



**UNIVERSIDAD DE
SOTAVENTO A.C.**



**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“CAUSAS DE LA DEPRESIÓN POST- PARTO EN LAS MADRES
DEL HOSPITAL REGIONAL DR. VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS EN
COATZACOALCOS, VERACRUZ.”**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CAROLINA HERNÁNDEZ LÓPEZ.

ASESOR DE TESIS:

LIC. ADRIÁN PORFIRIO MÉNDEZ FERNÁNDEZ

Coatzacoalcos Veracruz.

JUNIO 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.

A Dios,
Porque cada día pude ver su mano
abriendo puertas y su incomparable
misericordia en mi vida.

Mamá
Por ser mi mejor amiga, mi aliada,
cómplice y ejemplo, gracias por el
apoyo en esta tesis y en mi vida.

Papá
Por ser pieza clave en el impulsar todo
el proyecto, por regañarme cuando
debías, por apoyarme aun cuando no
teníamos, porque no me soltaste.
Gracias.

A mis Hermanos
Javier e Israel por su apoyo en todo
tiempo.

Kaira,
Eres mi mejor amiga, mi hermana y por
levantarme en cada tropiezo y estar
cada vez que te necesito.

A todas las personas que participaron e
hicieron posible este proyecto, Maestro
Omar Castillejos, Psic. Rosy Enríquez,
Mis maestros, Doctores y amigos.
Muchas gracias por su apoyo y
enseñanza, sin ustedes no hubiera sido
posible.

A quienes participaron en la fase de
investigación a todas las mamitas que
fueron pacientes, y a mis tías Carmen y
Leo por animarme y apoyarme
incondicionalmente, al Hospital
Regional Dr. Valentín Gómez Farías,
ustedes hicieron el sueño realidad.

ÍNDICE

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes	2
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Objetivo General	6
1.3.2 Objetivos específicos	6
1.4 Preguntas de investigación	7
1.5 Hipótesis	7
1.6 Justificación	8

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

Introducción	12
2.0 Trastornos Del Estado De Ánimo	14
2.1. Depresión	15
2.1.1. Estrés y Ansiedad	20
2.2 Embarazo	23
2.2.1 Antecedentes de la Depresión Post-parto	25
2.2.2 La Depresión Post-parto	29
2.2.3 Criterios Diagnósticos de la Depresión Post-parto	31
2.2.4 Factores de Riesgo de la Depresión Post-parto	33
2.2.5 Baby Blues	35
2.2.6 Psicosis Post-Parto	35

2.2.7 Trastorno de Estrés Post traumático	38
2.3 Diagnóstico Diferencial	42
2.4 Métodos de Detección	44
2.4.1 Consecuencias de la Depresión Post-parto	45
2.5 Teorías de la Personalidad y la Depresión Post-parto	49
2.5.1 Freud y el Apego	51
2.5.2 El Conductismo Y el Apego	52
CAPITULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Población y Muestra	55
3.2 Ubicación Geográfica	55
3.4 Método de Investigación	56
3.4 Técnicas de Investigación	57
CAPITULO IV: RESULTADOS	
4.1 Análisis	61
4.2 CONCLUSIONES	64
PROPUESTA PSICOLÓGICA	66
BIBLIOGRAFÍA	68
Anexos	71

CAPITULO I.- INTRODUCCION

ANTECEDENTES

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas.

Estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2011, mostraron que 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y que la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. En efecto, se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar en la carga global de enfermedades.

Es por ello que la presente investigación describe un tipo de depresión, enfocándose a la depresión post-parto, considerando todos los factores que pueden llevar a una mujer a padecerla desde el biológico comprendiendo el papel que las hormonas juegan, hasta el ambiente psicosocial en el cual se da la gestación.

Dicho trabajo consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I: Denominado El problema y sus generalidades donde se señala el Planteamiento y delimitación del problema, Justificación e importancia de la investigación, los objetivos generales y específicos y la definición de términos.

Capítulo II: Identificado como Marco teórico se refiere a la evolución histórica del problema, incluyendo una explicación general de lo que son los trastornos del estado de ánimo, se identifica el papel que tienen la ansiedad y el estrés dentro de este padecimiento y las diferentes fases que atraviesa, al hablar de un proceso de ciclo vital se da un breve explicación de lo que es el embarazo y los cambios físicos y psicológicos que se presentan en esta etapa, cuenta con los criterios para identificar y diagnosticar la depresión post-parto, bases teóricas específicas del problema, proporciona un diagnóstico diferencial de otros padecimientos típicos del post-Parto así como una lista detallada de los principales factores que

ponen a una mujer en riesgo de padecer este trastorno del estado de ánimo. Posee una descripción de los métodos de detección y una explicación de la depresión post-parto según diferentes teorías psicológicas.

Capítulo III: Denominado como marco metodológico, destaca los siguientes aspectos: Tipo de Investigación, población, muestra, técnicas de recolección de datos, este apartado describe los criterios que deben cumplir los pacientes para participar en el estudio, así como el lugar y el área en donde fue realizado.

Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones. Contiene los resultados de manera detallada y la propuesta de como abarcar esta problemática dando una atención primaria en el hospital directamente con las pacientes, familiares y la sensibilización con el personal médico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Una problemática constante en la población que llega al hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farfás es que son mujeres de bajos recursos y generalmente viven en condiciones de abuso y violencia intrafamiliar, otra parte de la población padece escases económica, el resto proviene de una clase social media por ello son consideradas una población vulnerable a caer en depresión, ya que se junta su entorno social con los cambios físicos que sufren durante proceso gestacional, tomando en cuenta esto se han buscado distintos instrumentos de medición para corroborar si las mujeres entrevistadas se encuentran o no en un estado deprimido, esto nos permite determinar cuales son las causas más comunes por las que una mujer cae en depresión post-parto. Haciendo con ello una descripción de cómo se van presentando cada uno de los síntomas de este trastorno, tomando en cuenta todos estos factores es posible determinar, qué tipo de personalidades dentro de la población tienen más probabilidad de presentar un cuadro clínico de depresión post-parto una vez determinado este factor es posible presentar una propuesta para que estas pacientes, sean identificadas oportunamente y así ser canalizadas al área de salud mental a la cual le corresponde encargarse dando un tratamiento y seguimiento adecuado para cada caso.

La estancia hospitalaria es una situación que tiende a entristecer a las mujeres, sin embargo no todas las que permanecen ahí tienen depresión post-parto algunas solo mantienen un estado melancólico precisamente porque la estancia en un hospital es muy limitante, en cuanto a cualquier tipo de interacción social y estas no requieren un seguimiento tan detallado como las que si son diagnosticadas con depresión, es por ello que es de vital importancia poder separar mediante la aplicación de los instrumentos de medición; ya que los síntomas son parecidos es necesario poder identificarlos claramente, muchos de los signos que pueden ser detonantes para una depresión post-parto son encontrados en la historia clínica que se realiza a las pacientes cuando ingresan al hospital y esto lleva a considerar un trabajo en conjunto con los médicos encargados, desde este momento encontramos paciente potenciales para ser diagnosticados.

Para la recopilación de los datos que avalan las causas tanto psicosociales como biológicas se aplican instrumentos de medición y entrevistas con cada una de las pacientes obteniendo así los factores más comunes. Con los cuestionarios para medir depresión se obtiene la frecuencia que presenta la depresión dentro del área hospitalaria.

La población que llega al hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías varía ya que se pueden encontrar de todas clases sociales y niveles socioeconómicos, así como diferentes edades, podemos encontrar mujeres de entre 12 hasta 42 años y embarazos planeados y productos de violación. En ambos casos se requiere atención especializada, ya que no solo es importante la cuestión de la planeación o no del embarazo el ambiente psicosocial en el que se gesta el embarazo y el lugar donde se llevara a cabo la recuperación pueden ser detonantes que favorezcan a la aparición o bien ayuden para el control de una depresión post-parto.

Dentro de los factores que contribuyen a la depresión post-parto se encuentran los ambientales y los fisiológicos ambos tienen un papel importante ya que se complementan, la salud y estabilidad de una persona se relaciona con estos dos factores en casi todas las áreas de su vida, es por ello que es de vital importancia poder conocer cómo se manifiestan. Es cierto que no podemos controlar el proceso hormonal que se vive, pero las situaciones en las que la mujer se encuentra en ocasiones pueden ser modificadas y muchas veces no solo depende de la actitud de la mujer para sobrellevar las vivencias diarias, mucho tiene que ver la pareja, ya que si encuentra en él un apoyo y soporte para llevar de manera cómoda los cuidados después del parto la tensión emocional disminuye en esta etapa, hay un tiempo en el cual se puede presentar o no la depresión post-parto, parte del trabajo de la pareja depende de ayudar en los cuidados y la autoestima de la mujer, durante la recuperación ya que habrá una gran descompensación respecto a la imagen de la propia y es necesario que se pueda sentir segura de sí misma, de su pareja y de la imagen que ella tiene en este momento de su vida.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas de la depresión post- parto en las madres del hospital regional Dr. Valentín Gómez Farías. En la ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Describir los factores que causan la depresión en las mujeres que llegan control natal en el Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías.

Aplicar instrumentos de medición a las madres hospitalizadas con posible diagnóstico de depresión, descartando con esto a quienes están solo con tristeza por estancia hospitalaria.

Determinar que tipo de personalidades, en las mujeres las hacen más propensas a presentar un cuadro clínico de depresión en el Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Qué factores causan la depresión en las mujeres que llegan a control natal al hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías.?

¿Cuáles son los instrumentos de medición que corroboran el diagnóstico de depresión post-parto en las mujeres hospitalizadas?

¿Cómo son los tipos de personalidad en las mujeres propensas a presentar un cuadro clínico de depresión en el Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías?

Hipótesis.

Los factores ambientales son las principales causas que generan la depresión post parto en las madres.

JUSTIFICACION.

En la actualidad estamos en un mundo acelerado en el cual pocas veces nos damos el tiempo de disfrutar y aprender de cada una de las etapas que como seres humanos vivimos, es decir a lo largo de la vida, los ciclos por los que pasamos conllevan cambios y aprendizajes, al vivir tan rápidamente, no notamos que hay detrás de todos estos procesos, en la mayoría de los casos los cambios son un conjunto de características emocionales, físicas y psicológicas que marcan de manera importante nuestras vidas. Cuando los sentimientos son parte fundamental del proceso de cambio es necesario conocer de qué manera podemos abordar la situación para salir de ella y lograr restablecer nuestra estabilidad.

Ocasionalmente muchas cuestiones de la vida diaria pueden hacernos sentir tristes, y es por eso que la sociedad ha tomado el término “depresión” como una palabra común y algo por lo que las personas pasan muy seguido, esto no es correcto; ya que este trastorno conlleva muchos cambios que no permiten que una persona viva de manera plena.

El desconocimiento correcto de los términos forma parte de las razones por las cuales se piensa que sufren un trastorno del estado de ánimo, es muy importante que la sociedad en general conozca y pueda identificar de manera correcta los síntomas de la depresión.

Una cuestión que ha causado mucha polémica es que después del parto las posibilidades de sufrir depresión son considerablemente altas y esto favorece a no tener un proceso de recuperación óptima, ya que una persona que tiene un padecimiento de este tipo no solo se sentirá triste y cansada. Las emociones experimentadas no solo abarcan un profundo abatimiento, hay muchos síntomas que acompañan este trastorno por ejemplo; puede presentar ansiedad y estrés y al ser palabras que las personas toman de uso común, dicen que cualquiera se puede enfrentar a esto y es por ello que no se da un seguimiento y un tratamiento adecuado, ignorando con esto que alguien deprimido podría llegar a un suicidio.

Se han hecho muchas investigaciones de cómo tratar la depresión en sus diferentes facetas, en esta ocasión nos enfocaremos a la depresión post-parto, reconociendo el proceso del embarazo como una etapa muy importante en la vida de la mujer y comprendiendo la gravedad de caer en depresión en esta etapa, si no se da un tratamiento adecuado no solo se ve afectada la integridad de la mujer, también se afectado el vínculo afectivo que se debe establecer con el bebe y la dinámica familiar de quienes viven con la paciente o las personas que comparten el proceso durante los primeros meses de vida, estos meses son de mucha importancia para el pequeño ya que gran parte de su desarrollo está basado en el vínculo afectivo establecido con la madre, este no solo se limita a la alimentación que ofrece cuidador primario, también emocionalmente proporciona la seguridad de ser capaz de cuidar a un hijo de la mejor manera. El resultado de un lazo deficiente desemboca en el mayor temor de la madre que es un factor principal de la depresión post-parto, si sumamos los múltiples temores y dudas a las que se enfrenta la mujer sobre todo si es madre por primera vez a una carga hormonal y toda la descompensación que hay en organismo tras el evento del parto, encontramos un gran cambio, para el cual si no se da una atención especializada lejos de poder disfrutar plenamente la etapa del embarazo la mujer tiene grandes sentimientos de culpa y de tristeza profunda, en los casos más graves de la depresión post parto las mamás no son capaces de alimentar a sus hijos generando un riesgo más que se suma a la vida del bebé.

En el conocimiento de los trastornos del estado de ánimo radica la importancia de dar un tratamiento oportuno a quien la padece y así contribuir a la homeostasis de la mujer. En la actualidad la depresión post-parto es tomada como un proceso casual por el que pasa gran parte de la población femenina y no es atendido de la manera correcta, conocer los síntomas permite a las instituciones una intervención adecuada, ofreciendo la posibilidad de la prevención dando esto como resultado poder ofrecer a las mujeres la oportunidad de vivir su etapa de embarazo y parto de una manera placentera.

Las instituciones públicas pocas veces tienen el detenimiento de evaluar a todas las pacientes que ingresan por control natal, sin embargo las trabajadoras sociales se mantienen al pendiente de los ingresos, por lo tanto son ellas quienes usualmente canalizan al área de psicología hospitalaria, es por ello que conocer los síntomas específicos de la depresión post- parto resulta muy importante, sin embargo al no ser expertas en el tema desconocen los signos y síntomas.

Siendo entonces este padecimiento un trastorno poco estudiado, el delimitar los síntomas así como las posibles causas que detonen una depresión post-parto permite al personal de psicología hacer una intervención oportuna logrando de esta manera prevenir el impacto que podría tener en la vida de la mujer, la psicología no solo puede ofrecer ayuda durante el problema, ya que también puede prevenir. Pero para lograr esto es necesario conocer todos los factores que pueden ser detonantes y dar pautas a que una mujer sea una candidata a sufrir depresión post-parto.

CAPITULO II. MARCO TEORICO

INTRODUCCION

A lo largo de la vida los seres humanos experimentamos muchas emociones por diversas situaciones que nos pasan día a día, estas pueden ser desde sentirnos muy felices hasta muy tristes, todo esto es normal siempre y cuando no interfiera en nuestras vidas, la manera en que interactuamos con la sociedad. Hay ocasiones en las que estar triste es parte de un proceso en la vida, por ejemplo: la pérdida de un familiar o una mala experiencia, sin embargo hay etapas como el embarazo en las cuales se espera que la madre se encuentre feliz y plena por la llegada de su bebe, hay registros de muchos casos de depresión durante el embarazo o en el post-parto.

La depresión de la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere el embarazo, la mala adherencia a las indicaciones médicas, el abuso de tabaco, alcohol, drogas, todo lo cual puede afectar el desenlace obstétrico. El suicidio, o los intentos de suicidio, son frecuentes en las gestantes deprimidas. Por otra parte, algunos síntomas propios de la depresión, como la inapetencia, pueden alterar algunos aspectos del embarazo, tales como el aumento de peso, y así contribuir a resultados adversos.

Los meses que siguen al parto, son un período en que la mujer es muy vulnerable desde el punto de vista psíquico, las madres sufren de síntomas depresivo-ansiosos inespecíficos que muchas desarrollan una enfermedad depresiva propiamente. En el caso de estos últimos cuadros, se trata de trastornos cuya sintomatología es en general muy similar a la de los episodios de depresión mayor que aparecen en otras épocas de la vida. Ciertamente el contexto de la maternidad influye en la presentación de los síntomas y así, por ejemplo, las ideas de culpa y minusvalía, que en forma habitual tienen el vivir de los deprimidos, aquí se traducen en sentimientos de incapacidad para asumir el rol de madre y hacerse cargo de las tareas que involucra el cuidado del niño.

La mayoría de los casos de Depresión post-parto se presenta durante el primer mes del puerperio o poco después, por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después de que la mujer ha dado a luz.

La disforia posparto (baby blues) es un trastorno transitorio que aparece los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer día, durando sólo algunas horas, a lo más, un día o dos. Se trata de un estado en que sobresalen la ansiedad, a veces, el ánimo depresivo, síntomas todos muy pasajeros, por lo que no se requiere de tratamiento.

La psicosis post-parto por lo general comienza durante las primeras dos semanas post-parto, a veces a las 48 ó 72 horas después de dar a luz. Suele debutar con síntomas tales como inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. Habitualmente la psicosis puerperal evoluciona rápido, destacando entre los síntomas el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, con delirios y las alucinaciones.

La Depresión post-parto es un importante problema de salud pública que afecta a puérperas de todas las edades, asociándose a factores de riesgo tales como, depresión previa, malas relaciones interpersonales dentro de la familia, con la pareja o padre del bebé y bajo apoyo social. Asimismo, la DPP se asocia a alteraciones en el vínculo madre-hijo, con menor desarrollo y más problemas conductuales en el niño. La depresión tiende a coexistir también con síntomas de un trastorno de ansiedad. Al principio, o cuando la depresión no es grave, puede ser difícil distinguir los síntomas depresivos de las quejas comunes durante el embarazo o puerperio (como cansancio, dolores vagos, falta de energía, dificultades para dormir).

Muchos profesionales de salud primaria, como obstetras, enfermeras, pediatras, etc. de hecho hacen intervenciones de “salud mental” al escuchar y asistir a sus pacientes en forma cotidiana. Para algunas pacientes, es muy importante ser escuchadas y sentir que alguien entiende por lo que están pasando. Esto en sí, ya es un elemento terapéutico. Esta forma de apoyo tendrá como objeto acompañar a

la mujer en su nueva situación, ayudándola a hacer frente a ella. Ingredientes importantes son “normalizar” sus sentimientos. Es decir, es importante que no se le haga sentir como una persona fracasada, sino señalarle que muchas mujeres enfrentan un problema similar sobre todo, debido a la situación particular de la mujer que se esté tratando. Es necesario escuchar los sentimientos, temores y fantasías de la futura o nueva madre para no darle la sensación de que “debería sentirse” de otro modo. Es importante que la o el profesional “contenga” las emociones y pensamientos de la mujer, aunque éstos consistan en sentimientos de ambivalencia hacia el bebé, resentimiento por todo lo que su presencia provoca dando sensación de impotencia al no poder hacer frente a la situación, etc.

2.- TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

Los trastornos del estado de ánimo incluyen, los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Se dividen en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco)

La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I).

La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar) trastornos bipolares y trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Dentro de los trastorno des estado de ánimo uno de los más comunes o más escuchado es la depresión y no precisamente porque de verdad la padezcan, sino porque a las personas lo han tomado como algo casual que todos vivimos.¹

¹ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV - . Primera edición. Barcelona: Editorial Masson SA, 2003

2.1.- DEPRESION

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera una que otra vez durante períodos cortos. Los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado. En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor abatido, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.²También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

El estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones en las características. La presentación puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol,

² Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV - . Primera edición. Barcelona: Editorial Masson SA, 2003

comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.³

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso. Pérdida significativa de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y más graves a nivel mundial en cuanto enfermedad invalidante en personas adultas (Murray & Lopez, 1996). Sin embargo, el término es relativamente reciente. En la lengua inglesa este concepto aparece durante el siglo XVII (Jackson, 1986). En la actualidad, este término ha sustituido al de melancolía en el lenguaje biomédico. Uno de los problemas en la historia de la depresión y la melancolía es que han sido utilizados para expresar cosas muy distintas entre sí: una enfermedad, una condición de tristeza ocasional, el temperamento, un tipo de carácter, un estado de malestar temporario, un padecimiento crónico, etc. En el lenguaje común, estar depresivo o melancólico no es necesariamente estar enfermo.⁴

³ Ayala, A. Depresión en el embarazo y postparto. OFFARM, 2007

⁴ Ortega L, Lartigue T, Figueroa E. Prevalencia de depresión a través de la escala de depresión perinatal de Edinburgo (EPDS) en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. Perinatol Reprod 2001.

Una de las primeras propuestas para entender la melancolía estuvo dada por Hipócrates. La melancolía ha estado generalmente asociada con la bilis negra. A lo largo de la Edad Media, san Agustín (siglo V) aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra “*depression*” en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín de *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Robert Whytt, en 1764, relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, mientras que otros relacionaban la hipocondría y melancolía (Jackson, 1986).

Ya más cercano en el tiempo, Emil Kraepelin utiliza el término “locura depresiva” en una de sus clasificaciones nosológicas, sin desprenderse del término melancolía para signar la enfermedad, y deja la palabra “depresión” para denominar un estado de ánimo, considerando que las melancolías eran formas de depresión mental. Por su parte, Adolf Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión.⁵

Y de esta manera la palabra depresión fue evolucionando a lo largo del tiempo ya que se buscaba dar un estado certero de los sentimientos de una persona. El término “depresión” no es precisamente propio de la teoría psicoanalítica, sino que proviene del campo psiquiátrico. A pesar de ello, el psicoanálisis ha desarrollado diversos modelos explicativos en relación. Freud y Abraham son los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos melancólicos, que en la actualidad serían denominados “depresivos”. Una de las primeras hipótesis explicativas sobre la melancolía la efectúa Freud situando la psicogénesis en la sexualidad y el autoerotismo (Muñoz, 2009).

⁵ Vargas-Mendoza, J.E. y García-Jarquín, M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18

La primera construcción sistemática para describir el modelo de depresión fue llevada a cabo por Abraham, quien realizó un esfuerzo por incluir los trastornos depresivos-afectivos dentro de las categorías psicoanalíticas, utilizando los mecanismos de represión y proyección. Dicho autor plantea semejanzas entre individuos deprimidos, sosteniendo en ambos casos que se da una profunda ambivalencia hacia los demás.

En la obra de Freud encontramos una serie de referencias en sus primeros manuscritos, Freud otorga un importante lugar a los estados anímicos o afectos depresivos: pueden ser causa de diferentes enfermedades, tanto del sistema nervioso como de otros órganos llegando aun a abreviar la vida de un paciente “notablemente” (Freud, 1890). La entidad clínica que Freud llama melancolía incluye, a la depresión. En un primer momento, Freud atribuye tal estado a la acumulación de una “tensión sexual psíquica” por oposición a la acumulación de una “tensión sexual física” propia de la neurosis de angustia. Piensa, en este mismo sentido, que la “desazón periódica” es una forma de las neurosis de angustia.

Puede también diferenciar mecanismos de acuerdo con tres enfermedades: neurosis obsesiva, histeria de conversión, neurosis de angustia y melancolía. Esto no impide que durante el desplazamiento del afecto, pueda tener lugar una permutación del afecto, pero interesa señalar que el solo desplazamiento no produce una permutación. De hecho, en sus manuscritos sostiene que los sujetos débiles son fácilmente tomados por la melancolía, a diferencia de los fuertes, cuya vulnerabilidad se acerca más a las neurosis de angustia.⁶ Dentro de ellos también ubica a la melancolía, que se incluye episódicamente, como un efecto del cambio que sufre el yo por parte de la representación obsesiva durante la fase de la enfermedad denominada “retorno de lo reprimido”. Asimismo, asegura que “las melancolías se anudan a la neurosis obsesiva” (Freud, 1950). Incluso llega a afirmar, junto a Breuer, que en el neurótico, “rara vez se echa de menos un sesgo

⁶ Mendelson, M. (1974). *Psychoanalytic Concepts of Depression* (Cap. VII). New York

de depresión”. Otras veces, liga la depresión o la melancolía a la histeria (Freud,1900, 1901).

Freud describió en la neurastenia síntomas que son similares a los que actualmente llamaríamos depresión: “fatiga, sensación de cansancio, debilidad sexual, etc.” (Freud, 1896: 149). Si bien los síntomas son similares a nivel descriptivo, desde un punto de vista etiológico Freud sostiene que la neurastenia, “no reconoce otra etiología que el onanismo o las poluciones espontáneas” (Freud, 1896: 149). Como bien se mencionó anteriormente, en esa época Freud sostiene que la depresión resulta de una permutación del afecto.

Por su parte la teoría cognitiva plantea que cualquier influencia sobre la cognición debería verse seguida de un cambio en el estado del ánimo y, en consecuencia, de cambios a nivel de la conducta. Beck desarrolla sus hipótesis teóricas a partir de la observación del pensamiento de los sujetos deprimidos dando lugar a su hipótesis de la existencia de una “tríada cognitiva” en estos pacientes. El razonar negativamente distorsionando la “realidad” se expresa en tres áreas configurando la “tríada cognitiva” anteriormente mencionada: pensamiento negativo del sí mismo, del mundo y del futuro (A. T. Beck, et al., 1983; J. Beck, 2000)⁷.

Beck plantea que la existencia de esta tríada cognitiva da lugar a los pensamientos automáticos que son cogniciones que pueden ser automonitoreadas que son comunicadas por el paciente. Beck denomina “distorsiones cognitivas” a estas numerosas formas características de elaboración de su experiencia con pacientes deprimidos (también llamados “errores lógicos”, tales como la inferencia arbitraria, la sobregeneralización, entre muchos otros) ha hecho notar que un análisis detenido de su contenido habitualmente revela errores típicos de lógica, que corrientemente persisten a pesar de evidencias que las contradicen (Sacco & Beck, 1995). El análisis de estos pensamientos automáticos se lleva a cabo

⁷ Myers, David G.; *PSICOLOGIA*; Editorial Médica Panamericana

utilizando el diálogo, mediante preguntas, el terapeuta ayuda al paciente a llegar a nuevas valoraciones y opiniones más “realistas”.⁸

Dentro de las consecuencias que podemos encontrar en una persona deprimida se encuentran dos factores de vital importancia que se desarrollan juntamente con todos los cambios que sufre una persona, estos afectan de manera directa en cada una de las reacciones que presenta el individuo. El estrés y la ansiedad son respuestas biológicas que nos acompañan a lo largo de la vida en todo momento, lo importante es saber cómo manejar las situaciones en las cuales se acrecientan. Si estas dos respuestas están presentes en todas las situaciones de la vida diaria en acontecimientos vitales como el proceso gestacional se encuentran aún más latentes y así como es el estrés y la ansiedad pueden llegar a salvarnos la vida, también nos ponen en un riesgo potencial.

2.1.1.- ESTRÉS Y ANSIEDAD.

El estrés es definido como “la respuesta inespecífica del organismo ante toda demanda hecha sobre él”. Es decir, desde esta forma de concebir el estrés, ya no se hace énfasis en el medio, sino que se considera primordial el organismo y su respuesta ante las demandas del entorno. En concreto, Selye (1936) señaló esta respuesta de estrés como una reacción que denominó como el Síndrome General de Adaptación. Ante una situación de amenaza, el individuo tiene una reacción universal que se describe en tres fases:

- a- Fase de alarma.
- b- Fase de resistencia.
- c- Fase agotamiento.

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos

⁸ Ayala, A. Depresión en el embarazo y postparto. OFFARM, 2007

cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular. El estrés es un estímulo que nos agrede emocional o físicamente. Si el peligro es real o percibido como tal, el resultado es el mismo.

Usualmente provoca tensión, ansiedad, y distintas reacciones fisiológicas. Es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas. Es causado por el instinto del cuerpo de protegerse a sí mismo".⁹ Este instinto es bueno en emergencias. Pero éste puede causar síntomas físicos si continua por mucho tiempo, así como una respuesta a los retos de la vida diaria y los cambios.

En principio, se trata de una respuesta normal del organismo ante las situaciones de peligro. En respuesta a las situaciones de emboscada, el organismo se prepara para combatir o huir mediante la secreción de sustancias como la adrenalina, producida principalmente en unas glándulas llamadas "suprarrenales" o "adrenales" (llamadas así por estar ubicadas adyacentes al extremo superior de los riñones). La adrenalina se disemina por toda la sangre y es percibida por receptores especiales en distintos lugares del organismo, que responden para prepararse para la acción:

- El corazón late más fuerte y rápido.
- Las pequeñas arterias que irrigan la piel y los órganos menos críticos (riñones, intestinos), se contraen para disminuir la pérdida de sangre en caso de heridas y para dar prioridad al cerebro y los órganos más críticos para la acción (corazón, pulmones, músculos).
- La mente aumenta el estado de alerta
- Los sentidos se agudizan

Los episodios breves de estrés trastornan el funcionamiento del organismo; sin embargo los síntomas desaparecen cuando el episodio cede. Cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés. Esto incluye tanto

⁹ Moscoso, M.S. (1995). Manejo cognitivo-conductual del estrés. Psicología clínica.

situaciones positivas (el nacimiento de un hijo, matrimonio) como negativas (pérdida del empleo, muerte de un familiar). El estrés también surge por irritaciones menores, como esperar demasiado en una cola o en tráfico. Situaciones que provocan estrés en una persona pueden ser insignificantes para otra.

El estrés afecta órganos y funciones de todo el organismo. Los síntomas más comunes son:

- Depresión o ansiedad
- Dolores de cabeza
- Insomnio
- Indigestión
- Sarpullidos
- Disfunción sexual
- Palpitaciones rápidas
- Nerviosismo.

El estrés siempre estará acompañado de un estado ansioso que hace más notorias las respuestas fisiológicas que se presentan. La ansiedad es considerada como una respuesta emocional paradigmática, ha facilitado la investigación básica, aplicada en el campo de las emociones en general. Habitualmente se ha definido la ansiedad como una emoción cercana al miedo o un subtipo de miedo. El miedo es considerado tradicionalmente como un sentimiento producido por un peligro presente e inminente encontrándose por lo tanto, ligado al estímulo que lo genera, mientras que la ansiedad es más bien la anticipación de un peligro futuro, indefinible e imprevisible, siendo la causa más vaga, menos comprensible que en el miedo (Marks, 1986).¹⁰

El miedo puede ser definido como la ansiedad ante un estímulo determinado. Sin embargo, se asocia en ocasiones a estímulos concretos, como es el ejemplo de las fobias. Podemos recurrir entonces a otro elemento diferenciador entre miedo y

¹⁰ Nelson DB . 2003. Does stress influence early pregnancy loss. Ann Epidemiol

ansiedad: el miedo sería más bien una reacción proporcionada al peligro real u objetivo, mientras que la ansiedad reflejaría una reacción desproporcionadamente intensa (Bermúdez y Luna, 1980). En este caso, la clave diferenciadora podría ser la concordancia en intensidad entre la reacción emocional y la amenaza real que para el organismo supone el objeto o la situación. Si el estímulo no representa un peligro real proporcional a la reacción, podemos hablar de ansiedad (desproporcionadamente intensa), mientras que en el miedo el peligro es real, proporcional a la reacción de miedo. La ansiedad desde el punto de vista de respuesta emocional va a concebirse como un patrón de respuesta.

La ansiedad es una emoción normal cuya función es activadora y por lo tanto, facilita la capacidad de respuesta del individuo; pero cuando ésta es excesiva en intensidad, frecuencia o duración, o aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo, produciendo alteraciones en el funcionamiento emocional y funcional del individuo, se considera una manifestación patológica.¹¹

Constantemente hemos hablado sobre situaciones diarias que nos alteran, estresan, y los mismos problemas de la vida cotidiana nos pueden llevar a padecer una depresión en algún momento de la vida, pero ahora nos enfocaremos más al rol que juega nuestro propio organismo al hacernos candidatos perfectos para sufrir depresión hablando específicamente de las mujeres en el proceso gestacional, durante este tiempo hay múltiples cambios en la vida de quien lleva al bebe en su vientre y de quienes la rodean, por ello tocaremos a fondo que tipo de situaciones ponen en peligro a una mujer de padecer este trastorno.

2.2 EMBARAZO

Un embarazo no es tan solo llevar un bebe durante nueve meses, es un proceso por el cual las mujeres pasan en algún momento de la vida, algunos casos son

¹¹ Lockwood CJ. 1999. Stress-associated preterm delivery: The role of corticotropin-releasing hormone.

planeados y esperados, pero otros son una sorpresa a la cual se tienen que adaptar. Muchas cosas influyen en un embarazo, como lo son la familia, la pareja, la edad, las condiciones en las que se gesta el embarazo. En ocasiones la mujer se encuentra tan desubicada durante esta etapa que no sabe llevarla de la manera correcta. Cuando una mujer está embarazada todo se ve alterado, cambiado y transformado el ritmo al que estaba acostumbrada, durante este tiempo la mujer podrá descubrir la alegría de dar vida a otro ser, juntamente con esta sensación se dan los sentimientos de temor e inseguridad que son mayores si será madre por primera vez.

Se denomina embarazo, gestación, preñez o gravidez al periodo que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto.

A partir de que el óvulo es fecundado se producen cambios en el cuerpo de la mujer, tanto fisiológicos como metabólicos, destinados a proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo adecuado del feto. Durante el embarazo se ponen en marcha complejos procesos hormonales que afectan a casi la totalidad de los órganos del cuerpo de la mujer provocando lo que conocemos como síntomas de embarazo. A lo largo del tiempo de la gestación los síntomas se convierten en un reforzador de que el bebé está bien, pero si en algún momento dejan de sentirlos surgen rápidamente el estrés y la ansiedad.

El primer síntoma es la amenorrea o ausencia de la menstruación, pero pueden presentarse también otras señales de embarazo como hipersensibilidad en los pechos, mareos, náuseas, vómitos, malestar y cansancio. En el embarazo humano la gestación suele ser única, sin embargo pueden producirse embarazos múltiples. Dependiendo del número de óvulos fecundados y el momento en que se produce la división del cigoto, hay diferentes tipos de gemelos: gemelos univitelinos, bivitelinos, embarazo gemelar triple, cuádruple, quíntuple, etc.

La duración aproximada de un embarazo es de 280 días. Son 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 semanas (aproximadamente nueve meses) desde el momento de la fecundación.

Durante la etapa del embarazo surgen muchas dudas y temores que si no son bien canalizadas pueden llegar a ser nocivas para la madre y el bebé. Cuestiones como el miedo a perder al bebé, que su formación no se dé bien, miedo a las enfermedades que la madre pueda contraer y de esta manera dañarlo. Para todo esto contamos con los exámenes médicos que nos ayudan a las madres a estar más tranquilas y este constante estado de alerta es bueno hasta cierto punto y es normal, sin embargo hay casos en lo que los estados de ánimo se encuentra muy alterados y por periodos prologados de tiempo esto afecta tanto a la madre como al bebé y a las personas que los rodean. Hay registro muy antiguos que demuestran que una depresión post- parto puede afectar en gran manera la vida muchos, iniciando con la madre y el bebe y terminando hasta con las relaciones familiares y personales de la mujer.¹²

2.2.1 ANTECEDENTES DE LA DEPRESION POST-PARTO

Los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad, ya que en los primeros escritos de Hipócrates, 700 AC, los describía en detalle, así como también en los textos de Celcio y Galeno. En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en las embarazadas de bajos ingresos económicos. El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al cerebro, el ánimo y la manera de pensar, el cual es considerado como un desorden, el cual constituye la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas en todo el mundo, sin importar sus razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad.

En el siglo IV a. de C., Hipócrates realizó la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto. En su reseña consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía posparto, asociadas a

¹² Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES. Psychosocial stress and pregnancy outcome. Clin Obstet Gynecol. 2008

la lactancia, se trataban de delirium asociado a “sepsis puerperal”, entidad relativamente común en la antigua Grecia.

Muchos años después con más investigaciones sobre el proceso de la depresión postparto, se mencionaron las teorías biológicas. A partir de la revolución psicofarmacología de los años 1950 se planteó la relación entre la depresión postparto y los cambios hormonales de la mujer. Consistentemente se notaba que la presentación de los síntomas en el tercer día del post-parto correspondía con los cambios hormonales que ocurren en ese tercer día. Uno de estos cambios hormonales que se encuentra bien establecido por la investigación y que ocurre en el periodo post-parto es una brusca caída en los niveles de estrógenos y de progesterona. Un campo de investigación más reciente se refiere a la actividad de la prolactina durante el puerperio. Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo post-parto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una depresión postparto. También se ha sugerido que el estrés psicobiológico y los cambios en los esteroides adrenales durante el post-parto, jueguen un papel en la depresión. Esto vino a confirmar lo que Hipócrates decía en un principio, dándonos un sustento científicamente comprobado.

En los siglos XVIII y XIX, la literatura médica alemana y francesa introdujo los primeros reportes sistemáticos de casos sobre locura puerperal. En el año 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de 92 casos de psicosis puerperal. En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe *Enfermedades propias de las mujeres*.

En 1856, el médico francés Victor Louis Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Enceintes*, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el posparto. Este médico fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno. En 1969, B. Pitt caracterizó un tipo de depresión leve asociada al posparto.¹³

¹³ Moore. Keith, Dalley. Arthur. “Anatomía con orientación clínica”. Pág. 74 a 80. Editorial Médica Panamericana. Cuarta edición. Año 2002.

El concepto sobre una forma más grave de enfermedad mental no asociada con psicosis fue elaborado en los años setenta, en estudios de población fundamentados en entrevistas estructuradas y en criterios diagnósticos estandarizados. En este estudio se registraron altas tasas de participación de diversas formas de depresión entre las mujeres durante los primeros seis meses después del parto.¹⁴

La Sociedad Española de Medicina General (SEMG) define la depresión postparto como un trastorno transitorio que aparece entre dos y cuatro días después del parto y desaparece de forma espontánea y sin secuelas, en un periodo de dos semanas. Existen dos tipos de trastorno depresivo post parto, la depresión baby-blues y el trastorno depresivo en sí mismo.

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer. La depresión post-parto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto. El cuadro clínico de la depresión post-parto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, la depresión post-parto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica.

La presencia de trastorno depresivo mayor, con frecuencia abreviado o llamado simplemente como depresión, durante el embarazo, incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el producto del embarazo; asociándose a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, etc.) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados.

Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% del sexo femenino y 12% de los hombres en algún momento durante su vida, siendo las mujeres doblemente

¹⁴ Latorre Latorre JF, Contreras Pezzotti LM, García Rueda S, Arteaga Medina J. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia.

susceptibles a sufrir depresión, y los síntomas generalmente se incrementan con la edad. Si bien los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, estimando la Organización Mundial de la Salud (OMS) que para la tercera década de este milenio sean la segunda causa general de discapacidad. El puerperio constituye entonces, una época en la cual estos trastornos son comunes, pero algunos, como la depresión post-parto son poco reconocidos.

La depresión post-parto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo.

Llama la atención el hecho de que la depresión post-parto sea habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a otras patologías obstétricas tales como preeclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional, entre otras. En este sentido, Evans y Cols, expresan que la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional, aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. Por otro lado, las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión.

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el post-parto es importante por sus consecuencias y posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos. Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la escala de depresión post-parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) Según el DSM-IV el inicio de los síntomas se darán durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto.

Por tanto, resulta fundamental y muy conveniente detectar esta patología entre las puérperas.

Dando esto un resultado claramente negativo en el periodo perinatal de las mujeres. A pesar de que la depresión post-parto es un estado por el que muchas mujeres pasan, aún no se tiene claridad sobre la naturaleza de este fenómeno y su relación con diversas variables conductuales y estructurales.

Existe una idea popular acerca de este periodo como un episodio emocionalmente complejo, estresante y fatigoso. Las madres expresan que lo experimentan como “baby blues” (distimia) y posiblemente como una depresión de nivel intermedio, lo que representaría un síndrome culturalmente anclado en la cultura occidental, que es resultado parcialmente de las prácticas modernas de nacimiento y de la falta de una definición clara del rol social que esto tiene y de las provisiones para la ayuda y el apoyo que necesita la nueva madre en nuestra sociedad.

2.2.1.- LA DEPRESION POST-PARTO

La depresión posparto es la depresión que se inicia en las primeras doce semanas tras el parto, debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño, con síntomas depresivos típicos: tristeza, sentimientos de desesperanza y minusvalía, insomnio, pérdida de apetito, lentitud en los movimientos, pensamientos recurrentes sobre muerte, síntomas físicos como molestias digestivas, dolor de cabeza, fatiga, ansiedad elevada, etc. Este estado necesita tratamiento.

Como se ha mencionado anteriormente toda la población puede padecer depresión en algún momento de su vida y por diversas situaciones, tomando en cuenta que pasamos por muchas etapas de desarrollo, el embarazo es una muy importante en la mujer y trae consigo muchos cambios, hay mujeres que puede ser más propensas a presentar un cuadro clínico de depresión por diferentes factores.¹⁵

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS. 1992.

La tristeza es desde luego el síntoma más frecuente de la depresión postparto. Las pacientes se sienten bajas de ánimo, infelices y desgraciadas la mayor parte del tiempo aunque estos síntomas pueden empeorar en algún momento particular del día, como por las mañanas o por las tardes. En ocasiones, las pacientes pasan días malos y días buenos, siendo estos últimos realmente frustrantes ya que el día bueno, previo hizo que se albergaran esperanzas de mejorar. A veces, a las pacientes les parece que no merece la pena vivir, precisamente en unos momentos en que deberían sentirse muy alegres. Lo que debería ser una etapa muy feliz puesto que ya tiene a su bebe en sus casas es una etapa en la que no logran sentir alegría ni ganas de hacer algo ni por ellas ni por el bebe. Debemos tomar en cuenta el factor previo al parto ya que durante la etapa del embarazo surgen muchas dudas y temores que si no son bien canalizadas pueden llegar a ser nocivas para la madre y el bebe. El miedo del parto o la cesárea, la lactancia y en sí misma la maternidad son situaciones que ya deberían haber sido superadas. Sin embargo no todas las mujeres logran disfrutar el salir del proceso que es el parto, cuando tocamos el tema de la depresión postparto no solo debemos pensar en el impacto que tiene la vida de la madre, es necesario mencionar que él bebe también se ve afectado ya que no puede establecer su vínculo con la madre.

La irritabilidad con frecuencia acompaña a la sensación de tristeza. La paciente puede estar irritable con sus otros hijos y ocasionalmente incluso con el recién nacido, aunque la mayoría de las veces lo está con su marido quien no suele comprender qué es lo que está pasando. Esto nos muestra un enfoque en el que cada una de las esferas de la mujer está siendo afectada de manera considerable. Además de los síntomas típicos de una depresión quien sufre este trastorno también presenta un nivel elevado de estrés y ansiedad El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos vitales más significativos y de mayor impacto en la vida. Socialmente se espera que la mujer que ha tenido un bebé sano esté feliz, contenta, satisfecha y agradecida con la experiencia.¹⁶

¹⁶ Amar, J., Pesellín, M., Andrade, D., & García, T. (2009). Vínculo de apego que establecen padres con hijos nacidos de embarazos múltiples. Salud Uninorte.

Esto es así en una mayoría de los casos, pero también hay mujeres para las que el parto puede ser un evento muy traumático o incluso terrorífico que impacta seriamente su adaptación psicosocial en el post-parto, la lactancia e incluso el vínculo con el bebé. Es necesario tener bien definidos los signos y síntomas que son característicos de una depresión post-parto para poder establecer un diagnóstico preciso y un tratamiento oportuno.

2.2.3 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA DEPRESION POST-PARTO.

Típicamente, este síndrome se caracteriza por sentimientos de tristeza en la nueva mamá, una inestabilidad emocional extrema, lloriqueo, irritabilidad y fatiga. La mayor parte de la investigación sobre la depresión post-parto ha buscado causas biológicas o psicosociales de ella, tales como cambios hormonales, edad maternal y número de alumbramientos, historia psiquiátrica, atmósfera marital, etc. Hasta el momento se le ha dado poca consideración al impacto del contexto cultural del periodo post-parto como causa de la depresión, factores tales como la organización de la familia y el grupo social, el papel de las expectativas de la propia madre y de las que pudieran mostrar otros familiares o personas significativas, etc.

Los efectos psicosociales se originan por diferentes aspectos ante la presencia de diversas situaciones. Cuando se producen tienen una incidencia en la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos. La existencia de riesgos psicosociales afectan, además de a la salud al desempeño del trabajo y en las relaciones sociales de las personas.

Las causas que originan los riesgos psicosociales son muchos y están mediados por las percepciones, experiencias y personalidad de cada persona.

La evaluación de riesgos es un paso necesario para detectar, prevenir y/o corregir las posibles situaciones problemáticas relacionadas con los efectos psicosociales. Sin embargo si revisamos la literatura antropológica sobre los nacimientos encontraríamos que existen elementos comunes en la estructuración social del periodo post-parto en diferentes culturas.

SINTOMAS DE LA DEPRESION POST-PARTO

- Estado de ánimo deprimido
- Disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades
- Cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio)
- Cansancio o fatiga crónica
- Ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico
- Sentirse abrumada, indefensa e incapaz
- Autodesvalorización y autorreproches, generalmente relacionados a su competencia como madre
- Dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma
- Irritabilidad
- Problemas de atención, concentración y memoria
- Dificultad para vincularse con el bebé
- Sentimientos de ambivalencia hacia el hijo
- Sobreprotección del menor, Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo (revisarlo constantemente cuando está dormido para ver si respira) y con su cuidado (lavar y desinfectar varias veces sus artículos)
- Dificultades en la lactancia, Dificultad y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido
- Pensamientos negativos hacia el bebé, especialmente creer que lo puede dañar
- Sentimientos de culpa
- Pensamientos de dañarse a sí misma o al bebé
 - Pensamientos atemorizantes
- Ideación suicida

Esto nos permite suponer que la experiencia de la depresión post-parto se exagera y se potencializa por factores socio-culturales.

No solo el factor psicosocial determina la aparición o no del trastorno, hay que tomar en cuenta los aspectos hereditarios, y la situación en la que la madre se encuentra.¹⁷

2.2.4 FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESION POST-PARTO.

Cuando la madre no ha mostrado ningún antecedente. La depresión post parto podría comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después. Puede afectar en cualquier tipo de parto o número de embarazo.¹⁸

Los principales síntomas de este padecimiento, corresponden a los que marca el DSM IV- y el CIE- 10 para el trastorno o episodio depresivo. Aunado a éstos, también se pueden presentar otros importantes síntomas que requieran tratamiento.

En relación a la intervención, el primer paso es detectarla, especialmente en sus inicios, cuando se perciban síntomas o se presenten signos de alarma, como quejas psicosomáticas, cansancio, dolores, múltiples llamadas para pedir ayuda, o se observe que la mujer está triste, preocupada o con miedo. Si estas situaciones aparecen, es necesario canalizarla con un especialista (psicólogo, terapeuta o psiquiatra) para que sea evaluada y reciba el tratamiento adecuado, buscando el apoyo multidisciplinario y una atención integral.

Los factores de riesgo importantes:

- Fallas para establecer una relación con el infante en la sala posnatal. Esto genera una dificultad para desarrollar el patrón en la rutina de manejo del recién nacido. Esto quiere decir que la madre no tendrá

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS. 1992.

¹⁸ Bonari L , Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G., Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. Can J Psychiatry. 2004

deseos de alimentar, asear o atender al recién nacido. Si es madre primeriza es estrés causado por el cuidado infantil que puede dificultar la relación.

- Crisis frecuentes de ansiedad o depresión durante el embarazo, particularmente durante el tercer trimestre. se abarca también el historial de depresión o ansiedad en la familia ya que quien tiene tendencia genética por herencia esta potencialmente predispuesto, o bien se puede haber sufrido de depresión o ansiedad previamente.
- La Falta de apoyo social y las dificultades en el matrimonio así como estrés por eventos externos como problemas financieros o la pérdida de un trabajo, empeoran la situación de la mujer.
- Una baja autoestima, cambios en el cuerpo a raíz del embarazo y el parto, ponen a la mujer irritable y más insegura de lo normal, si es soltera, aumenta la posibilidad.
- Un embarazo no deseado o planeado.
- Que la madre consumiera sustancias adictivas.
- Complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo (principalmente embarazos de alto riesgo)
- Abandono o separación de la pareja o Pareja presente, pero que no proporcione apoyo emocional
- Abuso físico, emocional o sexual en la infancia
- Antecedente de pérdidas perinatales
- Sensibilidad a los cambios hormonales
- Alteración en la función tiroidea

Muchos de estos síntomas son parte de la misma percepción de la madre que está viviendo este proceso y pueden estar distorsionadas por el estado de ánimo en el que se encuentran. Es claro que dentro de las situaciones que tienen que ver con que una mujer sea más propensa a presentar una depresión post-parto los síntomas varían mucho de una persona a otra, pero la gran mayoría de ellos están presentes el desarrollo de la depresión post-parto.

Dentro de la depresión post-parto se pueden subdiagnosticar padecimientos como el baby-blues o la psicosis post-parto o pueden sufrir estrés post traumático en consecuencia del evento del parto que es percibido como un acontecimiento peligroso.

2.2.5 BABY- BLUES

Los médicos consideran baby-blues a la existencia de una alteración leve en el estado de ánimo de la madre puérpera con síntomas depresivos leves. En general se manifiesta por falta de concentración, ansiedad, tristeza, pero sobre todo por una inestabilidad del humor con gran tendencia al llanto. Este estado remite en dos semanas sin ningún tipo de tratamiento.

El baby blues se manifiesta en forma de ansiedad, humor muy variable, cansancio intenso e impresión en la nueva madre de que no es una buena madre y que no conseguirá ocuparse bien de su hijo. El baby blues no es una enfermedad. Su origen reside, en parte, en factores físicos: el gran trastorno hormonal que se produce durante el puerperio y el cansancio real de los primeros días después del parto. Pero también deriva de factores psicológicos, tales como la finalización del embarazo. Un estudio publicado en el Journal of Obstetric, Gynecological, and Neonatal Nursing muestra todos los síntomas del baby blues como una distimia.¹⁹

2.2.6 PSICOSIS POST-PARTO

En la depresión post parto es importante mencionar que se han encontrado otros trastornos que se creen podrían estar ligados a la misma y por esta razón hacen que la depresión pueda ser más profunda, comenzaremos mencionando primeramente la psicosis post parto esta fue reconocida como un trastorno en el

¹⁹ Nielsen D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby-Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. BJOG. 2000

año 1850, la psicosis postparto es una enfermedad mental muy seria que requiere inmediata atención médica.

A pesar de que es la forma más extrema de trastorno conductual postparto, la psicosis postparto también es uno de los trastornos más raros. Usualmente descrito como un período en el cual una mujer pierde conexión con la realidad; dicho trastorno se da en las mujeres que recientemente han tenido a su bebe.

Desafortunadamente, a pesar de que muchas mujeres que padecen este trastorno se dan cuenta de que algo anda mal en ellas, muy pocas realmente habla sobre el tema con su doctor de cabecera. Aún más triste es el hecho de que frecuentemente, la psicosis post-parto es mal diagnosticada o es confundida con la depresión postparto; es por ello que se debería aconsejar a todas las mujeres que padezcan esta enfermedad que se sometan a los cuidados médicos necesarios.

Las mujeres que reciben el tratamiento apropiado, con frecuencia responden muy bien al mismo, pero usualmente experimentarán depresión post-parto antes de poder recuperarse por completo. No obstante, si no se sometieran a ninguna clase de tratamiento, la psicosis podría dar como resultado consecuencias trágicas. La psicosis post-parto presenta antecedentes en casos de suicidio. Aunque el surgimiento de los síntomas podría ocurrir en cualquier momento dentro de los primeros tres meses posteriores a haber dado a luz, las mujeres que padecen psicosis post-parto usualmente desarrollan los síntomas durante las primeras dos o tres semanas posteriores al parto. Los síntomas de la psicosis post-parto usualmente aparecen bastante repentinamente; en el 80% de los casos, la psicosis se manifiesta de tres a 14 días luego de haber pasado por un período libre de síntomas.

Entre los signos de la psicosis postparto se pueden incluir:

- Alucinaciones.
- Delirios.

- Pensamientos ilógicos.
- Insomnio.
- Negarse a comer.
- Sentimientos de ansiedad extrema, y agitación.
- Períodos de delirio o manías.
- Pensamientos suicidas u homicidas.

Las mujeres con antecedentes personales de psicosis, trastorno bipolar o esquizofrenia corren mayores riesgos de desarrollar psicosis post-parto. Asimismo, las mujeres que poseen antecedentes familiares de trastorno bipolar o esquizofrenia tienen mayores probabilidades de desarrollar este trastorno. Por otro lado, las mujeres que hayan tenido en el pasado un incidente de psicosis post-parto serán más propensas a experimentarla nuevamente en un embarazo futuro. No se esta completamente consiente de los motivos por los cuales se desarrolla la psicosis postparto. Hay gran variedad de explicaciones relacionadas con este trastorno; encontrándose el cambio hormonal femenino en el tope de sus listas. Cabe mencionar que muchos de estos síntomas son sentimientos experimentados en la depresión post parto por ello es muy importante hacer una detección precisa y oportuna que permita dar un seguimiento adecuado. Aun cuando hay mucho desconocimiento sobre Los trastornos del estado de ánimo del puerperio: tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto tienen una alta prevalencia, tanto en nuestro país como en otras partes del mundo. Éstos afectan directamente la salud física así como la emocional de la madre, al igual que la del recién nacido, produciendo inestabilidad en el entorno familiar y social de quien la padece. Por lo mismo, se han convertido actualmente en la primera complicación perinatal, así como en un problema de salud pública. Muchas de las mujeres sufren algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza el llanto, incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas.

En algunos casos, los trastornos del estado de ánimo en el post-parto, debido a la falta de información, no son considerados como una enfermedad. Por el contrario, suelen atribuirse a una dificultad en la capacidad de la madre, o a falta de fortaleza y determinación para superar un periodo difícil de la maternidad. Aunado a esto, los profesionales de la salud pueden llegar a subdiagnosticar o confundir dichas patologías.²⁰

2.2.7 TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO

El trastorno de estrés postraumático (TEP) es una enfermedad real. Cualquier persona puede sufrir de TEP luego de vivir eventos traumáticos como la guerra, huracanes, violaciones, abusos físicos o un accidente grave. El TEP hace que el individuo se sienta estresado y asustado después de pasado el peligro. Afecta su vida y a la gente que le rodea.

El TEP puede causar problemas como:

- Flashbacks o el sentimiento de que el evento está sucediendo nuevamente
- Dificultad para dormir o pesadillas
- Sentimiento de soledad
- Explosiones de ira
- Sentimientos de preocupación, culpa o tristeza

El TEP comienza en momentos diferentes dependiendo de la persona. Los síntomas de TEP pueden empezar inmediatamente después del evento traumático y permanecer. Otras personas desarrollan síntomas nuevos y más serios meses o hasta años más tarde.

Las medicinas pueden ayudarlo a tener menos miedo y a estar menos tenso. Es posible que necesite algunas semanas para que los medicamentos surtan efecto.

²⁰ Gómez MS. Patología psiquiátrica en el puerperio: psicosis puerperal. Revista Neuro-Psiquiatría. 2002.

Conversar con médicos especialmente capacitados o consejeros también ayuda a mucha gente con TEP. Ese tipo de tratamiento se llama "terapia psicoterapia."²¹

Tomando en cuenta esto, nadie podrá pensar que el embarazo y parto podrían ser situaciones que generaran un TEP. Sin embargo hay muchas cuestiones en juego cuando hablamos de una mujer en proceso de gestación. Cuando el recién nacido está sano se espera que la madre se muestre satisfecha y feliz independientemente de cómo haya transcurrido el parto y a muchas madres se les recomienda que no sigan dándole vueltas ni hablando del parto, ya que las dudas de si el bebe sufrió un traumatismo pueden aumentar los niveles de estrés. En los últimos años diversos estudios clínicos han señalado la existencia de un trastorno que se desencadena exclusivamente por el parto, y muy especialmente por el parto traumático, con unas características psicopatológicas y clínicas diferentes de la depresión postparto. En las dos últimas décadas toda una serie de investigaciones han comprobado que el parto puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un síndrome de estrés postraumático. Este síndrome es un trastorno de ansiedad que empezó a ser estudiado a partir de la observación de las secuelas psicológicas que presentaban algunos veteranos de la guerra del Vietnam. En 1980 se incluyó por primera vez en la Clasificación de Enfermedades Mentales DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana, se incluían como síntomas principales del síndrome la reexperimentación del trauma, la evitación de estímulos relacionados con el mismo y el estado de ansiedad o nerviosismo que se desencadenaba con la reexposición a detalles que recordaran el evento. Se definía como trauma a un evento que estuviera absolutamente fuera del rango de la experiencia humana normal. Se reconoce como trauma "cualquier evento que suponga una amenaza de muerte o graves daños para la integridad físico de uno mismo o de otros, cuando la respuesta individual está marcada por el miedo extremo, la indefensión o el horror" El DSM-IV acepta que cualquier parto en el que haya habido una amenaza de muerte o graves secuelas físicas para madre

²¹ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV - . Primera edición. Barcelona: Editorial Masson SA, 2003

y/o bebé, donde la madre haya vivido la amenaza con miedo extremo, indefensión u horror puede desencadenar un síndrome de estrés postraumático. El parto es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, en el que a nivel cerebral tiene un escenario neurobiológico y hormonal específico preparado para la impronta marcando el inicio del vínculo con el bebé, que hace que los eventos que transcurren durante el parto junto con las primeras horas del puerperio pueden quedar vívidamente grabados en la memoria consciente, tanto si son positivos como si son traumáticos.

El síndrome de estrés postraumático conlleva un sufrimiento importante para las madres que lo padecen, afecta a la relación de la mujer con su bebé y con su pareja, alterando muy especialmente la relación con los profesionales sanitarios que atienden a la madre. Sin ser diagnosticado ni tratado puede persistir durante meses o años, afectando negativamente a la fertilidad.

Dentro de los efectos negativos que se dan en la depresión es muy importante destacar que esta puede ser causa de una "psicopatía del afecto" en el bebé, esto más adelante afectará su vida de manera negativa ya que no le será posible desarrollar sentimientos profundos por otra persona, otros factores de riesgo para el infante incluyen un temperamento infantil inestable; nacimiento prematuro o depresión pos natal.

Para una gestante todo esto no actúa únicamente de manera separada el acontecimiento del embarazo y el parto son una serie de situaciones amenazantes externas que pueden aumentar el estrés:

- Problemas de salud de la propia mujer o personas que conviven con ella (marido, otros hijos, padres).
- Circunstancias de trabajo y empleo. Mala relación con compañeros, despido.
- Condiciones de vida, incluyendo la vivienda. Son ejemplos la falta de instalaciones para cuando nazca el bebé, la falta de intimidad...

Cómo influye el estrés materno durante el embarazo en la psicopatología futura del feto

- Constitución familiar y posibilidades de ayuda doméstica.
- Relaciones con el marido.
- Funcionamiento del sistema de atención médica.

Todas estas fuentes de estrés pueden darse en mayor o menor medida.

La importancia de que la mujer viva un embarazo “feliz y estable” radica en que muchas de las consecuencias de no hacerlo se verán reflejadas en los procesos del parto. Una de las consecuencias del estrés materno intenso que se han señalado de manera más insistente durante la última década es la mayor incidencia de partos prematuros y bajo peso al nacer.

El estrés por lo tanto se ha convertido en un factor que preocupa mucho a las gestantes no solo durante los nueve meses de crecimiento del bebé, también representa una cuestión que preocupa a quienes ya han dado a luz puesto que es entonces cuando se presentan las dudas sobre si podrá con toda la carga que representa ser madre por primera vez, si es una segunda o tercera ocasión si aún podrá atender a sus otros hijos, las ilusiones, sueños que de momento no puede llevar a cabo. Las enfermedades que las mujeres padecen antes de quedar embarazadas son temores que agobian a las madres, esto se debe a que en algunos casos padecer alguna enfermedad o trastorno hace que el embarazo y parto lejos de ser etapas que se puedan disfrutar son momentos de mucha tensión, ansiedad y estrés.²²

Las mujeres con historia de presión arterial alta antes del embarazo tienen un riesgo mayor de depresión que aquellas mujeres que han desarrollado hipertensión durante la gestación. Se sabe que la depresión durante el embarazo está relacionada con la que se sufre en el postparto y con los problemas de vínculo con el bebé. En general, tiene un impacto negativo en la salud de madre y niño. La presión arterial posparto es más elevada entre el tercer y el sexto día

²² Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, Alex M, McDonald C. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. J Obstet Gynecol Neonatal. 2012

después del parto, cuando la mayoría de las mujeres han sido dadas de alta. Un aumento significativo en la presión arterial puede ser peligroso.

Los estudios nos hablan de que aproximadamente un 13% de las mujeres desarrollan alguna forma de hipertensión durante el embarazo. Sin embargo, en un 70% de los casos la hipertensión se debe a cambios fisiológicos que ocurren durante la gestación, sin acarrear mayor problema y volviendo a la normalidad tras el parto. Entre un 5 y un 7% sí desarrollan complicaciones como la preeclampsia que puede conllevar un parto prematuro o bajo peso del neonato. Aquellas mujeres con tensión arterial alta antes del embarazo tenían entre un 55 y un 65% de probabilidades de cumplir los criterios de depresión o de tomar antidepresivos durante la gestación. Algunas mujeres con tensión alta pueden tener mayor riesgo de obesidad o diabetes y la depresión puede provocar peor adherencia a intervenciones saludables en la dieta, ejercicio físico y medicación, poniendo a la madre en mayor riesgo. Hay mujeres que al no contar con una evaluación y asesoramiento oportunos, no logran acceder a un tratamiento adecuado. Esto, a su vez, puede hacer que los síntomas se intensifiquen o que el problema se convierta en un padecimiento crónico, y que la mujer, el recién nacido, la pareja y la familia, tengan una mala calidad de vida. En determinados casos, como resultado de la falta de una intervención apropiada, pueden presentarse consecuencias graves y estar en riesgo la vida de la mujer y/o de su hijo. Por ello es importante delimitar como se presenta cada uno y de qué manera se pueden diferenciar.

2.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La importancia de mencionar los síntomas de cada trastorno radica en que algunos de los signos son parecidos y esto hace que se presten a confusiones. Situaciones “comunes” como el Baby Blues son descritos como una alteración del estado de ánimo, debido principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Éstos tienen una intensidad y duración variable, y suelen aparecer entre

los dos y Cuatro días posteriores al parto. Los síntomas son de alivio espontáneos dentro de las dos a tres semanas siguientes al alumbramiento, y no requieren de atención médica y/o psicológica.

Al igual que en el caso de la depresión post-parto, existen diferentes estadísticas sobre su prevalencia tanto en México, como en otros países.

Actualmente, no se ha determinado que exista una causa específica de la tristeza post-parto; únicamente se han encontrado factores de riesgo, los cuales, al estar presentes, pueden producir que una madre sea más susceptible a presentarla. A pesar de esto, hay casos en que las mujeres poseen uno o varios antecedentes, sin que se dé la presencia de esta alteración.

Los factores más comunes son la presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, así como de sucesos estresantes durante la gestación, especialmente durante el último mes.

Se ha visto que las alteraciones del sueño, haber padecido un síndrome premenstrual, o el antecedente de hijos muertos, aumenta las posibilidades de que aparezca.

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la Depresión post-parto es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto. En el Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), la clasificación es la siguiente:

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)

Mientras que en el CIE-10: trastornos mentales del comportamiento, la categorización aparece como:

F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como (depresión postnatal/postparto).²³

²³Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV - . Primera edición. Barcelona: Editorial Masson SA, 2003

En algunos casos, cuando la mujer no cumple con todos los criterios para un trastorno/episodio depresivo, pero presenta síntomas significativos e incapacitantes, la estricta clasificación de ambos compendios puede llegar a dificultar su detección.

Aunado a esto, muchas mujeres, al no tener suficiente información pueden suponer que sus síntomas son parte de un proceso transitorio y sin aparente relevancia, o que son comunes y normales dentro de la etapa perinatal. Se ha visto, también, que la familia o los amigos pueden llegar a manipularlas directa o indirectamente para que no verbalicen sus sentimientos negativos, lo cual se ve reforzado por algunas actitudes sociales de idealizar esta etapa.

El avance en cuanto a los estudios nos ha permitido la creación de instrumentos para la detección temprana de estos padecimientos.

Cuadro I. Trastornos del estado de ánimo del postparto.			
	Tristeza postparto	Depresión postparto	Psicosis postparto
Causas	Producida por cambios hormonales, psicológicos y sociales	Factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales	Factores de riesgo (especialmente haber padecido trastornos afectivos, esquizofrenia o PPP previa)
Prevalencia	50-80% de las mujeres que dan a luz	13.86-32.6% en México	1-2 mujeres por cada 1,000 partos (0.1-0.2%)
Aparición	Entre los 2-4 días posteriores al parto. Desaparecer por sí sola después de 2-3 semanas	Puede aparecer inmediatamente después del alumbramiento, así como días, meses y hasta un año después	Comienza entre el 3-9 día, pero puede iniciar incluso hasta el sexto mes
Intervención	Informar a la mujer, pareja y familia; acompañamiento y apoyo familiar	Terapia (individual y/o grupal); medicación (generalmente antidepresivos y benzodiazepinas)	Tratamiento farmacológico (usualmente antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y benzodiazepinas); hospitalización (en la mayoría de los casos) y terapia psicosocial

2.4. METODOS DE DETECCION

Entre los métodos y herramientas para un adecuado diagnóstico se encuentra la Entrevista Clínica Estructurada (SCID I por sus siglas en inglés: Structural Clinical Interview). Es una entrevista semi estructurada para establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-IV, y se utiliza el módulo del estado de ánimo. Aunado al uso del SCID I, existen diversos instrumentos para detectar la depresión post parto, como el Cuestionario de Depresión de Beck II, la Escala de

Depresión Postparto, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente. Tanto en nuestro país, como en otras partes del mundo, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS por su abreviatura en inglés: Edinburgh Postnatal Depression Scale), es la prueba más utilizada.²⁴

Esto debido posiblemente a la accesibilidad de reproducirla sin costo, y a la rapidez y facilidad de su aplicación, calificación e interpretación.

Esta escala fue desarrollada para identificar síntomas depresivos y depresión clínica, específicamente en mujeres puérperas, buscando discriminar aquellos síntomas físicos y psicológicos, propios de la gestación, de los síntomas asociados a la depresión.

Es una escala de autorreporte que explora los síntomas comunes de un episodio o de un depresivo menor, que hayan ocurrido 15 días anteriores a su aplicación. A lo largo de toda esta investigación hemos hablado de los múltiples factores que pueden generar una depresión post-parto y tomando en cuenta eso se enlistan los que son más comunes, no discriminando con esto el resto de los factores.

Tener este tipo de instrumentos nos permite el acceso a dar un tratamiento oportuno y adecuada a cada mujer que lo necesita, ignorar las signos y síntomas de estos padecimientos termina en graves consecuencias tanto para la familia que atraviesa este proceso como para la institución encargada de detectar y prevenir el avance de la depresión post-parto.

2.4.1 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESION POST-PARTO

La depresión postparto es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto ya que afecta a una de cada diez parturientas. Si no se trata adecuadamente puede persistir durante meses e incluso años. Todavía no se sabe lo suficiente sobre porqué las mujeres desarrollan depresiones post-parto como para poder

²⁴ Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Salas-Martínez C, Martínez-García S. Validation of the Edinburgh Postpartum depression Scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2006

estar seguros de quien la desarrollará y quien no. Probablemente no existe una causa única sino más bien diferentes tipos de estrés que pueden tener la misma consecuencia o que pueden actuar conjuntamente. Tomando en cuenta que las madres son el contacto del bebé con el mundo, la Depresión Post-parto tiene un efecto significativo negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, e hijos mayores y afecta gravemente a largo plazo la relación emocional madre-hijo. Las madres deprimidas tienen poca energía por lo que interactúan y estimulan en menor grado a sus bebés. Muestran menos afecto, paciencia, sensibilidad hacia las necesidades primarias de los pequeños, como por ejemplo darles a tiempo de comer, cambiarles rutinariamente el pañal o atender oportunamente a su llanto. Es común que madres deprimidas fumen al lado de sus hijos, no sean consecuentes o actúen de manera irresponsable hacia su cuidado: los dañan física y psicológicamente, inconscientemente las mamás descargan su enojo interior sobre los niños. Estudios indican que estos niños tendrán baja autoestima, problemas de motricidad, bajo rendimiento escolar, su vocabulario será reducido y mostrarán problemas de actitud y sociabilización.

El tratamiento usualmente tiene dos opciones de intervención terapéutica:

1) terapia (individual o de grupo)

2) medicación. En aquellos casos en que se presenta una depresión de moderada a grave, lo ideal es combinar ambas.

La psicoterapia, ya sea interpersonal o con un enfoque cognitivo-conductual, debe basarse en los siguientes aspectos:

a) Educación e información a la mujer, la pareja y los familiares sobre la Depresión post parto.

b) Control, disminución y extinción de los síntomas.

c) El nuevo rol como madre, las dificultades, miedos o angustias que esto puede generar.

d) Uso de estrategias para proteger, mejorar o fortalecer el vínculo madre-hijo, así como la relación de pareja. En esta última, se buscará una adecuada comunicación, así como tener espacios de calidad sin el bebé.

- e) Promover un buen funcionamiento familiar, especialmente cuando existan otros hijos.
- f) Disminución de las situaciones estresantes actuales.
- g) Búsqueda y fortalecimiento de redes de apoyo (familiares, sociales e institucionales).

En cuanto al tratamiento psiquiátrico, dependiendo de cada caso, los medicamentos más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, para combatir los síntomas depresivos. Por otra parte, se tiende a utilizar benzodiazepinas para tratar la ansiedad y el insomnio. Si la mujer tiene una historia previa de Depresión post-parto, lo más recomendable es iniciar la medicación inmediatamente después del parto, para prevenir una posible recaída.

Existe una gran controversia sobre el uso de medicamentos cuando la mujer está amamantando, y verificar si se pueden combinar ambos aspectos. Por lo mismo, es indispensable informar a la mujer y a su pareja sobre los datos más recientes que se conozcan acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos.

De esta forma, al estar asesorados por todo el equipo interdisciplinario que los rodea, podrán tomar la decisión más adecuada, ya sea de continuar amamantando o dejar de hacerlo, y en este último caso, la forma más apropiada para llevarlo a cabo.²⁵

Independientemente de la intervención que se elija, para que la recuperación sea realmente exitosa se requiere el apoyo y la comprensión de la pareja, los familiares y amigos.

Cuando la mujer con Depresión post-parto no recibe tratamiento, puede presentar dificultades y estrés para cuidar al recién nacido, lo que tiende a generar problemas en el vínculo materno-infantil.

²⁵ Arranz L, Ruiz J, Aguirre W, Carsi E, Ochoa G, Camacho M. Modelo de intervención temprana en la depresión postparto en un hospital de tercer nivel. 2012.

Dichos bebés pueden llegar a presentar retraso en el desarrollo psicomotor, temperamento difícil o irritabilidad, así como mostrar un apego inseguro.

Así mismo, se ha observado que algunos no son tan atentos y activos, y sonríen menos, lo que puede generar déficits en el área social y cognitiva.

Las madres que no reciben atención médica o psicológica, suelen percibir de forma negativa a sus hijos, y considerar que son difíciles de criar. Esto en gran parte lo debemos a las dificultades que se presentaron en la etapa del embarazo y el parto, sumando todos los factores que exponían a la mujer a ser a una candidata a la depresión post-parto. Muchas mujeres ya sea por culpa, vergüenza o desconocimiento, no reportan sus síntomas, no los reconocen ni hablan de ellos abiertamente; los niegan o minimizan. Por lo mismo, gran parte de las madres que se ven afectadas por un trastorno afectivo no tienen la oportunidad de acceder a un tratamiento adecuado y alcanzar la recuperación, perturbando así no sólo el bienestar de las personas involucradas, sino también la estabilidad familiar.

Es indispensable, entonces, que los profesionales de la salud, además de estar informados sobre los aspectos físicos normales y patológicos del post-parto, también cuenten con información sobre el ámbito emocional del embarazo y el puerperio.

Durante el control prenatal, así como en los primeros días después del parto, se pueden identificar y tratar algunas alteraciones psicológicas o signos de alerta como: baja autoestima, ansiedad, altos niveles de estrés o trastornos del sueño, que predisponen a la mujer a desarrollar un trastorno del estado de ánimo.

Es indispensable poner en marcha la intervención más apropiada para cada mujer y evitar futuras complicaciones.

Como en cualquier otra patología física o emocional, resulta más productivo y menos costoso llevar a cabo una adecuada prevención durante el embarazo o los primeros momentos después del nacimiento, que intervenir tardíamente a través del tratamiento. En muchos casos, y dependiendo de los síntomas, la atención resulta prolongada y requiere de un gran esfuerzo por parte de la madre, la pareja y los familiares más cercanos.

Con una intervención adecuada, la depresión post-parto es temporal y se puede alcanzar una completa recuperación. Por el contrario, cuando la mujer no recibe tratamiento, se puede convertir en un padecimiento crónico, recurrente y/o refractario, y en algunos casos, tener graves consecuencias. Dentro del desarrollo de la depresión mucho tiene que ver el tipo de personalidad de la mujer.

2.5.- TEORIAS DE LA PERSONALIDAD Y LA DEPRESION POST-PARTO

Tomando en cuenta que 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. Dentro de las variables psicológicas que van a influir en la manera de responder de la mujer frente al embarazo, se encuentra la personalidad. La personalidad de la mujer, ya que esta va a determinar en gran medida la forma en que afrontara esta nueva condición.

Las alteraciones emocionales severas previas a la gestación, aunque sean 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, 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 pueden repercutir en la calidad de vida de la gestante.

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 post-parto inmediato es también un predictor para el desarrollo de depresión post-parto.

Otro de los aspectos es la sensación de control por parte de la gestante. Factores como la información, y el apoyo de la pareja y del personal sanitario además de las características personales de las mujeres 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. Con respecto al síndrome de estrés postraumático, parece existir una relación con el miedo ante las complicaciones del parto y la salud del bebé, pérdida de control, traumas previos al embarazo, falta de apoyo social, características del dolor percibido durante el parto, locus de control y falta de estrategias de afrontamiento. Esto nos lleva a considerar que son muchas las cuestiones que entran en juego para poder diagnosticar correctamente una depresión post-parto.

Así como las características personales de la mujer influyen, cuando ya está diagnosticada la depresión post-parto durante la presente investigación hemos hablado del apego o vínculo que el bebe establece con la madre y la manera en que se afectada por un trastorno de esta magnitud, es importante mencionar que

hay distintas corrientes psicológicas que explican los efectos de cómo se da y de qué manera afecta.²⁶

2.5.1.- FREUD Y EL APEGO

El psicoanálisis en relación con el vínculo que une al niño con su madre. Ofrece un modelo mucho más enriquecedor que los conductistas, ya que defienden que la calidad de la interacción madre-hijo produce, por una parte, un efecto crucial en el desarrollo posterior de la personalidad del sujeto y, por otra, la seguridad emocional necesaria para la exploración del medio ambiente y un dominio cognitivo.

Sigmund Freud, en el año 1926 publicó, la Inhibición, síntoma y angustia, ensayo en el cual no manifiesta ninguna predisposición a aceptar la existencia de respuestas primarias de seguimiento que fueran susceptibles de establecer un vínculo entre la madre y el bebé.

Para Freud, el amor que surge del niño hacia la madre es debido a la necesidad satisfecha de alimento; es decir, el niño se apega a la madre porque ésta le da de comer y además le estimula sus zonas erógenas. Sin embargo, sería injusto declarar que Freud era un fiel defensor de la teoría del impulso secundario, puesto que en años posteriores manifestaría que las bases filogenéticas tienen una primacía tal que no importa si el niño ha sido dado de mamar o ha sido alimentado con biberón y no haya gozado de la ternura de los cuidados maternos. En ambos casos el desarrollo infantil sigue un mismo camino. Freud (1942) en un estudio llevado a cabo con niños de las guarderías de Hampstead (niños institucionalizados que quedaron huérfanos al principio de sus vidas).

Los niños se apegan incluso a madres que están continuamente de mal humor y a veces se comportan de manera cruel con ellos. Por tanto, el potencial de apego siempre se halla presente en el niño. Debido a que el afecto se puede considerar

²⁶ Cloninger S. Cattell y los cinco grandes: Teorías analítico-factoriales de los rasgos. In: Cloninger S, editor. Teorías de la personalidad. México: Pearson Educación; 2003.

independiente de lo que el niño recibe, estas psicoanalistas llegaron a manifestar que el niño siente la necesidad de un vínculo temprano con la madre de manera instintiva.

La importancia de mencionar que pasa con los niños que sufrían una separación maternal muy prolongada en la segunda mitad del primer año de vida mostraban un desorden depresivo muy severo denominado depresión. Al poco tiempo de llegar a la institución, los bebés empezaban a aislarse del entorno, perder peso, llorar continuamente y sufrir insomnio. Si no recuperaban pronto a la madre o no se establecía una adecuada relación con una cuidadora, la depresión era prácticamente irreversible. Está bien podría ser considerada como una de las consecuencias a las que se tiene que enfrentar la madre y la familia cuando se padece depresión post-parto.²⁷

2.5.2.- EL CONDUCTISMO Y EL APEGO.

Para explicar el apego los conductistas han adoptado el modelo de reducción del impulso. En este contexto, se da una importancia vital al papel de la alimentación en la interacción que se establece entre madre e hijo. Se considera que las conductas de dependencia que el bebé tiene con su madre (búsqueda de cercanía, abrazos, lloro, llamadas en su ausencia, etc.) son debidas fundamentalmente a un impulso secundario aprendido como consecuencia de una asociación repetida entre la presencia de la madre y la satisfacción que le produce al niño saciar su hambre. Con otras palabras, el niño se apega con quien le da de comer. Sin embargo, incluso los monos eligen como sustitutos de sus madres a muñecos de tela con una textura similar a la de su especie que a muñecos de alambre que le dan de comer. Los datos con seres humanos nos muestran que los niños despliegan conductas de apego desde edades tempranas con seres que en ningún momento han intervenido en las actividades de alimentación. Otro marco teórico conductista es el modelo del condicionamiento operante. Desde

²⁷ Bao L. Mental health of women with accidental pregnancy. Chinese Mental Health Journal. 2001

este punto de vista, los niños miran, sonríen y buscan la proximidad de las madres debido a la respuesta que reciben por parte de sus progenitoras. En definitiva, las madres “devuelven” las miradas, sonrisas y abrazos a sus hijos implicándoles en una positiva interacción social. De nuevo nos encontramos ante un modelo que no nos proporciona un mecanismo potente de explicación del apego, puesto que las observaciones nos indican que, hasta los niños maltratados siguen buscando el contacto físico con sus progenitores. Además, estos modelos conductistas no explican por qué o de qué manera, los lazos establecidos en la infancia perduran a través del ciclo vital incluso cuando la figura de apego está ausente, por tanto, no puede satisfacer los impulsos primarios ni proporcionar ningún tipo de refuerzo social.²⁸

²⁸ Arnaldos Herrero J, Martos Gutiérrez J, Hernández Martínez J. Personalidad y emesis gravidica. An Psiquiatr. 1997.

CAPITULO III.- METODOLOGIA

3.1 POBLACION Y MUESTRA.

La población consta de 30 Mujeres comprendidas entre las edades de 14 a 40 años ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Regional de Coatzacoalcos. "Dr. Valentín Gómez Farías" para control natal, las cuales después del parto, mantienen una estancia en el hospital por tener un estado de salud delicado o tiene un producto con riesgo de vida al nacer. Las mujeres que fueron elegidas como parte de la muestra cumplen con los criterios de vivir en un ambiente hostil, tener problemas con sus redes de apoyo o situación socioeconómica incierta. La investigación fue realizada en el Hospital Regional de Coatzacoalcos. "Dr. Valentín Gómez Farías" la población que fue utilizada se encuentra internada en el área de Ginecología y Obstetricia.

La muestra está conformada por 20 Mujeres con posible diagnóstico de depresión post-parto. Se eligieron debido a que viven en una situación vulnerable, con hijos de poca probabilidad de vida al nacer, complicaciones durante el embarazo y un ambiente psicosocial hostil.

3.2 UBICACIÓN GEOGRAFICA.

El Hospital Regional, "Dr. Valentín Gómez Farías" fue construido en 1944, en Coatzacoalcos, Ver. En las calles de Nicolás Bravo e Ignacio Zaragoza en el primer cuadro de la ciudad. En 1947, se terminó de edificar esta obra y se integraron al conjunto, los pabellones construidos por el H. Ayuntamiento que presidió el Dr. Pedro Patraca.

Actualmente se brindan servicios especializados a población abierta de bajo nivel socioeconómico y beneficiarios del seguro popular. Cuenta con servicios de urgencias, Medicina Interna, Ginecología y obstetricia, Pediatría, Psicología hospitalaria. Además de los servicios de Hospital tiene un área de consulta externa con servicios como Odontología, Psicología, Dermatología, Cardiología, Rx, entre otros.

3.3 METODOS DE INVESTIGACION

CUALITATIVO

Se pretende una comprensión holística, esto es global del fenómeno estudiado, no traducible a términos matemáticos. Presenta un diseño de investigación flexible, buscar comprender, más que establecer relaciones de causa-efecto entre los fenómenos. Durante el tiempo de la investigación se observó y estableció la relación de los factores que detonan una depresión post-parto en la mujer por lo cual las características principales de este trastornos son descritas con claridad.

DESCRIPTIVO

La investigación descriptiva proporciona un perfil detallado de un evento, condición o situación, pretende proporcionar esta visión a partir de datos en forma de palabras o imágenes en lugar de números (cuantitativa). Juntamente con la entrevista para la recopilación de datos se observan las conductas y el estado en que se encuentran las pacientes hospitalizadas.

OBSERVACIONAL

El principal objetivo de la observación es la comprobación del fenómeno que se tiene frente a la vista, con la preocupación de evitar y precaver los errores de la observación que podrían alterar la percepción de un fenómeno o la correcta expresión del mismo. Tomando esto en cuenta durante la investigación se ha observado a las pacientes entrevistadas durante su estancia hospitalaria con la finalidad de comprobar algunos de los síntomas que ellas externan. La observación fue llevada a cabo en el Hospital Regional "Dr. Valentín Gómez Farías" las pacientes se encontraban en el área de Ginecología y diariamente durante su estancia hospitalaria se les hizo una visita en la cual se obtenían datos de como se encontraban, y se vigilaba el estado en que se encontraban.

3.4 TECNICAS DE INVESTIGACION

3.4.1 Entrevista semi-estructurada.

Es la entrevista inicial que se aplica a las pacientes con la finalidad de recopilar la ficha de identificación y establecer el rapport con la paciente, se cuenta con una guía de preguntas básicas, pero al ser cada caso distinto las preguntas se personalizan según el caso por el que se queden en hospitalización.

En los anexos, se encuentra el formato guía de la entrevista realizada. (Anexo 1)

3.4.2 Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

Es una herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo. La EPDS ha sido probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto

La EPDS también ha sido ampliamente validada como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo.

Es una escala de 10 ítems, auto-administrada, que requiere aproximadamente 5 minutos para completar. Cuando los resultados no son concluyentes, la prueba se puede volver a administrar después de 2 semanas. LA EPDS tiene una puntuación máxima de 30. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal. Una puntuación de 12 o más indica una posible depresión, de diversa gravedad. Es un instrumento muy fiable para las evaluaciones secuenciales de síntomas depresivos en el embarazo y en particular, para el tamizaje de un trastorno depresivo mayor.

Con la finalidad de facilitar las respuesta a las pacientes la escala fue aplicada de manera oral, es decir cada ítem fue leído a las pacientes, para que ellas respondieran de la manera mas fácil.

3.4.3 Escala de ansiedad de Hamilton

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma.

No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

3.4.3 Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

La escala fue aplicada por quien realiza la investigación, durante la visita que se hacía a las pacientes, se leían los incisos para facilitar la respuesta de la paciente ya que muchas de ellas no podían escribir.

3.4.5 ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo y permite cuantificar la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento.

El cuestionario fue proporcionado a cada paciente para que ellas mismas leyeran y respondieran según lo que sentían, sin embargo no se dejó solas a las pacientes mientras respondían el cuestionario.

CAPITULO IV.- RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS.

Los resultados de las pruebas proyectivas muestran como resultado distintos rasgos de personalidad podemos encontrar ansiedad, inseguridad, dependencia, el ambiente restrictivo en el cual se encuentran gran parte de las pacientes juega un papel importante, que es reflejado en las pruebas de personalidad que fueron aplicadas durante la investigación, la ambivalencia social va de la mano con la defensividad en la que se encuentran las mujeres que sufren depresión post-parto. Usualmente una mujer con un trastorno del estado de ánimo se vuelve introvertida, presenta sentimientos de inferioridad, es aislada e inaccesible. El descontento con su persona es una barrera que se interpone en el tratamiento de la depresión post-parto, las mujeres afectadas por el trastorno, son distraídas y tienen poco contacto con la realidad en la que viven, presentan sentimientos de inadecuación.

Después del parto las mujeres que tienen pareja presentan una marcada preocupación sexual, y gran inseguridad respecto a su propia imagen, es importante mencionar que una puerpera no puede tener relaciones sexuales durante los próximos cuarenta días, sin embargo durante las entrevistas realizadas fue una de las situaciones en las cuales las pacientes hicieron hincapié, esta preocupación fue corroborada en el test proyectivo, el conflicto sexual mucho tiene que ver con el momento que esta atravesando la mujer, generando como resultado un estado de poco control en la situación y se mantiene alejada de la realidad, existe una pérdida de la autonomía, reforzando con ello la inseguridad, el aislamiento y la represión.

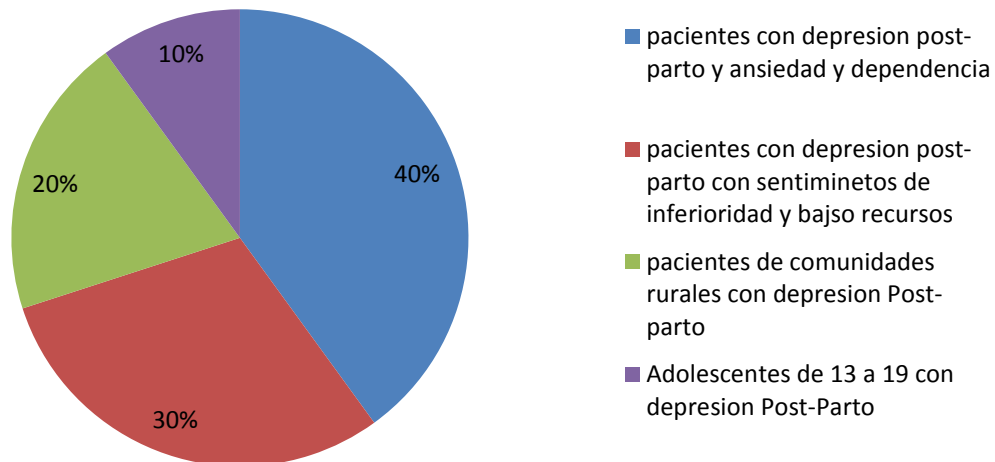
Algunas pacientes presentan rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva, quienes manifiestan esto, tienen un nivel de ansiedad muy elevado que constantemente se ve intensificado por la inseguridad.

Las pacientes que oscilan entre los 13 y 19 años que han quedado embarazadas por producto de una violación o por un embarazo no planeado; presentan frustración, fantaseo, poco contacto con la realidad, inseguridad, miedo e

indecisión, es importante mencionar que la gran mayoría de ellas son de bajos recursos, no tienen estudios y en ocasiones no cuentan con apoyo por parte de los padres o algún otro familiar. La mala orientación de la realidad en la cual se encuentran hace que su depresión post-parto sea mucho más severa y aun cuando tienen a sus bebés a un lado ellas no relacionan que ahora ya son madres, para el hospital representa un problema puesto que han registros de casos en los cuales las jóvenes madres han intentado dejar a los bebés abandonados dentro de la institución. Quienes han quedado embarazadas por producto de una violación, en cada uno de sus test proyectivos denotan inmadurez.

Los sentimientos de rechazo que expresan las pacientes hace más difícil que puedan aceptar la ayuda psicológica, se tornan paranoicas y aisladas. Trabajar con este tipo de pacientes requiere de mucha paciencia por parte de todos los que la atienden, desde el ginecólogo, enfermeras hasta el psicólogo que la atiende durante la estancia en el hospital. Esto se debe a que al estar en depresión no siempre están dispuestas a colaborar en el tratamiento. Por ello es importante estar informado sobre como tratar este padecimiento y como detectarlo.

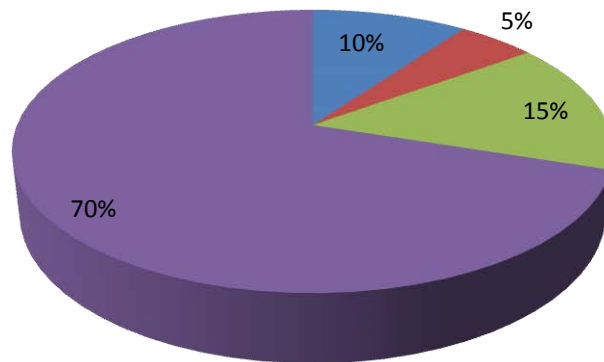
DEPRESION POST-PARTO INCIDENCIA



Total de pacientes: 30

ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG

■ Rango normal ■ ligeramente deprimido
■ moderadamente deprimido ■ Severamente deprimido



Total de pacientes: 30

4.2 CONCLUSION

Durante la presente investigación se ha buscado conocer a fondo los factores que generan una depresión post parto, y de esta manera lograr describir e identificar las causas que hace a una mujer más propensa a este padecimiento. Los factores son variados: edades extremas de las puérperas, dificultades conyugales, problemas en el entorno, complicaciones durante el proceso gestacional, patologías gineco-obstetricas (dificultades en el parto), problemas con el nivel socioeconómico y problemas con la lactancia materna.

La depresión no respeta ni raza y edad, ya que cualquier persona está expuesta a sufrir un trastorno de estado de ánimo hay factores como el biológico o el psicosocial, que actúan como potenciadores para que este trastorno se presente o no. Es necesario mencionar que en una mujer embarazada el factor biológico juega un papel de vital importancia, con los cambios gestacionales las hormonas se encuentran alteradas y esto le da una probabilidad más alta, si la mujer tiene antecedentes genéticos de depresión la vulnerabilidad es alarmante, si la madre es adolescente y hay poco apoyo por parte de la pareja o los padres se juntan los propios miedos de la madre, en caso de que no ser adolescente y no que no sea primigesta sino por el contrario, una mujer de edad avanzada los riesgos que puede tener durante todo el proceso gestacional son causas muy comunes para estresar a la mujer y que desemboque en una depresión post-parto.

El factor socioeconómico juega un papel preponderante, ya que su rol principal es la manutención del hijo y antes que eso la resolución del parto, la relación con un nivel económico bajo es proporcional a las mujeres con diagnóstico de depresión post-parto; dentro de este no solo se encuentra tener un empleo estable y un hogar con los servicios básicos, también encontramos una prevalencia con las mujeres con una relación estable, actualmente no podemos decir que las casadas son menos propensas a la depresión post-parto ya que se encontró que quienes durante el proceso de gestación tienen problemas con su pareja o con familiares cercanos como; padres, hermanos, etc. Tiene poca tolerancia a este evento vital y al no tener una seguridad del entorno además del estrés que experimentan, la

relación con su bebe se torna conflictiva y por ello expresan una insatisfacción durante esta etapa.

Las manifestaciones clínicas de una depresión post-parto van desde una tristeza ocasional y leve hasta intentos suicidas. La tristeza es el síntoma más frecuente y constantemente la mujer expresara su insatisfacción así como la desgracia por la que esta atravesando, los síntomas irán empeorando día con día, se pueden notar que los cambios de ánimo son más fuertes en una parte determinada del día, es decir en la mañana o por las tardes. Junto a la sensación de tristeza la paciente se encuentra constantemente irritable tanto con la pareja como con el bebe u otros hijos si es que los tiene. La pareja y la familia son en quienes generalmente pagaran las consecuencias de la irritabilidad y probablemente no entiendan que es lo que pasa. Después del parto es natural que la madre se sienta fatigada y abrumada, pero una mujer con depresión post-parto puede llegar a pensar que está enferma y entonces notamos que si no hay un buen ambiente de apoyo por parte de los familiares y los médicos se prolonga el estado y esto se convierte en un factor para ser candidata de este padecimiento.

Las probabilidades de desarrollar depresión post-parto dependen en gran manera del entorno en el cual se da la gestación, del apoyo que la mujer sienta por parte de su familia y también el factor biológico tiene un rol importante, sin embargo el trastorno de ánimo no se rige por este. Quienes viven en condiciones de bajos recursos o en localidades rurales son mucho mas vulnerables que las mujeres que viven en una comunidad urbana. La falta de información pone a la población en general en riesgo, ya que si no conocen nada del padecimiento la probabilidad de que sean atendidas es menor y esto entorpece su calidad de vida, esto nos lleva a considerar la posibilidad de un desenlace fatal, es muy importante que se anime a la paciente que externe como se siente o las dudas que tiene respecto al acontecimiento, por el cual esta atravesando, esta es una de las maneras en la que podemos darnos cuenta si hay una depresión post-parto o una tristeza por estancia hospitalaria.

PROPUESTA PSICOLOGICA

1.- Facilitar la prevención primaria a cada madre ya sea durante su evaluación prenatal en las salas de consulta externa o bien durante el puerperio inmediato en la sala de maternidad realizando exposiciones y pláticas en las que se debe a conocer los principales signos y síntomas de la depresión posparto, el período de aparición y la duración de los mismos, para que por este medio las madres reciban la información apropiada para poder identificar por sí mismas la sintomatología y poder así buscar ayuda calificada. Las exposiciones incluirán de manera específica signos, síntomas y los factores de riesgo.

Juntamente con las pláticas a las madres en el área de la consulta externa se pueden proporcionar trípticos en donde se ilustren los principales síntomas y las causas que podrían desencadenar la depresión post-parto. Se debe alentar a las pacientes a que se apoyen en su pareja o familiares más cercanos a que los lazos de cariño y confianza siempre serán de mucha ayuda tanto en la prevención, como el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo. Juntamente con las pláticas de detección de la depresión post-parto el facilitador debe incluir técnicas de manejo de estrés y de respiración para las futuras madres.

2.- Durante las sesiones de educación continua que da semanalmente el Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, que consisten en la exposición de casos clínicos para su estudio y discusión se pueden incluir temas relacionados con la detección y el diagnóstico de la depresión post-parto, tomando en cuenta que las pacientes se encuentran en el hospital el personal puede ver con claridad los signos presentados. Durante el estudio de caso clínico se presentara el caso más reciente que se encuentre en el hospital para poder dar un seguimiento preciso a la paciente hospitalizada.

3.- Capacitación con talleres vivenciales para la detección y prevención con el personal médico, de enfermería y trabajo social para poder trabajar de manera mas compleja con la pacientes. Proporcionará a los doctores la información para facilitar la identificación de las pacientes.

Si los médicos y enfermeras detectan tempranamente los síntomas desde que toman la historia clínica, pueden canalizar a la paciente al servicio de psicología hospitalaria para aminorar el impacto que puede provocar la depresión en la mujer. Juntamente con la detección de síntomas se puede proporcionar un formato a los médicos y trabajo social que les facilite la discriminación de una paciente en riesgo de padecer depresión post-parto. De igual manera se debe sensibilizar el personal paramédico para que manejen con más delicadeza a las pacientes recién paridas, proporcionando con esto un mejor servicio y de mayor calidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV - Primera edición. Barcelona: Editorial Masson SA, 2003
- 2.- Ayala, A. Depresión en el embarazo y postparto. OFFARM, 2007
- 3.-Ortega L, Lartigue T, Figueroa E. Prevalencia de depresión a través de la escala de depresión perinatal de Edinburgh (EPDS) en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. Perinatol Reprod Hum. 2001.
- 4.- Vargas-Mendoza, J.E. y García-Jarquín, M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18
- 5.- Myers, David G.; PSICOLOGIA; Editorial Médica Panamericana
- 6.- Ayala, A. Depresión en el embarazo y postparto. OFFARM, 2007
- 7.- Mendelson, M. Psychoanalytic Concepts of Depression (Cap. VII). New York
- 8.- Moscoso, M.S. Manejo cognitivo-conductual del estrés. Psicología clínica.
- 9.- Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES. Psychosocial stress and pregnancy outcome. Clin Obstet Gynecol. 2008
- 10.- Latorre Latorre JF, Contreras Pezzotti LM, García Rueda S, Arteaga Medina J. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. Revista colombiana de obstetricia y ginecología vol. 57 no. 3. 2006. (pag.156-162)
- 11.- Amar, J., Pesellín, M., Andrade, D., & García, T. Vínculo de apego que establecen padres con hijos nacidos de embarazos múltiples. Salud Uninorte.2009
12. -Lockwood CJ. Stress-associated preterm delivery: The role of corticotropin-releasing hormone. 1999
- 13.- Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS. 1992.

- 14.- Bonari L , Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G., Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. Can J Psychiatry. 2004
- 15.-Moore. Keith, Dalley. Arthur. "Anatomía con orientación clínica". Pág. 74 a 80. Editorial Médica Panamericana. Cuarta edición. Año 2002.
- 16.- Clay EC, Seehusen DA. A review of postpartum depression for the primary care physician. 2004.
- 17.- Lara MA, Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. Salud Mental. 2012.
- 18.-Chaudron LH, Szilagyi PG, Tang W, Anson E, Talbot NL, Wadkins H. Accuracy of depression screening tools for identifying post-partum depression among urban mothers. Pediatrics. 2010.
- 19.- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. 1987.
- 20.- Ocampo R, Heinze G, Ontiveros-Uribe MP. Detección de depresión postparto en el Instituto Nacional de Perinatología y Psiquiatría. 2007.
- 21.- Nielsen D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby-Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. BJOG. 2000
- 22.- Gómez MS. Patología psiquiátrica en el puerperio: psicosis puerperal. Revista Neuro-Psiquiatría. 2002.
- 23- Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, Alex M, McDonald C. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012
- 24.- Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Salas-Martínez C, Martínez-García. Validation of the Edinburgh Postpartum depression Scale in a population of puerperal women in Mexico. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2006.
- 25.- Arranz L, Ruiz J, Aguirre W, Carsi E, Ochoa G, Camacho M. Modelo de intervención temprana en la depresión postparto en un hospital de tercer nivel. 2012.
- 26.- Cloninger S. Cattell. Teorías analítico-factoriales de los rasgos. Pearson Educación; 2003.

27- Bao L. Mental health of women with accidental pregnancy. Chinese Mental Health Journal. 2001

28.- Arnaldos Herrero J, Martos Gutiérrez J, Hernández Martínez J. Personalidad y emesis gravidica. An Psiquiatr. 1997;

29.- Nelson DB et al. 2003. Does stress influence early pregnancy loss Ann Epidemiol

ELECTRONICAS

[http://www.conductitlan.net/43 depresion post parto presencia manejo psicologi co.pdf](http://www.conductitlan.net/43_depresion_post_parto_presencia_manejo_psicologi_co.pdf)

ANEXOS

ENTREVISTA INICIAL

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Cuántos años tiene?
3. ¿Cuál es su domicilio?
4. ¿cuenta con servicios como agua, luz, internet, cable?
5. ¿De dónde es?
6. ¿Tiene familiares en la ciudad?
7. ¿Cuándo nació su bebé?
8. ¿Quién le acompaña?
9. ¿Quién en casa le espera?
10. ¿Cuántos días de estancia hospitalaria tiene?
11. ¿Fue un bebé de término, hubieron complicaciones? (en caso de que el bebé se quede en la incubadora preguntar con que pronóstico o diagnóstico se queda).
12. ¿Lo tuvo por cesárea o parto natural?
13. ¿Es su primer bebé?
14. Si tiene más hijos, preguntar cuántos y edades
15. ¿Fue un embarazo planeado?
16. ¿Qué diagnóstico le dieron los médicos? (en caso de eclampsia o preclásica)
17. ¿Actualmente vive con su pareja?
18. ¿A qué se dedica usted y su pareja?
19. ¿Cómo fue el ambiente en casa durante el embarazo?
20. ¿Cómo se siente la mayor parte del día? (Feliz , preocupada, temerosa)

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. 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.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1 -

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

	N	A	B	C	S
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad.					
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo.					
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.					
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.					
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.					
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudor copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.					
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.					
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.					
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.					
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.					
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.					
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.					
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.					
19. No se lo que pasa, me siento confundida.					
20. Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)					
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					

TOTAL :

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1 -

PUNTUACIONES: ζ / 84 – DEPRESIÓN -

PACIENTE:

FECHA:

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

	TEST DE HAMILTON				
	N	A	B	C	S
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Llora con facilidad	0	1	2	3	4
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo	0	1	2	3	4
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Ha go mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.	0	1	2	3	4
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.	0	1	2	3	4
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.	0	1	2	3	4
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudor copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.	0	1	2	3	4
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.	0	1	2	3	4
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.	0	1	2	3	4
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.	0	1	2	3	4
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.	0	1	2	3	4
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.	0	1	2	3	4
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.	0	1	2	3	4
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.	0	1	2	3	4
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.	0	1	2	3	4
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.	0	1	2	3	4
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.	0	1	2	3	4
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.	0	1	2	3	4
19. No se lo que pasa, me siento confundido.	0	1	2	3	4
20. Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)	0	1	2	3	4
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.	0	1	2	3	4