

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

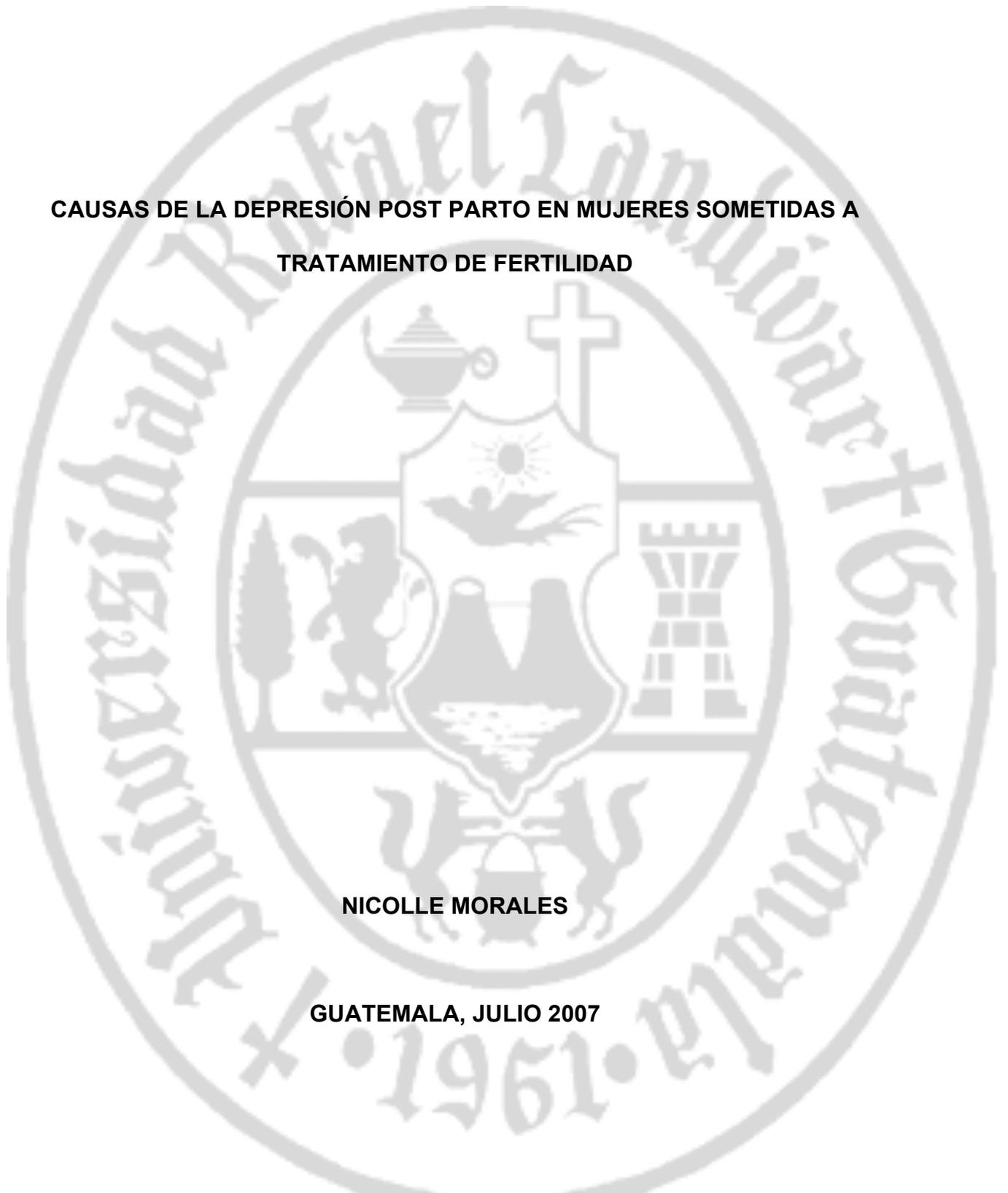
FACULTAD DE HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**CAUSAS DE LA DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES SOMETIDAS A
TRATAMIENTO DE FERTILIDAD**

NICOLLE MORALES

GUATEMALA, JULIO 2007



RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar las diferentes causas de la depresión post parto en mujeres sometidas a tratamientos de fertilidad. Se estima que la mayoría de mujeres sometidas a tratamientos de fertilidad, sufren de depresión post parto. Tal es el caso de las 4 mujeres adultas, sujeto de estudio, a las cuales se aplico el Cuestionario de Beck y una entrevista abierta de 15 preguntas logrando identificar las diferentes causas de la depresión post parto en las sujetos del estudio.

Las causas que se determinaron son: El Síndrome de madre perfecta, la frustración de no ser madre en el momento deseado, las expectativas sociales y familiares, el impacto en la mujer y en la pareja, así como los mitos de los anticonceptivos y las creencias religiosas. De igual forma el tratamiento de fertilidad al que se expusieron las parejas es una de las causas principales.

Las recomendaciones se dirigen en especial a los y las profesionales de psicología, médicos y en especialmente a quienes atienden casos de infertilidad.

INDICE

I. Introducción	6
1.1 Embarazo	15
1.2 Depresión	26
1.2.1 Depresión post parto	29
1.2.2 Causas de la depresión post parto	32
1.2.3 Madre perfecta	32
1.2.4 Relaciones sociales y apoyo social	33
1.2.5 Situación del matrimonió y la intimidad con la pareja	34
1.3 Madresolterismo	34
1.4 Situación económica	34
1.5 Salud	34
1.5.1 Factores psicológicos asociados en al depresión post parto	35
1.6 Infertilidad	36
1.7 Pérdida de la relación con personas emocionalmente importantes	44
1.8 Impacto psicológico del la mujer	47

1.9 Tratamiento de infertilidad	48
1.9.1 Los tratamientos de reproducción asistida	49
1.9.2 La inducción de la ovulación	49
1.9.3 La inseminación artificial conyugal	51
1.9.4 Fecundación In Vitro	52
1.9.5 La inseminación artificial con semen donante	52
1.9.6 Donación de ovocitos	53
1.9.7 Diagnostico preimplantatorio	54
II. Planteamiento del problema	56
2.1 Objetivos	57
2.2 Elementos de Estudio	57
2.3 Definición de elementos de estudio	58
2.4 Alcances y límites	59
2.5 Aporte	60
III. Método	61
3.1 Sujetos	61
3.2 Instrumento	62
3.3 Procedimiento	65
3.4 Tipo de investigación	66

IV.	Presentación de Resultados	67
V.	Discusión de Resultados	99
VI.	Conclusiones	109
VII.	Recomendaciones	111
VIII.	Referencias Bibliográficas	113

ANEXOS

I. INTRODUCCIÓN

Por naturaleza la mujer tiene la capacidad de procrear seres humanos. Esta capacidad se desarrolla por medio de un proceso biológico, el cual es conocido como fecundación. La fecundación es la concepción de un ser humano mediante la unión de un espermatozoide y un óvulo. Desde el momento de la concepción, la mujer atraviesa por cambios físicos y psicológicos debido a su nuevo estado.

Durante este período se presentan diversas manifestaciones emocionales, dentro de las más comunes se puede mencionar: la ansiedad y la incertidumbre (Karson, 1987).

Este trabajo tiene como objetivo determinar las causas de la depresión post parto en mujeres que experimentan un proceso de infertilidad, el cual afecta emocionalmente al momento en que se decide tener un hijo y la pareja se ve incapacitada para lograrlo. Tanto en esta etapa como en el post parto la madre se ve afectada por las siguientes causas: la madre perfecta, la importancia de una buena relación social, la intimidad en la pareja, el madresolterismo y la situación económica.

En esta investigación tiene como finalidad dar a conocer en concretamente la existencia de las causas de la depresión post parto en esta población específica para que las mismas sean tratadas. Esto

ayudará a que las madres tengan conocimiento de los cambios psicológicos sufridos después de dar a luz.

Cyrano (1980) menciona que la depresión post parto consiste en el desarrollo de un decaimiento emocional en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión se justifica fácilmente. Sin embargo, en muchos casos la depresión se arraiga en trastornos más complicados, por ejemplo, hijo no deseado, deformaciones congénitas, etc. En la mayoría de las ocasiones la depresión parece no tener sentido.

Probablemente no existe una causa única, más bien diferentes tipos de estrés que pueden tener la misma consecuencia o que pueden actuar conjuntamente. Se sabe que entre los factores de riesgo se encuentra:

- Una historia previa de depresión
- Una falta de apoyo por parte de la pareja.
- Un bebé prematuro o con cualquier tipo de enfermedad.
- El que la nueva madre hubiera perdido a su madre cuando era niña.
- Una acumulación de acontecimientos vitales adversos, como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida del empleo de la paciente o de su pareja, problemas económicos, problemas de vivienda, etc.

La depresión post parto se inicia en las primeras cuatro semanas después del alumbramiento de un hijo los síntomas frecuentes son: el cambio en el ánimo, la preocupación del bienestar del niño, cambios drásticos en el cuerpo y aumento de peso entre otras. Las mujeres que presentan episodios depresivos en el post parto padecen a menudo de ansiedad intensa e incluso

crisis de angustia. Las actitudes maternas frente al niño son variables, las cuales pueden ser desinterés, miedo a no ser una buena madre, por mencionar unas de ellas (Karson ,1987).

En general, la aglomeración de tristeza e irritabilidad ocurre tras unos días después de dar a luz. Para algunas mujeres, el desajuste sentimental por la maternidad se puede tornar en depresión post parto y este sentimiento puede durar meses o años. Se piensa que las mujeres que mantienen un sentimiento de tristeza en el embarazo están en mayor riesgo de pasar por depresión post parto.

En Guatemala y otros países, se han llevado a cabo estudios sobre la depresión post parto e infertilidad, los cuales ayudan a desarrollar este trabajo de investigación.

León (2004) realizó una investigación sobre los Aspectos Sociales y Emocionales en mujeres infértiles en una clínica privada de Guatemala, en la cual trabajó con 33 mujeres en tratamiento de Fecundación In-vitro. Para ello se elaboró un cuestionario, el cual fue contestado por mujeres atravesando por un tratamiento de infertilidad. Se les solicitó que respondieran de la manera más sincera posible. Se llegó a la conclusión que las mujeres mantienen una buena red de apoyo social en la que destaca el esposo y la familia.

Así mismo, Berthiaume, Saucier y Borgeat (1998) llevaron a cabo un estudio en Guatemala en el que se evaluó la sintomatología depresiva de un

grupo de 350 mujeres del área rural a principios del segundo trimestre de gestación. Los resultados del estudio indican que las mujeres con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan niveles más bajos de depresión post-parto.

Por otra parte, Condon y Corkindale (1997) desarrollaron un estudio con el objeto de evaluar el estado emocional de la mujer embarazada del área rural y cómo puede influir esto en el apego maternal de la misma durante el embarazo, como después del mismo. Los resultados del estudio demostraron de manifiesto que las madres con un menor apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como los niveles más bajos de apoyo social fuera de su relación en pareja. Estos resultados indican, por tanto, que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye notablemente en su apego maternal.

Bernazzani, Saucier y Borgeat (1997) realizaron un estudio en Guatemala del área rural y evaluaron a un grupo de mujeres que se encontraban en el segundo trimestre de gestación. Observaron la presencia de alteraciones emocionales en las mujeres embarazadas. Estas alteraciones emocionales se asociaron con factores psicosociales diferentes. Mientras que la sintomatología depresiva se asoció más a las relaciones interpersonales, estresores e historia psiquiátrica, depresiva y, por otra, la presencia de miedos relacionados con el embarazo.

Sherbourne y Wells (1997) analizaron la influencia de pacientes ambulatorios deprimidos en Guatemala. Todos los pacientes recibieron asistencia en centros de salud. Se utilizó distintos instrumentos clínicos y diagnósticos para evaluar la depresión y concluyó que todos los tipos de ansiedad aumentan un nuevo episodio depresivo durante dos años, después de recibir la asistencia médica.

Miller (1997) evaluó a largo plazo la depresión mayor grave, en pacientes con una enfermedad suficientemente importante para justificar de la hospitalización en Guatemala. Se contactó a estos mismos pacientes tras de 7 años de la hospitalización y mostrando un episodio a largo plazo de enfermedad depresiva. Los causales de la depresión se reflejaron en el estado civil, edad, enfermedad y funcionamiento de la familia.

La investigación de la depresión en adolescentes guatemaltecos hecha Berganza y Aguilar (1989, 1992), dio como resultado que un 35% de ellos presentaba depresión. Entre ellos, 20.9% eran de sexo masculino y 48.8% eran de sexo femenino. En un estudio posterior, en el que se buscaba replicar el estudio anterior y en el que se investigó acerca de la correlación existente entre "Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos" (Aguilar, Eduardo y Berganza, 1996) también se encontró niveles significativos de depresión en adolescentes en un 28.8%, la cual resultó equivalente al estudio anterior. Igualmente las diferencias de género persistieron, presentando los hombres un 21.6% y las mujeres un 36.6%. También se encontró una

correlación negativa significativa entre depresión y autoestima ($r = -.612$, $p < .05$).

De acuerdo al DSM –III- R, en ambos estudios la depresión se definió como un trastorno en el estado de ánimo con una duración de, por lo menos ,2 semanas; caracterizado por sentimientos de tristeza, variaciones en el apetito, disminución en el grado de actividad, pérdida de interés en actividades que antes proporcionaban placer y alteraciones en el sueño. Se utiliza la escala “CES-DC-M” (Center for Epidemiological Studies- Depresión scale for Children- Modificada) para medir el grado de depresión. Con su versión modificada y validada para Guatemala por Aguilar y Berganza (1990).

Así mismo Herrmannsdörfer (2005), llegó a la conclusión que los datos obtenidos en el Hospital Nacional diurno de Salud Mental y considerando los datos de estadística de consulta externa y emergencias por procedencia, hasta el año 2004, se obtienen los siguientes datos de casos reportados, según edad y género, provenientes de toda la República de Guatemala.

Al tomar en cuenta los datos según edad y género de la totalidad de casos presentados hasta el año 2004 al Hospital Nacional de Salud Mental (todos los diagnósticos realizados para todos los casos), se observa que los Episodios Depresivos representan el siguiente porcentaje de casos (según edad y género)

Tabla 1.1 Resultados de los episodios depresivos según las edad y género y los episodios depresivos en el hospital de Salud Mental .

Herrmannsdörfer (2005)

Total por Edad	Total de personas del sexo Masculino	Total de personas del sexo Femenino	% Episodios Depresivos Masculinos	% Episodios Depresivos Femeninos
De 20 a 44 años	11484	11131	6.77%	17.49%

Fuentes Cabrera (2003). En cuanto a tratamientos aplicados en Guatemala, se realizó un censo (entrevisto) informal con diez Licenciados en Psicología Clínica, quienes trabajan con pacientes en consultorios privados en un edificio de especialidades médicas en la Ciudad de Guatemala (Edificio Multimédica). Ellos coinciden en trabajar en conjunto con Psiquiatras, de manera que se combinen psicofármacos y psicoterapia. Respecto al tipo de psicoterapia predilecta, al tomar los mismos diez Licenciados en Psicología se logró determinar que los métodos más utilizados son:

- Terapia Conductual IV
- Terapia Cognitiva VI
- Terapia cognitiva más hipnosis II

En la entrevista realizada al Dr. León, (Médico Psiquiatra) quien labora en el Hospital Nacional de Salud Mental y atiende en un consultorio privado; comentó en relación al tratamiento que elige son principalmente psicofármacos tanto en el Hospital, así como en su consultorio. A continuación se presenta un resumen de los datos presentados por él, los cuales son basados en su propia experiencia. En conclusión en Guatemala los Episodios Depresivos representan el 8.63 % de los casos tratados en el Hospital Nacional de Salud Mental, para pacientes masculinos y el 19.93% para pacientes femeninas. Los casos nuevos suman un total de 89 pacientes masculinos y 194 pacientes femeninas.

Enmarcada la diferencia entre pacientes Femeninas y Masculinos. El tratamiento de elección es Psicofármacos en conjunto con Psicoterapia, lo que requiere una adecuada integración entre especialistas de la Salud para el manejo de este tipo de casos. No fue posible obtener datos sobre la eficacia de tales tratamientos en Guatemala, por lo que es necesario realizar futuras investigaciones para conocer tales datos.

En otros países, se ha llevado a cabo estudios sobre la depresión en diferentes ámbitos. Entre las publicaciones realizadas, se pueden mencionar a los siguientes autores:

Canaval (1998) realizó un estudio en España, tomó como muestra a mujeres deprimidas que comprenden entre edades de 20 y 39 años, casadas o con un mínimo de un año de convivencia en unión libre, sin antecedentes psiquiátricos, que no consumieran alucinógenos y que no hubiesen tenido embarazo múltiple ni complicaciones en el mismo por

hipertensión o diabetes. La investigación fue de carácter cuantitativo y cualitativo y se concluyó que, tras la necesidad de la mujer después del parto, es importante el apoyo de la familia, pareja y amigos.

O'Moore, Harrison, Murphy y Carruthers (1983) Realizaron un estudio en Estados Unidos y compararon 15 parejas infértiles con 10 parejas fértiles sin dificultad de concepción. A todos los sujetos se les administró el STAI, el Taylor Manifest Scale, el 16PF y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck. Los resultados demostraron que los niveles elevados de prolactina indican estrés emocional, el cual contribuye a la infertilidad en las parejas.

Morris (2003) realizó un estudio determinar la prevalencia de la depresión post parto utilizando el Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) en una zona urbana de la ciudad de México. De las 443 pacientes citadas para visitas post partos durante este período, 285 (64%) se presentaron, 121 (42%) participaron en el estudio, y solamente una no completó el cuestionario; 27 (22%) pacientes de ellas 121 pacientes tuvieron un tamiz positivo para depresión post parto y ocho (6.6%) reportaron experiencias de ideas suicidas en de la semana previa.

Sin el uso de herramientas de sondeo, los encuestadores detectaron 16 (13%) pacientes, quienes pensaron que estaban en riesgo de depresión postparto. De esas 16 pacientes, 14 tuvieron resultados positivos en EPDS, 8 tuvieron eventualmente depresión clínica diagnosticada. En conclusión, un mayor número de mujeres que el esperado, tienen un alto porcentaje para

recaer en depresión post parto. Estos hallazgos inesperados sugieren la necesidad de mayores recursos para ser dirigidos directamente a la investigación, identificación y tratamiento de depresión post parto en zonas urbanas.

Con relación a todos los estudios mencionados sobre la depresión, se llega a la conclusión, que muchos de los factores del entorno pueden alterar la conducta, humor, carácter y estado emocional en las futuras madres, que carecen o tienen un vínculo cercano con la familia, amigos y pareja.

1.1 EMBARAZO

El milagro de la maternidad y el período de transición de mujer a madre ha cautivado a todas las culturas a lo largo del tiempo. La maternidad es uno de los roles más importantes en la mujer, que va desde la reproducción de la especie, la paridad, la crianza y el desarrollo de los hijos, hasta verlos convertirse en adultos.

Sin embargo, la maternidad no sólo radica en conductas encaminadas a la protección, alimentación y cariño a los niños. La maternidad da a las mujeres poder; una vez que una mujer se convierte en madre adquiere poder y un estatus ilimitado. (Noriega, 2004)

Desde la antigüedad, el útero y su simbolismo han fascinado a la humanidad. Aunque a muchos órganos y sus patologías se les ha asociado a

significados tanto simbólicos como psicológicos, dinámicos, conflictivos y sintomáticos, el útero tiene un papel especial.

El término “histeria” se acuñó hace más de dos mil años y aún en este siglo continúa siendo importante. Hipócrates consideró la histeria como “una enfermedad psiquiátrica causada por la migración uterina fuera de la pelvis”.

La interfase entre la psiquiatría, la ginecología y obstetricia data desde hace tiempo, sin embargo que es en las últimas décadas que adquieren mayor trabajo en conjunto. La psiquiatría comienza a profundizarse en la respuesta femenina y masculina, en la fisiología reproductiva de la mujer, en los eventos y en los hechos alrededor de la concepción, en la frustración cuando esta no se logra y en las reacciones ante enfermedades ginecológicas, así como en la historia sexual. Numerosos estudios clínicos y experimentales realizados en los últimos años han contribuido a tener más amplio conocimiento sobre el desarrollo psicosexual femenino, la sexualidad y psicopatología. (Noriega, 2004).

Muchas enfermedades psiquiátricas, como son: algunos trastornos de la personalidad, alimentación, ansiedad y del estado de ánimo, tienen como parte de su etiología, historias de abuso sexual o de enfermedades transmitidas sexualmente. El trabajo en común entre ginecólogos y psiquiatras se ha ampliado a partir que las nuevas tecnologías reproductivas han ayudado a procrear a muchas parejas con esterilidad. La capacidad adaptativa,

frustraciones y los mecanismos de entretenimiento de estos pacientes han modificado la visión de los psiquiatras en la actualidad.

Es por eso que la corriente psicoanalítica fue la primera en resaltar el simbolismo de la maternidad y el cambio de niñas a mujeres; y aunque la teoría de Freud sobre el embarazo ya se considere anticuada, no debe de olvidarse. Freud consideró que el deseo de las niñas hacia el embarazo era una forma de adaptación a sus conflictos edípicos; estableció que debido a que las niñas carecen de pene, padecen síntomas de castración y depositan su enojo contra sus madres debido a este sentimiento. La forma final de resolución de esta envidia del pene, es el reemplazamiento por el deseo de un bebé. Con el tiempo, esta perspectiva ha cambiado (Benecdeck, 1970) y enfatiza que el embarazo es un deseo básico biológico, no una función sustitutiva ante la ausencia de pene. (Kestenberg 1977, Lester 1986). El deseo de ser madre también está basado en una identificación con la esencia femenina, y con la identificación de la mujer con su propia madre.

Tomando en cuenta la necesidad y el deseo de ser madre, la maternidad también genera cambios físicos y emocionales en la mujer, es por eso que Bibring (1959), menciona que el embarazo genera cambios psicológicos y corporales, al igual que la menarquia y la menopausia genera una crisis emocional; estos cambios biológicamente determinados llegan a un punto final donde no hay regreso, lo mismo sucede con la maternidad.

La modernidad también ha puesto al embarazo en una oposición diferente desde el arribo de los métodos anticonceptivos hasta la legalización del aborto. Realmente, los cambios psicológicos del embarazo no empiezan en la concepción, el deseo de la maternidad empieza desde la infancia y continúa a lo largo de la vida. Las niñas se preparan para ser madres desde que empiezan a jugar.

Las niñas y mujeres se imaginan a sí mismas como madres y de esta manera fantasean con sus futuros hijos. Cuando las mujeres encuentran a su pareja, estas fantasías o representaciones empiezan a tener más elaboración, surgen los deseos reales de la maternidad y empieza a adquirirse conocimientos sobre el futuro padre de su hijo. Una vez que las mujeres se embarazan, empieza una búsqueda ávida de información sobre el feto, sobre ellas mismas y sus hijos.

Después de ocurrida la concepción, se observan tres fases psicológicas a lo largo del embarazo, que corresponden a los tres trimestres del mismo. Estas etapas están influenciadas por factores culturales, psicológicos y biológicos.

- **Primera Etapa**

La primera etapa del embarazo empieza cuando la mujer se da cuenta que está esperando un hijo y termina cuando experimenta movimientos fetales; esto ocurre durante los primeros 4 meses y medio de gestación. Durante esta etapa, la madre expectante desarrolla desagradables síntomas físico como

náusea, vómito y asco, que pueden generar sentimientos ambivalentes respecto al embarazo. Algunas mujeres muestran cambios conductuales, como la negación del embarazo. Es por eso que el sentimiento predominante negativo durante esta primera etapa es el miedo al aborto. Otros sentimientos que se observan son un aumento en la emotividad, preocupación por las necesidades corporales, principalmente alimentos y, en algunas ocasiones, ideas obsesivas de mantener el embarazo en secreto hasta llegar al segundo trimestre.

Uno de los cambios somáticos que ha sido olvidados y al cual no se le ha dado importancia, es las alteraciones de memoria que ocurren en el primer trimestre, como lo demostró el estudio de Raphael –Leff, quien señaló que más del 80% de las mujeres embarazadas sufren alteraciones, comparadas con 16% de sujetos control (Cohen 2003).

- **Segunda Etapa**

La vivencia de esta segunda etapa es de mayor tranquilidad, bienestar y placer y, generalmente, desaparecen las molestias y los síntomas físicos; los movimientos fetales están presentes anunciando a las madres que el bebé está allí, con la consiguiente advertencia o conciencia que la vida existe dentro de ella. A partir de este momento, la mujer entra en una etapa de paz y confianza e inicia un vínculo emocional con su hijo que durará para siempre.

Entre el cuarto y el séptimo mes, hay un enriquecimiento de la relación con “el hijo que será “ y aparecen los sentimientos de maternidad, que se

identifican como una serie de conductas indicativas de la creación de vínculo, como son hablarle al bebé llamándolo con su nombre cariñoso, acariciándolo y constantemente enseñándole los movimientos fetales a la pareja. Con el advenimiento del ultrasonido, el inicio de esta etapa se va acelera.

El vínculo maternal, que aparece entre el primero y segundo trimestre del embarazo, se ha intentado relacionar con niveles hormonales; aunque aún no existen resultados contundentes, a pesar que el incremento de los niveles de estrógeno y progesterona a través del embarazo se ha asociado con sentimientos más fuertes de vínculo en el post parto.

Con la disminución de los movimientos fetales en el último trimestre del embarazo, la madre empieza a diferenciar al feto de sí misma y esta etapa está relacionada al proceso de separación e individualización de su propia madre. Cohen (2003)

En esta fase, algunas mujeres muestran ansiedad al identificarse con su propia madre o con ser madre. La resolución típica de este período es trabajar con actitudes previas que ayudaron a las mujeres a separarse de sus madres en fases más tempranas de su psicodesarrollo y los conflictos no resueltos con su propia madre son más angustiantes que los conflictos maritales y son un factor premedito de mala adaptación al embarazo. La mujer embarazada sin conflictos en esta etapa valora más a su madre y a la maternidad en general.

Rubín (1970) señala que las mujeres embarazadas aceptan al feto como entidad separada de ellas, pueden desarrollar sentimientos de ambivalencia acerca del embarazo, debido a que para algunas produce dolor y para otras significa alivio y sienten que existe una vida dentro de ellas, lo que hace que aparezca o se incremente un sentimiento de dicha en algunos casos de mujeres y un sentimiento de dicha.

Sin embargo, algunas mujeres tienen resentimiento hacia el feto o reportan sentimientos de malestar ya que son tratadas como embarazadas, no como personas.

- **Tercera Etapa**

La etapa final y psicológica del embarazo se caracteriza por molestias físicas secundarias a las características obstétricas de este último trimestre: un abdomen prominente, dificultades para realizar tareas habituales, cambios en el ciclo del sueño, etc.

Durante esta etapa, el vínculo madre hijo alcanza su máxima expresión e inicia la conducta del nido o de anidar. Éstas son las preparaciones que se realizan ante la llegada del bebé como comprar muebles y ropa y así como seleccionar un nombre. La ausencia de esta conducta de anidamiento indica una mala adaptación al embarazo o rechazo al mismo.

Durante esta etapa, también se observan preocupaciones respecto a la salud del bebé y las condiciones del parto.

Durante esta etapa final, nuevamente centran su atención en las sensaciones corporales y en su apariencia personal. Hoffmeyr (1998) reportó

que alrededor de las 36 semanas de gestación, el 20% de las mujeres se sentían más atractivas, 50% menos atractivas y 60% tenían un marcado desinterés en el área sexual. Esta sensación de ser poco atractiva aumenta a través del embarazo y alcanza su pico máximo en el post parto.

En esta parte del embarazo, pueden aparecer síntomas de ansiedad relacionados principalmente a la salud del bebé, al parto y al dolor. Una preocupación frecuente es la sensación de pérdida de control durante el parto. Se ha observado que la información prenatal logra reducir la ansiedad relacionada al parto.

A partir del séptimo mes, las mujeres pueden elaborar esquemas sobre su embarazo menos positivos que antes del nacimiento. Estas fantasías pueden ser mecanismos protectores de la madre hacia sentimientos potencialmente negativos ante la diferencia entre el bebé real y el bebé que habían fantaseado o imaginado.

Caballeri (1992) refiere que poco a poco se hace más consistente la separación de la madre respecto del feto. El nacimiento del hijo es la culminación profunda de la preparación física y psicológica de la mujer y su pareja; en segundos, dos se vuelven tres y el curso de sus vidas cambia para siempre.

Caballeri (1992) refiere que, durante el tiempo de embarazo la madre tiene una adaptación emocional y psicológica especial con la finalidad de comunicarse intuitivamente con el bebé que mantiene en sus entrañas,

proceso que se manifiesta en su mayor emotividad, sensibilidad, comprensión sin palabras y ternura. Según Penerini (2001), durante esta etapa predomina la sorpresa y la emoción.

Considerando que la mujer pasa por un desajuste hormonal durante el embarazo, puede ser esta una de las causas, ya que los grandes cambios hormonales que se experimentan en esta etapa pueden afectar directamente los niveles de los neurotransmisores y químicos del cerebro que regulan el humor. Por otro lado, los cambios hormonales también la pueden hacer sentir más ansiosa de lo habitual durante el embarazo (Penerini, 2001).

- **Embarazo difícil o de alto riesgo:**

Aún en condiciones óptimas de deseo y planeación de un embarazo, existen riesgos obstétricos que generan reacciones de ansiedad y/o depresión

El término "embarazo de alto riesgo" se puede dividir en dos grandes categorías: 1) Médica y 2) Psicosocial. Los embarazos de alto riesgo alcanzan un 30% de los embarazos a nivel mundial y de este porcentaje cerca de 50% se complica con mortalidad perinatal.

Las complicaciones pueden aparecer en cualquier momento del embarazo, como resultado de enfermedades preexistentes o agudas, dificultades obstétricas y/o fetales (Noriega, 2005).

Los factores maternos más frecuentemente observados, asociados a “alto riesgo” durante el embarazo son: hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal, problemas oncológicos y SIDA.

Otros factores obstétricos que se generan en el embarazo “de alto riesgo” son: aborto espontáneo, embarazos múltiples y placenta previa.

Otras complicaciones fetales designadas como de alto riesgo durante el embarazo son el retardo del crecimiento intrauterino y el estrés fetal entraparto. El primero complica de 3 a 7% de los embarazos y muchos factores pueden ser generadores de esta condición como: la desnutrición, anomalías cromosómicas, malformaciones congénitas, abuso de alcohol, drogas, tabaco, gestaciones múltiples e infecciones (Noriega, 2005).

En la actualidad, se genera una mayor importancia en los aspectos Psicológicos y psiquiátricos en los embarazos de alto riesgo. También se genera ansiedad en la mujer y, si este embarazo impone riesgos para la paciente o para su hijo, es de esperarse que existan reacciones psicológicas adaptativas hacia el mismo. Generalmente, cuando una mujer es diagnosticada con un embarazo de alto riesgo, aparecen cambios que dependen de la etapa psicológica del embarazo.

La ambivalencia normal al conocerse embarazada puede cronificarse y, aunque aparezcan los movimientos fetales, estas mujeres pueden tener dificultades de vínculo con sus hijos. También se ha observado que en la etapa

final de embarazo, la conducta de anidamiento se retrasa o está ausente y puede también aparecer una dependencia patológica que quizá persista hasta el post parto.

En un estudio diseñado por Searle (1996), se encontró que una de cada 1,000 mujeres vivía sus embarazos con angustia ante el temor que el niño tuviera alguna complicación.

Sufrir el embarazo de alto riesgo no sólo pone a prueba a la mujer embarazada, si no también es importante señalar que gran parte del autoestima femenina radica en la maternidad y que el gestar un hijo que puede estar afectado, repercute el autoestima y la lleva a sentimientos de falla y culpa.

Según Penerini (2001), los embarazos con complicaciones o de riesgo de interrupción, como también los embarazos múltiples, pueden ponerle al borde de la depresión. Los tratamientos que deben efectuarse y el reposo, combinados con el miedo que se siente por el futuro del bebé, son las causas que generan dicha depresión.

Los cambios psicológicos en los embarazos de alto riesgo dependen de la etapa de la gestación. La adaptación psicológica dependerá de la respuesta de la madre, aunque las reacciones de la pareja y de los niños mayores, si es que existen, también son importantes.

Karson (1987) menciona que dentro de los factores que influyen en el estado emocional de la gestante, están:

- **Antecedentes emocionales e históricos de la vida de la futura madre**, que le representarán mayores problemas si la mujer no ha superado la crisis y vive una serie de conflictos provocándole inestabilidad.
- **Situaciones familiares en torno al embarazo**, como la planificación o no del mismo, relaciones de armonía con la pareja, situación económica desahogada y figuras reales de apoyo con quienes pueda compartir y hablar con confianza de dudas, sentimientos, afecciones y otras.
- **Necesidad de abarcar actividades profesionales y laborales** que ponen una barrera entre el rol tradicional de la madre y el rol actual como miembro de una actividad social portadora necesaria de la economía familiar.
- **La perspectiva futura de un nuevo ser en la familia**, que inicia con el deseo de tenerlo o que se anuncia sin esperarlo, viene a responder a dos ideas básicas: no hay espacio para él, o llenar el vacío que pudiera existir en el hogar.

1.2 Depresión:

Los sentimientos de depresión se pueden describir como: tristeza, melancolía, infelicidad y sentimiento miserable o derrumbado. La mayoría de

las personas se sienten de esta manera durante períodos cortos, pero la verdadera depresión clínica es un trastorno del estado de ánimo, en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado.

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes que afecta al ser humano. Es un trastorno que se caracteriza por tristeza extrema, apatía, y perturbación en el humor. Se presenta de forma episódica y recurrente, con abatimiento del humor y ansiedad (Cryno ,1980).

Beck (1970) definió la depresión como: “Estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y pérdida de espontaneidad.”

Selegman (1981) conceptualizó la depresión como: “un estado de intenso abatimiento que produce un desgaste de la motivación y una pérdida de interés por la realidad, la persona además siente aversión por sí misma y se siente inútil y culpable”.

Moreno (2000) define que la depresión es un estado de ánimo en el cual éste se desplaza hacia la tristeza y la persona nota una considerable disminución de energía e interés en la mayoría de la vida diaria, que la limitan para desarrollarse como lo hacía hasta ese momento, acompañado de un notable pesimismo que no corresponde con el carácter habitual del paciente.

“Es un trastorno afectivo del estado de ánimo que incapacita al que la sufre para disfrutar de las cosas de las que antes disfrutaba”, refiere el autor.

En la actualidad, existen varias teorías que intentan dar razones de la depresión, pero en este caso se obtendrá información de la corriente psicológica cognitivo conductual.

La teoría conductual se define como una falta de esfuerzo que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad del deprimido, no encuadra refuerzo en la sociedad y, en consecuencia, la depresión se perpetúa.

En la teoría cognitiva se define como el resultado de pensamientos inadecuados o irracionales. Esto se debe a la distorsión cognitiva, en el que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la tríada cognitiva, él mismo, el mundo y el futuro.

- **La depresión según la corriente Cognitivo Conductual**

Sagardoy (1981) menciona que la tristeza es una emoción que tiene su origen en la pérdida de algo querido y como función de pedir ayuda. En casos extremos, su duración o intensidad la hace disfuncional y se convierte en patología y aparece la depresión.

La visión de la depresión desde esta perspectiva permite ver la depresión en lugar de una enfermedad como un problema de aprendizaje.

Esto no significa que no pueda haber alguna vez que se dé una depresión debida a una enfermedad que provoque un desequilibrio en los neurotransmisores sin que se dé un cambio en el contexto social.

Se define, en general, por los síntomas que pueden padecer y se clasifica en tres clases de síntomas: los cognitivos, afectivos y motores conductuales; en lo cual es importante mencionar la tríada depresiva, que corresponde a los pensamientos negativos acerca del yo, el mundo y el futuro.

De la Fuente (1999) refiere que el cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y a su evolución temporal.

En algunos casos, se trata de formas episódicas y, en otras, se trata de un estado de síntomas permanente de modo continuo. También puede variar su gravedad, en algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros existen hasta deseos e intentos de suicidio. Pero en general, cualquier persona deprimida presenta un conjunto de síntomas anímicos, motivacionales, conductuales, interpersonales y físicos.

1.2.1 Depresión post parto:

Según Rozados (2006), hace tiempo que los psiquiatras emplean la expresión “depresión post” parto para referirse a episodios de depresión mayor que le sobrevienen a la mujer en el momento del nacimiento de un hijo. Es un tema que preocupa a todos porque se supone que el nacimiento de un niño

debe ser siempre un acontecimiento feliz y porque, incluso en las mejores circunstancias, cuidar a un recién nacido es una tarea muy exigente.

Según Rozados (2006), la depresión post parto 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. La depresión post parto consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo.

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres, los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión post parto. Aunque las madres nuevas comúnmente tienen períodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. El tratamiento por un médico sensible, y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. El tratamiento devuelve la capacidad para cuidar y disfrutar al niño. Los estudios muestran que más del 30% de las madres primerizas experimentan depresión clínica y/o ansiedad luego del parto (Bowlby ,1997).

La DPP puede afectar a mujeres que están felizmente casadas o que están en permanente conflicto con sus parejas. Puede afectar a mujeres que tienen muchas ganas de quedar embarazadas y a aquellas que quedaron embarazadas de un hijo no deseado. Puede tratarse de mujeres que vienen de familias estables, sin antecedentes de problemas mentales o mujeres con

familias disfuncionales que tuvieron episodios de depresión. Bowlby (1997) menciona que le puede pasar a cualquier mujer, inmediatamente luego del nacimiento del bebé o algunos meses después.

Son muchos los cambios que se producen durante el embarazo, el parto y el posparto, la etiqueta “depresión posparto”, es un caso comentado en la actualidad. Tener un hijo puede ser una alegría, pero produce en la mujer un cierto grado de estrés.

La mujer, durante 9 meses, vivió un estado que, con el parto, cambia del día a la noche. Su cuerpo ha pasado por un cambio físico significativo. También la madre, sometida a múltiples consejos que no pide y saturada además por la información recibida en cursos y libros que ha leído durante su embarazo, puede que cuando llegue el momento de actuar no sepa ni qué hacer por miedo a equivocarse.

El parto entonces, que tanto esfuerzo físico ha costado a la madre, también pierde valor, y aparecen, tal vez, sentimientos de vacío como muchas mujeres expresan con esas mismas palabras (“me siento vacía”).

Por otro lado, en algunas ocasiones puede que el posparto de la madre tenga sus complicaciones y ello conlleve que ésta no se pueda hacer cargo de su hijo desde el principio, lo que añade más dificultades emocionales (sentimientos de culpa, de impotencia, etc.).

Ahora se enfrenta con el hecho de ser madre y no sólo mujer. Su pareja se encuentra a su lado, pero ella en estos momentos se siente primero madre, y la pareja, al menos al principio de una forma más acusada, pasa a situarse en un segundo plano. (Arranz 2004)

1.2.2 Causas de la depresión post parto:

1.2.3 Madre Perfecta

La sociedad establece que tener un hijo es la mayor aspiración de una mujer para poder atenderlo, cuidarlo, mimarlo y brindarle todos los cuidados que él se merece. En ocasiones, el embarazo puede ser extremadamente cansado, frustrante, desalentador, difícil y solitario. Es difícil por las diferentes responsabilidades que una mujer puede pasar. Esto conlleva a enorme sacrificio, paciencia y control de los impulsos, porque no siempre se estará en calma todo el tiempo (Ussher, 1997).

Winnicott (1971), tiene razón cuando habla que el problema es cuando la madre trata de ser perfecta y piensa que no hace lo suficiente para el cuidado del bebé, sintiéndose mala madre. Generalmente, estas madres guardan el silencio, culpándose constantemente y potencializando su depresión al momento de ver a otras madres.

Estas mujeres han intentado idealizar la representación de la maternidad y los resultados han sido negativos. Esta reacción es

humanamente posible, debido a que muchas madres han llegado a odiar a sus propios hijos. Se recuerda que la relación madre-hijo es la más intensa de todas las experiencias, debido al amor y el afecto entre ambos; estos sentimientos se pueden transformar, debido a la depresión, en cólera y decepción (Nicolson, 1998).

1.2.4 Relaciones sociales y apoyo social:

Particularmente, las tensiones familiares es un factor en la depresión post parto. Así como las críticas de la familia y el esposo. Supuestamente, una madre es la responsable de cuidar a los hijos, del mantenimiento de la casa y de atender a su esposo. Inversamente, la ayuda y apoyo social mejora en la depresión, porque ella debe hacer frente al estrés y evitar el hoyo de la desesperación que caracteriza la depresión.

El tipo de ayuda que se le brinde las madres puede ser la llave en la prevención de la depresión post parto (Jordan, 1989).

1.2.5 Situación del matrimonio y la intimidad con la pareja:

De una relación de intimidad y confianza, en combinación con problemas maritales graves, están relacionados con la depresión en la mujer. De hecho, se demostró que las tasas de incidencia de depresión más altas son en las mujeres con matrimonios infelices (Carter, 1998).

1.3 MADRESOLTERISMO:

La depresión en la mujer no se debe a una mayor vulnerabilidad, sino a las situaciones de estrés que muchas mujeres enfrentan. Estos factores de

estrés incluyen las responsabilidades primordiales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera y especialmente el cuidado de los niños (Andreasen, 1984).

1.4 SITUACIÓN ECONÓMICA

La pobreza trae consigo muchos factores de estrés como el aislamiento, la incertidumbre, los acontecimientos negativos frecuentes y el poco acceso a los recursos de ayuda. La tristeza y la falta de entusiasmo son comunes entre las personas de ingresos bajos y entre aquellas que no tienen apoyo social. Pero las investigaciones no han establecido todavía si la depresión es más prevalente entre las personas que enfrentan estos factores ambientales de estrés (Redfield, 1996).

1.5 SALUD (DEBIDO AL DETERIORO FÍSICO AL QUE SE HA SOMETIDO LA MADRE DURANTE EL PROCESO DE FERTILIDAD):

La salud de la madre puede deteriorarse notablemente debido al estrés que genera el solo hecho de someterse a tratamientos especiales. En general puede contribuir a la depresión en las personas que están predispuestas biológicamente a la enfermedad, en este caso en el proceso de infertilidad. Algunos investigadores proponen la teoría de que la alta incidencia de depresión en la mujer no se debe a una mayor vulnerabilidad, sino a las situaciones de estrés que muchas mujeres enfrentan. Estos factores de estrés incluyen las responsabilidades primordiales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, el cuidado de los niños y padres ancianos. No se entiende todavía del todo de que manera estos factores afectan específicamente a la mujer.

Las mujeres que tienen problemas de infertilidad pueden experimentar extrema ansiedad o tristeza, pero no se ha determinado si esto contribuye al aumento de la incidencia de la depresión. Además, la etapa de ser madre puede ser una de alto riesgo para la depresión por el estrés y las exigencias que conlleva (Dumquah, 1998).

1.5.1 Factores psicológicos asociados en la depresión post parto:

Normalmente las mujeres que han presentado un periodo depresivo anterior, puede sufrir de depresión post parto. Socialmente la tasa tan alta de depresión post parto demuestra que lo que más influye es: la situación matrimonial, las madres solteras y la situación económica.

La depresión según Cyrano (1980), es una reacción afectiva que puede darse dentro del desarrollo normal de todas las personas sin convertirse necesariamente en estado patológico.

También Canuval (1998), menciona: el madresolterismo, el embarazo no planeado, el parto prematuro y la depresión previa, son factores de riesgo para que se presente este problema. No todas las mujeres asumen su maternidad con igual grado de aceptación y facilidad. Algunas sufren fuertes depresiones después del parto. Las principales causas demostradas según el autor han sido: maltrato intrafamiliar, pobreza extrema, soledad, inseguridad, sobre peso, temor a desempeñar el papel de madre. La depresión, se presenta con los siguientes síntomas: tristeza, llanto, disminución o pérdida del apetito, inestabilidad emocional e insomnio.

En esta investigación se analizará la importancia, la necesidad o el deseo de la mujer al realizarse como madre, pero en estos casos se dificulta el proceso del embarazo por algún problema de infertilidad tanto en la mujer como en el hombre.

1.6 INFERTILIDAD

Según Noriega (2004) las parejas que presentan dificultades para tener hijos experimentan múltiples reacciones psicológicas. El descubrir que no se puede lograr un embarazo es una situación traumática, para la cual, la mayor parte de las parejas no están preparadas. Es una crisis mayor, puesto que sus recursos habituales no son suficientes para sobrepasarla y pone en riesgo sus metas y objetivos vitales. La ayuda a estas parejas involucra innumerables y complejas variables. Según Onda Salud (2003) hay varios tipos de infertilidad y son los siguientes:

- Infertilidad primaria: cuando la pareja consigue una gestación, pero no llega a término con un recién nacido vivo.
- Infertilidad secundaria: cuando la pareja, tras un embarazo y parto normales, no consigue una nueva gestación a término con recién nacido vivo.
- Esterilidad primaria: cuando la pareja tras un año y medio de relaciones sin métodos de contracepción, no ha conseguido el embarazo.

- Esterilidad secundaria: cuando la pareja, tras la consecución del primer hijo, no logra una nueva gestación en los dos o tres años siguientes de coitos sin anticonceptivos.

También Onda Salud (2003), menciona algunas de las causas de la infertilidad tanto en el hombre como el de la mujer.

Existen tres factores que influyen en la fertilidad del varón:

Factor pretesticular: alteraciones en las hormonas que estimulan al testículo (la LH y la FSH). Son poco frecuentes.

Factor testicular: afecciones del testículo. Pueden ser genéticos, congénitos (de nacimiento) o adquiridos (infecciones).

Factor posttesticular: afectan a los espermatozoides una vez que han salido del testículo. Son las obstrucciones de la vía espermática, las infecciones seminales, presencia de anticuerpos antiespermáticos, alteraciones eyaculatorias y alteraciones coitales.

La ausencia de esperma o la escasez o calidad insuficiente del esperma pueden ser provocadas por un factor testicular, por causas genéticas o por otras que se adquieren durante la vida, como las paperas, exposición a radiaciones o por ciertos medicamentos. En caso de que sean por un factor posttesticular puede tener un origen congénito

(una malformación en los conductos deferentes) o por un traumatismo o ligaduras voluntarias, como la vasectomía. En la cantidad y la calidad del espermatozoide puede influir el estilo de vida. El alcohol y las drogas también pueden reducir temporalmente la calidad del espermatozoide, así como las toxinas ambientales y sustancias como los pesticidas.

Otra causa de esterilidad masculina es la incapacidad de eyacular, que puede tener diversos orígenes, como la diabetes, la medicación para el tratamiento de la presión sanguínea, la impotencia o el haberse sometido a cirugía de próstata o de uretra.

En la mujer los factores que influyen son los siguientes:

Factor cervical: referido al cuello del útero, que comunica la vagina con el útero y con las trompas de Falopio, donde se encuentra el óvulo tras la ovulación. Pueden existir alteraciones anatómicas o funcionales que interfieran con el camino que sigue el espermatozoide desde la vagina (donde se deposita) hasta una de las trompas, donde se produce la fecundación con el óvulo. Entre las alteraciones anatómicas se encuentran los pólipos, quistes, traumatismos, bien ocasionales o por cirugía.

Factor uterino: pueden ser causas uterinas o endometriales. Las uterinas más frecuentes son malformaciones, miomas o tumores

benignos, sinequias o adherencias a las paredes. Entre las endometriales, destacan las infecciones del endometrio (endometritis).

Factor tuboperitoneal: alteraciones en las trompas o en espacio del tubo-ovárico. La causa más importante es la infecciosa, produciendo diferentes tipos de salpinguitis o inflamación de las trompas, con la consiguiente obstrucción. Entre las causas no infecciosas, la más frecuente es la endometriosis, una enfermedad que consiste en la aparición de tejido del endometrio fuera de la cavidad uterina, sobre todo en los ovarios y los ligamentos que fijan el útero a la pelvis. Este endometrio que se encuentra fuera de lugar "menstrúa" todos los ciclos, pero al no tener un canal natural de evacuación, se acumula y adquiere una forma quística.

Factor endocrino ovárico: la anovulación crónica puede aparecer por una disfunción del hipotálamo y la hipófisis, por la que esta glándula no produce suficiente cantidad de gonadotropinas (LH y FSH) y el ovario no se estimula. Otra alteración posible es la aparecida en las cantidades de LH y FSH, como es el caso de la poliquistosis ovárica (ovarios poliquísticos) que se caracterizan por el exceso en la producción de la hormona de la hipófisis LH por la que se altera el ciclo ovulatorio. Este cuadro se asocia con la obesidad y con un exceso de hormonas masculinas que suelen producir un aumento del vello. También pueden existir alteraciones de la ovulación por problemas de otras hormonas como es el aumento de prolactina o alteraciones del tiroides.

Factores relacionados con el estilo de vida, como el estrés, la alimentación o la práctica muy intensa de ciertos deportes pueden alterar el equilibrio hormonal femenino.

Tanto en el hombre como en la mujer, los factores psíquicos y emocionales influyen de manera importante en la capacidad reproductora.

La infertilidad es una condición que hace difícil o imposible que un hombre o una mujer tengan un hijo. Ambos hombres y mujeres pueden ser infértiles y es por eso que se mencionan los aspectos psicológicos en la pareja.

Tradicionalmente se evaluaban los aspectos psicológicos en una pareja estéril cuando no se encontraba una causa orgánica que explicara la esterilidad y, aunque no hay duda de que alteraciones psicológicas severas son causas de la esterilidad, el enfoque moderno es considerar las repercusiones psicológicas que la esterilidad o la infertilidad ocasionan en la pareja.

Continuamente la infertilidad está alcanzando un porcentaje muy alto dentro de la sociedad. Las cifras indican que de cada 10 parejas, seis serán infértiles. Según Mening (1980), son muchos los factores responsables, como por ejemplo: la liberación de las actitudes, las conductas sexuales, estrés,

infecciones genitales, lesiones en las trompas de Falopio y métodos anticonceptivos.

Según Moshissi (1979) la infertilidad es la imposibilidad transitoria de una pareja para procrear un hijo. Es un problema que afecta del 10 al 15 % de los matrimonios infértiles a menudo sienten vergüenza e inferioridad por presiones que reciben de sus parientes y amigos, a menudo agravan la ansiedad y la perturbación emocional.

La infertilidad es diagnosticada en el momento en que la pareja no ha logrado concebir, después de un año de mantener relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo (González, 2002). Esto quiere decir que la infertilidad implica una falta o una incapacidad de llevar a cabo algo deseado.

Muchas personas piensan que llevar a cabo un embarazo es fácil pero en ocasiones no es así, existe una gran desinformación sobre la sexualidad y la fecundidad, por tabús sociales y entre uno de ellos está: “que las mujeres infértiles, son: amargadas, incompletas, fracasadas y frías” (Juan, 2000).

Para Maruaga (1992) el diagnóstico de la infertilidad puede durar varios años y se acompaña de la ejecución de múltiples test y procedimientos que abarcan desde intervenciones quirúrgicas que requieren de anestesia general, tal como la laparoscopia. El régimen hormonal puede provocar efectos secundarios físicos y psicológicos. También se realizan registros de la temperatura corporal que suponen un recuento diario del problema y pueden

interferir en la espontaneidad sexual. Además, las nuevas opciones reproductivas, tal como la fertilización in-vitro y la transferencia del óvulo, requieren una considerable compromiso y estrés para la mujer.

En la mujer la capacidad reproductiva máxima es entre los 21 – 24 años y después de este lapso disminuye. Más del 60 % de los matrimonios fecundos logran el embarazo en término de 3 meses de intentarlo y más del 85% en término de 12 meses. Casi todo los médicos prefieren retardar la valoración minuciosa de la pareja infértil hasta que haya transcurrido al menos un año de actividad sexual constante (Karma, 1979).

Se piensa que los factores nutricionales y ambientales, influyen notablemente en el proceso reproductor. También se han vinculado elementos de contaminación ambiental, como sustancias químicas y calor excesivo, principalmente en el varón. El tabaquismo y el etilismo excesivo pueden ser causas de infertilidad tanto en hombres como en mujeres (Juan,2001).

El alcoholismo se ha relacionado con falta de ovulación, espermatogénesis defectuosas y anomalías congénitas. Otras causas son el uso de drogas, cocaína y heroína. Juan (2001) menciona que suele aceptarse la participación de factores emocionales que causan trastornos psicológicos profundos.

En época de sobrepoblación mundial no es raro que se subestime el sentir de las parejas que no pueden tener hijos.

Su manejo no forma parte de los programas prioritarios en instituciones de salud, ni son cubiertos sus gastos por la mayor parte de los seguros médicos, ya que no es causa de muerte, incapacidad o dolor físico. Hay quienes erróneamente creen que es la forma natural para evitar el exceso de población.

Desde tiempos remotos, en diferentes culturas y religiones la humanidad ha estado obsesionada con la fertilidad. Se le ha considerado como un regalo divino, el de la existencia, prueba de la valía, evidencia de la capacidad sexual, demostración de la madurez como adultos, forma de perpetuarse, etc., lo que ha originado creencias, como el que su ausencia es un castigo divino, falta de valía o de merecimientos, fin de una estirpe, etc.

Éstos y muchos otros mitos, han justificado en la historia, prácticas tan aberrantes como el ser legal el divorcio de la mujer que no dé hijos, el justificar que un hombre tenga hijos con otra mujer con el consentimiento de su esposa estéril, etc.

Estas influencias condicionan frecuentemente que a estas parejas, que no se acoplan en los patrones establecidos de conducta de las parejas fértiles, la sociedad les menosprecie, aíste, desconfíe de ellas, les presione, o les tenga lástima (Menning, 1977).

Los factores psicológicos más frecuentes implicados en la depresión son: la pérdida de relaciones con personas con problemas emocionalmente importantes, la salud, el status o prestigio, la autoestima, auto confianza y seguridad

Malstedl (1947), señala que la esterilidad o infertilidad crea una crisis de enormes proporciones, ya que involucra, en diferentes grados, todas estas pérdidas para la pareja como se ve a continuación:

1.7 Pérdida de la relación con personas emocionalmente importante:

Hay separación de las parejas estériles y las fértiles, independientemente de los lazos de amistad, afecto o parentesco, ya que estas, cuando sus hijos pequeños giran alrededor de ellos, tienen ocupaciones diferentes. Los miembros de las parejas estériles pueden separarse al considerar que el cónyuge no se preocupa lo suficiente, considerando la causa del problema, se queja constantemente y le presiona y es por eso que ante un problema de infertilidad , esto afecta la auto imagen en su relación con los otros miembros de la sociedad, percibiéndose como inadecuados (Noriega 2005) .

Desde mucho tiempo a tras y hasta en la actualidad las parejas sin hijos se ven ante la sociedad los menos aceptables, anormales, no confiables y fuera de lugar. No es raro el que se les agrega o presione para que cumplan con las expectativas tradicionales y conductas ya establecidas.

Cuando deciden vivir sin hijos, ante otras alternativas no aceptables para ellas, se les considera egoístas o inmaduras, independientemente de lo difícil que ha sido esta dedición (Noriega, 2005).

Con relación a lo anterior se generan menosprecio por parte las mujeres al darse cuenta que no pueden tener hijos. La vida va perdiendo sentido y entusiasmo por las actividades, previamente atractivas o interesantes, decrecen. Al tener que depender de otros, para lograr lo que la mayoría realiza sin esfuerzo da una sensación de pérdida de control. La dedición de la consultar a un especialista en fertilidad puede ser tan difícil, como reconocer que se necesita ayuda psicológica.

Como su manejo es prolongado, prioridades previas pasan a segundo término y se empieza a fallar con obligaciones de trabajo, lo que repercute notablemente en su seguridad económica. A veces se requieren estudios o tratamientos costosos que implican además tiempo valioso y como esto habitualmente no está cubierto por seguros médicos, se complica la situación.

Aunque lo expresen de manera diferente, la esterilidad o infertilidad es una experiencia que los miembros de la pareja viven juntos. De acuerdo a su personalidad individual, conflictos no resueltos previos, tipos de relación que lleven entre sí, codependencia, etc., puede agravar o mejorar la situación (Razados, 2006).

Pueden culparse, quejarse, aislarse, agredirse, separarse o apoyarse el uno al otro. No es raro que cuando uno de ellos esté motivado, el otro pase por una etapa de depresión, que puede interpretarse por el otro como desinterés o falta de amor. En ocasiones, uno de ellos se desalienta prematuramente, en otras, uno llega a la aceptación normal de la pérdida, pero su cónyuge se resiste o lo niega y eso los separa. Son frecuentes los sentimientos mezclados de un cónyuge para el otro, al que se le encuentra la causa de la esterilidad: enojo por privarle el derecho a tener hijos y culpa por tener esos sentimientos y no los de afecto y apoyo para el otro, en esta situación difícil.

A veces, uno de ellos se declara vencido prematuramente y se niega a cooperar; en otras, se resiste a aceptar la pérdida que el médico les notifica e insiste en seguir intentando. La pareja que tiene que someterse a una evaluación diagnóstica o a procedimientos terapéuticos, cada mes vive esperanzas que se frustran con la aparición de la menstruación. (Lahey, 1999).

Si se logra un embarazo y éste se aborta tempranamente, la pérdida se experimenta más intensamente y si esto es repetitivo, la situación se vuelve intolerable. Muy frecuentemente, especialmente en presencia de su cónyuge, lo que expresa verbalmente un paciente, no concuerda con su comunicación no verbal. Esta discordancia debe inclinar a valorar lo no verbal, que es una guía más segura para comprender lo que realmente experimenta el o la paciente (Lahey, 1999).

Durante los procedimientos terapéuticos en esterilidad implican el programar con relativa flexibilidad, relaciones sexuales en períodos especiales, como la ovulación o durante una inducción de la misma.

En técnicas de reproducción asistida, se requiere de muestras de semen en momentos precisos, por lo que aunque no se desee, se altera la espontaneidad de las relaciones sexuales. Con períodos prolongados de abstinencia, alterados con relaciones sexuales programadas, se acentúa en la pareja, la sensación de pérdida del control de su vida y condiciona disfunciones sexuales, como disminución de la libido, anorgasmia e impotencia (Klock, 1993).

1.8 Impacto psicológico en la mujer:

Por las presiones culturales y sociales respecto a la maternidad y a patrones sobre como deben desempeñarse las mujeres, éstas sufren intensamente esta experiencia que se revive al ver a otras mujeres embarazadas o con hijos pequeños. La sensación de no estar completas o de ser menos femeninas, afecta en su autoestima y vida sexual. Son frecuentes los sentimientos de injusticia respecto a lo que les sucede.

El tratamiento de fertilidad toma un lugar muy importante para la vida de la pareja. Cuando se desea un embarazo desde hace mucho tiempo, es el tema central. La vida de la pareja, especialmente de la mujer, gira en torno al tratamiento, en algunos casos de una manera tal que no es comprendida por el entorno cercano (amigos, familia o aún la propia pareja).

1.9 Tratamiento de Fertilidad

Generalmente, suele precisarse más de una inseminación para lograr la gestación. De acuerdo con datos de la Sociedad Española de Fertilidad, La tasa de embarazo por ciclo menstrual (por cada intento de la pareja) oscila alrededor del 15%, y la tasa de gestación por paciente (la posibilidad de que una pareja quede gestante después de 4 ciclos de inseminación) es del 50%. Esto es, aproximadamente la mitad de las mujeres conseguirán un embarazo por esta vía. De acuerdo a las cifras aportadas por esta Consulta de Fertilidad, en los cinco años transcurridos desde sus inicios hasta diciembre de 2005, se han realizado 1.606 inseminaciones. De estas, 564 fueron primeras inseminaciones, 389 segundas inseminaciones, 301 terceras, 183 cuartas, 102 quintas, 41 sextas y sólo 6 séptimas inseminaciones. El total de embarazos en estos años ha sido de 507, de los cuales 225 fueron inducidos por inseminación artificial conyugal, y 282 fueron embarazos espontáneos producidos durante el estudio, favorecidos muchas veces por la inducción de la ovulación, la realización de un legrado etc.

De acuerdo con la Sociedad Española de Fertilidad, aproximadamente el 15% de las parejas que desean una gestación tienen problemas de infertilidad. Se trata de un problema cada vez más extendido en la población, que genera ansiedad y afecta a las relaciones entre los cónyuges .Navarra (2006)

1.9.1 Los tratamientos de reproducción asistida

Después de transcurrido un año de relaciones sexuales regulares sin embarazo, se puede empezar a sospechar de la existencia de una alteración. Es entonces cuando hay que plantearse acudir a un especialista que determine las causas. Una vez en consulta, a ambos miembros de la pareja se les realizará un estudio previo basado en una serie de pruebas que permitirán elaborar un diagnóstico y conocer la causa de la infertilidad. La elección de la técnica de reproducción asistida adecuada dependerá del diagnóstico derivado de ese estudio, de la edad de la pareja y del tiempo de duración de la esterilidad.

1.9.2 La inducción de la ovulación

Este método se realiza en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona y en los Centros de Atención a la Mujer, de manera conjunta con la técnica de inseminación artificial conyugal. Si lo que se precisa es una técnica de fecundación in vitro, una inseminación artificial con semen de donante u otra técnica de reproducción asistida, la pareja es remitida a la Clínica Quirón de San Sebastián, con quien el SNS-Osasunbidea trabaja en régimen de concierto.

El primer paso a seguir en el protocolo de tratamiento de infertilidad es la inducción o estimulación en la ovulación, cuyo fin es obtener más de un ovocito (óvulos o células germinales femeninas). Este tratamiento está indicado cuando se encuentran disfunciones meramente ovulatorias. Actualmente existen varios fármacos que estimulan la ovulación. El más usado es las gonadotropinas (hormonas que actúan al nivel de los ovarios) cuya

administración es inyectable por vía subcutánea. El médico debe indicar cuáles son los días en que debe administrarse exactamente, así como la dosis más conveniente, dado que la respuesta al tratamiento es diferente en cada mujer y en los diferentes ciclos de una misma paciente. Ello hace preciso controlar (monitorizando mediante ecografías y análisis de sangre) el crecimiento de los folículos y el nivel de estradiol. Cuando el número y tamaño de los folículos es adecuado, y tras provocar la ruptura de los mismos con una medicación apropiada, se indica a la paciente que debe tener relaciones sexuales.

Todas las técnicas de reproducción asistida conllevan la administración previa de fármacos que estimulan la ovulación y, básicamente, todos estos tratamientos se realizan de la misma forma. Lo único que cambiará será la dosis y el procedimiento final: coito programado, inseminación artificial o fecundación "in vitro".

Excepcionalmente, la administración de hormonas puede provocar en el ovario una respuesta exagerada, produciendo una gran cantidad de folículos (síndrome de hiperestimulación ovárica) y un alargamiento de los ovarios que causan en la paciente molestias abdominales e hinchazón, y que precisaría un tratamiento adicional. Además, la tasa de embarazo gemelar aumenta también levemente tras los tratamientos (un 12%). De acuerdo con los datos del Hospital Virgen del Camino, de los 225 embarazos obtenidos en Navarra durante estos cinco años de trabajo mediante esta técnica, 43 han sido gemelares (el 19,1%), 7 de trillizos (3,1%) y 3 casos de cuatrillizos (1,3%)

1.9.3 La inseminación artificial conyugal

Es un procedimiento de reproducción asistida que consiste en depositar el semen, previamente tratado en el laboratorio, en el útero inyectándolo a través de una cánula. De esta manera se consigue evitar la barrera del canal cervical, por una parte, y por otra se acercan los espermatozoides al lugar de la fecundación, seleccionando en el laboratorio los que poseen mejor movilidad para facilitar este paso. Ello requiere que el semen eyaculado sea procesado previamente realizando la llamada “capacitación del semen” que consiste en eliminar del eyaculado todas las sustancias que son perjudiciales para los espermatozoides, con el fin de mejorar su movilidad.

El varón tiene por tanto que acudir a la Clínica para obtener la muestra y aproximadamente dos horas después se realiza la inseminación a la mujer. El proceso de inseminación no es doloroso, pues el depósito de los espermatozoides se realiza intraútero con una cánula, lo que no representa más molestia que la que puede causar una simple citología. Para ello, la mujer tiene que someterse previamente al tratamiento mencionado de la “inducción de la ovulación”.

En términos globales, la tasa de embarazo por ciclo (por cada intento de la pareja) oscila alrededor del 15%. La tasa de gestación por paciente (la posibilidad de que una pareja quede gestante después de 4 ciclos de inseminación) es del 50%, esto es, aproximadamente la mitad de las mujeres conseguirán un embarazo. Se ha estimado que el número máximo de ciclos de inseminación que deben realizarse está entre 4 y 6, dependiendo de los factores iniciales.

1.9.4 Fecundación “in vitro”

Consiste en la extracción de óvulos (ovocitos) por vía vaginal con ecografía, y su fecundación en el laboratorio. Comprende muchas etapas. Al igual que en el caso de la inseminación intrauterina, la mujer debe someterse a un tratamiento hormonal para estimular la ovulación. Cuando se provoca la ruptura folicular se realiza la extracción de óvulos por vía vaginal (con anestesia y sedación). El varón entonces recogerá la muestra de semen eyaculado y en un laboratorio adyacente se efectuará la fecundación de óvulos. Entre 16 y 18 horas después se comprueba la existencia de fecundación en los ovocitos y se informa a la pareja del resultado, ya que no todos los ovocitos pueden fecundarse. Pasadas 48 horas se comprueba si los ovocitos fecundados se han dividido, y se realiza entonces la transferencia intrauterina de los embriones. Con el fin de evitar la posibilidad de un embarazo múltiple, no se transfieren más de 4 embriones en cada procedimiento.

1.9.5 La inseminación artificial con semen de donante

Es el proceso en el que se utiliza semen de un donante anónimo (banco de semen) para la inseminación de la mujer de una pareja estéril, cuando por diversos motivos no es posible utilizar el semen de la propia pareja (caso de enfermedades hereditarias, incapacidad de los testículos para producir

espermatozoides e inseminación en mujeres sin pareja que quieren acceder de esta forma a la posibilidad de una maternidad).

La primera norma que rige esta técnica de reproducción es el anonimato, tanto por parte de los donantes como de los pacientes. Los aspirantes a donantes son sometidos a una serie de pruebas antes de su aceptación: análisis de semen, de sangre y orina, exploración general, estudio de enfermedades de transmisión sexual y examen psicológico. El donante ha de ser mayor de edad y firmar un documento en el que dan su consentimiento para utilizar el semen en esta técnica, así como asumir el anonimato inherente a la misma.

La principal razón para congelar el semen del donante antes de su utilización en inseminación artificial es la mayor seguridad que se ofrece frente a la existencia de VIH. La elección de un determinado donante para una pareja viene determinada por las características del varón: se escogerá un donante del mismo grupo sanguíneo, y parecido fenotipo o caracteres físicos (color de pelo y ojos, complexión, estatura, color de piel, etc.). Lógicamente al no existir ninguna patología femenina, la posibilidad de gestación es mayor (la tasa es de un 60-70 % por paciente).

1.9.6 Donación de ovocitos

Cuado por diversos motivos (ausencia o fallo ovárico, menopausia precoz, etc.) una mujer no puede producir ovocitos, o bien estos son de mala calidad e incapaces, por tanto, de general un embrión, existe la posibilidad de donación anónima de ovocitos. El proceso consiste en la fecundación de los ovocitos de una donante anónima con el semen del marido, de forma que los

embriones que se obtengan se transferirán al útero de la receptora. Ésta también tendrá que ser tratada con una medicación que permitirá que su útero esté dispuesto para recibir los embriones y un posterior embarazo.

En esta donación es imprescindible que se sincronice una donante anónima con una receptora, por lo que no se puede conocer de antemano cuándo se va a realizar la donación, ni tampoco cuál será el número de ovocitos disponibles. Con todo las tasas de gestación por ciclo que ofrece esta técnica es bastante alta (del 50%).

1.9.7 Diagnóstico preimplantatorio

Esta técnica no está realmente dirigida a las parejas infértiles, sino a aquellas en las que una determinada anomalía cromosómica puede evitarse seleccionándose los embriones que van a transferirse, eligiendo únicamente los sanos. Se trata de la realización de un proceso de fecundación “in vitro” y, posteriormente, del análisis de una de las blastómeras (células) de cada uno de los embriones que se obtengan. Este estudio podrá informar a la pareja si los embriones portan anomalía, y se transferirán sólo los que no la lleven. Navarra(2006)

Cuando hay dificultades en la reproducción humana y ese embarazo tan deseado no llega, surgen en la pareja muchos sentimientos de desvalorización que en general, se padecen en soledad, tanto en el hombre como en la mujer. En el apoyo psicológico uno de los puntos clave es poder rescatar a la pareja.

A través de las historias personales, reposicionarlos en la búsqueda de hijo, de una nueva persona, sin por eso desdibujarse cada uno de ellos. El hijo

tan deseado por venir necesita ambos papás íntegros. Por la salud mental de los bebés hay que procurar que los futuros padres no lleguen al final del camino, al embarazo, agotado y desgastado. Lo mejor que pueden hacer los futuros padres por sus hijos, es estar bien afectivamente. Wainfeld(2006)

En resumen, la depresión post parto, al cual se hace referencia, afecta a mujeres que han dado a luz recientemente o se puede presentar inmediatamente después del parto, no importando la clase socioeconómica, condición familiar, laboral, profesional o método reproductivo utilizado. En esta investigación se puede concluir que un alto porcentaje de las mujeres que han pasado por algún tipo de depresión y se someten a un proceso de fertilidad, logrando así el embarazo, recaen en una depresión post-parto. Se observa que las mujeres durante el embarazo manifiestan diferentes cambios, tanto físicos como emocionales, tras la nueva etapa de su vida. Se afirma que la depresión es una de las enfermedades que más comunes en el ser humano. Se caracteriza principalmente por apatía, tristeza, culpabilidad y pérdida de interés. Se observa que las mujeres durante el embarazo manifiestan diferentes cambios tanto físicos como emocionales, tras la nueva etapa de su vida.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión post parto se manifiesta en las primeras 24 horas después del parto y usualmente como se ha mencionado, es la consecuencia de muchos factores, emocionales. Razonablemente, se ve más a menudo en mujeres con tendencias hereditarias en disfunciones emocionales y en aquellas a las cuales les ha dado más trabajo adaptarse a los rigores y complejidades de la vida marital y su desenlace más común: la maternidad (Silva,2005).

Los eventos reproductivos de las mujeres incluyen: el embarazo, el período después del parto y la infertilidad. Estos eventos conllevan a fluctuaciones en el humor, que para algunas de las mujeres incluye la depresión. Los cambios del humor post parto varían desde, un poco de tristeza que inmediatamente acompaña el parto, hasta un episodio de depresión mayor, a una depresión psicótica severa. Los estudios indican que las mujeres que experimentan una depresión mayor después de dar a luz muy probablemente han experimentado episodios depresivos anteriores, aunque no hayan sido diagnosticadas y tratadas. Las mujeres con problemas de infertilidad pueden estar sujetas a episodios de ansiedad o tristeza extrema. (Campo 2003)

La reacción de cada mujer en su adaptación al post parto es distinta, y se pueden detectar síntomas desde los más leves, hasta los más severos. La condición más leve es la que afecta al mayor porcentaje. Si una mujer desea realizarse como madre, lucha y consigue por un método de fertilidad el quedar embarazada por que presenta depresión post parto, Es por eso que se realiza la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las causas de depresión post parto en mujeres que han pasado por un proceso de infertilidad y que actualmente son madres?

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo General

Establecer las principales causas de la depresión post parto en mujeres sometidas a tratamientos de fertilidad.

2.1.2Objetivos Específicos

- Determinar cuál es la percepción de la madre sobre su maternizada y el vínculo con su hijo.
- Determinar como percibe la madre sus relaciones sociales (familia, amigos, esposo)
- Determinar cómo percibe la madre su situación económica.

2.2 Elementos de Estudio

- Depresión post parto
- Tratamiento

2.3 Definición de elemento de estudio

Definición Conceptual:

La depresión postparto es una condición que describe una gama de cambios físicos y emocionales que muchas madres pueden padecer después de tener un bebé. Puede ser tratada con medicamentos y asesoramiento.

Los baby blues son padecidos por muchas mujeres en los días inmediatamente después del alumbramiento. Una nueva madre puede tener súbitos cambios en el estado de ánimo, como sentirse muy feliz y de repente sentirse muy triste. Tal vez llore sin una razón y se sienta impaciente, irritable, inquieta, ansiosa, sola y triste. Los baby blues pueden durar sólo unas horas o hasta 1 a 2 semanas después del parto.

La depresión postparto puede suceder unos días o incluso meses después del alumbramiento. Puede ocurrir después del nacimiento de cualquier hijo, no sólo del primero. (Vallejo ,1999).

Algunas de las causas de la depresión post parto pueden ser:

- Madre perfecta
- Relaciones sociales
- Intimidad en la pareja
- Madresolterismo
- Situación económica

Definición operacional

Para efectos de esta investigación se describirán las razones que llevan a una mujer a experimentar tristeza después del parto. Una pérdida significativa, una relación dificultosa, problemas financieros, o un cambio importante en la vida han sido indicados como contribuyentes a la enfermedad depresiva. A veces el comienzo de la depresión se asocia con enfermedad física aguda o crónica Las cuales se conocerá a través de los siguientes indicadores:

- Madre perfecta
- Relaciones sociales
- Intimidad en la pareja
- Madresolterismo
- Situación económica

2.4 Alcances y Límites

Esta investigación se realizó en una clínica privada en la ciudad de Guatemala, tomando como muestra a tres mujeres de un nivel socio económico medio que presentan depresión post parto, que pasaron por un proceso de infertilidad y que actualmente son madres. Por lo anterior el siguiente se realizara un estudio cualitativo y no pretende ser generalizado al o otros contextos clínicos, médicos y sociales, debido que las características de los sujetos pueden variar notablemente en otras circunstancias.

2. 5 Aporte

Este estudio permite dar a conocer las causas de la depresión en mujeres diagnosticadas infértiles y el tratamiento de fertilización y los pasos a seguir para un control más específico ya que ahora son madres, de cómo sus emociones, pensamientos y reacciones, han sido manipuladas por la tristeza, angustia y frustración.

Generalmente se han confundido las causas de la depresión post parto con los síntomas más comunes: llanto, desesperanza, problemas alimenticios, problemas de sueño, etc.

Es por eso que en este trabajo se fundamentan y justifican las causas de la depresión post-parto, para una mejor impresión diagnóstica, permitiendo obtener elementos que favorezcan tanto a la investigación de médicos, psicólogos, y a su vez mejorar el bienestar y la calidad de vida de la nueva madre y su familia

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

La población de estudio son mujeres con depresión post parto debido a un proceso de fertilidad y que actualmente son madres. Se trabajará con la muestra 4 casos. Todas son pacientes de una clínica privada de la ciudad de Guatemala. Pertenecen a un nivel socio económico medio, entre las edades de 20 a 40 años, de nacionalidad guatemalteca.

Sujetos	Edad	Estado Civil	Duración del Tratamiento	Tipo de tratamiento	Fecha del Parto
Carolina	35	Casada	Año y medio	Hormonas	21 de enero 2005
Beatriz	24	Casada	2 años	Operación de tumor	8 de agosto 2005
Ana	32	Casada	1 año	Tratamiento de ovarios poliquisticos	14 de octubre 2005
Paulina	38	Casada	Año y medio	Tumor en las trompas de Falopio	6 de junio 2005

A las anteriores personas se les entrevistó individualmente con el fin de establecer, según los criterios del DSM-IV TR, cualquier diagnóstico depresivo. Posteriormente se les aplicó el Cuestionario escala de Beck y luego de establecer si cumplía criterios diagnósticos y se presentaban cualquier nivel de depresión (leve, moderado, o severa).

El tipo de muestreo será de tipo no probabilística. Es un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad si no de las características de la investigación. (Hernández, Fernández y Baptista 2003).

3.2 Instrumento

Para medir la depresión post parto en mujeres que han pasado por un proceso de infertilidad y que actualmente son madres se utilizó la Escala Depresión de Beck .

(La EDB) que mide los síntomas de depresión y ha sido usada ampliamente por psicólogos y psiquiatras como un instrumento útil para explorar los síntomas depresivos. En este caso se utilizará para evaluar a las mujeres que pasaron por un proceso de infertilidad y en la actualidad son madres y manifiestan síntomas de depresión. También se utilizará una entrevista semiestructurada.

El instrumento está compuesto por 21 ítems. Cada ítem consiste en 4^o5 frases en orden de severidad de expresión del síntoma y la sujeto tiene que escoger la alternativa que más se adapte a su estado actual, a cada una se le asignará un puntaje que va de 0 a 3 puntos. (Gómez y Ávalos, 1982). La final son sumados los mismos para reflejar el nivel de depresión de la sujeto. La máxima puntuación es de 63. A mayor puntaje mayor nivel de depresión.

La Escala Depresión de Beck

Esta escala fue diseñada para medir los diferentes síntomas presentes en depresión. Del inventario se obtiene una puntuación general que permite conocer el grado de depresión en base a 4 valoraciones: Ausente, Leve, Moderado y severo. Está compuesto por 21 ítems que describen síntomas cognitivos, motivacionales, afectivos, conductuales y fisiológicos (Beck, 1979).

El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones de la 1 a la 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.

Instrucciones para el entrevistador para la aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck

Se han preparado las siguientes instrucciones con el fin de estandarizar la aplicación del Cuestionario de Depresión. Es importante que se sigan en

orden estas instrucciones, para proporcionar uniformidad y reducir al mínimo la influencia del entrevistador.

Entrevista

Así mismo, se utilizó una entrevista semiestructurada, la cual se realizó en un proceso dinámico de comunicación paciente-investigador, aportando el paciente sus experiencias a acerca del tema a investigar. La entrevista semiestructurada que de acuerdo con Cubillos (1999), es un procedimiento de conversación libre del protagonista que se acompaña de una escucha receptiva del investigador con el fin de recoger la información por medio de preguntas abiertas, reflexivas y circulares las cuales podrán develar las categorías de interés para la investigación ya que clarifica las conductas, fases críticas de la vida de las personas, logrando de esta forma identificar y clasificar el problema, los sistemas de valore, y estados emocionales de los protagonistas. (VER ANEXO)

El objetivo de la entrevista es determinar si la paciente sufre de depresión post parto, después de someterse a un proceso de fertilidad, logrando quedar embarazada.

La entrevista contará con un total de 14 preguntas abiertas, logrando así obtener suficiente información para su posterior análisis.

3.3 Procedimiento

- 1.** Se seleccionó el problema de investigación, luego se procedió a buscar el apoyo bibliográfico seleccionando las fuentes y de igual manera se tuvo acceso a los antecedentes tanto nacionales como internacionales.
- 2.** Se definieron los objetivos.
- 3.** Se elaboraron los instrumentos dirigidos a dicho estudio con el apoyo de los profesionales
- 4.** Se contactó al médico de la Clínica privada para obtener la autorización. Se garantizó que la información proporcionada sería manejada confidencialmente.
- 5.** Determinar el objetivo de la entrevista, la cantidad de preguntas y la forma de respuesta de las mismas.
- 6.** Se aplicó el instrumento dirigido a cada una de las muestras
- 7.** Se recolectó la información necesaria para cumplir con el marco teórico requerido.
- 8.** Se realizó un análisis de los de los cuestionarios de Beck

9. Se realizó la tablado de Matrices de Resultados

10. Se realizo la tabla de indicadores emergentes

11. Se presentaron los resultados y las conclusiones en base a los análisis anteriores

12. Se presentó el informe final.

8.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación será de tipo cualitativo lo cual se define como una manera u forma específica de determinar enfoques o formas de conocimientos científicos que a su vez se fundamentan en concepciones más profundas, como por ejemplo investigación – acción, estudio de casos, análisis convencionales, investigación participante, historias de vida.

Tesch (1990) plantea que estos términos representan niveles conceptuales distintos. Lo cual hace referencia a las historias de vida o las observaciones participante a formas de recogida de datos, lo define así “la investigación cualitativa supone la adopción de unas determinadas concepciones filosóficas y científicas. Lo importante es la descripción de y las experiencias humanas a través de la reflexión y así descubrir las formas genuinas y verdaderas de los propios pensamientos. Buendía (1998)

IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Presentación de Resultados Cuestionario de Beck

Sujeto A	Puntaje	Grado de Depresión
Sujeto B		
Sujeto C		
Sujeto D		

TABLA DE INDICADORES EMERGENTES

A continuación se identificará cada indicador emergente, que fue definido con respecto a los mismos sujetos con relación a sus experiencias y palabras, lo cual es de mucho valor en esta investigación iniciaré con:

Indicador Emergente	Definición
<ul style="list-style-type: none">Sentimiento de ser Madre (SUJETO 1)	Ana define que el sentimiento de ser madre como: "Me sentí mal por que me desanimé cuando no pide parir a mi hija me tuvieron que realizar cesaría, me enojé tanto con migo que me sentí mal por no haber pasado por ese sentimiento del parto natural, me sentía

	<p>como si no hubiera tenia a Sofía no me sentían mamá.”</p>
<ul style="list-style-type: none"> Adopción (SUJETO 1) 	<p>Ana con su esposo pensaron en algún momento y tomaron las dedición: “Los dos acudimos al médico y hablábamos de adopción, yo realizaba al pie de la letra las indicaciones de mi médico. “</p>
<ul style="list-style-type: none"> Búsqueda de apoyo psicológico (SUJETO 2) 	<p>Con forme Ana fue a su chequeo con su medico le comentó” mí medico me recomendé que fuera con un psicólogo lo cual tome la decisión rápidamente pero le pedí a Edgar que no e comentara a nadie ya que era un sentimiento muy personal. Me ayudo muchísimo tener este tipo de tratamiento ya que me ayudo a cerrar cosa del pasado para poder sentir mucho más seguridad en mi maternidad. Yo compartía con Edgar mis sesiones terapéuticas y le comentaba en todos mis avances, actualmente se me siento orgullosa de haber acudido con un especialista”</p>
<ul style="list-style-type: none"> Creencias Religiosas (SUJETO 2) 	<p>Ana menciona que “Fue bastante difícil con las dos familias, tanto con los papas de Edgar y con mis papas. Los papas de Edgar no estaba de acuerdo con tanto medicamento y estudio por que practican el Opus Dei, y sus creencia no permiten este tipo de exámenes. Mis papas son muy católicos y estaban de acuerdo que este tipo de</p>

	<p>tratamiento era inadecuado, pero con Edgar llegamos a la conclusión de que mi cuerpo necesitaba ayuda médica para poder realizar nuestro sueño de ser padres.”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas sociales de las parejas casadas (SUJETO 3) 	<p>Alicia menciona que si es difícil pasar por este proceso “Entonces si, con tu pareja, con la familia y con todo mundo, empieza a generar mucha ansiedad y cuando uno va por los resultados de los exámenes todos preguntan que fue lo que salio, entonces necesitas mucho apoyo de tu familia y de tu pareja.”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Métodos Anticonceptivos (SUJETO 4) 	<p>Alicia describe que es “bien difícil, por que uno espera cada resultado de un examen con mucha ansiedad, por que como son exámenes para descartar, entonces no hay nada malo, en los primero, no hay nada malo en los segundos y en los terceros.”</p>

Matrices de Resultados

Paciente No. 1

Elementos	Indicadores	Subindicadores	Resultados
<p>Depresión postparto</p>	<p>Causas</p>	<p>Madre Perfecta</p>	<p>el médico y me digo que el bebe no había crecido y que esto era un aborto, me sentí muy mal, mi autoestima se vino a bajo, sabia que no podía ser madre, me frustraba y me sentía incompleta como mujer</p> <p>está emocionada pero no del todo, tenía mucha inseguridad de llegar a ser madre. La verdad eran sentimientos encontrados, por que me sentía ansiosa, culpable por no sentirme madre, por completo.</p> <p>no me esperaba que Sofía viniera tan pronto, estaba contenta pero a la vez confundida por que pensaba que la bebe no nacería bien, me preocupaba todo, creía que no podría hacerlo todo y que no podría llegar a ase una buena mama.</p> <p>Me sentí mal por que me desanimé cuando no pide parir a mi hija me tuvieron que realizar cesaría, me enojé tanto con migo que me sentí mal por no haber pasado por ese sentimiento del parto natural, me sentía como si no hubiera tenia a Sofía no me sentían mamá.</p> <p>Me ayudo muchísimo tener este tipo de tratamiento ya que me ayudo a</p>

Depresión postparto	Sentimiento de ser Madre	Madre Perfecta	<p>cerrar cosa del pasado para poder sentir mucho más seguridad en mi maternidad.</p> <p><i>Me sentí muy mal, mi autoestima se vino a bajo, sabía que no podía ser madre, me frustraba y me sentía incompleta como mujer</i></p> <p><i>Expectativas de la sociedad que están muy marcadas en nuestra cultura. En onces entra la culpabilidad el sentimiento de impotencia y la baja autoestima por no llenar un parámetro ya establecido</i></p> <p><i>Me sentí mal por que me desanimé cuando no pide parir a mi hija me tuvieron que realizar cesaría, me enojé tanto con migo que me sentí mal por no haber pasado por ese sentimiento del parto natural, me sentía como si no hubiera tenia a Sofía no me sentían mamá</i></p>
		Intimidad de la Pareja	<p>Que bastante cercana, a pesar de que Edgar viajaba y trabajaba mucho, yo tenia mucho miedo que le pasar algo a el en los viajes, me sentía totalmente</p>

			<p>insegura</p> <p>La verdad Edgar fue bastante comprensivo, platicábamos mucho y decíamos lo que realmente pensábamos en ese momento. El fue mucho más positivo y optimista que yo.</p> <p>Yo compartía con Edgar mis sesiones terapéuticas y le comentaba en todos mis avances</p> <p>Nos comunicamos más, a pesar de los pleitos que siempre estarán, pero tenemos que ponernos de acuerdo y en síntoma con Sofía, el como amarla, y como corregirla.</p> <p>La relación se ha fortalecido machismo, tratamos de estar juntos la mayoría del tiempo ya que Edgar trabaja mucho.</p> <p>El me apoya, me siento comprendida y amada por el.</p>
	<p>Síntomas</p>		<p>Cambios hormonales</p> <p>Cambios físicos</p> <p>Períodos de Tristeza</p> <p>Ansiedad después del parto</p> <p>Conflictos con la pareja</p> <p>Sentimiento de inferioridad</p> <p>Pero cuando me casé en el 2005, fui con otro especialista. El me platico que lo que yo tenía era una descompensación hormonal, lo cual me inyecto hormonas par poder tener una mejor control de mi periodo.</p>

			<p>Fue larga la espera por que tuve una perdida cuando éramos novios con Edgar, yo no sabia que estaba embarazada y un día sangraba muchísimo y fui con el médico y me dijo que el bebe no había crecido y que esto era un aborto, me sentí muy mal, mi autoestima se vino a bajo, sabia que no podía ser madre, me frustraba y me sentía incompleta como mujer.</p> <p>Con mis amigos si me separa machismo por el miedo al rechazo y al no comprenderme no me esperaba que Sofía viniera tan pronto, estaba contenta pero a la vez confundida por que pensaba que la bebe no nacería bien, me preocupaba todo, creía que no podría hacerlo todo y que no podría llegar a ase una buena mama</p> <p>Entonces entra la culpabilidad el sentimiento de impotencia y la baja autoestima por no llenar un parámetro ya establecido</p> <p>Me sentí mal por que me desanimé cuando no pude parir a mi hija tuvieron que realizar cesaría, me enojé tanto conmigo que me sentí mal por no haber pasado por ese sentimiento del parto natural, me sentía como si no hubiera tenia a Sofía no me sentían mamá.</p> <p>Quisiera pasar mas tiempo con Edgar</p>
Infertilidad	Causas		Desde que estaba en la universidad

		<p>fui con mi ginecólogo par que me regulara mi periodo, ya que era bastante irregular, y con todo esto, dolores, malestares etc. Mi primer médico me diagnosticó el síndrome de ovarios poliquísticos, lo cual me asustó mucho, por que una de sus observaciones era que yo jamás podría quedar embarazada.</p> <p> Pero este tratamiento con las pastillas anticonceptivas duró un año, y me regule bastante pero no a su totalidad. Pero cuando me casé en el 2005, fui con otro especialista.</p> <p> El me platico que lo que yo tenía era una descompensación hormonal, lo cual me inyecto hormonas par poder tener una mejor control de mi periodo. El me habló bastante claro y me explico todo el proceso y que había la mitad e las posibilidades tanto positivas y negativas al quedar embarazada.</p> <p> A los tres meses de haberme inyectado las hormonas, quede embarazada</p> <p> El proceso de los reguladores la noticia que no podría ser madre y la posibilidad de que tuviéramos un hijo propio con Edgar era mucha la ansiedad la culpabilidad y frustración de los dos, por que los dos teníamos la responsabilidad de una mala fertilización</p> <p> Con Edgar llegamos a la conclusión de que mi cuerpo necesitaba ayuda</p>
--	--	---

			<p>médica para poder realizar nuestro sueño de ser padres</p>
	<p>Impacto en la pareja</p>		<p>Me asustó mucho, por que una de sus observaciones era que yo jamás podría quedar embarazada. yo tenía mucho miedo por que en mi familia existían antecedentes de infertilidad tanto en mi abuela materna como en mi hermana mayor, ya que después de 9 años de casada, tuvo su bebe. Y Edgar, mi esposo se enfermó y su médico también le habló de la infertilidad, que se podía dar en él.</p>
	<p>Adopción”</p>		<p><i>Los dos acudimos al médico y hablábamos de adopción, yo realizaba al pie de la letra las indicaciones de mi médico,</i></p> <p>El proceso de los reguladores la noticia que no podría ser madre y la posibilidad de que tuviéramos un hijo propio con Edgar era mucha la ansiedad la culpabilidad y frustración de los dos, por que los dos teníamos la responsabilidad de una mala fertilización.</p> <p>Los dos acudimos al médico y hablábamos de adopción, yo realizaba al pie de la letra las indicaciones de mi</p>

			<p>médico, pero para sorpresa Sofia se vino antes de tiempo,</p> <p>Edgar llegamos a la conclusión de que mi cuerpo necesitaba ayuda médica para poder realizar nuestro sueño de ser padres,</p>
	Impacto en la mujer	Salud	<p>Desde que estaba en la universidad fui con mi ginecólogo par que me regulara mi periodo, ya que era bastante irregular, y con todo esto, dolores, malestares etc.</p> <p>Tendía, molestias, como nausea, dolor de espalda y no podía comer nada.</p> <p>Los malestares eran horribles</p>
		Impacto psicológico	<p>Yo tenia mucho miedo por que en mi familia existían antecedentes de infertilidad tanto en mi abuela materna como en mi hermana mayor, ya que después de 9 años de casada, tuvo su bebe</p> <p>El proceso de los reguladores la noticia que no podría ser madre y la posibilidad de que tuviéramos un hijo propio con Edgar era mucha la ansiedad la culpabilidad y frustración de los dos, por que los dos teníamos la responsabilidad de una mala fertilización.</p>

	<p>Búsqueda de apoyo psicológico</p>		<p><i>Mi médico me recomendé que fuera con un psicólogo lo cual tome la decisión rápidamente pero le pedí a Edgar que no e comentara a nadie ya que era un sentimiento muy personal. Me ayudo muchísimo tener este tipo de tratamiento ya que me ayudo a cerrar cosa del pasado para poder sentir mucho más seguridad en mi maternidad. Yo compartía con Edgar mis sesiones terapéuticas y le comentaba en todos mis avances, actualmente se me siento orgullosa de haber acudido con un especialista</i></p>
	<p>Relaciones sociales</p>		<p>Con mis amigos si me separa machismo por el miedo al rechazo y al no comprenderme, solamente le hablé a una amiga cercana sobre mi situación ya que ella le habían diagnosticada lo mismo que a mi. Fue bastante difícil</p>

			<p>porque decidí salirme de la universidad y alejarme de mis amigos.</p>
	<p>Relaciones familiares</p>		<p>Fue bastante difícil con las dos familias, tanto con los papas de Edgar y con mis papas. Los papas de Edgar no estaba de acuerdo con tanto medicamento y estudio por que practican el Opus Dei, y sus creencia no permiten este tipo de exámenes. Mis papas son muy católicos y estaban de acuerdo que este tipo de tratamiento era inadecuado.</p> <p>Pero con Edgar llegamos a la conclusión de que mi cuerpo necesitaba ayuda médica para poder realizar nuestro sueño de ser padres, hablamos con ellos y con el tiempo se fueron acoplando mucho más. Entendieron nuestra postura y nuestra lucha y esta situación fue desapareciendo. Si fue difícil por que uno espera el apoyo de los padres</p>
	<p>Tratamiento de Fertilidad</p>	<p>Motivación</p>	<p>Desde que estaba en la universidad fui con mi ginecólogo par que me regulara mi periodo, ya que era bastante irregular, y con todo esto, dolores, malestares etc. Mi primer médico me diagnosticó el síndrome de ovarios poliquísticos, lo cual me asustó mucho, por que una de sus observaciones era</p>

	<p>Creencias Religiosas.</p>	<p>Motivación</p>	<p>que yo jamás podría quedar embarazada. El proceso de los reguladores la noticia que no podría ser madre y la posibilidad de que tuviéramos un hijo propio con Edgar era mucha la ansiedad la culpabilidad y frustración de los dos, por que los dos teníamos la responsabilidad de una mala fertilización.</p>
<p>Tipo de tratamiento</p>		<p>Mi primer médico me diagnosticó el síndrome de ovarios poliquístico</p> <p>Pero este tratamiento con las pastillas anticonceptivas duró un año, y me regule bastante pero no a su totalidad. Pero cuando me casé en el 2005, fui con otro especialista. El me platico que lo que yo tenía era una descompensación hormonal, lo cual me inyecto hormonas par poder tener una mejor control de mi periodo.</p> <p>Se utilizaron unas inyecciones de hormonas</p> <p><i>Fue bastante difícil con las dos familias, tanto con los papas de Edgar y con mis papas. Los papas de Edgar no estaba de acuerdo con tanto medicamento y estudio por que practican el Opus Dei, y sus creencia no permiten este tipo de exámenes. Mis</i></p>	

			<p><i>papas son muy católicos y estaban de acuerdo que este tipo de tratamiento era inadecuado, pero con Edgar llegamos a la conclusión de que mi cuerpo necesitaba ayuda médica para poder realizar nuestro sueño de ser padres</i></p>
		<p>Impacto del tratamiento en la mujer o en la pareja</p>	<p>No me esperaba que Sofía viniera tan pronto, estaba contenta pero a la vez confundida por que pensaba que la bebe no nacería bien, me preocupaba todo, creía que no podría hacerlo todo y que no podría llegar a ase una buena mama. Los molestares fueron horribles, pero el doctor me ayudó mucho y su apoyo fue incondicional, fue muy realista con mi caso, y me espiraba mucha confianza.</p>

Matriz de Resultados

Paciente No. 2

Elementos	Indicadores	Subindicadores	Resultados
Depresión postparto	Causas	Madre Perfecta	<p>Primero uno piensa que cambiar un pañal, es fácil, pero nunca piensas que tienes que cambiar 12 pañales al día, jajajajaa, y creo que lo más difícil para mí, ha sido darle de mamar a la nena, uno no sabe cómo dar de mamar y ellos no saben cómo mamar, uno aprende en conjunto, y entonces fue difícil aprender, y como trabajo, es difícil poderle dar de comer.</p> <p><i>y a ahora mi atención es dividida con la nena, y es una persona que requiere mucha atención.</i></p> <p>es muy importante los bebés que la relación de los papas sea buena, porque algún grito, enojo, la nena se da cuenta y lo percibe,</p> <p><i>fue una verdadera ayuda, nosotros ya teníamos planeado que íbamos a ser después del parto. Como nos íbamos a mover los primeros meses. Nosotros planificamos que a los 8 días después de que la nena naciera íbamos a realizar nuestra primera salida, así fuera ver a mis papas.</i></p> <p><i>. Lo más difícil es la primera salida por que te quieres llevar toda tu casa y</i></p>

			<p>también los mas difícil es la primera visita, por que tenes que tener tu casa ordena, jijijijj. Y otra cosa difícil es salir sola..... Con la bebe.</p> <p>Si por que la silla de la bebe esta en la parte de atrás del carro, y todo el camino vas preguntándote y si llora y si se mueve y si yo podré solita con todas las cosas de la bebe. Esto en muy determinante, por que tenes que aprender a bajar las cosa a que no se te olvide lo esencial.</p> <p>siente un alivio al saber que, si le estoy dando de comer bien.</p>
		<p>Intimidación de la Pareja</p>	<p>Es bien difícil, por que uno espera cada resultado de un examen con mucha ansiedad.</p> <p>Entonces si, con tu pareja, con la familia y con todo mundo, empieza a generar mucha ansiedad y cuando uno va por los resultados de los exámenes todos preguntan que fue lo que salio, entonces necesitas mucho apoyo de tu familia y de tu pareja</p> <p>Para mi es muy importante la comunicación con Mario, a pesar que en estos momentos es complicado el poder ponerse de acuerdo, yo se que la nena está pequeña, pero uno tiene que buscar los momentos para la comunicación</p>

			<p><i>Mario y yo estamos muy consientes de eso los dos nos controlamos más, y hablamos las cosas tranquilamente.</i></p>
	Síntomas		<p>Cambios hormonales Cambios físicos Períodos de Tristeza Ansiedad después del parto Conflictos con la pareja Sentimiento de inferioridad</p> <p><i>Es bien difícil, por que uno espera cada resultado de un examen con mucha ansiedad, por que como son exámenes para descartar</i></p> <p><i>mira, realmente es difícil, pero es muy bonito y recompénsate,</i></p> <p><i>Pues es diferente por que nosotros pasamos cinco años solos, entonces vamos a tal lado, agarrábamos nuestras cosas y nos íbamos, sin importar en donde como vas a dormir, y a ahora mi atención es dividida con la nena</i></p>
Infertilidad	Causas		<p><i>Bueno para nosotros cuando nos casamos nos esperamos 6 meses , utilizamos pastillas anticonceptivas, heee, estuvimos con un tiempo con otros métodos y al año decidimos, que</i></p>

			<p><i>ya íbamos a pedir nuestro primer niño, paso el año y no tuvimos resultado</i></p> <p><i>Mario salio con un punteo bajo en la producción de espermatozoides y le recetaron una medicina, y empezó a tomar la medicina</i></p> <p><i>regresamos con mi médico a consultarle nuevamente el caso y me detectó un tumor, en el útero.</i></p>
	Impacto en la pareja		<p><i>Es bien difícil, por que uno espera cada resultado de un examen con mucha ansiedad, por que como son exámenes para descartar, entonces no hay nada malo, en los primero, no hay nada malo en los segundos y en los terceros exámenes. Entonces uno empieza a preguntarse qué es lo malo?.</i></p> <p><i>Mario se sintió muy mal al saber que el podía ser el del problema, imagínate, si para uno es difícil aceptar que existe un problema, para ellos es lo peor</i></p>
	Impacto en la mujer	Impacto psicológico	<p><i>Esperar y luchar por definir que era lo que estaba pasando</i></p>
			<p><i>Bueno, toda la familia estaba esperando, el bebe, sobre todo mi sobrinita ya tenia 5 años, y nosotros no teníamos bebe, y ya no había bebes en la familia, y todos quieren decirle algo, pero no les daba miedo</i></p> <p><i>,</i></p> <p><i>Es muy importante tener informada a la familia sobre todo el proceso.</i></p>

			<p><i>Pero siempre con Mario, nos pusimos de acuerdo al decirles a toda la familia, y ver los pro y contras y todo lo que pueda pasar, y nosotros tomamos la decisión de que informarles y todo, y por supuesto que todos dan su opinión, pero ellos ya sabiendo que hay un control especializado, se tranquilizan mucho.</i></p> <p><i>Entonces si, con tu pareja, con la familia y con todo mundo, empieza a generar mucha ansiedad y cuando uno va por los resultados de los exámenes todos preguntan que fue lo que salio, entonces necesitas mucho apoyo de tu familia y de tu pareja</i></p>
	<p>Relaciones sociales</p>		<p><i>Pero siempre con Mario, nos pusimos de acuerdo al decirles a toda la familia, y ver los pro y contras y todo lo que pueda pasar, y nosotros tomamos la decisión de que informarles y todo, y por supuesto que todos dan su opinión, pero ellos ya sabiendo que hay un control especializado, se tranquilizan mucho.</i></p>

	<p>Expectativas sociales de las parejas casadas</p>		
	<p>Relaciones familiares</p>	<p>Motivación</p>	<p><i>decidimos, que ya íbamos a pedir nuestro primer niño, paso el año y no tuvimos resultados , entonces nos recomendaron que esperáramos un tiempo y a los dos años de esperar, entonces decidimos optar por un estudio, para ver cual era el problema.</i></p>
	<p>Tratamiento de Fertilidad</p>	<p>Tipo de tratamiento</p>	<p><i>Yo estuve en chequeo con estos dos medios y Mario (su esposo), recurrió con un Urólogo.</i></p> <p><i>Bueno, primero expusimos el problema, de que no habíamos tenido resultado y entonces consultamos al primer doctor y nos dijo que esperamos y como no queríamos esperar cambiamos de doctor, entonces empezamos a realizar una serie de exámenes, primero se me descarto a mi que no tuviera ninguna anomalía y después empezó Mario con sus exámenes, entonces, Mario salio con un punteo bajo en la producción de espermatozoides y le recetaron una medicina, y empezó a tomar la medicina.</i></p>

	<p>métodos anticonceptivos</p>	<p>Tipo de tratamiento</p>	<p><i>Mario lo tomó por un año, y después como no tuvimos resultados con Proxid, ehhhh, regresamos con mi médico a consultarle nuevamente el caso y me detectó un tumor, en el útero, entonces en julio del 2005, me operaron del tumor, en agosto de ese año no pedimos bebe, por correr el riesgo de la operación, agosto, septiembre.... Y en octubre “QUEDE EMBARAZADA “.</i></p> <p><i>Es bien difícil, por que uno espera cada resultado de un examen con mucha ansiedad, por que como son exámenes para descartar, entonces no hay nada malo, en los primero, no hay nada malo en los segundos y en los terceros exámenes. Entonces uno empieza a preguntarse qué es lo malo?.</i></p>
		<p>Impacto del tratamiento en la mujer o en la pareja</p>	<p><i>Mario lo tomó por un año, y después como no tuvimos resultados con Proxid, ehhhh, regresamos con mi médico a consultarle nuevamente el caso y me detectó un tumor, en el útero, entonces en julio del 2005, me operaron</i></p>

			<i>del tumor, en agosto de ese año no pedimos bebe, por correr el riesgo de la operación, agosto, septiembre.... Y en octubre "QUEDE EMBARAZADA ".</i>
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Infertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto en la pareja 	<p>que la familia es la base del matrimonio. Un reflejo del reglamento del aparentar. “Ser FELICES.”</p> <p>El caso de Ana la vulnerabilidad de una depresión o un decaimiento emocional, se puede considerar por la pérdida con anterioridad de su primer hijo, cuando eran novios con el que hoy es su actual esposo. Se confunde los sentimientos dolorosos con la perturbación emocional y es cuando se provoca una depresión u ansiedad. Por que este patrón es aprendido formalmente de la sociedad. Lo cual los pensamientos irracionales perturbadores van en contra del al razón y se rechaza la realidad. Y es allí cuando Ana se confronta con sus pensamientos e ideales. Y es allí cuando el sujeto 1, empieza a dudar de sus capacidades o pierde su autoestima y se separa de sus amigos, por miedo al ser criticado, o rechazado, y se inicia una etapa de culpabilidad,</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones familiares 	<p>realmente si no tengo a mi bebé, no soy feliz y no me puedo ser aceptada por la sociedad</p> <p>Ana por su sentimientos de rechazo y aceptación decidió, alejarse de su grupo de amigos, un cambio significativo con su forma de pensar, ya que menciona que ella, apreciaba mucho sus amistades, pero se sentía mal, por el no ser mamá. En este caso el sujeto recurre a sentimientos de desprecio y odio a si mismo, de ser indigno y se auto condena, también de creencias que incluyen pensamientos radicales como todo o nada o totalitarios y la mas fuerte de todas a de la perfección. En este caso el ser madre. Ana dejo de hablarles a sus amigos ya que este fue su método de salida o mecanismo de defensa. Y que ella no se siguiera mortificando con relación a sus ideas irracionales.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento 	<p>Ana habla sobre el apoyo de</p>

	de Fertilidad	<p>ambos padres tanto de ella como su esposo. Pero que a la hora de tomar la dedición de iniciar un proceso de Fertilidad sus padres no estaban de acuerdo con ellos por las creencias a su religión.</p> <p>En un inicio a Ana le diagnosticaron Síndrome de ovarios Poliquísticos, luego de cambiar de médico este le platico sobre un posible descompensación de hormonas lo cual se inicio con el tratamiento y durante este proceso, se pudo convertir en madre.</p>
--	---------------	---

<ul style="list-style-type: none"> • Infertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto en la pareja • Impacto en la mujer 	<p>Hace la diferencia de carácter y de toma de decisiones en estos dos sujetos y aplica en este caso. Ya que esto se ve reflejado por la forma de pensar y actuar del sujeto 2 por su el nivel de aceptación y búsqueda de un sueño, en este caso el ser madre. Alicia mostró en la narración un actitud serena al relatar su historia a pesar del nivel de preocupación del no poder quedar embarazada.</p> <p>Con respecto a Alicia, su descripción del nivel de frustración no se ve tan específica como la de Ana.</p> <p>Ella a cambio se ve más preocupada de dar el cien por ciento de la atención y su bebé y repitiendo con anterioridad ella relata las actividades que a ella mas el preocupaban, como por ejemplo “cambiar pañales, la primera salida en carro, etc. “menciona que su nivel de</p>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sociales 	<p>ansiedad fue aumentando cuando en varios exámenes ginecológicos descartaban la posibilidad de una infertilidad. Y temía que su esposo fuera en del problema, y esa a ella si le causaba mucha angustia ya que “si para una de mujer es difícil aceptar que uno es el del problema, para ellos, es más difícil, esto refiriéndose que el urólogo le diagnosticara una posible infertilidad a su esposo.</p> <p>Alicia, después de cinco años de casados dejaron de el tratamiento de control de embarazos que les habían proporcionado y después de dos años de intento, fueron a ver un especialista en donde se inició con varios análisis y pruebas de fertilidad en ambos. Esto causo mucha incertidumbre, miedo en la pareja lo cual, decidieron hablar con sus padres sobre el espera de un diagnostico y llegaron a la conclusión que sería mejor hablar con frecuencia, sobre su proceso de Fertilidad con sus padres, por el miedo de ser interrogados y</p>
--	---	---

		después de un alarga espera el médico se comunica con Alicia se encuentre un tumor en el útero lo cual fue sometida a un operación donde le extrajeron el tumor e inmediatamente que da embarazada.
--	--	---

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo identificar las causas de depresión post parto en mujeres que han pasado por un proceso de infertilidad y que actualmente son madres. Apoyados en la definición de Depresión post parto la cual según Karson (1987) se inicia en las primeras cuatro semanas después del alumbramiento, los síntomas más frecuentes son: cambio de ánimo, preocupación por el bienestar del niño, cambios físicos del cuerpo. Las mujeres que presentan episodios depresivos padecen a menudo de ansiedad intensa e incluso crisis de angustia. Se escogieron cuatro casos de investigación en base a los resultados obtenidos en el Cuestionario de Depresión de Beck.

A continuación se presentara un análisis de los cuatros casos de investigación, con el fin de establecer los resultados sobresalientes. Se iniciará con la depresión post parto.

La sujeto 1 presenta vulnerabilidad de una depresión o de un decaimiento emocional, lo cual se puede relacionar con la perdida de su primer hijo. Se confunden los sentimientos dolorosos con la perturbación emocional y es cuando se crean las condiciones para desarrollar una depresión o síntomas de ansiedad. Los pensamientos emocionales inician después de estar casados dos años, explica con sus propias palabras y vivencias la frustración, al saber que no logro quedar embarazada cuando ella quería, logra expresar su tristeza y su impotencia al no poder realizar uno de sus ideales como mujer. Con

muchas criticas personales, como el “no haber podido parir ante el método natural, ni con eso me hacia sentir madre realmente.”

Ahora bien, la sujeto 2, expresó su preocupación como pareja, al tratar de ser padres ya que con el tiempo se dieron cuenta que no era tan fácil el quedar en embarazo probablemente debido al método anticonceptivo que utilizaron. A lo largo del proceso, encontraron una respuesta a su problema de infertilidad buscando opiniones de médicos especialistas, para iniciar con método seguro de fertilización.

Por otro lado, la sujeto 3 expreso de forma similar a la sujeto 1, la frustración que sintió, ya que realizaron varios estudios a la pareja y ninguno de los dos mostraba ninguna anomalía. Con el tiempo se desesperaron ambos, sin embargo siguieron en la lucha hasta finalmente encontrar la causa de su infertilidad.

Por ultimo la sujeto 4, a pesar de sufrir una depresión post parto, no demuestra su preocupación en el momento de quedar embarazada. Luego de pasar por un largo proceso de exámenes médicos, lograron encontrar que ella fue la causa de la infertilidad, la cual luego de varias intervenciones y al poco tiempo logra quedar embarazada.

En base a los resultados, se concluye que los cuatro casos de investigación, a pesar de las diferentes causas, padecieron de depresión post

parto, teniendo como razón principal la frustración de no poder concebir en el momento deseado.

Por otro lado, el segundo elemento de estudio en la presente investigación es la infertilidad, la cual según Noriega (2004) refiere: las parejas que presentan dificultades para tener hijos, experimentan múltiples reacciones psicológicas. El descubrir que no se puede lograr un embarazo es una situación traumática, para la cual, la mayoría de las parejas no están preparadas.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en dicho cuestionario.

En la sujeto 1, el problema inicia después dos años de casados, cuando se dan cuenta que no logra quedar embarazada, ya que un médico le diagnostica el síndrome de ovarios poliquísticos. Luego de tal diagnóstico se dirigen otro especialista para una segunda opinión el cual como tratamiento, decide inyectarle hormonas, obteniendo como resultado el poder concebir luego de dos meses de tratamiento.

Ahora bien, la historia de la sujeto 2, inicia después de 5 años de casados, cuando dejan el tratamiento anticonceptivo, siendo este por medio de vacunas, cuando decidieron ser padres, y se dieron cuenta que el tratamiento dicho anteriormente tuvo como efecto secundario, el no poder quedar embarazada hasta 2 años después de dejar de utilizarlo. Visitaron a un especialista quien les realizó varios análisis a ambos, esto causó mucha

incertidumbre para la pareja, razón por la cual deciden hablar con padres de ambos para explicarles el dolor que causaba en ellos hablar sobre el tema.

Por otro lado la historia de la sujeto 3, inicia en la relación de noviazgo cuando ella sin razón aparente tuvo hemorragia y decidió ir al medico, quien le informo que había tenido un aborto espontáneo. Al año de la perdida deciden casarse e iniciar el proceso de fertilización, el cual no funciono de inmediato, para llegar a dicho tratamiento ambos tuvieron que pasar por varios exámenes y análisis, los cuales les dieron como resultado un diagnostico negativo de infertilidad, lograron concebir a los dos meses de casados.

Por ultimo, la sujeto 4 después de 7 años de intentar quedar embarazada, y un largo proceso de exámenes, le diagnostican al esposo un bajo conteo de espermatozoides, motivo por el cual decide viajar inmediatamente al extranjero y adquirir un tratamiento que como parte del mismo, es necesario un año de abstinencia sexual, después de haber transcurrido este tiempo descubren un tumor en el útero de la esposa, los médicos deciden operarla e inmediatamente después de 5 meses queda embarazada.

Al apreciar los resultados, se puede identificar el bajo conocimiento que tienen las parejas de los métodos anticonceptivos, ya que los cuatro casos de investigación reflejan un alto nivel de culpabilidad, creyendo que la razón del problema de infertilidad que poseen, radica en eso.

El tercer elemento de investigación es el impacto de la mujer, a continuación se expondrán los resultados obtenidos en cada sujeto de estudio.

La sujeto 1, el impacto fue mayor ya que habían vivido de forma cercana, el caso de infertilidad de la hermana mayor de ella. Esto causo una frustración en ellos como pareja, al pensar que no iban a poder tener un hijo propio, y al que dirán de las personas. De igual forma el nivel de estrés aumento ya que por la experiencia de la hermana y el apoyo que le dieron, ya estaban relacionados con los tratamientos en caso de infertilidad.

El impacto en la sujeto 2, se desarrollo de forma diferente, ya que ambos por causa del estrés y de la frustración de no poder tener un hijo, decidieron hablar con los padres de ambos, para que no los cuestionaran al respecto, y así poder continuar con el proceso de forma mas tranquila y así obtener resultados mas gratificantes. Sin embargo, los sentimientos de culpabilidad, desanimo, tristeza en ocasiones se presentaban de forma mayor.

Ahora bien, en la sujeto 3, el impacto se dio de forma diferente, ya que la frustración por no poder ser madre era muy grande. Luego de poder concebir, el medico informo que el alumbramiento seria por medio de cesárea y esto causo en ella sentimientos tales como inseguridad, depresión, frustración, ya que refería “sino logro tener mi hijo de forma natural, no voy a ser feliz ni aceptada en la sociedad”. Esto refleja, depresión, falta de tristeza.

Para concluir, la sujeto 4, el impacto fue en ambos, ya que al inicio los médicos diagnosticaron que el problema de infertilidad estaba en él, descubriendo mas adelante que ambos tenían problemas. El tratamiento en ambos fue largo, causando desanimo, tristeza, frustración, desesperación, sin embargo vencieron cada obstáculo que se les presento a lo largo del tiempo.

En este tercer elemento, se puede ver, que en todos los casos de investigación, el impacto fue en ambos, siendo mayor en la mujer, por la frustración de no poder ser madre. También se puede apreciar el apoyo por parte de los esposos, al no abandonar a sus esposas y vencer juntos este obstáculo. En todos los casos el impacto tenia como resultado sentimientos de culpabilidad, de desanimo, de frustración, de tristeza y frustración, entre otros.

A lo largo de este trabajo de investigación, se identifico varios indicadores emergentes, los cuales soportan los objetivos que se plantearon al inicio.

En la sujeto 1, se lograron identificar dos indicadores emergentes sobresalientes, el primer indicador es el sentimiento de ser madre, el cual la sujeto lo describe como “me sentí mal porque me desanime al no poder tener a mi hija, por medio del método natural, me enoje conmigo misma por haber pasado por ese sentimiento, me sentí como que si no hubiera tenido a mi hija, no me sentía mama”.

En este mismo caso, se logro identificar el indicador emergente de la adopción, la sujeto refirió “los dos acudimos al medico y hablamos sobre la adopción”.

Por otro lado los indicadores emergentes de la sujeto 2, fueron: El apoyo psicológico, en el cual refieren “el médico me sugirió que asistiera a terapia psicóloga, lo cual tome la decisión inmediatamente, y le dije a mi esposo que no lo comentara con nadie ya que era un sentimiento y una decisión muy personal. Me ayudo muchísimo llevar a cabo este proceso ya que me ayudo a cerrar heridas del pasado y sentirme mucho mas segura en mi maternidad”.

El siguiente indicador que mostró este sujeto, es el de las creencias religiosas, ella refirió que “fue muy difícil, con nuestros papás, ya que no estaban de acuerdo con tanto tratamiento y exámenes ya que ellos pertenecen al Opus Dei, pero nos dimos cuenta que mi cuerpo necesitaba ayuda médica para poder realizar el sueño de poder ser padres”.

Ahora bien, en los Sujetos 3 y 4 solamente se identifico un indicador emergente. En la sujeto 3, se identifico el indicador de las expectativas sociales en las parejas casadas, refirió “es difícil pasar por este proceso, porque empiezan a surgir muchas dudas y a generar mucha ansiedad, en cuanto uno se entera de los resultados de los exámenes, porque desean saber los resultados de inmediato. Es necesario el apoyo de tu familia y tu pareja”.

En la sujeto 4, se logro identificar el indicador referente a los métodos anticonceptivos. La sujeto refirió “Es difícil la espera de cada resultado de cada examen, causa ansiedad, porque son exámenes para descartar cualquier anomalía”

Como se puede ver, en cada Sujeto se identifico un indicador emergente diferente, basados cada uno en su propia experiencia en el tratamiento de infertilidad y la depresión post parto que esta causa.

Conforme a la investigación, se puede concluir que las causas principales de la depresión post parto en mujeres sometidas al tratamiento de fertilidad son la frustración de no poder ser madre, el deseo de la mayoría de las mujeres, es trascender a través de los hijos, formar una pareja y poder a través de ellos, proyectarse. Cuando se busca un bebé y no llega el momento que planeado, surge la frustración, el dolor y la preocupaciones, hasta que se llega a la primera consulta, de muchas esperas, ilusiones, desilusiones, luego los análisis, diagnósticos y por fin el tratamiento. Lo más difícil es aceptar que a veces se tiene una dificultad y lidiar con las expectativas sociales. Con esta serie de situaciones como contexto la pareja inicia un proceso de decisiones.

Los mitos en relación al uso de los anticonceptivos, remiten a veinte años atrás cuando existía la creencia de que los anticonceptivos producían infertilidad. Esto era una verdad a medias ya que las altas dosis que se manejaban en ese tiempo hacían que los efectos secundarios fueran muy

severos entre ellos edemas generalizados, dolor de cabeza intenso, aumento de peso, lo que hacía que las pacientes abandonaran estos medicamentos.

Con el advenimiento de los llamados anticonceptivos microdosificados los efectos secundarios ahora son mínimos y aunque no el anticonceptivo ideal, no hay duda que lo habrá. Existe sin embargo un anticonceptivo inyectado que es la medroxiprogestona de 150 mgr. Comercializado en Latinoamérica con el nombre de Depoprovera que causa daño a el endometrio que es la capa activa que forra la matriz causando atrofia del mismo e infertilidad secundarias este medicamento fue discontinuado en Estados unidos pero se continua vendiendo en los países subdesarrollados que se a comprobado su uso por largos periodos de tiempo pueden producir infertilidad transitoria.

Por su parte el síndrome de la madre perfecta es una situación que enfrenta toda madre primeriza. La maternidad es una experiencia que siempre está en constante cambio y la madre primeriza no es la misma que la madre que va a tener a su cuarto hijo, o aquella que ha sufrido la pérdida de uno. La maternidad, como cualquier otra actividad, necesita constante alimento. Quien la ejerce hace bien en leer, capacitarse, preguntarse, enterarse, practicar nuevas técnicas, iniciar nuevas tareas, dedicar un tiempo a hacer ejercicio físico, escuchar música, encontrarse y charlar con sus amistades y muchas veces sólo tener un tiempo para estar sola y por último enfrentar el impacto negativo tanto en la mujer como en la pareja que esto pueda tener. Todas las parejas son distintas y la forma de enfrentarlo depende de lo que signifique el hijo para cada persona. Sin embargo, en general, para algunas mujeres tener

un hijo es algo que “tienen” que hacer en mi vida. La principal diferencia está en que cada una cuenta con redes de apoyo diferentes y asumen las consecuencias de esta experiencia con las herramientas con las que cuentan en cada momento de la vida.

VI. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos, se concluye que en los casos de investigación:

- Las causas mas comunes de la depresión post parto en mujeres que han pasado en un proceso de infertilidad y que actualmente son madres son: Síndrome de madre perfecta, la frustración de no ser madre en el momento deseado, las expectativas sociales y familiares, el impacto en la mujer y en la pareja, los mitos de los anticonceptivos, las creencias religiosas, así como el tratamiento de fertilidad al que se expusieron las parejas.
- El temor más grande que presentaron las madres, es el temor a no ser la madre esperada. El fallarle tanto a su hijo como a su esposo.
- Las parejas, poseen poca información respecto a los anticonceptivos, creando así mitos al respecto los cuales a su vez producen un bloqueo en las mentes de las parejas en proceso de fertilidad.
- Los casos de investigación, mostraban un alto nivel de presión por parte de la sociedad y amigos, los cuales por naturaleza suelen presionar con la venida de los hijos.

- Las parejas son vulnerables a los resultados obtenidos en un Cuestionario o Test ya sea médico o psicológico.
- El apoyo de los esposos, es fundamental para poder superar la depresión post parto, así como concluir los procesos de fertilización.
- Se vive en una sociedad altamente etiquetada, por el que dirán ya que las entrevistadas expresaron temores relacionados con lo que sus familiares o círculo de amigos pensarán en relación al embarazo o la idea de un matrimonio sin hijos.

VII .RECOMENDACIONES

- Se les recomienda a los casos de estudio asistir terapia psicológica desde el momento en que descubren el problema de infertilidad, para obtener un mejor resultado en el tratamiento y prevenir una depresión post parto.
- Para romper con los mitos creados respecto a los anticonceptivos, es necesario asistir a centros de información, o al medico especialista para que les provea de información real sobre al respecto.
- Se les aconseja a las mujeres victimas de la depresión post parto, y a sus esposos o pareja hablar con la familia y amigos más cercanos para que les den un mayor apoyo durante el tratamiento.
- Es de suma importancia mantener un alto nivel de comunicación con el medico especialista y con el psicólogo, para evitar mal entendidos, comprender bien la situación en la que se encuentran, evitar crear mitos, ya que esto ayudara a tener un proceso de fertilización mas grato y con menos preocupaciones.
- A los profesionales, tanto médicos como psicólogos u otro especialista se les recomienda profundizar el tema de los anticonceptivos, de la infertilidad, para poder informar y ayudar con mas exactitud a sus

pacientes, teniendo como resultado que las parejas inicien al tratamiento de fertilidad con mas confianza y tranquilidad.

- De igual forma es necesario un mejor manejo en los resultados de las pruebas o cuestionarios realizados a los pacientes, para evitar etiquetas ya que estas causan mayor frustración, culpabilidad, depresión entre otros sentimientos.
- Apoyar a las parejas, por medio de reuniones casuales con las familiar y personas mas cercanas a ellos, para ver en que forma les pueden ayudar durante el proceso tanto de fertilización como después del parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreasen, N. (1984). **The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry**. Nueva York: Harper & Row,
2. Arranz L.(2004) **La depresión posparto: Emociones en la mujer que ahora es madre** España.
3. Beck, A. (1970). **Depresión: Causas y tratamiento**. Philadelphia: Universidad de Pennsylvania.
4. Beck, A(2004) **bdl-II Inventario de depresión de Beck** Argentina. Paidós.
5. Benecdeck, (1970). **The family as a psychologic field**. Boston
6. Benjamín, B (1999). **Introducción a la Psicología** (6ta ed) Chicago: Mc Gram Hill.
7. Berthiaume O, Saucer, J, Borgeat, H. (1998). Psychosocial factors related to emocional disturbance durin pregnancy. **Journal of Pshychosomaic**.42, 391-402.
8. Blechman,E(1992). **Medicina Conductual de la mujer**. España: editorial Martines Roca.
9. Bibring. (1959) **Cambios psicológicos en el embarazo**. New York.
10. Bowlby, J. (1997). **La pérdida Afectiva**. España: Editorial Paidos.
11. Buendía Eisman, Colás Bravo, Hernández Pina. (1998) **Métodos de investigación en psicopedagogía** Mc Graw Hill España.
12. Caballeri.(1992). Factores Emocionales y psicolsociales en el embarazo. **Journal of Psychosomatirc**. 42,391-402.

13. Campo 2003 **efecto de la psicoprofilaxis obstétrica en la incidencia de la depresión postparto** . España. MEBE.
14. Canava.IE(1998). AUPEC Salud Pública Universidad de Illinois, Chicago.
15. Canaval. G.E. (1998). **Promoción de la salud: Predictores de empoderamiento comunitario en mujeres**. Colombia.
16. Carter, R. (1998). **Helping Someone With Mental Illness: A Compassionate Guide for Family, Friends and Caregivers**. Nueva York: Times Books.
17. Anónimo (2005),**Causas de la depresión**. [En red]. Disponible <http://www.mailxmail.com>
18. Conde, V. y Franch J. I. (1984). **Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología del trastorno angustioso y depresivo**. Valencia: UP-JONH.
19. Craig, J. (1997). **Desarrollo Psicológico**.(7ª Ed) México: Prentice Hall Hispanoamérica S, A.
20. Cyrano ,M. (1980) **Critical issue in the treatment of affective disorders**. España. Interamericana.
21. Cohen. (2003) **Mujer embarazada**. Chile. Kabarca
22. Condon, Corlindale. (1997). **Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo**. España. REME.
23. Cubillos, M. (1999). **Significado De la Práctica Integrada de Psicología de Grupo de Estudiantes de la USTA**. Tesis inédita. Universidad Santo Tomas. Bogota. Colombia. Disponible en: www.members.tripod.com

24. De la Fuente, I. (1997). **Conceptualización de la depresión como un síntoma, un síndrome o enfermedad. Desarrollo humano** (8ª. Ed). México: Mc Graw Hill.

25. Dumquah, M. (1998). **Willow Weep for Me, A Black Woman's Journey Through Depression: A Memoir**. Nueva York: W.W. Norton & Co., Inc.

26. **Esterilidad e Infertilidad** (2003)
 [En Red] Disponible en: [_ www.ondasalud.com](http://www.ondasalud.com)

27. Gibson, D. y Myers. J. (2000). Gender and infertility. **Journal of Causelling & Development .78** 400-410.

28. Gonzalez, O. (2002). Infertility as transformational process. **Issues in Mental health nursing. 21** 619-633.

29. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2003). **Metodología de la Investigación**, (3era. ed) .México. Mc Gram Hill.

30. Higgins, (1990). Infertility as a psychosomatic **Defense Fertility**, 3,527-541.

31. Jamison, K. (1996). **An Unquiet Mind, A Memoir of Moods and Madness**. Nueva York: Random House.

32. Jordan (1998) **Relaciones Sociales**. Colombia.

33. Juan, M. (2001). **No puedo tener hijos**. Barcelona: Plaza & Janés Editoriales S.A.

34. Karahasannoglu, A (1972). Clínicas obstetricias y Ginecológicas. **Phychological aspects of infertility. 9:241**.

35. Karson C. (1987). **Manintaining the general health of aging women**. España. Interamericana.

36. Kestember L (1977) **The Sex Terapy**,New York . Times Book.
37. Kcloc. (1993). **Alteraciones Emocionales en mujeres Infértiles** New Zeland
38. Lahey. (1999). **Antecedentes de embarazo.** Chile. _Seiflo.
39. León, V(2004). **Aspectos sociales y económicos en mujeres infértiles en una clínica privada en Guatemala.** Tesis. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala
40. **Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** España. Masson.
41. Maruaga. (1992). **Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies.** Valencia.
42. Menning;B (1977). **Infertility.** Englewood. Prentice Hall.
43. Miller IW. (1997) . PSYCHOSOCIAL FACTORS AND LONG- TERM **COURSE OF MAJOR DEPRESSION,44 :57-62**
44. Moghissi S. y Kamran Dr (1979). **Clínicas obstetras y ginecológicas recertificación en obstetricia y ginecología conceptos actuales sobre infecundidad.** México: Interamericana.
45. Moghissi K (1979). Clínicas obstetricias y Ginecológicas. **Composition and properties of human cervical mucus.** 39:1358.
46. Moreno, P. (2002). **Cómo superar la depresión.** España: Editorial Arguval.
47. Nicolson. (1998). **Embarazo.** Chile.
48. Noriega, I. (2004). **Depresión y Embarazo.** México: Intersistemas.

49. O'Moore A, Harrison J, Murphy y Carruthers I. (1983) **Personalidad y Depresión crónica e infertilidad**. Moussouri: Driss.
50. Penerini (2001). **Complicaciones en el embarazo**. Madrid: Merck Sharp & Dohme .
51. Rice, F. (1997). **Desarrollo Humano: estudio del ciclo Vital**. (2da. Ed.), México: Prentice Hall.
52. Rubin S.(1970). **Ginecología y Neonatología**. Chile.
53. Rubin. (1996) **embarazo de alto riesgo**. Washington D.C
54. Redfiel. (1996). **Ansiedad Y pobreza**. Buenos Aires. Humanitas.
55. Rozados (2006). **Depresión** [En red]. Disponible www.depresion.psicomag.com/postparto.php
56. Seligman, M.E.P. (1989). Depresión, logro, y salud que predicen. En M.D. Yapko (Ed.), **Breve acercamientos de la terapia a tratar ansiedad y la depresión**65.. N.Y: Interamericana.
57. Sherbourne y Wells. (1997) **global clinical change: differences between the patient's and the clinician's assessment throughout the treatment of a depressive episode**. Barcelona. Marensa.
58. Silva A (2005). **Depresión post parto**. Puerto Rico: GYN.
59. **Tratamientos de fertilidad y técnicas de reproducción asistida** (2006) [En Red] www.navarra.es.com
60. Ussher. L. (1997). **How motherhood changes life** . Francia
61. Vallejo, Jy Crespo J.M. (1999). **Afrontar la Depresión**. Barcelona: J&C. Ediciones Médicas.

62. Wainfeld E. (2006) Los tratamientos de la Fertilidad y la pareja [en Red]
latina.obgyn.net
63. Warren ,H (1996). **Diccionario de la psicología fondo de cultura económica.** (3era ed.) México
64. Well K.(1997) . Course of depression in patents with comorcial anxiety disorders. **Affect disord. 43** :245-250.
65. Winnicott. (1971). Aging in Women. New Cork.
66. Herrmannsdörfer M. (2005). **Trastornos en el estado de animo depresión unipolar en adolescentes guatemaltecos.** Guatemala .
Universidad Del Valle.
67. Fuentes Cabrera L. (2003). **Episodios Depresivos en Guatemala.**
Guatemala. Universidad del Valle.
68. Morris K. (2003). **Sondeo de la depresión post parto en una zona urbana en México** Nueva York. Instituto de Ciencias de la Salud

ANEXOS

Entrevista Semiestructurada

Objetivo	Recolectar toda la información sobre los pensamientos de las madres
Sujetos	
Técnica	Entrevista
tipo	Semiestructurada

1. Cuénteme por qué decidieron recurrir a un tratamiento de fertilidad?
2. Cuénteme cómo fue el proceso?
3. Qué tipo de Tratamiento de fertilización utilizó para quedar embarazada?
4. Qué significa ser madre para usted?
5. cómo influyó su círculo familiar en la decisión del tratamiento?
6. Y su círculo de amistades?

7. qué sintió durante el embarazo
8. Qué piensa sobre el prejuicio social de una pareja sin hijos?
9. Y cómo se sintió después?
10. Cómo fue la relación con su pareja antes del embarazo?
11. Cómo fue la relación con su pareja después del embarazo
12. Cómo es la relación de su pareja actualmente?
13. En quien confía y porqué? Identifique.
14. que quisiera que su hijo pensara de usted