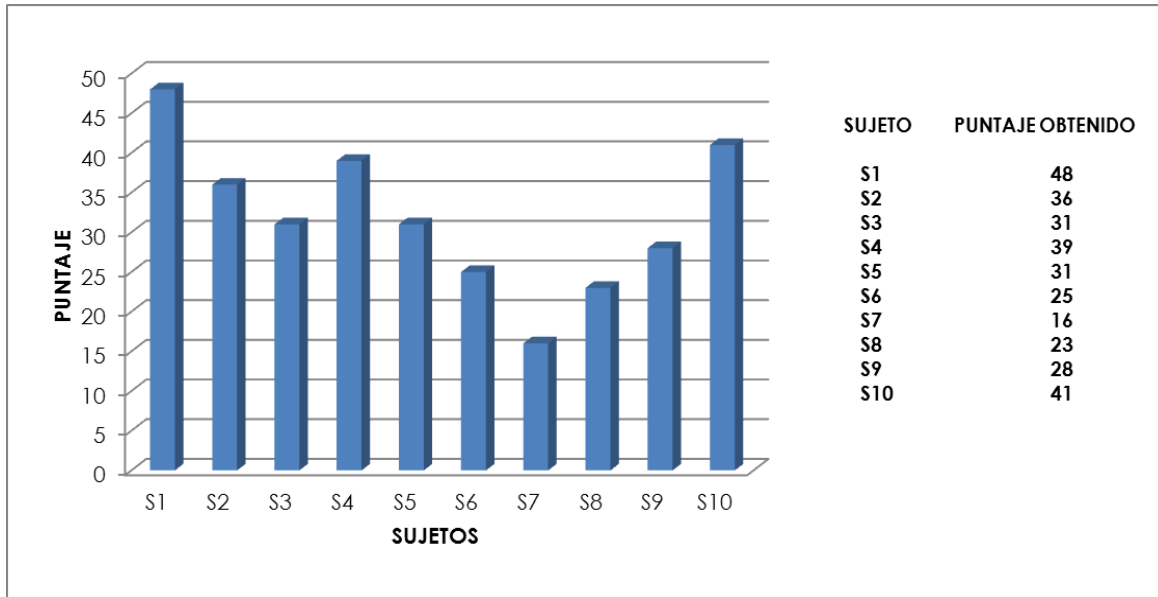
La mayoría era primeriza y les realizaron cesaría, encontrándose complicaciones como; parto prematuro, bajo peso, braquicardia, presión baja, hipersomnia, embarazo de alto riesgo debido a un aborto anterior. Las pruebas se aplicaron y recopilaron en un periodo aproximado de seis meses, de marzo a julio del 2014.

La primera prueba aplicada a las madres fue el ***Inventario de Depresión de Beck***, con el cual se pretendió confirmar o descartar la presencia de una depresión, si se obtienen más de 20 puntos se considera que existe depresión. Los niveles de depresión se evalúan mediante la siguiente puntuación:

<i>Puntuación</i>	<i>Nivel de depresión</i>
1-10	Altibajos considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
40 +	Depresión extrema

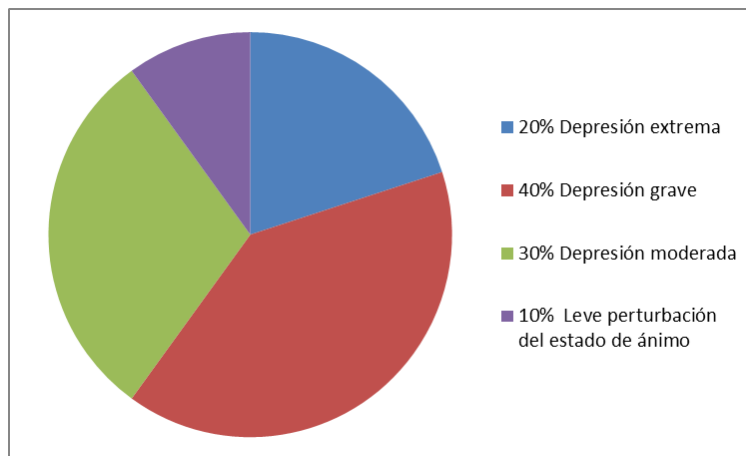
En la gráfica 1 podemos observar las puntuaciones obtenidas de cada madre (sujeto).

Gráfica 1. Inventario de Depresión de Beck



Lo cual nos indica que el 90% de ellas presentan depresión, pues se encuentran con puntuaciones mayores a los 20 puntos. Colocándolas a su vez en los siguientes niveles de depresión:

Gráfica 2. Niveles de depresión



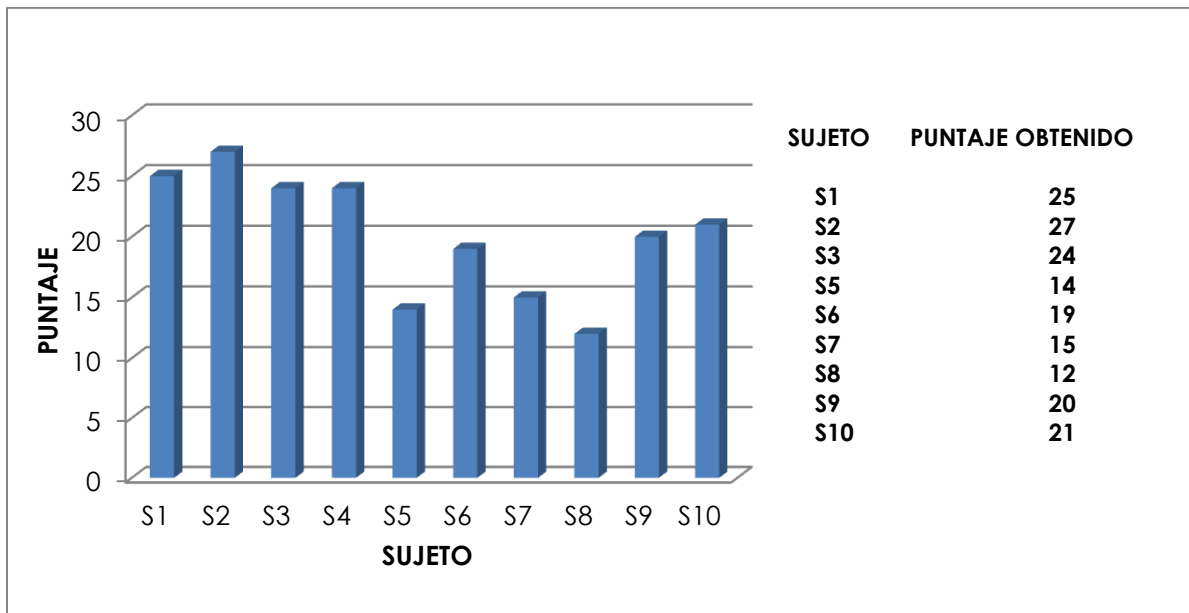
Los ítems que mayor puntuación obtuvieron indican síntomas depresivos tales como; tristeza, desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos de estar siendo castigado, así como también síntomas físicos relacionados con la depresión (fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

Dados los resultados podemos confirmar que las madres participantes se encontraban atravesando por un estado depresivo, de distintos niveles pero finalmente diagnosticadas con depresión.

La segunda prueba aplicada fue el **Cuestionario de Depresión Posparto Edimburgo**, el cual evalúa la existencia del trastorno de depresión posparto en las madres, al obtener una puntuación mayor de 11+ se confirma el trastorno.

La gráfica 3 muestra que el 100% de las mujeres (sujeto) presenta depresión posparto, ya que todas sobrepasan la puntuación mayor a 11 puntos.

Gráfica 3. Cuestionario de Depresión Posparto Edimburgo

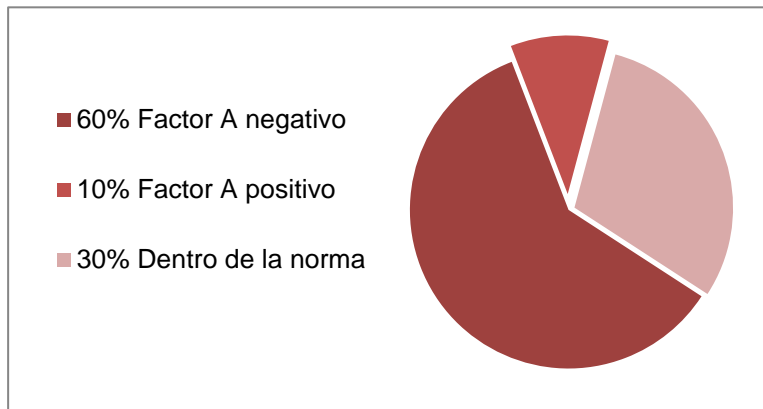


Se encontraron similitudes en las respuestas de las madres, tales como: negatividad, ansiedad, tristeza, desesperanza, bajo estado de ánimo. Las cuales también pudieron ser observadas durante la aplicación de la prueba y en donde las madres expresaron sentirse culpables por presentar estos síntomas, por no ser las mejores madres o no estar dando lo mejor de ellas para ser “buenas” madres. Señalando que los sentimientos antes mencionados no los pueden controlar aunque ellas quisieran.

Por último se aplicó la prueba de **16 Factores de Personalidad** la cual evalúa los rasgos distintivos de la personalidad. Dividiéndolos en 16 factores primarios, los cuales

se evalúan dependiendo de la puntuación obtenida en cada uno, si es mayor a 6 puntos se convierte en un factor positivo y si es menor de 6 puntos se convierte en un factor negativo. Si se encuentra solo en 6 puntos se convierte en un factor dentro de la norma, lo cual indica que no existen alteraciones.

Gráfica 4. Factor A- Expresividad emocional

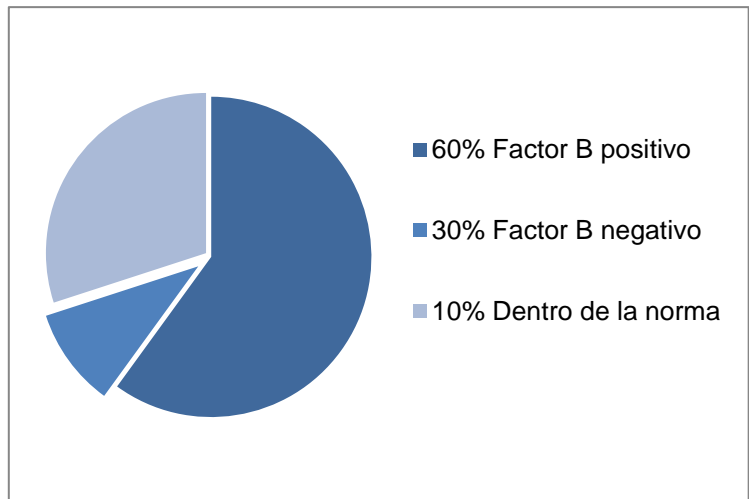


En el gráfica 4 observamos el primer factor **A – Expresividad emocional** arrojando que el 60% de las madres presenta el factor negativo. El cual indica que en su mayoría las madres tienen dificultades para expresar sus emociones, son

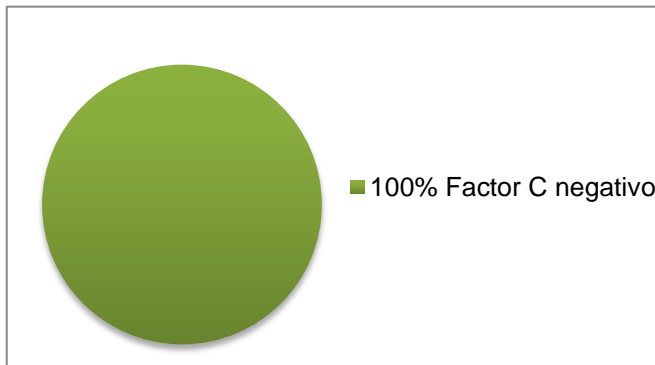
personas reservadas, discretas, críticas, apartadas, con propios ideales, aferradas, indiferentes a la problemática, muy objetivas, racionales, desconfiadas, con poca intuición, rígidas.

Gráfica 5. Factor B - Inteligencia

La gráfica 5 muestra que el 60% de las madres arrojan el factor **B- Inteligencia** negativo, el cual como su nombre lo dice hace referencia a la inteligencia, señalando a madres con un pensamiento abstracto, brillante, alta capacidad mental escolar, perspicacia, intelectualmente adaptable.



Gráfica 6. Factor C – Fuerza Yoica

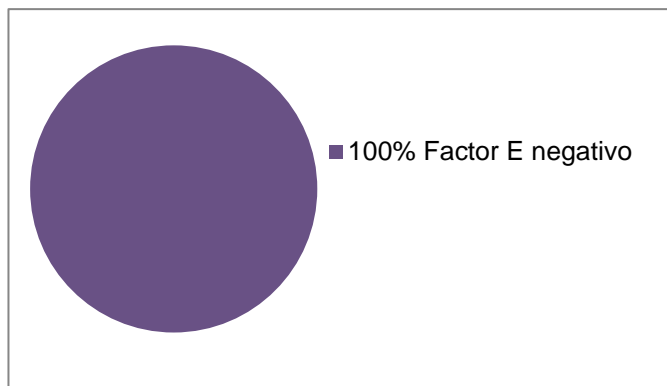


La gráfica 6 muestra que todas las madres obtuvieron un factor **C- Fuerza Yoica** negativo. Indicando que todas se encuentran afectadas por sentimientos, sin estabilidad emocional, de cierta forma perturbable (debilidad del yo). Debilidad en la fuerza de las

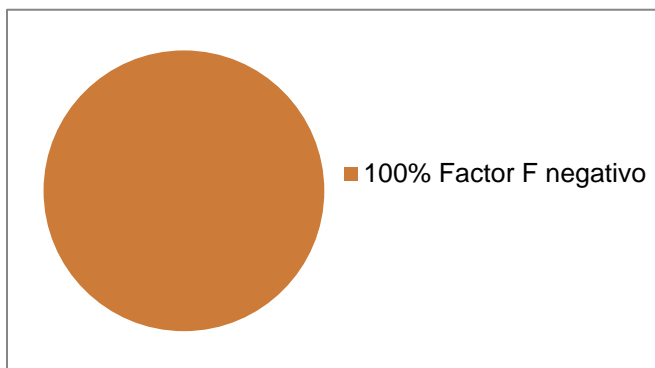
emociones, poco tolerantes, fácilmente irritables, se sienten agredidas. Se sienten débiles para enfrentarse al mundo, se expresan con mucha violencia, sus niveles de tolerancia a la frustración son muy pocos. No son buenas para el trabajo sobre presión, desisten fácilmente, no son constantes, deslindan responsabilidades.

Gráfica 7. Factor E- Dominancia

El 100% de las madres arroja el factor **E- Dominancia** negativo. Mostrando que todas tienen una personalidad sumisa, obediente, indulgente, dócil, servicial. Son dependientes del grupo o de otra persona, no tienen iniciativa, con muchos miedos, humildes, sencillas, fáciles de manejar, se masifican dentro de un grupo.

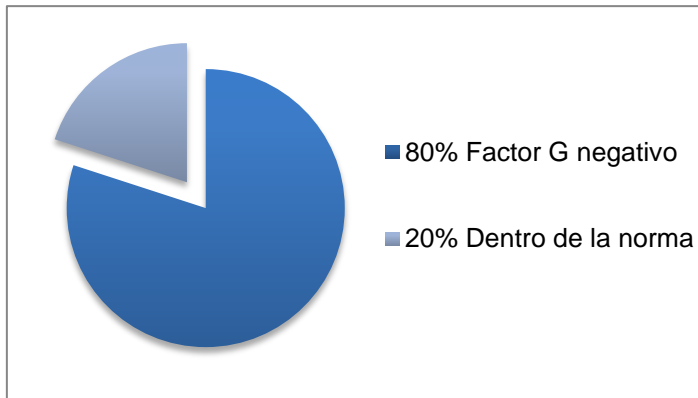


Gráfica 8. Factor F - Impulsividad



La gráfica 8 indica que en un 100% las madres obtuvieron el factor **F – Impulsividad** negativo. El cual hace referencia a una personalidad sobria, seria, retraída, introspectiva, viven más consigo mismas, más reflexivas, calculadoras, cautas, desconfiadas.

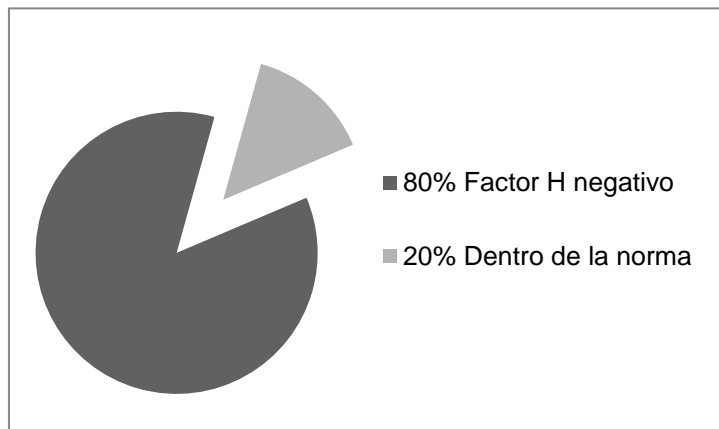
Gráfica 9. Factor G - Lealtad Grupal



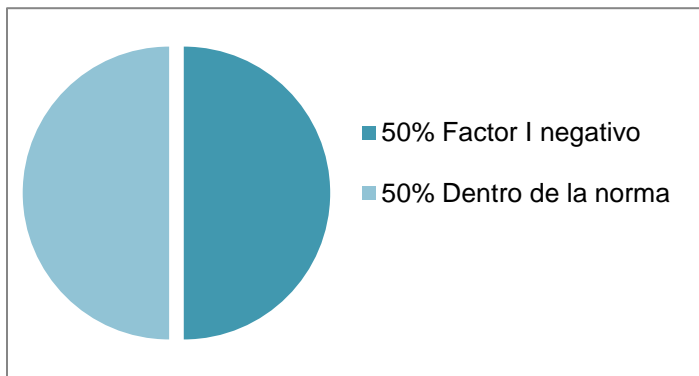
En la gráfica 9 podemos observar que un 80% de las madres arroja un factor **G- Lealtad** grupal negativo el cual reflejan una personalidad activa, que desacata reglas, un super yo débil. Lealtad debilitada, luchan contra normas, reglas, no son muy confiables, impugnan la regla.

La gráfica 10 muestra que un 80% arroja el factor **H- Aptitud Situacional** negativo. Son madres con una personalidad recatada, tímida, deprimida, inseguras, con sentimientos de inferioridad, lentas, torpes, sus relaciones interpersonales se ven afectada por su timidez, trabajar con otra gente no les agrada.

Gráfica 10. Factor H – Aptitud Situacional



Gráfica 11. Factor I – Emotividad

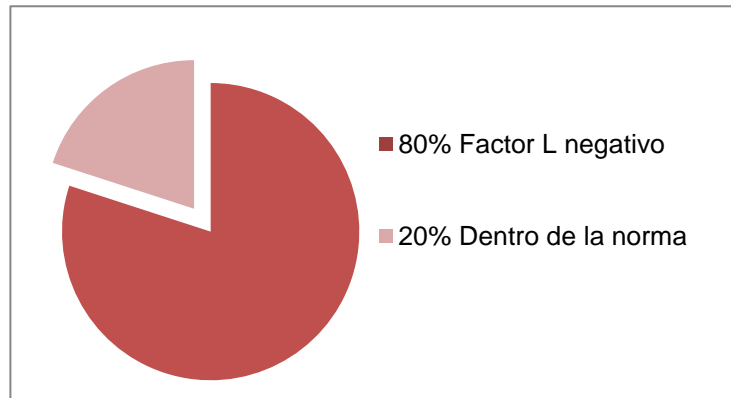


La gráfica 11 del factor **I- Emotividad** nos muestra que la mitad de las madres reflejan una personalidad calculadora, realistas. Firme en sus decisiones, los sentimientos se encuentran sujetos a la razón, sensibilidad dura, muy calculadoras, no se hacen ilusiones, no hay expectativas emocionales, muy confiadas

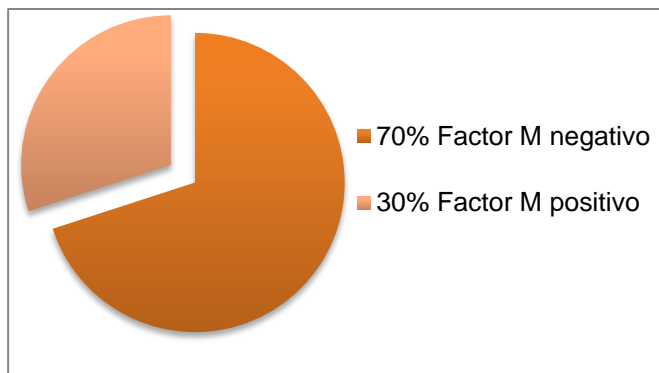
en sí mismas, asumen una gran cantidad de responsabilidades, lógicas, centradas en la realidad.

Gráfica 12. Factor L – Credibilidad

La gráfica 12 muestra que el 80% de las madres arrojaron el factor **L – Credibilidad** negativo. Lo que indica que en su mayoría son personas confiadas, aceptan condiciones y normas, flexibles a los cambios, tolerantes, poco rencorosas, suelen llegar a ser conciliadoras, no son hostiles ni agresivas, tienden a tratar de ganar la confianza de los otros.



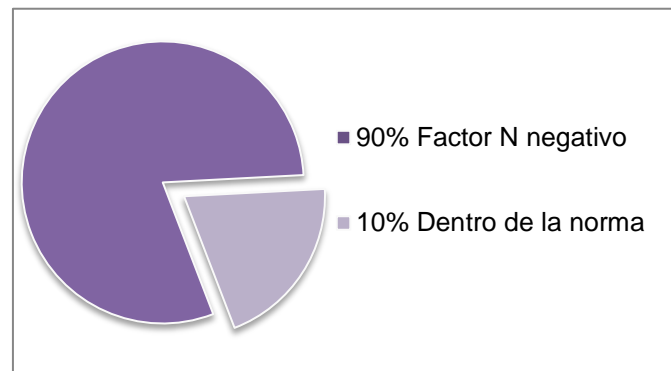
Gráfica 13. Factor M – Actitud cognitiva



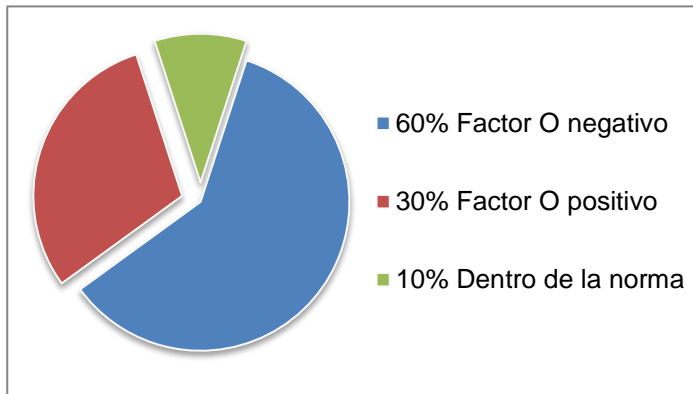
En la gráfica 13 podemos observar que en su mayoría las madres obtuvieron un factor **M – Actitud cognitiva** negativo. Indicando que son personas muy prácticas, objetivas, realistas, no interactúa con planes a largo plazo, trabajan con el aquí y ahora. De buen juicio.

La gráfica 14 muestra que en un 90% el factor **N – Sutileza** es negativo. Son personas ingenuas, sin pretensiones, sinceras pero socialmente torpes. Emocionalmente torpes, más naturales, menos estudiadas, muy confiadas, la capacidad de análisis se encuentra atorada, creen que todos los seres humanos son buenos, creen en la buena voluntad, son socialmente aceptados.

Gráfica 14. Factor N - Sutileza



Gráfica 15. Factor O- Conciencia

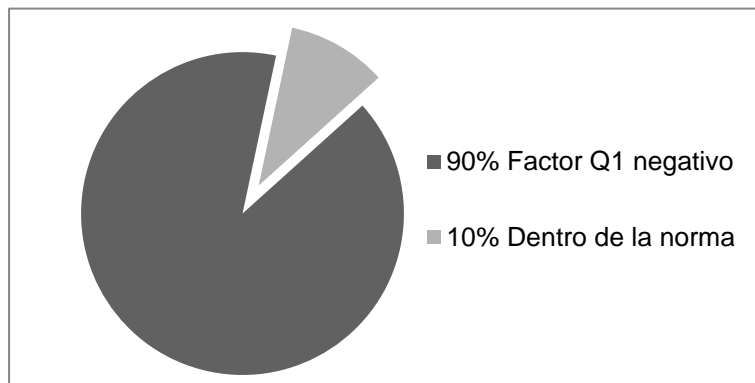


La gráfica 15 nos indica que el 60% arroja el factor **O- Conciencia** negativo. Este hace referencia a personas seguras de sí mismas, apacibles, complacientes, serenas. Se encuentran en armonía, son directas, desorganizadas, poco reflexivas. Oposición con el líder por

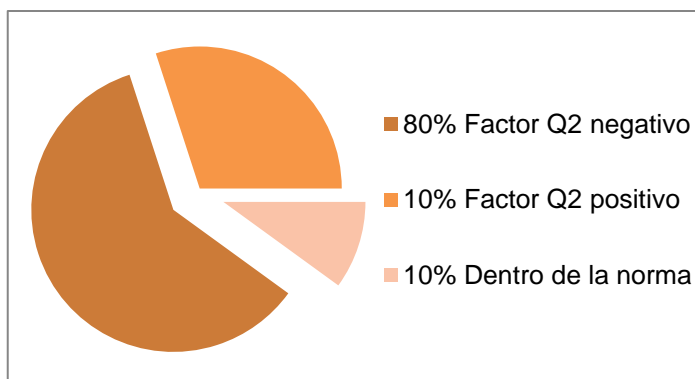
la manipulación del grupo, sin buscar el liderazgo.

Gráfica 16. Factor Q1- Posición social

La gráfica 16 nos muestra que en un 90% las madres obtuvieron el factor **Q1- Posición social** negativo. Este factor nos indica que son mujeres conservadoras, rígidas, que respetan ideas y normas, muy tradicionalistas, se apegan a la herencia cultural, de ideas muy fijadas, metas muy claras, tiende a ser un tanto dictatoriales.



Gráfica 17. Factor Q2 – Certeza individual

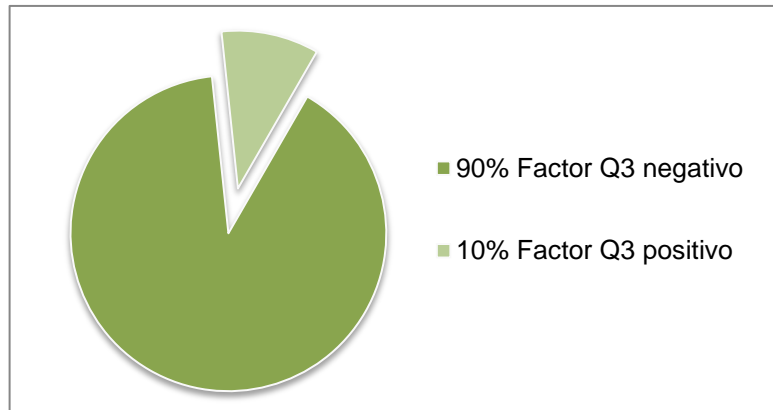


En la gráfica 17 se muestra que en un 60% el factor **Q2 – Certeza individual** es positivo, el cual hace referencia a madres dependientes de un grupo se adhieren a un seguidor ejemplar, funcionan en grupos de trabajo se convierten en seguidoras,

por temperamento social se atienen a las normas que el grupo establece.

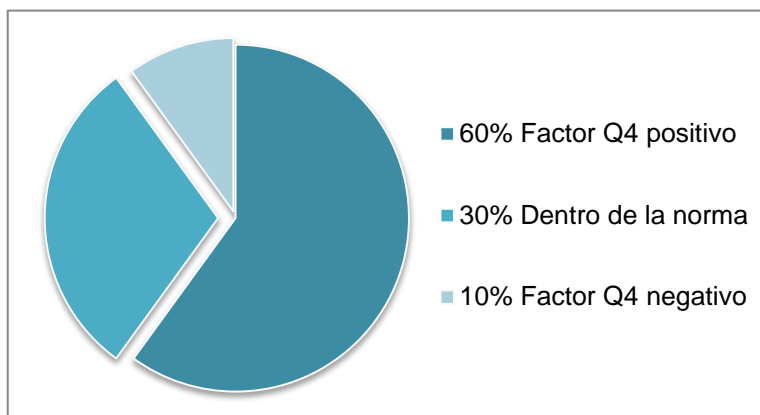
Gráfica 18. Factor Q3 – Autoestima

La gráfica 18 señala que el 80% de las madres arroja un factor **Q3- Autoestima** negativo. Se refiera a madres con una personalidad incontrolada, floja, siguen sus propios impulsos, indiferentes a las reglas impulso que por lo cual tienen dificultad



para acatarlas, en comparación con los demás se ponen a un nivel más abajo, generalmente cursan con sentimientos de inferioridad porque no hay un puntual en el cual sostenerse.

Gráfica 19. Factor Q4 – Estado de ansiedad

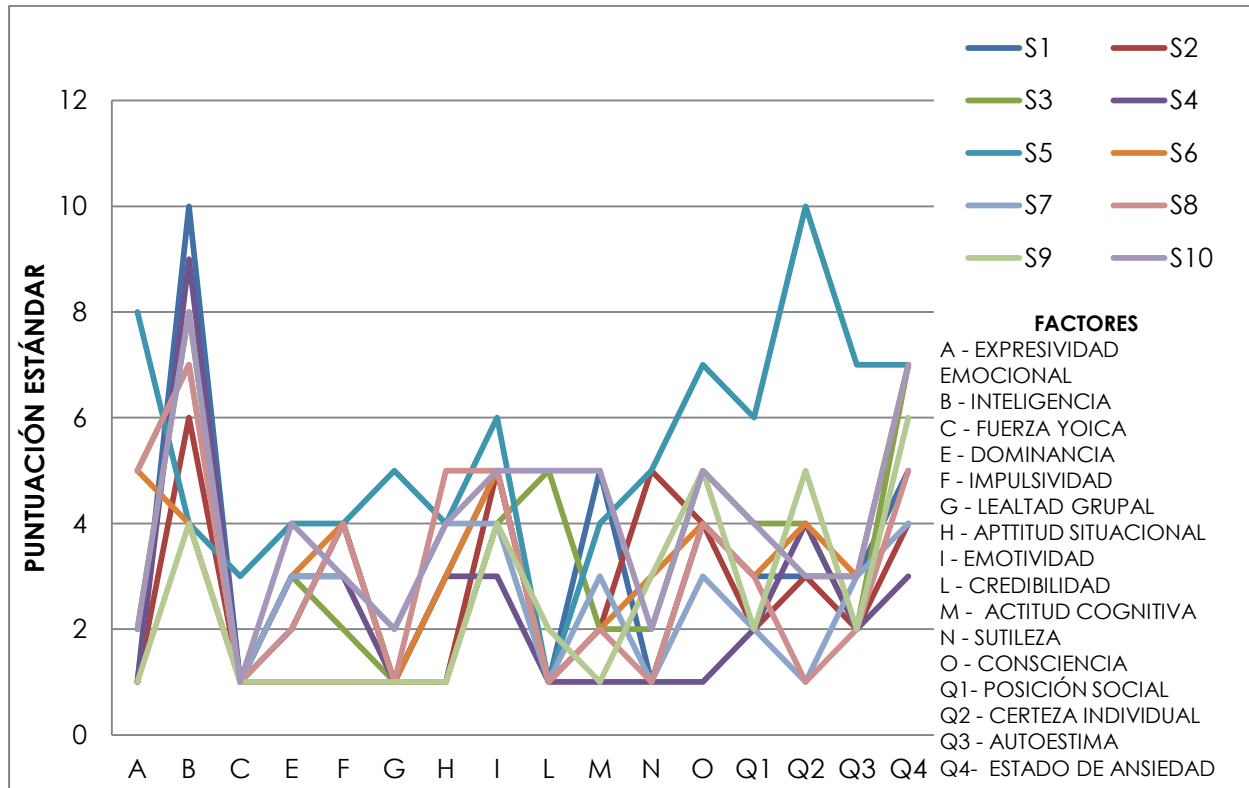


La gráfica 19 nos muestra que en el factor **Q4 – Estado de ansiedad** en el 60% de las madres es positivo. Este factor señala una personalidad tensa, frustrada, impulsiva, sobreexcitada. Agresiva (como medio de sacar la tensión),

emocionalmente inestables, nunca se cansan, no pueden estar relajadas, son pendulares van de eufóricas a deprimidas.

La gráfica 20 muestra de manera general las puntuaciones obtenidas por cada madre (sujeto) en cada uno de los factores, las cuales fueron descritas anteriormente.

Gráfica 20. 16 Factores de Personalidad



CAPITULO VI .CONCLUSIONES.

6.1 Conclusiones y discusiones.

Mediante las referencias teóricas de la presente tesis pudimos definir varios aspectos que engloban a la depresión posparto, de donde surgió la pregunta siguiente: “¿*Cuáles son los rasgos de la personalidad en mujeres que presentan depresión posparto entre 25 a 35 años de edad?*” La cual pudimos comprobar mediante la aplicación de pruebas psicométricas y así mismo afirmar la hipótesis: *Existe una relación estadísticamente significativa entre los rasgos de la personalidad y el diagnóstico de depresión posparto en mujeres de 25 a 35 años en el hospital del IMSS clínica 1.*

El 90% de las madres que participaron presentaron como primera característica una depresión, diagnosticada por medio de la prueba “Inventario de Depresión de Beck”, lo cual nos hace separar las características ya vistas de una depresión y una depresión posparto, y posiblemente también se puede deducir que la depresión ya tenía tiempo presentándose antes del parto como un trastorno independiente, ya que la mayoría comentó que antes del nacimiento del bebé se sentían así; “deprimidas”, algunas consideran que era porque habían atravesado por alguna circunstancia adversa o fuera de su control (la muerte de un ser querido, estrés por el trabajo, problemas económicos). En el caso de estas madres se podría afirmar que si fue un factor causal, ya que en su mayoría presentaban una depresión y afirmaban que no conocían la diferencia entre una depresión y una depresión posparto hasta el momento que lo padecieron y no sabían de qué manera afrontarlo.

Se confirmó mediante la prueba psicométrica “Cuestionario Depresión Posparto Edimburgo” que el 100% de las madres presentan un diagnóstico válido de depresión posparto y por último se evaluaron algunos rasgos de la personalidad con la prueba de Raymond B. Cattell “16 Factores de Personalidad”, en donde se encontraron rasgos de la personalidad en común entre un 60% y 100%, siendo los siguientes:

- ✚ Personalidad reservada, crítica, con ideas bien definidas, objetivas, rígidas, menor estabilidad emocional, afectada por sentimientos, debilidad en la fuerza de emociones, débil para enfrentarse al mundo, en ocasiones violenta, poca tolerancia a la frustración, no muy constantes, se deslindan de responsabilidades. Personalidad sumisa, dócil, dependiente del grupo o de otra persona, sin iniciativa, con miedos, sencilla, obediente, dócil, fácilmente manejable, se desindividualiza dentro de un grupo.
- ✚ Seria, retraída, sobria, introspectiva, vive más consigo misma, más reflexiva, calculadora, cauta, desconfiada. Recatada, tímida, deprimida, con inseguridades y sentimientos de inferioridad, lentas. Personalidad práctica, más realista, rara vez interactúa con planes a largo plazo, su acción es a corto plazo pues trabaja con el aquí y ahora.
- ✚ Tiende a desacatar las reglas, lealtad débil, lucha contra las normas y reglas. Ingenua, sin pretensiones, creen en la buena voluntad, son socialmente aceptadas.
- ✚ Complaciente, trata de tener una armonía alrededor de ella, un poco temeroso, directa, sin rebuscamientos, desorganizada, poco reflexiva. Oposición con el líder, no busca el liderazgo es abrupta en la reacción contra el líder, puede generar inestabilidad en el grupo.
- ✚ Conservadora, puede respetar ideas, tradicionalista, se apega a la herencia cultural, de ideas fijas, metas claras, tiende a ser un tanto dictatorial.
- ✚ Incontrolada, floja, sigue sus propios impulsos, generalmente cursan con sentimientos de inferioridad porque no hay un puntal en el cual sostenerse. Tensa, frustrada, impulsiva, sobreexcitada. Agresividad (como medio de expresar la tensión), emocionalmente inestable, no pueden estar relajadas, es pendular, va de eufórica a deprimida.

Estos rasgos similares elaborados en la teoría de Raymon Cattell (1993) nos hacen confirmar que pueden llegar a ser un factor estadísticamente significativo para la aparición de la depresión posparto. Comprobando que estos mismos están conformados por; rasgos temperamentales, aptitudinales o de habilidad y rasgos dinámicos como el autor los conforma.

Analizando dichas características podríamos correlacionar la personalidad de las madres con los siguientes trastornos de acuerdo al DSM-IV;

- ✓ Trastorno límite de la personalidad
- ✓ Trastorno de la personalidad por evitación
- ✓ Trastorno de la personalidad por dependencia

Sin embargo, no se cumplen todos los criterios para un trastorno específico. Y siguiendo la clasificación del DSM-IV se ubicaría en un “*trastorno de la personalidad no especificado*” debido a que existe la presencia de características de más de un trastorno específico de la personalidad que no cumplen los criterios completos, pero en conjunto provocan malestar clínicamente significativo de la personalidad.

Por otro lado las madres participantes coincidían en factores posiblemente causales que podrían ser relevantes, tales como:

El 60% había tenido cesarí y el 40% parto natural. Mencionando que haber tenido uno u otro no les había representado algún conflicto.

El 60% había tenido complicaciones en el parto y el 40% de ningún tipo. Las complicaciones habían sido; bebé prematuro, bradicardia, sufrimiento fetal. Mencionando que no había sido una situación fatal de vida o muerte, sin embargo, si un momento traumático y muy representativo.

El 60% presentaba un nivel de estudios de licenciatura y el 40% la preparatoria trunca. Sin embargo, en su mayoría no ejercían la carrera pero si se encontraban laborando, manifestando también que no se encontraban del todo satisfechas debido a que el sueldo es muy bajo.

El 70% es casada y el 30% madre soltera. En su mayoría se encontraban bien en cuanto a su situación sentimental.

Por ultimo ha sido posible observar y como lo mencionan los autores Manchado R, & García S, (2012) la depresión posparto podría tener una etiología multifactorial, ya que no existe una causa única que provoque la depresión posparto sino un conjunto de factores causales.

6.2 Sugerencias.

Dadas las conclusiones a la presente investigación se determinó que sería de gran utilidad compartir mayor información sobre la depresión posparto en el hospital del IMSS Clínica 1 a todas las mujeres en general, haciendo campañas, conferencias, pláticas, carteles informativos, entre otros. El mayor problema aquí, es que el hospital solo cuenta con 4 psicólogos clínicos; dos en el turno matutino y dos en el vespertino y los encargados de pláticas informativas son personas capacitadas eventuales o solo auxiliares en campañas.

Debido a esta situación lo más factible o lo que se puede sugerir es un seguimiento exclusivo y específico a las mujeres que se encuentran embarazadas en las revisiones mensuales ya sea con su ginecólogo o médico familiar. Debido a que los doctores conocen el trastorno, sería de gran utilidad mantenerlos informados y actualizados, así como lo están constantemente de nuevas enfermedades, padecimientos o trastornos y con solo dedicar un poco de tiempo en la consulta a un diagnóstico breve de depresión posparto podrían enviarlas directo a atención psicológica como medio de prevención y así ayudar a muchas mujeres en su proceso de padecimiento.

Considerando que en la actualidad el trastorno de depresión posparto es relativamente “nuevo”, la psicología y en específico nosotros estudiantes y colegas tendremos que aportar más investigación sobre el tema, diseñar campañas informativas con el objetivo de prevención haciéndolo desde tempranas edades hasta personas ya adultas con el fin de su difusión. El primer problema de padecer ya un trastorno como paciente es no conocer lo que se está viviendo, sin embargo, si se tiene conocimiento y se lleva a cabo una intervención y adecuado tratamiento el paciente suele obtener mejores resultados.

REFERENCIAS

- ❖ American Psychiatric Association. DSM-IV-TR (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Editorial Masson.
- ❖ Antunes, C. (2012). El desarrollo de la personalidad y la inteligencia emocional. Editorial Gedisa, S. A.
- ❖ Anzieu, A. (1993). La mujer sin cualidad. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- ❖ Anzieu, A. (1998). El Yo-Piel. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- ❖ Belloch A. Sandín B. & Ramos F. (1995) Manual de psicopatología. Madrid. Mc. Graw Hil.
- ❖ Bion, W. (1959). Attacks on Linking. International Journal of Psychoanalysis, Vol, 40, pp. 308-315.
- ❖ Bristow, W. (2012). Cómo desarrollar tu carácter y personalidad en cualquier situación. Océano Difusión Editorial, S. A.
- ❖ Bruner, J. (2013). Desarrollo cognitivo y educación. Ediciones Morata, S. L.
- ❖ Bundío, L. (2007). Salud Mental y género en la práctica clínica. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación.
- ❖ Buist, A. (2007). Perinatal depression. Australia: Editorial Family Physician, vol.35.
- ❖ Caseras, V. (2011).El desarrollo de la personalidad y sus trastornos. Editorial Océano. Pp 234.
- ❖ Covarrubias, R. (2013). ¿Cómo prevenir la depresión?. La segunda, pp. 1-8.
- ❖ Cox, J., Holden, J. y Sagovsky (1987). Escala de depresión postparto de Edimburgo. British Journal of Psychiatr, vol. 150,1-7.
- ❖ Cloninger, Susan C. (1975).Teorías de la personalidad. México, Editorial: Trillas.
- ❖ Delvan, J. (2014).Desarrollo cognitivo y motor. Educación infantil. México. Editorial: Altamar.
- ❖ Dio Bleichmar, E. (1995). La depresión en la mujer. Madrid: Editorial Temas de hoy.
- ❖ Domínguez, E. (2009). Depresión. El mundo de la medicina, pp. 14-16.
- ❖ Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ❖ Frager, R. y Fadiman, J. (2010). Teorías de la personalidad. México: Editorial Oxford University Press.

- ❖ Gispert, C (2010). Enciclopedia de Psicología. Barcelona: Grupo Océano.
- ❖ Gómez, A. (2000). Instituto de Terapia Cognitiva. Características o signos de la depresión. Recuperado de: <http://www.inteco.cl/temas/t0009a3.html>
- ❖ González, H. (2009). Tratamiento de la depresión. Biología del comportamiento, pp. 5.
- ❖ Gutiérrez, L. (2009). Análisis y prevención de la depresión posparto. La boletina, pp. 12.
- ❖ Gutman, L. (2010). Crianza: violencias invisibles y adicciones. Barcelona: Integral.
- ❖ Gutman L. (2007). La maternidad y el encuentro con la propia sombra: crisis vital y revolución emocional. Barcelona: Editorial Integral.
- ❖ Hans J. Eysenck (1997). Modelo psicobiológico: una historia proyectada hacia el futuro. Recuperado de: www.revistapsicologia.org
- ❖ Hoffbrand, S. Howard, L. y Crawley, H. (2007). Tratamiento antidepresivo para la depresión posparto. Oxford: Update Software.
- ❖ Jean Belgeret (2005). La personalidad normal y patológica. Barcelona España. Editorial: Gedisa, S.A.
- ❖ Jarne A. & Talarn A. (2005) Manual de psicopatología clínica. Barcelona. Fundación Barraquer
- ❖ Keck, M. E. (2006). La depresión. Londres: Lundbeck.
- ❖ Kristeva, J. (1988). Los poderes de la perversión. Buenos Aires: Monte Ávila.
- ❖ Lara, M. (2010). Prevención de la depresión posparto: Guía para orientadores. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- ❖ Leff, R. (2000). El lugar de las cosas salvajes. Lima: Editorial Peruan.
- ❖ López L. (2013). Grandes trastornos de la personalidad. Editorial: Club Universitario. Pp.344.
- ❖ Lucas, R. (1993). Puerperal psychosis; vulnerability and aftermath. Londres: Psychoanalytic
- ❖ Machado R, & García S, (2012). Depresión puerperal: factores relacionados. Atención Primaria. pp.161-166.
- ❖ Martín, G. H., & Segura, P. C. (15 de Julio de 2010). Guía clínica para el manejo de la depresión. México, México, DF., México.

- ❖ Mateos, L. M., & Cabaco, A. S. (Noviembre de 2010). Revistas de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental. Obtenido de <http://psi.usal.es/rppsm/PDF>
- ❖ MA, L., & HT, G. (2009). Despertando tu amor para recibir a tu bebé. México:Pax.
- ❖ Martínez, R. C. (2013). ¿Cómo prevenir la depresión? Buena vida, 17-18.
- ❖ Mental, I. N. (5 de Enero de 2009). Depresión. National Institute of Mental Health, pág. 30.
- ❖ Morales, D. M. (2012). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Nure Investigación, 37-40.
- ❖ Muruaga, S. (1983). Análisis y prevención de la depresión posparto. Madrid: Editorial Serie Estudios.
- ❖ Norman, C. (2007). Desarrollo de la personalidad y psicopatología. Un enfoque dinámico. México: Editorial Trillas.
- ❖ Nosotrotest (2000). Test de depresión posparto Edimburgo. Recuperado de: <http://www.articulo/test-de-depresionposparto-de-edimburgo.com>
- ❖ Organización Mundial de la Salud (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Meditor.
- ❖ Orejarena, S. (2004). Trastornos afectivos posparto. Chile: Benid.
- ❖ Orozco, W. N. (2013). Depresión posparto. Psiquiatría Centroamerica, 639-647.
- ❖ Oviedo, G., & Jordan, V. (2000). Trastornos afectivos posparto. Barcelona: Masson, SA.
- ❖ Pérez, A. (1996). Vínculo temprano y establecimiento del psiquismo temprano. Córdoba: FEPAL
- ❖ Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema, vol. 13, nº 3, pp. 493-510.
- ❖ Perlyn, E. (2007). La cultura. Desarrollo de la personalidad: individuo, persona y personalidad. Recuperado de: <http://peirln.wordpress.com/2007/11/27/48/>
- ❖ Penton, A. (2008). Ehow. Características de la depresión. Recuperado de: http://www.ehow.com/caracteristicas-depresion-sobre_164900/
- ❖ Peña, D. M., & Calvo, J. M. (8 de Agosto de 2012). Obstetricia Integral Siglo XXI. Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.com>

- ❖ Rafael G. & George B. (2009). Teorías de la Personalidad, mejores autores del Siglo XX. Editorial: EUNIBE. Pp.370.
- ❖ Roa, R. (2010). Trastorno afectivos posparto. Barcelona: Grupo Ars.
- ❖ Rozados, R. (2013). Psicología y familia. Signos y síntomas de la depresión. Recuperado de: <http://es.psicologos./348/2330/articulo.php?id=20955>.
- ❖ Steiner, J. (1997). Refugios psíquicos. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ❖ Stern, D. (1985). Constelación maternal. Buenos Aires: Paidós.
- ❖ Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. Barcelona: Ed. Laia.
- ❖ Zelaya, C. (2003). La depresión posparto desde la pulsión de muerte. Tesis de Magíster en estudios teóricos del psicoanálisis, publicada con autorización por el autor. Pontificia Universidad Católica de Perú. Lima- Perú.

ANEXOS

- Fecha: _____.
- Lugar de aplicación: _____.
- Nombre de la paciente: _____.
- Edad: _____.
- Fecha de nacimiento del bebe: _____.

➤ **Inventario de depresión de Beck**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. a) No me siento triste
 b) Me siento triste.
 c) Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 d) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. a) No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 b) Me siento desanimado respecto al futuro.
 c) Siento que no tengo que esperar nada.
 d) Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. a) No me siento fracasado.
 b) Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 c) Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 d) Me siento una persona totalmente fracasada

4. a) Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 b) No disfruto de las cosas tanto como antes.
 c) Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.
 - a) No me siento especialmente culpable.
 - b) Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - c) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - d) Me siento culpable constantemente.

6.
 - a) No creo que esté siendo castigado.
 - b) Me siento como si fuese a ser castigado.
 - c) Espero ser castigado.
 - d) Siento que estoy siendo castigado.

7.
 - a) No estoy decepcionado de mí mismo.
 - b) Estoy decepcionado de mí mismo.
 - c) Me da vergüenza de mí mismo.
 - d) Me detesto.

8.
 - a) No me considero peor que cualquier otro.
 - b) Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - c) Continuamente me culpo por mis faltas.
 - d) Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.
 - a) No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - b) A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - c) Desearía suicidarme.
 - d) Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.
 - a) No lloro más de lo que solía llorar.
 - b) Ahora lloro más que antes.
 - c) Lloro continuamente.
 - d) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.
 - a) No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - b) Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - c) Me siento irrito continuamente.
 - d) No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.
 - a) No he perdido el interés por los demás.
 - b) Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - c) He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - d) He perdido todo el interés por los demás.

13.
 - a) Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - b) Evito tomar decisiones más que antes.
 - c) Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - d) Ya me es imposible tomar decisiones.

14.
 - a) No creo tener peor aspecto que antes.
 - b) Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 - c) Se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 - d) Creo que tengo un aspecto horrible.

15. a) Trabajo igual que antes.
b) Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
c) Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
d) No puedo hacer nada en absoluto.
16. a) Duermo tan bien como siempre.
b) No duermo tan bien como antes.
c) Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
d) Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. a) No me siento más cansado de lo normal.
b) Me canso más fácilmente que antes.
c) Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
d) Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. a) Mi apetito no ha disminuido.
b) No tengo tan buen apetito como antes.
c) Ahora tengo mucho menos apetito.
d) He perdido completamente el apetito.
19. a) Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
b) He perdido más de 2 kilos y medio.
c) He perdido más de 4 kilos.
d) He perdido más de 7 kilos.
e) Estoy a dieta para adelgazar.
20. a) No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
b) Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar estomacal.
c) Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. a) No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
b) Estoy menos interesado por el sexo que antes.
c) Estoy mucho menos interesado por el sexo.
d) He perdido totalmente mi interés por el sexo.

➤ **Cuestionario de depresión posparto Edimburgo**

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente cómo se sienta hoy.

1. He podido reír y ver el lado positivo de las cosas:

- a) Igual que siempre
- b) Un poco menos que antes
- c) Mucho menos que antes
- d) No he podido

2. He mirado el futuro con placer:

- a) Igual que siempre
- b) Bastante menos que antes
- c) Mucho menos que antes
- d) No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas han marchado mal:

- a) No, nunca
- b) No con mucha frecuencia
- c) Sí, algunas veces
- d) Sí, casi siempre

4. He estado preocupada, ansiosa y asustada sin ninguna razón:

- a) No, en absoluto
- b) No mucho
- c) Sí, a veces
- d) Sí, con mucha frecuencia

5. Me he sentido con miedo o presa del pánico:

- a) No, en absoluto
- b) No mucho
- c) Sí, a veces
- d) Sí, bastante

6. Me he sentido agobiada:

- a) No, me las he arreglado igual que siempre
- b) No, la mayoría de las veces me las he arreglado bastante bien
- c) A veces no me las he arreglado tan bien como siempre
- d) Sí, la mayoría de las veces no me las he arreglado en absoluto

7. Me he sentido tan desdichada e infeliz que he tenido dificultad para dormir:

- a) No, en absoluto
- b) No, con mucha frecuencia
- c) Sí, con bastante frecuencia
- d) Sí, casi todo el tiempo

8. Me he sentido triste y abatida:

- a) No, en absoluto
- b) No, con mucha frecuencia
- c) Sí, con bastante frecuencia
- d) Sí, casi todo el tiempo

9. He estado tan infeliz que me echo a llorar:

- a) No, nunca
- b) Solo ocasionalmente
- c) Sí, bastante a menudo
- d) Sí, casi todo el tiempo

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Sí, con bastante frecuencia



CUESTIONARIO 16 FP

Forma A

Traducción: Mariscal, R., Velázquez, A. y Kolb, R.

INSTRUCCIONES

Dentro de este cuadernillo hay cierto número de preguntas. Con ellas se quiere conocer sus actitudes y sus intereses. No hay respuestas "buenas" ni "malas" porque cada quien puede poseer sus propios puntos de vista. Para que se pueda obtener la mayor cantidad de información de sus resultados, usted deberá tratar de responder exacta y sinceramente.

En la parte superior de la hoja de respuestas, escriba por favor su nombre y los demás datos que se le piden.

Primero, conteste las preguntas de ensayo que se encuentran más abajo. Si tiene algún problema con ellas por favor dígalos. En este cuadernillo usted sólo va a leer las preguntas, ya que todas las contestaciones las hará en la hoja de respuestas, asegurándose de que el número que tienen ambas sea el mismo.

Hay tres respuestas posibles para cada pregunta. Lea los siguientes ejemplos y ponga sus contestaciones en la parte superior de la hoja de respuestas en donde dice "Ejemplos". Si su respuesta es (a) ponga una cruz dentro del cuadrado de la izquierda; si su respuesta es (b) ponga la cruz o una equis dentro del cuadrado del centro; si su respuesta es (c) ponga la marca dentro del cuadrado de la derecha.

EJEMPLOS:

- | | |
|---|--|
| 1.— Me gusta ver juegos deportivos entre equipos:
a) sí, b) en ocasiones, c) no. | 3.— El dinero no trae la felicidad:
a) sí (cierto), b) intermedio, c) no (falso). |
| 2.— Prefiero a la gente que es:
a) reservada,
b) intermedia,
c) hace amigos rápidamente. | 4.— Mujer es a niña como gato es a:
a) gatito, b) perro, c) niño. |

En este último ejemplo hay una respuesta correcta: gatito. En el cuadernillo hay unas cuantas preguntas como ésta.

La letra (b) indica, por lo general, que usted está dudando acerca de lo que se le plantea. Hemos puesto varias frases y palabras distintas dentro de esta letra, pero todas tienen ese mismo significado.

Si algo no está claro, pregúntelo ahora. Dentro de un momento el examinador le dirá que lea el cuestionario y comience a responder sobre la hoja de respuestas.

Al estar contestando recuerde estos cuatro puntos:

- 1.— No se le pide que medite sus respuestas. Dé la primera respuesta que más pronto le venga a la mente, de un modo natural. Aunque las preguntas son demasiado cortas para darle todos los datos que usted desearía tener, trate de dar siempre la mejor respuesta a un ritmo de alrededor de 5 contestaciones por minuto; haciéndolo así usted terminará aproximadamente en 35 o 45 minutos.
- 2.— Trate de no caer en el centro, en la letra (b), que son las respuestas de indecisión o de duda, excepto cuando le sea realmente imposible escoger cualquier otra opción.
- 3.— Asegúrese de no saltarse ninguna pregunta. Responda de manera apropiada a cada una de las preguntas. Algunas pueden ser que no encajen con su situación. Algunas preguntas pueden parecerle demasiado personales, pero recuerde que su hoja de respuestas quedará en las manos confidenciales de un experto, y que no se trata de localizar ciertas respuestas especiales, sino de apreciarlas en conjunto. Por ello, esta prueba se califica con una plantilla construida ex profeso.
- 4.— Responda con toda la honestidad posible lo que sea cierto para usted. Evite marcar la respuesta que le parezca "la más aceptable" con el fin de impresionar al examinador.

POR FAVOR NO VOLTEE LA PÁGINA HASTA QUE SE LE INDIQUE

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio, electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera, sin permiso por escrito de la Editorial.
16 FP. Copyright © 1967 by the Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois, U.S.A.

MP 32-2 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. © 1980.
Sonora 206, Col. Hipódromo 06100, México, D.F.

1. Entendí perfectamente las instrucciones de este cuestionario:
a) sí, b) en duda, c) no.
2. Estoy dispuesto a contestar cada pregunta tan sinceramente como me sea posible.
a) sí, b) en duda, c) no.
3. Preferiría tener una casa:
a) en una zona poblada,
b) intermedio,
c) aislada en un bosque.
4. Yo tengo la energía suficiente para enfrentarme a mis dificultades.
a) siempre,
b) generalmente,
c) pocas veces.
5. Me siento un poco nervioso ante los animales salvajes, aunque estén enjaulados.
a) sí, b) indeciso, c) no.
6. Evito criticar a las personas y a sus ideas.
a) siempre, b) a veces, c) nunca.
7. Yo hago observaciones sarcásticas a las personas que creo que se las merecen.
a) siempre, b) a veces, c) nunca.
8. Yo prefiero la música semiclásica que las canciones populares.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
9. Si yo viera pelear a los niños de mi vecino:
a) dejaría que se arreglaran solos,
b) no sabría qué hacer,
c) intentaría reconciliarlos.
10. En las reuniones sociales:
a) me hago notar,
b) no sé,
c) prefiero permanecer a distancia.
11. Yo preferiría ser:
a) ingeniero constructor,
b) indeciso,
c) escritor de guiones (dramaturgo).
12. Yo prefiero detenerme a observar a un artista pintando que a escuchar a algunas personas discutiendo violentamente.
a) cierto, b) no sé, c) falso.
13. Casi siempre puedo tolerar a la gente vanidosa que se cree la gran cosa.
a) sí, b) en duda, c) no.
14. Cuando un hombre es deshonesto, casi siempre lo puedes notar en su cara.
a) sí, b) en duda, c) no.
15. Sería mejor que las vacaciones fueran más largas y que todos tuvieran que tomarlas.
a) de acuerdo, b) indeciso, c) en desacuerdo.
16. Preferiría correr el riesgo de un trabajo con un sueldo elevado aunque irregular, que un trabajo con un sueldo menor y constante.
a) sí, b) en duda, c) no.
17. Yo hablo sobre mis sentimientos:
a) sólo si es necesario,
b) intermedio,
c) cada vez que tengo la oportunidad.
18. En ocasiones tengo la sensación de un vago peligro, o un miedo súbito por razones que no comprendo.
a) sí, b) intermedio, c) no.
19. Cuando me regañan por algo que no hice, no me siento culpable.
a) cierto, b) intermedio, c) no.
20. Con dinero puedo comprar casi todo.
a) sí, b) dudoso, c) no.
21. En mis decisiones influyen más:
a) mis emociones,
b) mis sentimientos y razón por igual,
c) mis razonamientos.
22. La mayoría de las personas serían más felices si se relacionaran más con sus semejantes e hicieran lo mismo que otros.
a) sí, b) intermedio, c) no.
23. Cuando me veo en un espejo, algunas veces confundo cuál es la derecha y cuál es la izquierda.
a) cierto, b) en duda, c) falso.
24. Cuando estoy platicando me gusta:
a) decir las cosas tal y como se me ocurren,
b) intermedio,
c) organizar primero mis pensamientos.
25. Cuando algo en verdad me pone furioso, por lo general me calmo rápidamente.
a) sí, b) intermedio, c) no.

(Fin de la Columna I en la Hoja de respuestas)

26. Si yo tuviera el mismo sueldo y horario me gustaría más trabajar como:
a) carpintero o cocinero,
b) indeciso,
c) mesero en un buen restaurante.
27. Yo soy apto para:
a) algunos pocos empleos,
b) varios empleos,
c) muchos empleos.
28. "Pala" es a "cavar" como "cuchillo" es a:
a) afilado, b) cortar, c) puntiagudo.
29. A veces no puedo dormir porque una idea me da vueltas en la cabeza.
a) cierto, b) dudoso, c) falso.
30. En mi vida privada, casi siempre alcanzo las metas que me propongo.
a) cierto, b) dudoso, c) falso.
31. Cuando una ley es anticuada debe ser cambiada:
a) sólo después de una discusión considerable,
b) intermedio,
c) rápidamente.

32. Me disgusta trabajar en un proyecto en el que se toman medidas rápidas que afectan a otros.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
33. La mayoría de la gente que conozco me considera como un conversador agradable.
a) sí, b) indeciso, c) no.
34. Cuando veo a personas desaliñadas y desaseadas, yo:
a) las acepto, b) intermedio, c) me disgusta.
35. Me siento un poco apenado si de repente me convierto en el centro de atención en una reunión social.
a) sí, b) intermedio, c) no.
36. Siempre me gusta participar en reuniones concurridas, por ejemplo: una fiesta, un mitin.
a) sí, b) intermedio, c) no.
37. En la escuela prefiero (o prefiri):
a) la música, b) indeciso, c) los trabajos manuales.
38. Cuando estoy encargado de hacer algo, yo insisto en que se sigan mis instrucciones o bien renuncio:
a) sí, b) a veces, c) no.
39. Para los padres es más importante:
a) ayudar a sus niños a desarrollar sus afectos,
b) intermedio,
c) enseñar a sus niños cómo controlar sus emociones.
40. En una tarea de grupo, yo más bien trataría de:
a) imponer acuerdos,
b) intermedio,
c) hacer apuntes y ver que se obedezcan las reglas.
41. De vez en cuando siento la necesidad de realizar actividades físicas rudas o pesadas.
a) sí, b) indeciso, c) no.
42. Preferiría juntarme con gente bien educada a juntarme con individuos toscos y rebeldes.
a) sí, b) intermedio, c) no.
43. Me siento muy afligido cuando la gente me critica en público.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
44. Cuando el jefe (o el maestro) me llama:
a) veo una oportunidad para hablar de cosas que me interesan,
b) indeciso,
c) temo haber hecho algo mal.
45. Lo que este mundo necesita son:
a) ciudadanos firmes y serios,
b) no sé,
c) "idealistas" con planes para mejorarlo.
46. En todo lo que leo, estoy siempre pendiente de las intenciones propagandistas.
a) sí, b) indeciso, c) no.
47. De adolescente participé en los deportes escolares:
a) pocas veces,
b) frecuentemente,
c) muy frecuentemente.
48. Yo conservo mi cuarto bien arreglado, con cada cosa en su lugar.
a) sí, b) algunas veces, c) no.
49. A veces me pongo tenso e inquieto cuando pienso en los sucesos del día.
a) sí, b) intermedio, c) no.
50. A veces dudó que la gente con la que hablé se interese realmente en lo que digo.
a) sí, b) intermedio, c) no.

(Fin de la Columna 2 en la Hoja de respuestas)

51. Si tuviera que escoger, preferiría ser:
a) guardabosques,
b) indeciso,
c) maestro de escuela.
52. En santos y cumpleaños:
a) me gusta hacer regalos personales,
b) indeciso,
c) creo que es un poco molesto comprar regalos.
53. "Cansado" es a "trabajo" como "orgullo" es a:
a) sonrisa, b) éxito, c) felicidad.
54. ¿Cuál de las siguientes palabras es de clase distinta a las otras dos?
a) vela, b) luna, c) luz eléctrica.
55. He sido abandonado por mis amigos:
a) casi nunca,
b) ocasionalmente,
c) muy a menudo.
56. Yo tengo algunas cualidades por lo que me siento superior a la mayoría de la gente.
a) sí, b) dudoso, c) no.
57. Cuando me enojo, yo me esfuerzo por ocultar mis sentimientos a los demás.
a) cierto, b) a veces, c) falso.
58. Me gusta asistir a espectáculos, o ir a fiestas:
a) más de una vez a la semana (más de lo normal),
b) una vez a la semana (lo normal),
c) menos de una vez a la semana (menos de lo normal).
59. Pienso que suficiente libertad es más importante que las buenas costumbres y el respeto a la ley.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
60. En presencia de personas de mayor experiencia, edad o posición, tiendo a permanecer callado.
a) sí, b) intermedio, c) no.
61. Se me hace difícil hablar o recitar frente a un grupo numeroso.
a) sí, b) intermedio, c) no.
62. Cuando estoy en un lugar extraño, tengo un buen sentido de la orientación (encuentro fácilmente donde está el Norte, Sur, Este y Oeste).
a) sí, b) intermedio, c) no.

63. Si alguien se enoja conmigo, yo:
a) trato de calmarlo, b) indeciso, c) me irrito.
64. Cuando leo un artículo tendencioso o injusto en una revista tiendo a olvidarlo, más que a sentir ganas de "devolverles el golpe".
a) cierto, b) dudoso, c) falso.
65. Tiendo a olvidar muchas cosas triviales y sin importancia, como nombres de calles o de tiendas.
a) sí, b) algunas veces, c) no.
66. Me gustaría llevar la vida de un veterinario, curando y operando animales.
a) sí, b) intermedio, c) no.
67. Yo como mis alimentos con placer, aunque no siempre tan cuidadosa y apropiadamente como algunas personas.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
68. Algunas veces no tengo ganas de ver a nadie:
a) raras veces, b) intermedio, c) muy frecuentemente.
69. A veces las personas me dicen que muestro de manera demasiado clara mi agitación.
a) sí, b) intermedio, c) no.
70. De adolescente, si mi opinión era distinta a la de mis padres, yo por lo general:
a) la mantenía, b) indeciso, c) aceptaba la autoridad de mis padres.
71. Me gustaría tener una oficina para mí, que no fuera compartida con otra persona.
a) sí, b) indeciso, c) no.
72. Preferiría disfrutar la vida discretamente a mi manera, más que ser admirado por mis éxitos.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
73. Me siento maduro en la mayoría de mis actos:
a) verdadero, b) dudoso, c) falso.
74. Cuando la gente me critica me enoja, en vez de sentirme ayudado.
a) frecuentemente, b) ocasionalmente, c) nunca.
75. Estoy dispuesto a expresar mis sentimientos sólo bajo mi estricto control.
a) sí, b) intermedio, c) no.
- (Fin de la Columna 3 en la Hoja de respuestas)
76. Al inventar algo útil, preferiría:
a) perfeccionarlo en el laboratorio, b) indeciso, c) vendérselo a la gente.
77. "Sorpresa" es a "extraño" como "miedo" es a:
a) valiente, b) ansioso, c) terrible.
78. ¿Cuál de las siguientes fracciones es distinta a las otras dos?
a) $3/7$, b) $3/9$, c) $3/11$.
79. Yo no sé por qué, pero algunas personas como que me ignoran o me evitan.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
80. Las personas me tratan con menos consideración de lo que merecen mis buenas intenciones.
a) a menudo, b) en ocasiones, c) nunca.
81. En un grupo, me molesta que se digan alburas o groserías aun cuando no haya mujeres delante.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
82. Yo tengo indudablemente menos amigos que la mayoría de la gente.
a) sí, b) en duda, c) no.
83. Detestaría estar en un lugar donde no hubiera muchas personas con quien platicar.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
84. Las personas dicen que soy descuidado a veces, aunque ellas me consideren simpático.
a) sí, b) intermedio, c) no.
85. En distintas ocasiones de mi vida social, he experimentado miedo al público.
a) frecuentemente, b) en ocasiones, c) casi nunca.
86. Cuando estoy en un grupo pequeño, me agrada permanecer en silencio y mejor dejar que otros hablen.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
87. Yo prefiero leer:
a) una narración realista de batallas militares o políticas, b) indeciso, c) una novela sentimental e imaginativa.
88. Cuando la gente mandona trata de imponerse, yo hago exactamente lo contrario de lo que ellas quieren.
a) sí, b) intermedio, c) no.
89. Es una regla que mis jefes o los miembros de mi familia me consideren culpable sólo si existe una razón real.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
90. Me desagrada la manera como algunas personas observan con descaro o sin recato a otras, en las calles o en las tiendas.
a) sí, b) intermedio, c) no.
91. En un viaje largo, preferiría:
a) leer algo serio pero interesante, b) indeciso, c) platicar con el pasajero de junto.
92. En una situación que puede volverse peligrosa, yo creo conveniente hacer ruido y escándalo, aunque se pierda la serenidad y la cortesía.
a) sí, b) indeciso, c) no.
93. Si mis conocidos me tratan mal y me demuestran que les disgusta:
a) me importa poco, b) intermedio, c) me pongo triste.

94. Las alabanzas y los cumplidos que me dicen, me desagradan.
a) sí, b) intermedio, c) no.
95. Me gustaría más bien tener un trabajo con:
a) un sueldo fijo y seguro,
b) intermedio,
c) un sueldo bastante alto, que dependiera de mi constante persuasión a gente que me desagrada.
96. Para mantenerme informado, yo prefiero:
a) discutir los asuntos con las personas,
b) intermedio,
c) leer los reportes noticiosos diarios.
97. Me gusta tomar parte activa en asuntos sociales, comités, etcétera.
a) sí, b) intermedio, c) no.
98. En el desempeño de una tarea, no estoy satisfecho hasta que no se ha realizado con atención el más mínimo detalle.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
99. A veces pequeñas contrariedades me irritan demasiado.
a) sí, b) intermedio, c) no.
100. Yo siempre duermo profundo, nunca hablo ni camino durmiendo.
a) sí, b) intermedio, c) no.
- (Fin de la Columna 4 en la Hoja de respuestas)**
101. Sería muy interesante trabajar en una empresa:
a) hablando con los clientes,
b) intermedio,
c) llevando las cuentas y el archivo.
102. "Tamaño" es a "longitud" como "deshonestidad" es a:
a) prisión, b) pecado, c) robo.
103. AB es a dc como SR es a:
a) qp, b) pq, c) tu.
104. Cuando la gente no es razonable:
a) me quedo callado,
b) intermedio,
c) los desprecio.
105. Si alguien habla en voz alta cuando estoy escuchando música:
a) puedo concentrarme en la música y no me molesta,
b) intermedio,
c) acaban con mi placer y me molesto.
106. Creo que soy bien descrito como:
a) educado y tranquilo,
b) intermedio,
c) enérgico.
107. Asisto a reuniones sociales sólo cuando tengo que hacerlo, de otra manera trato de evitarlas.
a) sí, b) indeciso, c) no.
108. Ser precavido y esperar poco es mejor que ser optimista y esperar siempre el éxito.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
109. Cuando pienso en las dificultades de mi trabajo:
a) trato de planearlas anticipadamente,
b) intermedio,
c) supongo que podré manejarlas cuando se presenten.
110. Para mí, es fácil incorporarme con las personas en una reunión social.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
111. Cuando un poco de diplomacia y persuasión son necesarias para que la gente actúe, yo generalmente soy el primero en fomentarlas.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
112. Sería muy interesante ser:
a) orientador vocacional de muchachos que tratan de encontrar su carrera,
b) indeciso,
c) ingeniero mecánico industrial.
113. Si estoy completamente seguro de que una persona es injusta o es egoísta, se lo digo, aunque me traiga problemas.
a) sí, b) intermedio, c) no.
114. A veces yo hago observaciones tontas en broma, sólo para que las personas se sorprendan y ver qué es lo que dicen.
a) sí, b) intermedio, c) no.
115. Me gustaría ser reportero de teatro, ópera, conciertos.
a) sí, b) indeciso, c) no.
116. Yo nunca siento la necesidad de hacer garabatos ni ponerme nervioso cuando estoy en una reunión.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
117. Si alguien me dice algo, que sé que es falso, yo muy probablemente me diga:
a) "Él es un embustero",
b) intermedio,
c) "Aparentemente él está mal informado".
118. Yo siento que me van a castigar, aun cuando no haya hecho nada malo:
a) a menudo, b) ocasionalmente, c) nunca.
119. La idea de que las enfermedades tienen causas tanto físicas como mentales es muy exagerada.
a) sí, b) intermedio, c) no.
120. La pompa y el esplendor de cualquier ceremonia estatal son cosas que deben conservarse.
a) sí, b) intermedio, c) no.
121. Me molesta que las personas piensen que soy demasiado diferente o muy poco convencional.
a) mucho, b) algo, c) nada.
122. En la elaboración de alguna cosa, más bien yo trabajaría:
a) en equipo,
b) indeciso,
c) por mi propia cuenta.
123. En algunos momentos me es difícil evitar un sentimiento de lástima hacia mí mismo.
a) a menudo, b) en ocasiones, c) nunca.

124. A menudo me enojo demasiado rápido con la gente.
a) sí, b) intermedio, c) no.
125. Yo puedo cambiar viejos hábitos sin dificultad, y sin volver a ellos.
a) sí, b) intermedio, c) no.

(Fin de la Columna 5 en la Hoja de respuestas)

126. Si los salarios fueran los mismos, preferiría ser:
a) abogado, b) indeciso, c) navegante o piloto.
127. "Mejor" es a "peor" como "más lento" es a:
a) rápido, b) óptimo, c) más veloz.
128. ¿Cuáles de las siguientes letras deben ir al final de esta lista: xooooxxooooxxx?
a) oxxx, b) ooox, c) xooo.
129. Cuando se llega la hora de algo que yo había planeado o anticipado, a veces no siento ganas de ir.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
130. Yo puedo trabajar con cuidado en muchas cosas, sin ser molestado por las personas que hacen ruido a mi alrededor.
a) sí, b) intermedio, c) no.
131. A veces platico a personas desconocidas, cosas que me parecen importantes aunque no me las pregunten.
a) sí, b) intermedio, c) no.
132. Yo paso mucho de mi tiempo libre platicando con amigos sobre reuniones sociales en las que nos divertimos en el pasado.
a) sí, b) intermedio, c) no.
133. Me agrada hacer cosas temerarias y atrevidas nada más por gusto.
a) sí, b) intermedio, c) no.
134. La escena de un cuarto desarreglado me molesta.
a) sí, b) intermedio, c) no.
135. Me considero una persona muy sociable con la que es fácil llevarse.
a) sí, b) intermedio, c) no.
136. En mi trato social:
a) demuestro mis emociones como quiero,
b) intermedio,
c) me guardo mis emociones.
137. Me gusta la música:
a) alegre, ligera y animada,
b) intermedio,
c) emotiva y sentimental.
138. Yo admiro más la belleza de un hermoso poema que la belleza de un arma bien hecha.
a) sí, b) indeciso, c) no.
139. Si nadie se da cuenta de una buena observación mía:
a) no le doy importancia,
b) indeciso,
c) repito la frase para que la gente pueda escucharla nuevamente.

140. Me gustaría trabajar como vigilante con criminales que estuvieran en libertad bajo palabra.
a) sí, b) intermedio, c) no.
141. Uno debe tener cuidado al mezclarse con toda clase de extraños, por el peligro de una infección.
a) sí, b) indeciso, c) no.
142. En un viaje al extranjero, yo preferiría ir en un "tour" planeado con un conductor de viajes experimentado, que planear por mí mismo los lugares que desearía visitar.
a) sí, b) indeciso, c) no.
143. Me consideran, acertadamente, como una persona trabajadora y de mediano éxito.
a) sí, b) indeciso, c) no.
144. Si las personas abusan de mi amistad, no lo resiento y lo olvido pronto.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
145. Si se desarrolla una discusión acalorada entre los miembros de un grupo, yo:
a) quisiera ver a un "ganador",
b) intermedio,
c) desearía que se calmaran rápidamente.
146. Me gusta hacer mis planes yo solo, sin que nadie me interrumpa para aconsejarme.
a) sí, b) intermedio, c) no.
147. A veces dejo que mis acciones se vean influidas por mis celos.
a) sí, b) intermedio, c) no.
148. Yo creo firmemente que "el jefe pudiera no tener la razón, pero siempre tendrá la razón por ser el jefe".
a) sí, b) indeciso, c) no.
149. Me pongo tenso cuando pienso en todas las cosas que me aquejan.
a) sí, b) a veces, c) no.
150. No me desconcierta que la gente me grite lo que tengo que hacer cuando estoy jugando.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.

(Fin de la Columna 6 en la Hoja de respuestas)

151. Preferiría la vida de:
a) un artista,
b) indeciso,
c) secretario de un club social.
152. ¿Cuál de las siguientes palabras no corresponde a las otras dos?
a) alguno, b) unos, c) muchos.
153. "Llama" es a "calor" como "rosa" es a:
a) espina, b) pétalo rojo, c) perfume.
154. Tengo sueños tan intensos que me inquietan cuando duermo.
a) a menudo, b) en ocasiones, c) casi nunca.

155. Aunque las probabilidades de que algo tenga éxito estén completamente en contra, sigo pensando en aceptar el riesgo.
a) sí, b) intermedio, c) no.
156. Me agrada saber bien lo que el grupo tiene que hacer para que así sea yo el que manda.
a) sí, b) intermedio, c) no.
157. Preferiría vestirme sencilla y correctamente, y no con un estilo peculiar y llamativo.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
158. Me llama más la atención pasar una tarde con un pasa tiempo tranquilo que en una fiesta animada.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
159. No hago caso a las sugerencias bien intencionadas de los demás, aunque pienso que debería.
a) en ocasiones, b) casi nunca, c) nunca.
160. Siempre mi criterio para cualquier decisión se basa en los principios del bien y el mal.
a) sí, b) indeciso, c) no.
161. Me disgusta un poco que un grupo me observe cuando trabajo.
a) sí, b) intermedio, c) no.
162. Debido a que no siempre es posible obtener las cosas por medio de métodos graduables y razonables, a veces es necesario usar la fuerza.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
163. En la escuela prefiero (o prefiero):
a) español y literatura,
b) indeciso,
c) aritmética y matemáticas.
164. A veces me causa problemas el que la gente hable mal de mí a mis espaldas, sin tener razón.
a) sí, b) indeciso, c) no.
165. Platicar con la gente convencional, común y corriente:
a) es a menudo interesante e importante,
b) intermedio,
c) me molesta porque dicen cosas tontas y superficiales.
166. Algunas cosas me enojan tanto que prefiero no hablar de ellas.
a) sí, b) intermedio, c) no.
167. Es muy importante en la educación:
a) dar suficiente afecto a los niños,
b) intermedio,
c) que los niños aprendan hábitos y actitudes convenientes.
168. La gente me considera una persona estable, sin perturbaciones, ante las altas y bajas de la vida.
a) sí, b) intermedio, c) no.
169. Pienso que la sociedad debe crear nuevas costumbres por razones modernas y eliminar viejas costumbres o simples tradiciones.
a) sí, b) indeciso, c) no.
170. Yo pienso que en el mundo actual es más importante resolver:
a) los asuntos sobre moralidad,
b) indeciso,
c) las dificultades políticas.
171. Yo aprendo mejor:
a) leyendo un libro bien escrito,
b) intermedio,
c) participando en una discusión de grupo.
172. Prefiero guiarme yo mismo en lugar de actuar según las reglas aprobadas.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
173. Prefiero esperar hasta que estoy seguro que es correcto lo que pienso decir, antes de exponer mis razones.
a) siempre,
b) en general,
c) solamente si es posible.
174. Algunas cosas que no tienen importancia, "me ponen los nervios de punta".
a) sí, b) intermedio, c) no.
175. Pocas veces digo cosas que pienso sin reflexionar y que después tengo que lamentar grandemente.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
- (Fin de la Columna 7 en la Hoja de respuestas)**
176. Si me pidieran que trabajara en una obra de caridad:
a) aceptaría,
b) indeciso,
c) diría con cortesía que estoy ocupado.
177. ¿Cuál de las siguientes palabras es distinta a las otras dos?
a) ancho, b) zigzag, c) derecho.
178. "Pronto" es a "nunca", como "cerca" es a:
a) nada, b) lejos, c) fuera.
179. Cuando cometo una torpeza social, yo puedo olvidarla pronto.
a) sí, b) intermedio, c) no.
180. Me reconocen como un "hombre de ideas" porque siempre se me ocurren algunas cuando hay algún problema.
a) sí, b) intermedio, c) no.
181. Yo creo que me muestran más:
a) animado en reuniones de crítica y protesta,
b) indeciso,
c) tolerante a los deseos de otras personas.
182. Me consideran como una persona muy entusiasta.
a) sí, b) intermedio, c) no.
183. Prefiero un trabajo con variedad, viajes y cambios aunque tenga riesgos.
a) sí, b) intermedio, c) no.
184. Soy una persona bastante estricta que insiste siempre en hacer las cosas tan correctamente como sea posible.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.

185. Me agradan los trabajos que requieren concentración y habilidades precisas.

a) sí, b) intermedio, c) no.

186. Me considero un tipo enérgico que se mantiene activo.

a) sí, b) indeciso, c) no.

187. Estoy seguro de haber contestado correctamente, y de no haber dejado ninguna pregunta sin contestar.

a) sí, b) indeciso, c) no.

(Fin del Cuestionario)

Nota: Este **CUESTIONARIO** es un folleto doblado en forma envoltente e impreso en color azul. **NO LO ACEPTE** si no cumple estas características.

0297

8

➤ **Referencias personales de las madres.**

1)

Edad: 28 años **Edo. Civil:** Soltera **Nivel de estudios:** Preparatoria

Empleo actual: Cajera

N° de hijos: 1 **Tiempo de diferencia entre uno y otro (años-meses):**

Fecha de nacimiento del bebe (ultimo): 20 de abril de 2014

Parto natural o cesaría: Cesaría

Complicaciones en el embarazo y en el parto: Bebé prematuro y de bajo peso al nacer.

2)

Edad: 29 años **Edo. Civil:** Soltera **Nivel de estudios:** Preparatoria trunca

Empleo actual: Ama de casa

N° de hijos: 1 **Tiempo de diferencia entre uno y otro (años-meses):**

Fecha de nacimiento del bebe (ultimo): 8 de mayo de 2014

Parto natural o cesaría: Cesaría

Complicaciones en el embarazo y en el parto: Ninguna

3)

Edad: 28 años **Edo. Civil:** Casada **Nivel de estudios:** Licenciatura

Empleo actual: Cajera

N° de hijos: 1 **Tiempo de diferencia entre uno y otro (años-meses):**

Fecha de nacimiento del bebe (ultimo): 8 de mayo de 2014

Parto natural o cesaría: Cesaría

Complicaciones en el embarazo y en el parto: Bradicardia y sufrimiento fetal.

4)

Edad: 27 años **Edo. Civil:** Soltera **Nivel de estudios:** Licenciatura

Empleo actual: Profesora

N° de hijos: 2 **Tiempo de diferencia entre uno y otro (años-meses):** 22 meses

Fecha de nacimiento del bebe (ultimo): 26 de mayo de 2014

Parto natural o cesaría: Parto natural

Complicaciones en el embarazo y en el parto: Ninguna

5)

Edad: 35 años **Edo. Civil:** Casada **Nivel de estudios:** Licenciatura

Empleo actual: Abogada

N° de hijos: 1 **Tiempo de diferencia entre uno y otro (años-meses):**

Fecha de nacimiento del bebe (ultimo): 26 de marzo de 2014

Parto natural o cesaría: Parto natural

Complicaciones en el embarazo y en el parto: Ninguna

6)

Edad: 30 años **Edo. Civil:** Soltera **Nivel de estudios:** Lic. Trunca

Empleo actual: Telefonista

N° de hijos: 2 **Tiempo de diferencia entre uno y otro (años-meses):** 12 años 3 meses

Fecha de nacimiento del bebe (ultimo): 6 de julio de 2014

Parto natural o cesaría: Cesaría **Complicaciones en el embarazo y en el parto:** Bebé prematuro

7)

Edad: 26 años **Edo. Civil:** Casada **Nivel de estudios:** Licenciatura

Empleo actual: Abogada

N° de hijos: 1 **Tiempo de diferencia entre uno y otro (años-meses):**

Fecha de nacimiento del bebe (ultimo): 7 de julio de 2014

Parto natural o cesaría: Cesaría

Complicaciones en el embarazo y en el parto: Ninguna

8)

Edad: 32 años **Edo. Civil:** Casada **Nivel de estudios:** Preparatoria

Empleo actual: Ama de casa

N° de hijos: 2 **Tiempo de diferencia entre uno y otro (años-meses):** 3 años

Fecha de nacimiento del bebe (ultimo): 2 de mayo de 2014

Parto natural o cesaría: Cesaría

Complicaciones en el embarazo y en el parto: Bradicardia

9)

Edad: 29 años **Edo. Civil:** Casada **Nivel de estudios:** Bachillerato

Empleo actual: Ventas

N° de hijos: 1 **Tiempo de diferencia entre uno y otro (años-meses):**

Fecha de nacimiento del bebe (ultimo): 18 de julio de 2014

Parto natural o cesaría: Parto natural

Complicaciones en el embarazo y en el parto: Hipersomnias.

10)

Edad: 25 años **Edo. Civil:** Casada **Nivel de estudios:** Licenciatura

Empleo actual: Adm. de condominio

N° de hijos: 1 **Tiempo de diferencia entre uno y otro (años-meses):**

Fecha de nacimiento del bebe (ultimo): 20 de abril de 2014

Parto natural o cesaría: Parto natural

Complicaciones en el embarazo y en el parto: Embarazo de alto riesgo por aborto tres meses antes de su embarazo.