

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

“TENDENCIAS DEPRESIVAS EN MADRES AL DAR A LUZ UN HIJO CON
SÍNDROME DE DOWN”

CLAUDIA LISSETH ORTÍZ HERNÁNDEZ

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2,015

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

“TENDENCIAS DEPRESIVAS EN MADRES AL DAR A LUZ UN HIJO CON
SÍNDROME DE DOWN”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

CLAUDIA LISSETH ORTÍZ HERNÁNDEZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2,015

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a person in religious or academic attire, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a cross. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter.

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciado Abraham Cortez Mejía

DIRECTOR

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina

SECRETARIO

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



C.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 01471-2012
CODIPs. 1685-2015

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

03 de noviembre de 2015

Estudiante
Claudia Lisseth Ortiz Hernández
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEXTO (6º) del Acta CUARENTA Y SEIS GUIÓN DOS MIL QUINCE (46-2015), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 30 de octubre de 2015, que copiado literalmente dice:

“**SEXTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: “**TENDENCIAS DEPRESIVAS EN MADRES AL DAR A LUZ A UN HIJO CON SÍNDROME DE DOWN**”, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Claudia Lisseth Ortiz Hernández

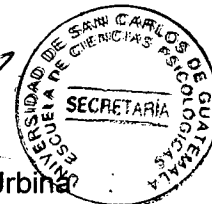
CARNÉ: 2007-13558

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Nidia Ramírez y revisado por el Licenciado Pedro de León. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

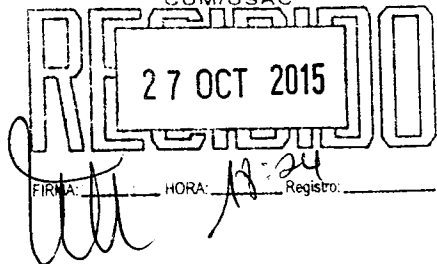
Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO



/Gaby

CIEPs. 0137-2015
REG: 01471-2012

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



INFORME FINAL

Guatemala, 22 de Octubre 2015

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Pedro de León** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“TENDENCIAS DEPRESIVAS EN MADRES AL DAR A LUZ A UN HIJO CON SÍNDROME DE DOWN”.

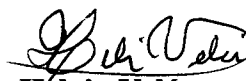
ESTUDIANTE:
Claudia Lisseth Ortíz Hernández

CARNE No.
2007-13558

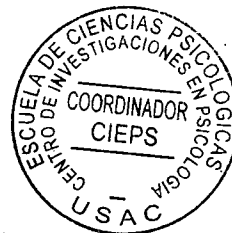
CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 06 de Octubre del año en curso por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 14 de Octubre del 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Helvin Velásquez Ramos
Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Andrea

CIEPs. 0137-2015
REG. 01471-2012

Guatemala, 22 Octubre de 2015

M.A Helvin Velásquez Ramos
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“TENDENCIAS DEPRESIVAS EN MADRES AL DAR A LUZ A UN HIJO CON SÍNDROME DE DOWN”.

ESTUDIANTE:
Claudia Lisseth Ortiz Hernández

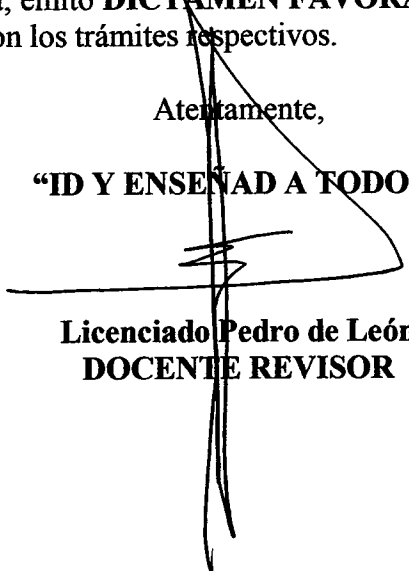
CARNÉ No.
2007-13558

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 06 de Octubre 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAR A TODOS”


Licenciado Pedro de León
DOCENTE REVISOR



As/archivo

Guatemala, 5 de Mayo de 2015

Licenciada

Mayra Luna de Álvarez

Docente encargada de la Unidad de Graduación Profesional

Escuela de Ciencias Psicológicas

USAC

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado "Tendencias depresivas en madres al dar a luz un hijo con Síndrome de Down" realizado por la estudiante Claudia Lisseth Ortiz Hernández, Carné 200713558.

El trabajo fue realizado a partir de Mayo 3 de 2011 hasta Mayo 4 del 2015.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por la Unidad de Graduación Profesional por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,



Lic. Nidia Ramírez
Licenciada en Psicología
Colegiado No. 01097
Asesor de contenido

MG/mg

cc. Archivo

Guatemala, 5 de Noviembre de 2012

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora de la Unidad de Graduación
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante **Claudia Lisseth Ortiz Hernández, Carné 200713558** realizó en esta institución 15 Entrevistas, 15 Encuestas y 15 Escalas de Hamilton como parte del trabajo de Investigación titulado: **"Tendencias Depresivas en Madres al Dar a Luz un Hijo con Síndrome De Down"** en el periodo comprendido de Octubre del presente año, en horario de 8:00 a 13:00 horas.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra Institución.

Sin otro particular, me suscribo.



Licda. Gisela Dardón
Coordinadora del Programa de Psicología y Comunicación
4 av. 12-20 Z. 16 Acatán, Santa Rosita
PBX: 2261-0887 www.fundacionmargaritatejada.org

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Luis Vinicio Franco Hernández

Licenciado en Psicología

Colegiado Activo No. 5,597

Magda Yesenia Morales

Licenciada en Psicología

Colegiado Activo No. 2,692

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro a Dios por haberme guiado en todo momento y permitir que llegara hasta aquí, de igual manera al ángel que Dios me mando mi **madre** que es lo más grande y hermoso que tengo en mi vida, gracias por estar conmigo apoyándome y creer en mí siempre eres mi motivo para seguir adelante y no dejarme vencer.

Dedico este acto a mi hermano **Vinny** que ha sido mi guía en todo momento y un gran ejemplo al que siempre voy siguiendo sus pasos, gracias por estar conmigo cuando más lo necesito y enseñarme a luchar por lo que quiero y no importa si caigo siempre debo levantarme y seguir adelante. Y a esa persona especial que ha compartido muchas sonrisas y ha sido cómplice de muchas cosas mi hermano **Gerson**, que definitivamente es un regalo de Dios para mi vida porque no se qué haría sin él. Agradezco a mi padre **Rony** por apoyarme siempre.

De igual manera a esas personas que llegan a nuestra vida para cambiarlas y que nuestro corazón deciden que se queden en él mis amigas: Mady, Adry, Karla, Ana Liz, Maye, Ale, Magda, Cristian, Dylan, Gaby, Sophi, Estefany y especialmente a **Diana** por ser mi mejor amiga y ser una persona incondicional que siempre ha estado conmigo en todo momento apoyándome, **Marlen** por todos tus consejos y escuchar mis historias y a mi novio **Julio** por ser esa persona que conocí en el momento justo, gracias por todo tu apoyo y hacerme ver la vida de una manera diferente.

Tengo muchas cosas que agradecer por todo lo bueno y lo malo ya que todas estas experiencias han formado a la persona que soy hoy.

AGRADECIMIENTOS

A la **Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas**, por brindarme el conocimiento y ser formador de mi profesión.

A mi revisor **Lic. Pedro de León** por dedicar su valioso tiempo y conocimiento en la revisión de la investigación.

A la **Fundación Margarita Tejada** por el gran trabajo que hacen con las madres y niños con Síndrome de Down y la confianza al haber permitido la realización de esta investigación, especialmente a Gisela Dardón por estar al pendiente del proceso.

Un agradecimiento especial a **cada una de las madres** quienes hicieron posible la ejecución de esta investigación, quienes con toda confianza expusieron sus experiencias y a quienes admiro por la capacidad de amar y salir adelante por sus hijos, las cuales tienen mi admiración, gratitud y respeto.

A **TECNIKIDS** por haberme apoyado en todo momento para culminar mi carrera y la confianza que me brindaron.

Y a todas las personas que directa o indirectamente hicieron posible la realización de este proyecto tan importante para mí.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Prólogo.....	2
CAPÍTULO I	
I. Introducción.....	3
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.....	3
1.1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.1.2 Marco teórico.....	5
1.1.2.1. Antecedentes.....	5
1.1.2.2. Maternidad.....	6
1.1.2.3. Depresión.....	7
1.1.2.3.1. Tipos de depresión.....	8
1.1.2.3.2. Factores.....	12
1.1.2.3.3. Síntomas depresivos.....	16
1.1.2.3.4. Tendencias depresivas en la mujer.....	18
1.1.2.3.5. Depresión post parto.....	21
1.1.2.4. Madres de niños con Síndrome De Down.....	22
1.1.2.4.1. Impacto emocional en madres de niños con Síndrome De Down.....	23
1.1.2.4.2. Depresión post parto en madres de niños con síndrome de Down.....	23
1.1.2.5. Síndrome De Down.....	23
1.1.2.6. Genética.....	24
1.1.2.7. Diagnostico.....	25
1.1.2.8. Desarrollo de niños con Síndrome De Down.....	26
1.1.2.9. Tratamiento.....	28
1.1.3. Delimitación.....	28
CAPÍTULO II	
II. Técnicas e instrumentos.....	30
2.1 Técnicas.....	30
2.1.1 Técnica de muestreo.....	30
2.1.2 Técnica de recolección de datos.....	30
2.1.3 Técnica de análisis de datos:.....	31
2.2 Instrumentos.....	30
2.2.1 Entrevista Estructurada	30
2.2.2 Guía de la encuesta:.....	30
2.2.3 Escala de depresión de Hamilton:.....	31

CAPÍTULO III	
III. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	32
3.1 Características del lugar y de la población	32
3.1.1 Características del lugar	32
3.1.2 Características de la población	32
3.2 Análisis e interpretación de los resultados.....	34
3.3. Análisis global.....	41
CAPÍTULO IV	
IV. Conclusiones y recomendaciones.....	42
4.1 Conclusiones.....	42
4.2 Recomendaciones.....	44
Bibliografía.....	45
Anexos	

RESUMEN

Título: Tendencias depresivas en madres al dar a luz un hijo con Síndrome de Down.

Autora: Claudia Lisseth Ortiz Hernández

El presente trabajo pretende dar a conocer tendencias depresivas, sentimientos, pensamientos, actitudes y principales expectativas que tiene la madre al momento de enterarse que está embarazada y cómo cambian al conocer el diagnóstico de que su hijo nacerá con Síndrome de Down. El objetivo general de esta investigación fue identificar los niveles de depresión que presentan las madres al dar a luz un hijo con Síndrome de Down, motivo por el cual se formularon los objetivos específicos: conocer cuál es el porcentaje de madres depresivas, identificar las posibles secuelas emocionales, explicar el sentimiento de culpa que maneja la madre, establecer las consecuencias emocionales que desata la depresión en madres que han dado a luz un hijo con Síndrome de Down.

Las interrogantes formuladas para llevar a cabo esta investigación fueron: ¿cuál es el porcentaje de madres que presentan depresión ante el nacimiento de un hijo con Síndrome de Down?, ¿cuáles son las posibles secuelas emocionales que se manifiestan en la madre que ha dado a luz un hijo con Síndrome de Down?, para dar respuesta a dichas interrogantes se utilizó la entrevista estructurada, encuesta y escala de Hamilton para medir los niveles depresivos, la investigación se realizó con 15 madres de niños con Síndrome de Down de nivel medio que asisten a la Fundación Margarita Tejada ubicada en la zona 16, realizada en octubre de 2012. Se puede concluir que al momento que la madre se entera de la condición genética de su hijo se ve afectada el área emocional teniendo sentimientos de tristeza, frustración, temor y ansiedad, presentando un cuadro depresivo leve.

PRÓLOGO

Cuando una mujer se entera que va a ser madre, confía en que su hijo nazca sin ningún problema y en ocasiones piensa en el futuro de su hijo y en todo lo que realizarán juntos, pero que sucede cuando estos planes no se llevan a cabo, por ello se formularon los siguientes objetivos: identificar los niveles de depresión que presentan las madres, conocer cuál es el porcentaje de madres depresivas, identificar las posibles secuelas emocionales, explicar el sentimiento de culpa que maneja la madre, establecer las consecuencias emocionales que desata la depresión en madres que han dado a luz un hijo con Síndrome de Down.

El estado emocional de la madre al dar a luz un hijo con Síndrome Down puede presentar diversos desequilibrios, entre ellos síntomas depresivos que se manifiestan como un estado de ánimo de tristeza y sin energías para realizar las actividades cotidianas. El motivo de la investigación es por falta de documentación que hay acerca de las tendencias depresivas de las madres al dar a luz un hijo con Síndrome Down, se habla de cómo ayudar y estimular a un niño con Síndrome Down para un mejor desarrollo, pero no de lo que piensa o siente la madre al enterarse del diagnóstico de su hijo, por ello se realizó esta investigación en Octubre de 2012 a 15 madres de niños con Síndrome de Down que asisten a la Fundación Margarita Tejada. Al evaluar los niveles de aceptación, actitudes, pensamientos, sentimientos y emociones que presentaban las madres, se puede brindar el apoyo necesario y tener un estado de ánimo estable para poder brindar amor y seguridad a su hijo.

Se agradece a la Fundación Margarita Tejada por haber permitido la realización de esta investigación, de igual manera a las madres que hicieron posible que esta investigación se llevara a cabo y a todas las personas que directa o indirectamente estuvieron involucradas.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema y marco teórico

1.1.1 Planteamiento del problema

Las personas cumplen con una variedad de roles en la vida cotidiana en distintos contextos y con una diversidad de factores que resultan influyentes para el establecimiento de actitudes, comportamientos y modos de pensamiento en general, que a su vez darán lugar a la manera de reaccionar e interactuar con su mundo circundante. Entre los roles que tiene la madre sin duda alguna “la maternidad es una de las etapas más gratificantes en la vida de toda mujer, cuando se poseen las condiciones emocionales, físicas e intelectuales, para consumir de manera adecuada tan agradable etapa; permitiendo la creación de expectativas en cuanto a las labores que como madre debe desempeñar y a la satisfacción de dar a luz el fruto de una relación.”¹ Cuando llega el momento de ingresar al hospital para dar a luz a un niño jamás está preparada emocionalmente para el advenimiento de un hijo con capacidades diferentes puede presentarse la idea pero la descarta rápidamente, la posibilidad de tener un hijo sano, según su imaginación está a su favor, pero cuál es la reacción que se obtiene al momento de conocer que las expectativas de su maternidad se ven quebrantadas por una de las posibilidades que no se han tenido en consideración, ya que el “Síndrome de Down es una alteración congénita causada por el cromosoma 21.”²

En el momento que la madre se entera que su hijo tiene Síndrome de Down, es una situación que no puede entender, cuál es la reacción de la madre, como influyen sobre sus emociones y como afecta el curso de su vida a partir de ese momento, la madre puede llegar a sentir culpa por algo que hizo o dejó de hacer durante el periodo de gestación, en ocasiones puede llegar a deprimirse sin

¹Bowlby, John **“Cuidado Maternal”** Ediciones Harmondsworth. Inglaterra 1986 pág. 92

²Casanova, Antonieta **“Manuel de Educación Especial”** Ediciones Anaya, España 1981 pág. 23

ella darse cuenta, simplemente pierde el interés por actividades y pérdida de energía. Las Madres que han tenido un hijo con Síndrome de Down pueden aceptar que es real y que existe, lo aceptan como una cuestión de hecho, buscan distintos modos para tolerarlo y nuevas formas para afrontar esta desesperación irremediable, cual sea la fortaleza individual, pero rara vez se está verdaderamente preparado para hacer frente a una real situación desesperante.

La Fundación Margarita Tejada brinda apoyo a niños con Síndrome de Down para mejorar la calidad de vida integral de las personas con Síndrome de Down y familiares, se trabaja con padres de familia dando terapia de grupo e individual. Ésta investigación pretende dar a conocer las tendencias depresivas de las madres que asisten a la institución Margarita Tejada, utilizando los instrumentos como la entrevista estructurada para conocer las expectativas y pensamientos que tienen las madres, encuesta permite saber los sentimientos y para conocer los niveles depresivos se utilizó la escala de Hamilton.

Las preguntas formuladas en esta investigación fueron: ¿cuál es el porcentaje de madres que presentan depresión ante el nacimiento de un hijo con Síndrome de Down?, ¿cuáles son las posibles secuelas emocionales que se manifiestan en la madre que ha dado a luz un hijo con Síndrome de Down?, Si hay ¿qué sentimiento de culpa maneja la madre que ha dado a luz un hijo con Síndrome de Down?, ¿qué consecuencias desata la depresión en la relación de pareja en la madre que ha dado a luz un hijo con Síndrome de Down?.

La depresión como trastorno de la personalidad, es de origen multicausal, es necesario entonces descartar factores psicosociales, emocionales y hormonales para atribuir dicho padecimiento al hecho de dar a luz un niño con síndrome de Down. El estado emocional varía a lo largo del día en función de lo que ocurre o se percibe, el modelo cognitivo considera que la principal alteración de la depresión está en el proceso de la información ya que la depresión está determinada en gran medida por como el depresivo percibe su realidad.

1.1.2 Marco Teórico

1.1.2.1. Antecedentes

La Maternidad es el conjunto de acciones que realiza la mujer desde el momento que da a luz a su hijo, la relación madre e hijo es un factor importante en la vida tanto de la madre como del hijo. La comunicación de la madre con su hijo se desarrolla consciente e inconsciente, ya que la madre tiene la capacidad de percibir las necesidades de su hijo, pero esta comunicación se ve afectada cuando la madre presenta un cuadro depresivo, como esto afecta sus pensamientos y sentimientos, existen investigaciones relacionados con este tema como: "El estado emocional de las madres que han tenido un hijo con Síndrome de Down" realizado por Yolanda Perez y Nancy Yantuche en Mayo de 2010 cuyo objetivo es establecer el estado emocional que presenta la madre de un niño con Síndrome de Down. De igual manera la investigación de Elvia Ezquivel y Vivian Lima con el tema "Factores emocionales que afectan el núcleo familiar en la familia del niño con Síndrome de Down", realizada en Julio de 2005 con el objetivo de conocer los factores emocionales que afectan el núcleo familiar en la familia del niño con Síndrome de Down", Hilda Carrillo realizó una investigación titulada "Análisis de las consecuencias sociales de la depresión" en Mayo de 2005 para poder dar respuesta al objetivo: identificar las consecuencias sociales de la depresión. Estas investigaciones son un aporte muy importante para la sociedad ya que se puede tener más conocimiento acerca de la depresión en las madres y como esta afecta su vida cotidiana.

"La relación madre-hijo debe ser afectuosa, íntima y continua para que el niño tenga una buena salud mental, siendo esta relación la base de la misma y del desarrollo del carácter del infante. La relación del niño con su madre, es el vínculo más importante del primero durante sus años de infancia y niñez, es ella quien lo alimenta, lo baña, quien lo mantiene tibio y lo confronta, es a su madre a quien se dirige cuando algo lo aqueja."³

³Bowlby, John "Cuidado Maternal" Ediciones Harmondsworth Inglaterra 1985 pág. 71

La madre desarrolla el papel de seguridad por ello es considerada como una persona insustituible para el desarrollo y socialización del niño, el niño empieza a introyectar la imagen de la madre en él. Así mismo es la encargada socialmente de la transmisión de valores, costumbres, creencias, ideología, procesamiento de alimentos, limpieza de la vivienda, higiene de los menores, cuidado de su salud y todos los cuidados físicos y emocionales que requiere cualquier ser humano para poder relacionarse en un contexto social.

La maternidad ha sido referente social para ir construyendo la identidad de las mujeres, de tal forma que las mujeres son especializadas desde la infancia para cumplir con la encomienda de ser madres y su existencia se organiza en torno a la maternidad. La mayoría de las mujeres aprenden lo que significa la maternidad a través de la manera en que sus propias madres las trataron cuando eran niñas, de la actitud que adopta la sociedad frente a la responsabilidad maternal y sus experiencias personales.

“Los rasgos que definen a una buena madre son:

- **Disponibilidad:** estar allí donde y cuando los hijos la necesiten.
- **Comprensión:** saber qué es lo que requieren sus hijos aunque éstos no lo expresen claramente; en realidad debe adivinar cuál es la demanda que se le exige, y para ello es preciso un hondo vínculo emocional.
- **Cuidado:** tener la capacidad de responder de manera adecuada a la petición de turno, al servicio solicitado.
- **Cariño:** tener ganas y sentir placer de ser solicitada y de brindar los cuidados.”⁴

La depresión es un estado de ánimo triste, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad o incapacidad de decisión. La depresión, no es más que un síntoma sumamente aflictivo, es una perturbación que afecta

⁴Bleichmar, Emilce Dio “La Depresión En La Mujer” ediciones “temas de hoy” Madrid España 1991 pág. 97

todo el organismo en el que abundan todos los signos físicos, al menos cuando la depresión alcanza cierta gravedad.

“La depresión es un malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma en que una come y duerme, el deseo sexual, la opinión de una misma y el concepto de la vida en general. Un trastorno depresivo no es un estado de ánimo triste, pasajero; tampoco es una señal de debilidad personal o una condición que se pueda alejar a voluntad. Las personas que sufren una depresión no pueden tan solo animarse y, de inmediato, sentirse mejor.”⁵

La depresión es un trastorno que afecta la totalidad del desempeño de quien la padece, dificultando el cumplimiento del de su rol en las distintas áreas de su vida.

“En algún momento u otro de la vida, todas las personas atraviesan por un período depresivo. Por supuesto que no todos son casos tan desesperados que los induzcan al suicidio, pero no hay nadie que escape a la regla general de que todos, en alguna oportunidad, han experimentado en mayor o menos grado un ataque depresivo.”⁶

Las personas buscan el porqué de la depresión, queriendo atribuir su desarrollo a una causa particular, sin analizar el conjunto de factores que dan lugar al padecimiento que altera la salud mental y como consecuencia el deterioro de sus labores cotidianas.

“Los cuadros depresivos varían desde estados de duelo normal por la muerte de un ser querido hasta trastornos más severos en los que surgen ideas delirantes de desvalorización, de ruina, de enfermedades imaginarias o de culpa por presuntos perjuicios cometidos en contra de los demás. Sus causas pueden

⁵Idem. pág. 23

⁶LaHaye, Tim **“Cómo Vencer La Depresión”** Editorial “Vida” Florida 1990 pág. 5

ser exclusivamente psicológicas, como en las *depresiones neuróticas*, o tener un componente biológico o genético, como hay evidencia de que ocurre en las depresiones *bipolares mayores*, denominadas así porque las personas presentan episodios de severa patología en uno u otro polo del estado de ánimo: el polo del episodio depresivo o el polo de lo que en el lenguaje técnico se conoce como *manía*, es decir, el cuadro de exaltación afectiva, hiperactividad e ideas de grandiosidad.”⁷

Etimológicamente la depresión significa abatido o derribado. A pesar de que la depresión en términos psicológicos afecta todas las áreas de la vida del sujeto, afecta con mayor profundidad el área emocional-afectiva, teniendo como consecuencia un deterioro en el desarrollo de las relaciones sociales, ya que el actuar de la persona es dominado por síntomas como la tristeza patológica, el decaimiento y la irritabilidad, disminuyendo simultáneamente el rendimiento laboral y las actividades habituales del sujeto.

- **Tipos de depresión**

Clasificación, es un término que alude al orden, según las características presentadas por la gama o grupo que se desea catalogar.

La depresión, es un padecimiento sumamente profundo, que hace necesario el establecimiento de una clasificación que facilite la creación y selección del tratamiento adecuado, según los síntomas de cada caso particular.

En términos psicopatológicos, dentro del DSM-IV, la depresión pertenece a la una amplia gama de trastornos del ánimo.

“Los trastornos del estado de ánimo están divididos en:

- Trastornos depresivos (depresión unipolar)
- Trastornos bipolares.

⁷Bleichmar, Emilce Dio. Op. Cit. pág. 24

- Dos trastornos basados en la etiología.
- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.”⁸

Un episodio depresivo se refiere al padecimiento significativo de los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV en un periodo de tiempo determinado; este es de al menos dos semanas.

Criterios diagnósticos para la depresión:

- a. “Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
- b. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- c. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- e. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
- f. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- g. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

⁸ American Psychiatric Association DSM IV “**Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**”. Editorial Masson, S.A USA Pág. 320

- h. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
- i. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.”⁹

- Trastorno depresivo mayor

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

- Trastorno Distímico

Se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- Trastorno depresivo no especificado

Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

- Trastorno bipolar I

Se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

- Trastorno bipolar II

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

⁹Idem. Pág. 324

- Trastorno ciclotímico

Se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- Trastorno bipolar no especificado

Se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

- Trastorno del estado de ánimo no especificado

Se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).¹⁰

“La depresión puede adoptar una gran variedad de apariencias y generalmente comprende diferentes trastornos. Estudios realizados acerca de la

¹⁰Idem. Pág. 323

depresión han tendido a restar importancia a las diferencias y, en vez de ello, a considerar la depresión como una enfermedad única.”¹¹

El comportamiento del ser humano, se refiere a la forma de proceder que las personas tienen en su constante interacción con el medio que les rodea; dicha interacción implica una serie de estímulos que influyen de manera general en el actuar de cada sujeto y éste a su vez reaccionará de forma particular ante los diferentes estímulos, estableciendo patrones conductuales, en el desarrollo de la cotidianidad de su vida.

El hombre es un ser eminentemente social; este nace dentro de un grupo y en su relación con este aprende el estilo de vida. Nace como un ser completamente dependiente y se hace independiente en la medida que aprende a satisfacer sus propias necesidades dentro del grupo en el que nació.

El estado de ánimos influenciado por una amplia variedad de factores que propician el aumento o disminución de éste, factores que pueden resultar en consecuencias positivas o negativas. Dentro de los principales factores se encuentran los factores psicosociales, hormonales y emocionales.

- **Factores psicosociales**

“En los países que se han realizado estudios estadísticos acerca de la depresión, las cifras revelan uniformemente que las mujeres padecen el doble de depresión que los hombres. Mientras que aproximadamente una de cada cinco mujeres sufre de una depresión mayor en su vida, en el caso de los hombres la proporción se reduce a uno de cada diez. Esta clara preponderancia del sexo femenino no resulta el hecho de que a las mujeres le dé menos vergüenza quejarse o estén más dispuestas a pedir ayuda profesional.”¹²

¹¹Merson, Stephen **“Depresión”** Editorial Norma Londres 1995 pág. 29

¹²Bleichmar, Emilce Dio. Op. Cit. pág. 47

Los diferentes roles que las personas desempeñan a lo largo de la cotidianidad de su vida, ponen de manifiesto la probabilidad de la depresión como un padecimiento multicausal, ampliando la vulnerabilidad ante la depresión, pero no todas las personas están dispuestas a expresar o pedir ayuda cuando las situaciones se salen de control y experimentan algunos síntomas depresivos.

La depresión como padecimiento, no se da de un momento a otro, es más bien la acumulación de problemas, en combinación con los modos de pensamiento que definen las actitudes y formas de reaccionar ante los diferentes inconvenientes que se presentan en la vida, lo anterior sumado a la incapacidad para solucionar problemas y conflictos de forma positiva o asertiva.

Otro de los factores altamente influyentes desde la perspectiva psicosocial, que pueden dar lugar a la depresión como un serio padecimiento, es la sociedad a la que se pertenezca y la cultura que se practique dentro de ella.

“Las características específicas relacionadas con la cultura se exponen en el texto referente al episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo mayor (único o recidivante), tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones.

En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.”¹³

Un dato sumamente interesante, que vale la pena resaltar, es la diferencia entre los roles de género que a simple vista, parece ser altamente influyente al momento de padecer una depresión, puesto que según datos estadísticos de estudios realizados, las mujeres presentan una mayor tendencia a desarrollar

¹³ DSMIV Op. Cit .pág. 348

depresión; desde la perspectiva de los roles de género la explicación esté quizá en las características que definen el que hacer del hombre y de la mujer dentro de un grupo social, creando las condiciones para que la mujer desarrolle mayor vulnerabilidad emocional, por otro lado un factor que favorece al género masculino es el hecho de que su comportamiento a lo largo de la vida es predominantemente lúdico y como rol de asignado, posee las condiciones que limitan el desarrollo de la vulnerabilidad emocional, teniendo que presentarse con mayor fortaleza ante las diferentes dificultades que deba afrontar a lo largo de la vida.

- **Factores emocionales**

En sentido amplio el buen desarrollo emocional supone estar consciente de los propios sentimientos, estar en contacto con ellos y poder proyectarlos de manera asertiva frente a los demás, es decir el poder relacionarse de manera positiva con los semejantes. Supone a su vez el ser empático en todas las relaciones sociales, tener una propia identidad y gozar del intercambio satisfactorio de sentimientos con los otros.

“Una buena emocionalidad permite al sujeto el afirmar su propia individualidad, aceptándose a sí mismo, desarrollando una clara seguridad y finalmente una adecuada autoestima.

Para alcanzar un buen desarrollo emocional, las personas deben experimentar sus sentimientos de forma completa y poder expresarlos ante los otros aun a sabiendas de que el exponerse de manera abierta ante el grupo, da a este la facilidad de opinar y diferir del sujeto, teniendo este último que poder soportar la presión de las diferencias individuales.”¹⁴

¹⁴Rodrigo, María José “Familia Y Desarrollo Humano”. Editorial Alianza , España 1998 pág. 92.

El desarrollo de las emociones ejerce una fuerte influencia sobre el tipo de conducta que se desarrolle en el individuo, además de las actitudes que definirán la calidad de sus contactos sociales.

En el caso de un desarrollo emocional inadecuado, se está propenso a desarrollar actitudes que en perspectiva pueden conducir hacia la depresión. Las personas pesimistas, con falta de control sobre las circunstancias de su vida diaria y con tendencia a la preocupación excesiva están propensas a la depresión.

- **Factores hormonales**

Existen alteraciones en el funcionamiento de las glándulas hipotálamo e hipófisis (que se encuentran en el cerebro) y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre los riñones que dan lugar a la depresión.

La función de estas glándulas es sincronizarse entre sí, de modo que la hormona segregada por el hipotálamo estimule a la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a producir cortisol.

La cantidad de hormona segregada frena a la glándula que la ha producido de modo que se produce un mecanismo llamado de retroalimentación. Si esta respuesta de retroalimentación no funciona con normalidad, se origina la depresión.

El mal funcionamiento de la glándula tiroides también está relacionado con los trastornos del estado de ánimo, ya que el hipotiroidismo puede ser considerado como un síndrome depresivo.

Las hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, también son importantes en la depresión. Los niveles anormales de determinadas hormonas del estrés y del crecimiento también pueden desempeñar un papel fundamental en el desencadenamiento de la depresión.

Lo anterior, pone de manifiesto otra de las posibles explicaciones del porqué las mujeres presentan mayor tendencia hacia la depresión, esta puede deberse a los constantes cambios hormonales que presentan a lo largo del ciclo, que además de producir variaciones sutiles en el estado de ánimo, pueden llegar a ocasionar cierta cronicidad en el humor, lo que podría resultar en una alteración constante del estado del ánimo.

- **Síntomas depresivos**

“Los síntomas centrales de la depresión son la tristeza, el pesimismo, el descontento de sí mismo, junto con la pérdida de energía, de motivación, y de concentración. El grado en que estos síntomas pueden presentarse y las combinaciones de los mismos son variables hasta el infinito”¹⁵.

Las personas con trastornos depresivos se ven afectadas emocionalmente y esto puede llevar consecuencias en las cuales pueden perder el control de las situaciones y muy difícilmente salir de ese estado de ánimo.

“Los signos y síntomas de la depresión pueden observarse en:

- Estado de ánimo

Tristeza, insatisfacción, abatimiento, llanto.

- Pensamiento

Pesimismo, ideas de culpabilidad, autoacusación, pérdida de interés y motivación, disminución de la eficacia y la concentración, conducta y aspecto, negligencia en el aspecto personal.

- Síntomas somáticos

Pérdida del apetito, pérdida de peso, estreñimiento, sueño poco profundo, dolores y males, alteraciones de la menstruación, pérdida de la libido.

¹⁵Mendels, Joseph “La Depresión” editorial Herder, Barcelona 1982 pág. 17

➤ **Conducta suicida**

Pensamientos, amenazas, intentos.”¹⁶

Estado de ánimo: En las personas con síndrome depresivo la tristeza es la capital del estado de ánimo. Los pacientes se quejan de sentirse abatidos, insatisfechos, incapaces de reaccionar a las cosas que normalmente le dan alegría.

Pensamiento: a medida que la depresión evoluciona, los enfermos se tornan gradualmente ineficientes. La pérdida de interés, la disminución de energías, la incapacidad de llevar acabo cualquier tarea, la dificultad en concentrarse, la erosión de la motivación y de la ambición, todo se combina para menoscabar un funcionamiento eficiente.

Conducta y aspecto: el aspecto de las personas es un factor importante que delata a éstas como tristes. Su rostro triste, insatisfecho, la actitud decaída y la postura inclinada son claros indicios de este estado. A medida que la depresión se hace más profunda, tiene lugar una pérdida progresiva del interés por el aspecto y cuidado de la persona.

Síntomas somáticos: se presentan con frecuencia como acompañante de los síntomas de la depresión, en ocasiones es la única manifestación de la misma. Es lo que se denomina somatizaciones: diarrea, dolores de espalda, temblores, adormecimiento, sueño exagerado.

Rasgos de ansiedad: en ocasiones las personas deprimidas presentan también rasgos de ansiedad y otros estados neuróticos. Pueden quejarse de tensión, indecisión, temores vagos y preocupaciones.

Conducta suicida: es habitual oír que decir a una persona deprimida que su vida no tiene sentido, que se siente sola, sufre demasiado y se quiere morir. “Las

¹⁶Idem. pág. 18

estadísticas señalan que los hombres tienen mayor número de suicidios consumados, mientras que las mujeres comenten mayor número de intentos.”¹⁷

La depresión varía de persona a persona, pero hay algunos signos y síntomas comunes que se pueden presentar iguales. Cuando los síntomas sean abrumadoras e incapacitantes, es momento de buscar ayuda profesional, se debe tomar en cuenta que cualquier persona de cualquier edad puede estar propensa hacia la depresión.

- **Tendencias depresivas en la mujer**

“Dos de cada tres personas que sufren alguna vez en su vida episodios de depresión son mujeres. En los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado de tal forma que se le considera no solo como problemas más frecuente en el campo de la salud mental, sino el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad.”¹⁸

La depresión depende de varios factores para desarrollarse, de los cuales los más sobresalientes son:

- Emocionales
- Sociales
- Hormonales

Las mujeres presentan mayor vulnerabilidad ante la depresión, no en términos psiquiátricos o psicopatológicos, sino como un efecto de los diferentes cambios hormonales que se dan en su cuerpo de forma natural y que pueden llegar a ser el punto de partida para una depresión como trastorno del ánimo.

¹⁷Bleichmar, Emilce Dio. Op. Cit. pág. 32

¹⁸Kline, Nathan “La Depresión Fenomeno Del Siglo XX” editorial Fournier México 1989 Pág. 57

Los factores hormonales contribuyen a la depresión en la mujer por los constantes cambios que tiene a lo largo de su vida como:

Ciclo menstrual, embarazo, aborto, posparto, pre menopausia

“En las mujeres, la depresión toma formas particulares o, mejor dicho, hace su aparición en momentos particulares de la vida:

- Depresión premenstrual
- Depresión posparto
- Depresión de la mujer de la mediana edad
- Depresión del nido vacío o depresión posmaternal.

Cada una de estas formas así como las que acabamos de describir se puede presentar en distintos grados de severidad. Si los síntomas interfieren seriamente en la habilidad para trabajar, dormir, comer o disfrutar de actividades que anteriormente fueron agradables –distracciones, sexo, vida social-, se trata de una depresión mayor con síntomas incapacitantes.”¹⁹

“Un caso suave de depresión puede prolongarse toda la vida sin que alguien, ni siquiera el depresivo, sospeche que algo funciona mal.”²⁰

Las mujeres que están en un estado depresivo muchas veces no lo saben, solamente pierden el interés de realizar las actividades que hacían normalmente sin ninguna causa aparente.

“Cuando las mujeres comienzan a investigar el tema desde una perspectiva que tiene muy en cuenta, que pone atención y cuidado en escuchar sus <<requejas>>, los hallazgos demuestran que lo que deprime a las mujeres son las consecuencias derivadas de la forma en que deben vivir su feminidad.”²¹

¹⁹Bleichmar, Emilce Dio. Op. Cit. pág. 25

²⁰Sturgeon, Wina “**Depresión Cómo Identificarla, Cómo Superarla, Cómo Curarla**” editorial “Grijalbo” Argentina 1987 pág. 93

²¹Bleichmar, Emilce Dio. Op. Cit. pág. 13

Las mujeres suelen padecer más depresión que los hombres ya que presentan diferencias biológicas diferentes entre ellos. Asimismo ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres.

Tipos de depresiones más comunes en la mujer:

- “Las depresiones bipolares mayores:

Se manifiesta con una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de las actividades que antes eran placenteras. Un episodio depresivo mayor puede ocurrir una sola vez, pero con frecuencia ocurren varios episodios durante el transcurso de la vida.

- Las ciclotimias:

Hay episodios psiquiátricos, es decir periodos bien definidos, con síntomas de depresión o de exaltación, que se alteran y pueden dar lugar a ciclos. Pero estos episodios no tienen ni la duración ni la gravedad que caracteriza a los de las depresiones bipolares mayores.

- Las personalidades ciclotímicas:

Son aquellas que a lo largo de su vida pasan por períodos, a veces prolongados, en que se sienten entusiastas, optimistas e hiperactivas, mientras que en otros están apagadas, con poca energía, pesimistas, tristes, desinteresadas.

- Las oscilaciones del humor:

Son cambios hacia la alegría o la tristeza que no constituyen un trastorno psiquiátrico y que se presentan en personas normales, habiendo épocas en que

se encuentran más entusiastas, llenas de vitalidad, y otras en que aparecen más apáticas, más pesimistas, más retraídas.”²²

- **Depresión postparto**

“Se trata de un tipo de depresión que no se diferencia en nada de los episodios depresivos descritos con anterioridad –las depresiones mayores o menores-, pudiendo alcanzar distintos grados de severidad. Se caracteriza por una acentuada desgana, franca irritabilidad hacia los demás (marido, otros hijos, padres, familiares), los trastornos del sueño y del apetito y seria dificultades en el manejo del bebé. Muy frecuentemente, estos estados depresivos que dan enmascarar bajo el sinnúmero de dificultades y complicaciones que surgen ante la crianza. El niño no duerme bien, llora ininterrumpidamente, se alimenta mal, y así el estado del abatimiento, ansiedad, fatiga y desequilibrio materno se considera una consecuencia <<de la guerra que da el bebé>>, sin que la propia madre, ni tampoco los que la rodean, reconozcan la verdadera causa.”²³

Luego del parto es normal que la mujer experimente cambios en su estado de ánimo, que comienza a los pocos días de haber nacido el bebé, pero que no dura más de 2 semanas. En esta etapa la mujer puede sentirse sensible, ansiosa, irritable e incluso experimentar problemas para dormir. Con el transcurso de los días, y cuando ya haya descansado lo suficiente y se adapte al cuidado del bebé, la tristeza postparto desaparece. Sin embargo, si esta etapa se extiende más allá de las 2 semanas puede ser un indicio de depresión postparto.

Pueden ser muchos los factores que la provocan, entre ellos los hormonales, bioquímicos, genéticos, psicológicos y ambientales.

²²Bleichmar, Emilce Dio. Op. Cit. pág. 24

²³ Idem. pág. 76

“La depresión postparto es una depresión que tiende a tener la madre tras el nacimiento de su hijo, que puede ser a causa de muchos factores como: el descenso repentino de las hormonas luego del parto, las responsabilidades que aparecen con respecto al cuidado del bebé derriban el estado de ansiedad y felicidad que traía asociado el embarazo, además el cuidado de un recién nacido no es gratificante para todas las madres, ya que al principio las cosas pueden salir mal, generando profundos sentimientos de frustración.”²⁴

En muchas ocasiones la depresión posparto parece no tener un sentido específico ya que la madre deseaba al niño, una de cada diez madres padece esta enfermedad que debe ser tratada ya que de otra forma podría durar meses e incluso años con la depresión.

“Después de dar a luz, muchas mujeres no se sienten bien ni contentas. La profundidad del malestar es variable, el hecho constatado por los profesionales de la salud que han clasificado la dolencia en tres grados de severidad:

- Reacción depresiva pasajera, lo que los autores de habla inglesa –quienes identificaron este cuadro por primera vez- denominaron *maternity blues*.
 - Depresión posparto
 - Psicosis puerperal.”²⁵
-
- **Madres de niños con Síndrome De Down**

Las madres de niños con Síndrome Down han sabido tener los cuidados necesarios para un buen desarrollo de su hijo. Algunas madres presentan temor para poder preparar al niño y pueda desenvolverse en la sociedad y lograr que sea autónomo.

²⁴Idem. pág. 52

²⁵Idem. pág. 75

Muchas madres tienen expectativas acerca del desarrollo de su hijo como el de poder ir a estudiar, aprender a leer, lograr un desarrollo integral y planes a futuro.

- **Impacto emocional en madres de niños con Síndrome De Down**

Toda madre desea que su periodo de gestación se dé sin complicaciones, al momento de conocer que su hijo tiene Síndrome Down y de saber que las expectativa que tenían hacia el niño no son las que esperaban, les es difícil asimilar la situación, en ocasiones pueden tener frustración, decepción y pueden llegar a la depresión, lo anterior quizá como el resultado de la poca preparación en cuanto a la probabilidad de interferir con sus deseos de realización en su rol como padres, esto puede afectar seriamente la afectividad en la relación madre e hijo, sin embargo la aceptación de tan inesperada situación facilita la creación de condiciones que den lugar a un mejor desarrollo del niño con síndrome de Down.

- **Depresión posparto en madres de niños con Síndrome De Down**

La depresión es un trastorno que se da en las madres que dan a luz un hijo con Síndrome Down que las expectativas que tenían del hijo ideal no serán ciertas al principio es muy difícil que las madres acepten su condición.

A su vez los hijos están propensos a sufrir depresión o problemas de salud a futuro, por el estado de ánimo de la madre durante el periodo de gestación.

En ocasiones las madres salen del estado depresivo al tener que cuidar a si hijo y al informarse de la causa del Síndrome y todo lo necesario para brindarle y buen desarrollo.

- **Síndrome De Down**

“El Síndrome Down un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 conocido también como trisomía 21.”²⁶

Con una capacidad diferente del desarrollo que se caracteriza por retraso mental, rasgos específicos de la cara, y con frecuencia, defectos cardíacos, infecciones y problemas visuales y auditivos.

“Los niños con Síndrome de Down nacen con diversas anomalías físicas que hacen que tengan un aspecto sorprendentemente parecido entre sí.”²⁷

Cuando un bebe tiene síndrome de Down puede cambiar sus características físicas como:

- Un pliegue en el ángulo interior de los ojos
- El puente de la nariz es plano
- Las orejas son bajas o pequeñas
- Los dedos meniques están encorvados
- Hay un espacio entre el dedo gordo y el segundo dedo del pie
- Manos y pies anchos
- Bajo tono muscular

No se sabe con certeza el motivo por la que el Síndrome de Down ocurra y no hay forma de evitar la aparición del cromosoma que lo ocasiona.

- **Genética**

Regularmente en la concepción, un bebé hereda la información genética de sus padres mediante 46 cromosomas: 23 provenientes de la madre y 23 del padre. En el caso del Síndrome de Down existe una cromosoma 21 adicional sumando un total de 47 cromosomas en lugar de 46. Este material genético adicional

²⁶Wicks, Rita **“Psicopatología Del Niño Y Del Adolescente”**, Editorial Prentice Hall, Madrid 1997 pág. 250

²⁷Idem. pág 255

ocasiona las características físicas y los retrasos del desarrollo asociados al síndrome de Down.

Aunque nadie sabe con certeza la razón por la que el Síndrome de Down ocurre y aunque no hay forma de evitar el error de cromosomas que lo ocasiona. “Durante años se había visto que la concordancia entre gemelos monocigóticos se acercaba al cien por ciento, lo cual implicaba que existía un proceso genético subyacente, solo tres años después que se descubrieran los cromosomas humanos, Lejeune y otros investigadores descubrieron una trisomía en el par 21 en los cromosomas de las personas que tenían el Síndrome de Down.”²⁸

La probabilidad de que una célula reproductora contenga una copia extra del cromosoma 21 aumenta notablemente junto con la edad de la mujer. Por lo tanto, una madre de edad madura tiene más probabilidad que una madre más joven de tener un bebé con síndrome de Down.

“Muchos especialistas recomiendan efectuar pruebas prenatales en las mujeres que queden embarazadas a los 35 años o más para determinar la presencia de síndrome de Down. La probabilidad de que una mujer menor de 30 años que queda embarazada tenga un bebé con síndrome de Down es inferior a 1 en 1.000, pero la probabilidad de tener un bebé con síndrome de Down aumenta a 1 en 400 en las mujeres que quedan embarazadas a los 35 años.”²⁹

Las parejas que han tenido un hijo con Síndrome de Down, padres cuyo cromosoma 21 ha sido reacomodado son los que corren más riesgo de tener un hijo con Síndrome Down.

²⁸Idem. pág. 249

²⁹ Idem. pág. 250

- **Diagnóstico**

El síndrome de Down ocurre cuando hay una copia extra del cromosoma 21. El síndrome de Down es la causa única más común de anomalías congénitas en los seres humanos.

Existen factores que pueden llevar a tener un hijo con Síndrome Down como:

- Madres con 35 años de edad o mayores ya que las anomalías cromosómicas aumenta con la edad de la madre.
- Padres con 50 años de edad o mayores, siendo menor que el de la edad materna, se recomiendan practicar análisis prenatales en esta situación.
- Si con anterioridad hay un nacimiento de un hijo con síndrome de Down o cualquier otra anomalía cromosómica.
- Translocación equilibrada de cromosomas en uno de los padres. Por ejemplo, si un cromosoma 21 se encuentra pegado al 14, hay una probabilidad del 50% de que este progenitor transfiera esta Translocación 14/21 a su descendencia. Por tanto, este progenitor tiene un riesgo mayor de tener más de un hijo con síndrome de Down.
- Padres con alteraciones cromosómicas.

Al nacer el bebé un médico debe hacer un diagnóstico inicial al ver la apariencia del bebé ya que son rasgos muy marcado en el Síndrome de Down, puede escuchar el soplo del corazón o realizar un examen de sangre para comprobar la aparición de un cromosoma extra.

- **Desarrollo de niños con Síndrome De Down**

Los niños recién nacidos con síndrome de Down están preparados para percibir y responder ante los estímulos propios y ambientales. Los cinco sentidos actúan como importantes fuentes de información en una etapa en la que el

desarrollo es muy rápido. Las respuestas visibles que el bebé da al principio pueden ser muy pequeñas. A veces consisten sólo en un cambio en el nivel de actividad, quedándose quieto o tranquilo cuando oye un sonido, y a orientarse hacia el origen del estímulo que oye. Poco a poco el niño madura y aprende a seleccionar ciertos estímulos de entre la gran variedad que tiene alrededor: ruidos, luces, figuras. Este proceso de selección es el fundamento de otras interacciones más complejas con el ambiente que serán necesarias para después. El mejor estímulo auditivo es el de la voz, tono, intensidad, acento, ritmo, melodía. El niño comprende los aspectos comunicativos por el tono que percibe y lo demuestra alegrándose, sonriendo o llorando, como respuesta diferenciada ante un tono u otro.

“Actualmente las personas con Síndrome de Down tienen un retraso mental de grado ligero o moderado, existe una minoría en la que el retraso es tan pequeño que se encuentra en el límite de la normalidad. En otras ocasiones la deficiencia es grave, asociada a una patología complementaria de carácter neurológico, o porque la persona se encuentra aislada y privada de toda enseñanza académica.”³⁰

Datos morfológicos y funcionales obtenidos mediante el análisis del sistema nervioso de las personas con síndrome de Down de distintas edades, en mayor o menor grado, presentan problemas relacionados con el desarrollo de los siguientes procesos:

- Los mecanismos de atención, el estado de alerta, las actitudes de iniciativa.
- La expresión de su temperamento, su conducta, su sociabilidad.
- Los procesos de memoria a corto y largo plazo.
- Los mecanismos de correlación, análisis, cálculo y pensamiento abstracto.
- Los procesos de lenguaje expresivo.

³⁰ Casanova, Ma. Antonia “**Manual De Educación Especial**”, Editorial Anaya, España 1981 pág. 78

Los problemas de visión y de audición son muy frecuentes y, sobre todo, corregibles; es evidente que su mal funcionamiento ha de repercutir muy negativamente en los procesos de entrada de la información y en su posterior procesamiento cerebral.

- **Tratamiento**

“El tratamiento de los niños con Síndrome de Down, comienza en el seno familiar relacionada con la actitud de los padres, por lo que el niño debe permanecer y disfrutar psicoafectivamente del ambiente hogareño brindándole un clima de adaptación y cariño, ya que sus primeras vivencias marcarán su existencia.”³¹

La relación con la educación del niño es fructífera, aunque su instrucción es lenta mucho aprenden a leer, escribir, sumar y restar favorablemente ya que la educación debe estar en aspectos concretos, sistemáticos e inmediatos.

La intervención temprana un programa de terapia física, ejercicio y actividad diseñada para tratar los atrasos en el desarrollo. El programa es individualizado para cumplir con las necesidades de cada niño en las áreas del desarrollo del movimiento, lenguaje, y habilidad de autoayuda.

Es necesario dar un tratamiento a personas con el síndrome de Down como:

- Cirugía en caso que se necesite, ya sea del corazón, del intestino o de los ojos.
- Dieta.
- Muchos niños con síndrome de Down tienden a subir de peso con el tiempo; se les puede tratar con una dieta controlada y un programa de ejercicio.
- Los niños con síndrome de Down deben de ser sometidos a exámenes al nacer o antes de los 3 meses para detectar la pérdida de la audición.
- Todos los niños con este síndrome deben ser sometidos a exámenes de visión y audición de forma regular para evitar problemas en el desarrollo del habla.

³¹Wicks, Rita. Op. Cit. pág. 258

1.1.3. Delimitación

El trabajo de campo fue realizado durante el mes de Octubre de 2013 en la Fundación Margarita Tejada, con madres de niños con Síndrome de Down que asisten a la misma, la población investigada consistió en madres que se enteraron del diagnóstico de su hijo al momento que dieron a luz y como esto afectó las expectativas que tenían de ser madres, al igual que cambiaron sus pensamientos, sentimientos y emociones por el diagnóstico, esto llevándolas a un estado depresivo en el cual ni ellas mismas sabían que se encontraban.

Las condiciones económicas de las madres son limitadas, se apoyan entre ellas y la fundación les brinda una ayuda para los niños. Las madres asisten a la fundación para poder dar estimulación a sus hijos para luego ellas hacer los ejercicios en casa, de igual forma se les brinda ayuda psicológica a algunas madres.

CAPITULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

- **Técnica de muestreo**

Para la realización del estudio participaron madres de niños con Síndrome de Down de nivel medio que asisten periódicamente a la Fundación Margarita Tejada para poder dar estimulación a sus hijos y luego ellas realizar los ejercicios en el transcurso de la semana. Para llevar a cabo la investigación se trabajó con una muestra no aleatoria que consistió en la participación y colaboración de forma voluntaria de 15 madres que tiene un hijo con síndrome de Down que asisten a la Fundación Margarita Tejada, la madres dieron su testimonio de cuando se enteraron que tenían un hijo con Síndrome de Down, como esto cambió las expectativas que tenían durante el embarazo y como se sienten actualmente ante el hecho de ser madres de un niño con Síndrome de Down, dicha investigación se llevó a cabo en octubre de 2012.

- **Técnicas de recolección de datos**

- **Entrevista estructurada**

La entrevista estaba formada por diez preguntas y se llevó a cabo en un tiempo de 40 minutos, se realizó los días 15, 17, 22 y 24 de octubre de 2012 de 8:00 a 13:00 horas, en la Fundación Margarita Tejada, se aplicó de forma individual y se grabó con el permiso de las madres para obtener mejores resultados ya que así sentían la confianza de poder hablar sin ser interrumpidas. Dicha técnica fue diseñada para evaluar el siguiente objetivo: “posibles secuelas emocionales que puede haber en la madre que ha dado a luz un hijo con Síndrome de Down.”

➤ **Encuesta:**

Esta técnica fue realizada los días 15, 17, 22 y 24 de octubre de 2012 de 8:00 a 13:00 horas, en una de las oficinas de la Fundación Margarita Tejada y se aplicó de forma individual, contenía cinco preguntas con posibles respuestas en la cual la madre tenía que subrayar con la que sentía identificada ya que estaba enfocada en sentimientos, pensamientos y emociones. Por medio de esta técnica se dio respuesta al objetivo específico: explicar el sentimiento de culpa que maneja la madre que ha dado a luz un hijo con Síndrome de Down y establecer las consecuencias emocionales que desata la depresión en las madres.

➤ **Escala de depresión de Hamilton**

Esta técnica fue aplicada de manera individual en un periodo de 20 minutos los días 15, 17, 22 y 24 de octubre de 2012 de 8:00 a 13:00 horas, en la Fundación Margarita Tejada y se aplicó de forma individual, permitió medir los niveles depresivos de la madre después de conocer el diagnóstico de su hijo, así se pudo evaluar el objetivo general de esta investigación el cual fue identificar los niveles de depresión que presentan las madres que han dado a luz un hijo con Síndrome de Down.

- **Técnica de análisis de datos:**

Consiste de tipo descriptivo donde se realiza la recolección de datos, representación gráfica, descripción, análisis e interpretación de datos. La información que se obtuvo fue: cuáles eran las expectativas que tenía la madre durante el embarazo y como estas cambiaron luego de conocer el diagnóstico de su hijo, de igual forma saber si conocen acerca del Síndrome de Down y como ha tomado el núcleo familiar la noticia, pensamientos, sentimientos y actitudes que tiene la madre al momento de conocer el diagnóstico de su hijo, los niveles depresivos que tenían las madres. Toda la información obtenida permitió la validez de los objetivos y responder al planteamiento del problema de forma científica. Se hizo un acercamiento con la población que se trabajó para establecer rapport. Al final de obtener la información se realizó el análisis de los resultados

para conocer las tendencias depresivas que tenían las madres al igual que evaluar los niveles de aceptación así como sus expectativas sentimientos y emociones.

2.2 Instrumentos

- **Entrevista estructurada**

La entrevista estructurada estaba formada por diez preguntas donde la madre exponía su experiencia como madre de un niño con Síndrome De Down. Permitió dar a conocer los indicadores planteados de expectativas y pensamientos que tenía la madre al enterarse que estaba embarazada y como cambió al saber que su hijo tenía Síndrome de Down, así como el objetivo de posibles secuelas emocionales que puede haber en la madre que ha dado a luz un hijo con Síndrome de Down.

- **Guía de la encuesta**

La guía estaba formada por cinco preguntas con cuatro posibles respuestas en la cual la madre debía marcar con la que se sintiera proyectada, se identificaron los sentimientos, actitudes y aceptación que tiene la madre después de conocer el diagnóstico de su hijo, dando respuesta a los objetivos: explicar el sentimiento de culpa que maneja la madre que ha dado a luz un hijo con Síndrome de Down y establecer las consecuencias emocionales que desata la depresión en las madres que han dado a luz un hijo con Síndrome de Down.

- **Escala de depresión de Hamilton**

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) contiene 17 items los cuales están enfocados en el estado de ánimo por medio del cual se logró medir los niveles depresivos de la madre después de conocer el diagnóstico de su hijo. Se dio respuesta al objetivo general: identificar los niveles de depresión que presentan las madres que han dado a luz un hijo con Síndrome de Down.

CAPITULO III

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

La fundación Margarita Tejada está ubicada en la zona 16, hay transporte público muy accesible para que las madres puedan llevar a la terapia a sus hijos e irse sin dificultad. Es una institución que ayuda a mejorar la calidad de vida de niños con Síndrome de Down y sus familias, brindando apoyo psicológico a los padres cuando se enteran que su hijo tiene Síndrome de Down. Los programas que ofrecen son para las personas con este síndrome desde los quince días de nacidos hasta la edad adulta de acuerdo a sus necesidades.

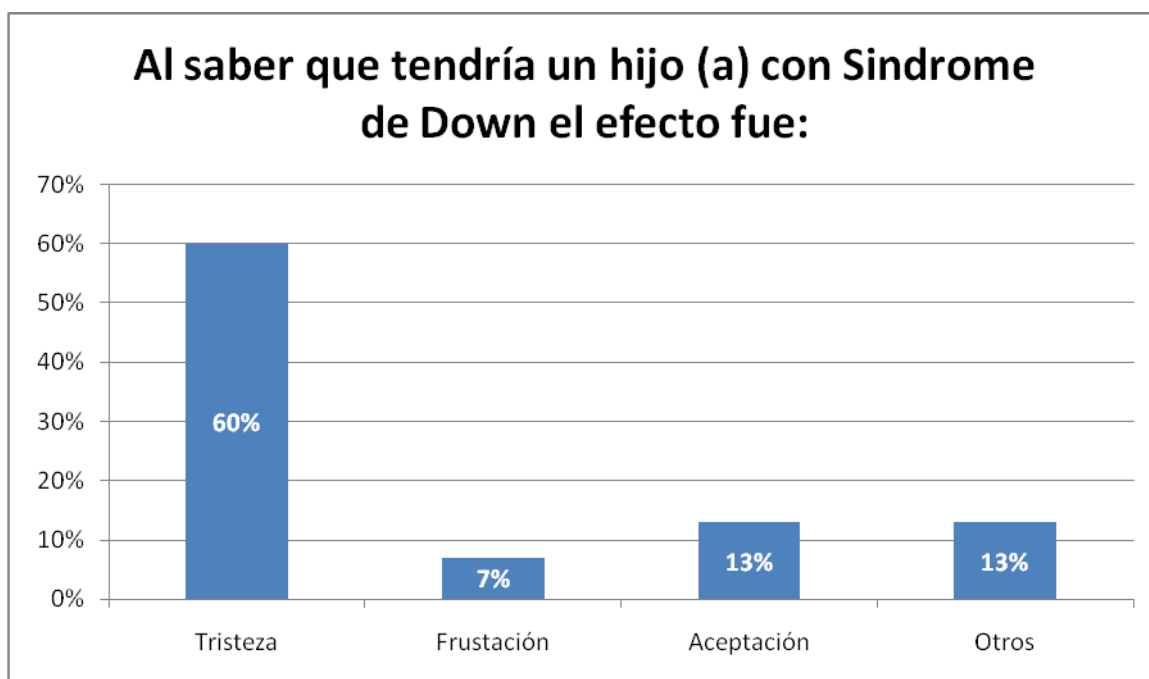
3.1.2 Características de la población

Las madres que asisten a la Fundación son de un nivel económico medio que viven en lugares lejanos donde deben madrugar demasiado para llegar a las terapias de sus hijos, la mayoría de las madres trabajan para poder solventar las necesidades de sus hijos, tienen una familia integrada por ambos padres e hijos. Entre las mismas madres que han vuelto una familia pues están al pendiente unas de otras y de ayudarse cuando los niños se enferman o surge una necesidad.

Después de la recopilación de datos a través de la aplicación de técnicas e instrumentos diseñados y aplicados durante el proceso de investigación y con la ejecución del trabajo de campo, se procedió a la siguiente fase, el vaciado de la información. A través de la entrevista realizada se logró indagar las expectativas que tenía la madre al saber que estaba embarazada y como esta se ve afectada al saber que tendría un hijo con Síndrome de Down, al igual de conocer los sentimientos y experiencias. Por medio de la Encuesta se logró identificar los pensamientos, sentimientos y emociones que tenían la madre y como han logrado ellas manejar las diversas situaciones que se le han presentado. La Escala de Hamilton ayudó a evaluar los niveles depresivos de las madres al enterarse que tendrían un hijo con Síndrome de Down.

3.2 Análisis e interpretación de los resultados

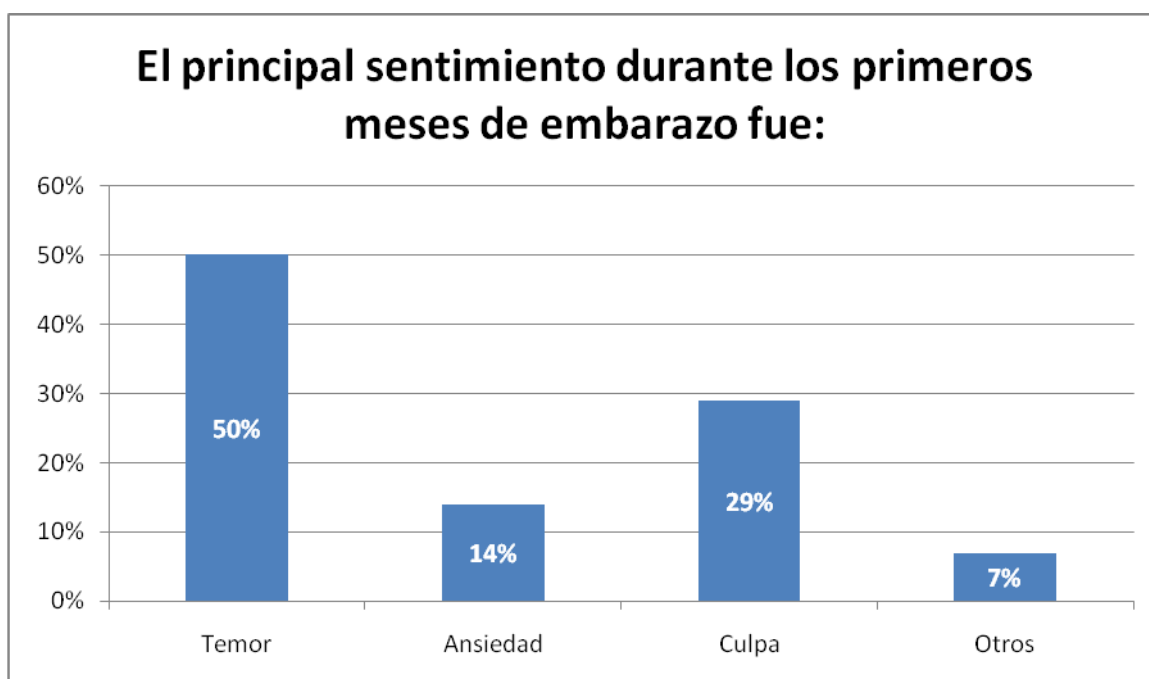
GRÁFICA No.1



Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños con Síndrome de Down que asisten a la Institución Margarita Tejada en octubre 2012.

Interpretación y Análisis: el 60% de las madres indicaron tristeza ya que fue una sorpresa pues se enteraron en el momento de dar a luz, esperaban al bebé con mucha ilusión y en el control prenatal los doctores no habían indicado ninguna dificultad. El 7% mostró frustración por no saber el motivo por el cual su hijo nació con Síndrome de Down y las complicaciones que tenían ya que en algunos casos operaron a sus hijos al momento de nacer. El 13% aceptó la condición congénita de su hijo ya que lo habían esperado y anhelado durante los 9 meses y el diagnóstico no cambio el deseo de ser madre, al contrario lo ven como una bendición que Dios mando a su vida. El 13% de la población no sabía que iba a pasar con sus hijos ya que los doctores no daban tanto tiempo de vida al bebé, al igual que para otra madre fue sorpresa ya que no sabía que estaba embarazada pues los doctores le decían que estaba enferma de la vesícula y al momento de intervenirla dio a luz.

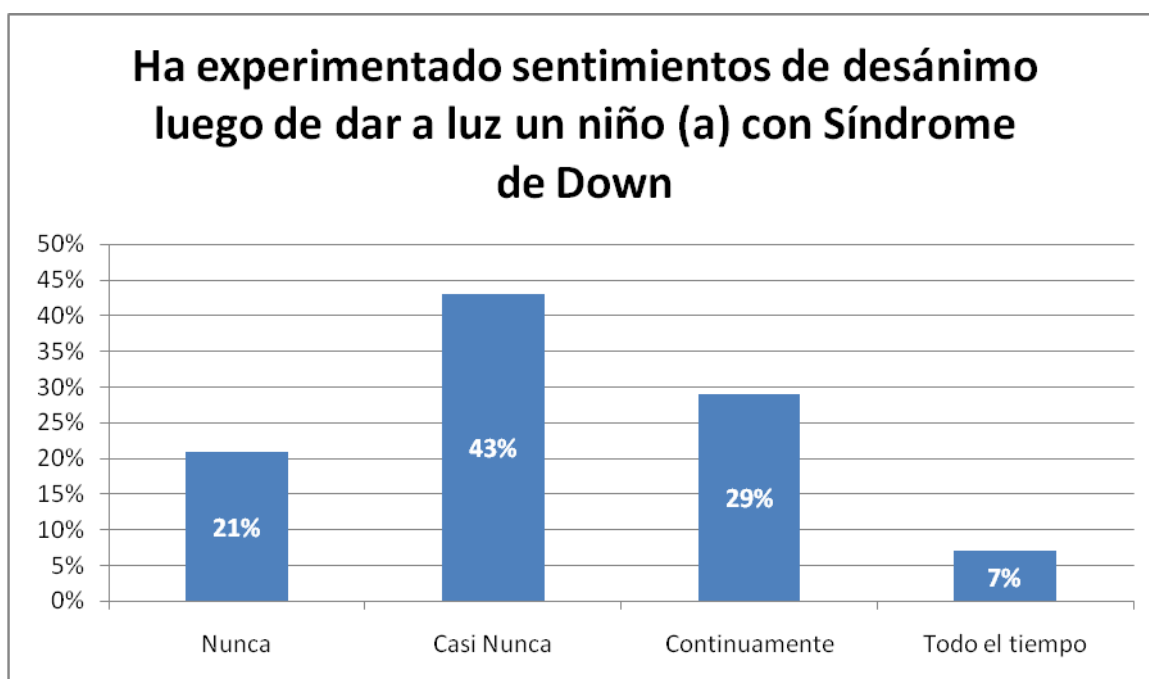
GRÁFICA No.2



Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños con Síndrome de Down que asisten a la Institución Margarita Tejada en octubre 2012.

Interpretación y Análisis: el 50% de las madres indicó tener temor ya que era algo desconocido y no sabían qué hacer, al igual que todas las complicaciones médicas que tenían sus hijos y el hecho de pensar que pasaría con sus hijos si ellas llegaran a faltar. Un 14% mostró ansiedad debido a las complicaciones médicas con las que nacen los bebés y al ser intervenidos tan pequeños esperando que la operación sea sin novedad. Un 29% de la muestra indicó tener culpa, algunas por la edad que tenían, por ser demasiado grandes para traer un hijo al mundo y el hecho de pensar que posiblemente el Síndrome se dio debido a que no se cuidaron lo suficiente durante el embarazo, por algún medicamento que tomaron o dejaron de tomar, este pensamiento influye mucho ya que los médicos al momento de dar el diagnostico no le explican a las madres lo que es Síndrome de Down y en algunos casos la culpan de haberse embarazado muy grandes. El 7% indicó otro ya que es una experiencia diferente al tener un hijo con Síndrome de Down pues los cuidados son más complicados.

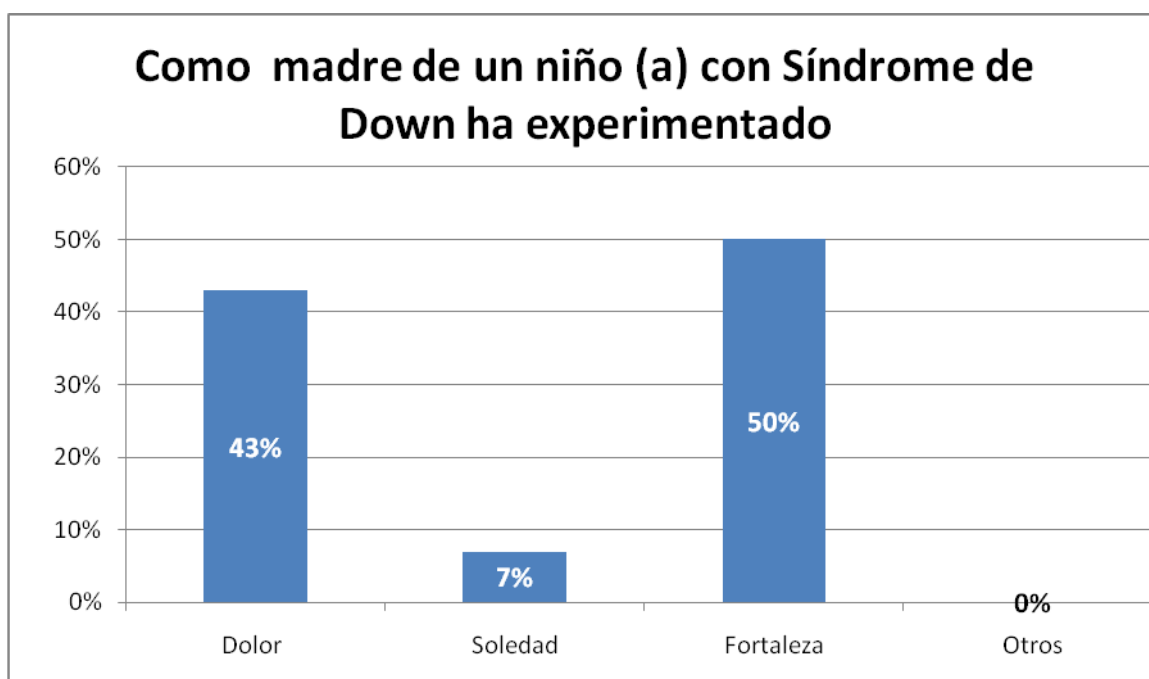
GRÁFICA No.3



Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños con Síndrome de Down que asisten a la Institución Margarita Tejada en octubre 2012.

Interpretación y Análisis: 21% de la muestra dijo que nunca, pues estaban felices de ser madres y la condición congénita del niño no cambiaba ese deseo, el 43% dijo casi nunca porque ya habían convivido con niños con Síndrome de Down, sabían que habían complicaciones pero que eran niños que podían alcanzar a desarrollarse con más dificultad pero lo lograban y habían aceptado que era un propósito de Dios, el 29% continuamente ya que era una noticia que no esperaban y el saber que le iba a costar más el desarrollo de sus hijos y el ver que otros niños no tenían ninguna dificultad, al igual de saber el rechazo que algunas personas podrían tener con sus hijos. El 7% dijo todo el tiempo ya que es algo que aún no sabe que podrá pasar con ellos más adelante si en algún momento llegan a faltar, al igual que la falta de oportunidad que tienen ya que en la sociedad es muy difícil que los acepten y les puedan dar una oportunidad de trabajo para desarrollarse.

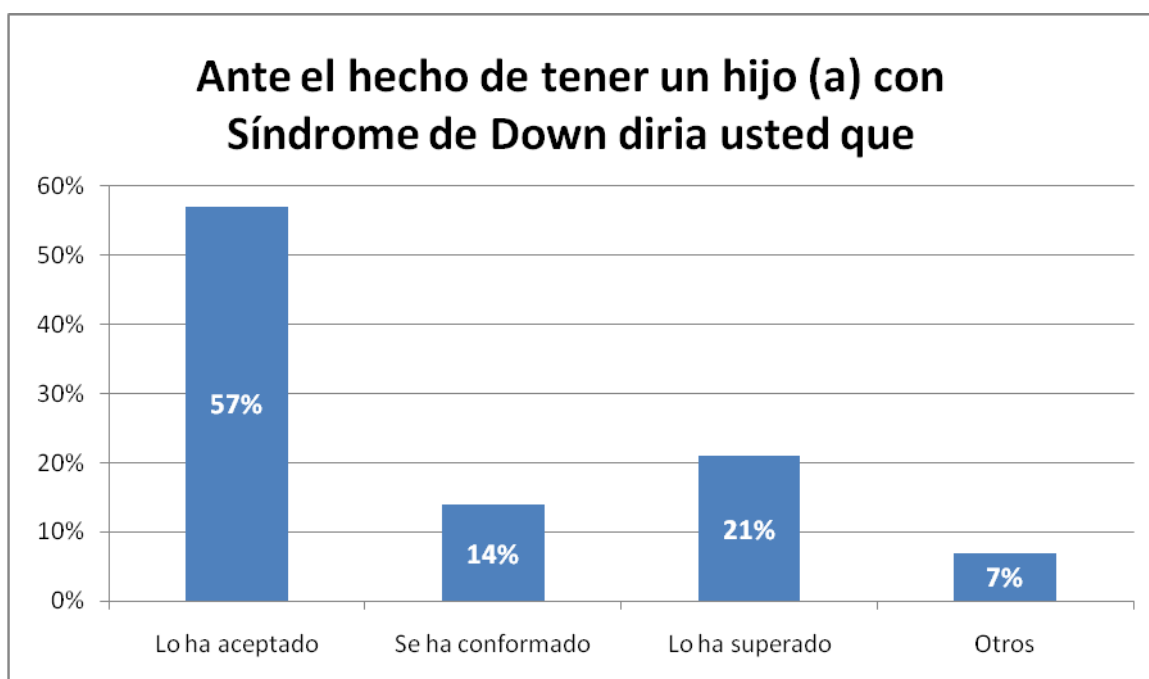
GRÁFICA No.4



Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños con Síndrome de Down que asisten a la Institución Margarita Tejada en octubre 2012.

Interpretación y Análisis: el 43% de la muestra dijo sentir dolor por saber que sus hijos no son como los demás niños y les cuesta más realizar ciertas actividades y su desarrollo es más lento y no saber cómo poder ayudarlos, al igual de saber el rechazo que las personas tienen con los niños, aun algunos familiares que no se acercan a ellos. El estarse preguntando constantemente porque a mi si yo soy una buena persona y no me burlo de nadie, el no dejar de sentir la culpa por la falta de información que tienen acerca del Síndrome de Down y pensar que en algún momento pudieron haber hecho algo para que su hijo no naciera con el Síndrome. Un 50% dijo tener fortaleza ya que si han sentido el apoyo de familiares y de otros padres que tienen niños con Síndrome de Down, al igual que sienten la necesidad de prepararse más y ser mejores padres para sus hijos pues ellos lo necesitan y tienen que prepararlos para la vida.

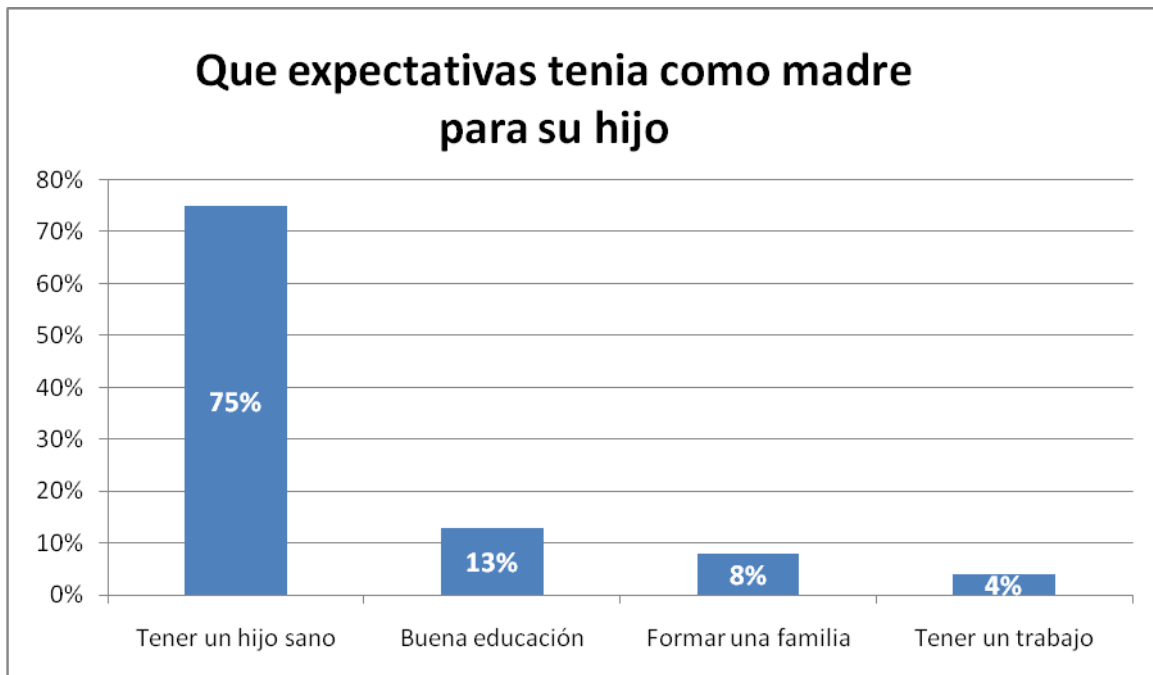
GRÁFICA No.5



Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños con Síndrome de Down que asisten a la Institución Margarita Tejada en octubre 2012.

Interpretación y Análisis: el 57% de la muestra dijo haberlo aceptado ya que es su hijo y deben apoyarlo para que pueda desarrollarse mejor y tratar de hacerlo más independiente. El 14% dijo que se ha conformado pues no es la primera madre que tiene un hijo con Síndrome de Down y saber que hay instituciones donde pueden apoyarlos. El 21% dice que haberlo superado ya que ha sentido el apoyo de familiares y el conocer más acerca del Síndrome y todo lo que los niños pueden lograr a hacer les ha ayudado a seguir adelante y hacer lo más independiente que se pueda a su hijo. El 7% indicó que es un hijo con capacidades diferentes y solamente deben salir adelante para que su hijo pueda lograr hacer cosas por ellos mismos.

GRÁFICA No.6

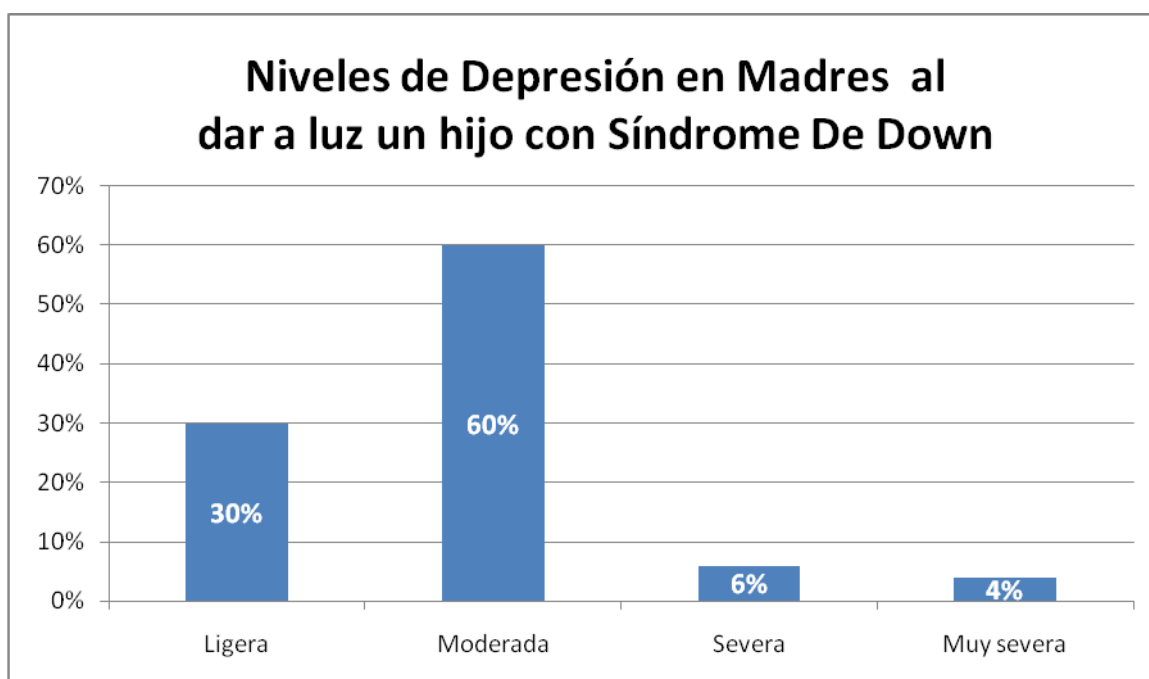


Fuente: Entrevista aplicada a madres de niños con Síndrome de Down que asisten a la Institución Margarita Tejada en octubre 2012.

Interpretación y Análisis: el 75% de las madres deseaban tener un hijo sano y que no tuviera ninguna dificultad al momento de nacer, ese era el deseo más grande desde que se enteraron que estaban embarazadas. El 13% deseaba brindarles la mejor educación posible a sus hijos para que pudieran desenvolverse en la vida con un buen trabajo. Un 8% pensaban a futuro con su hijo donde este formara su propia familia y tener sus hijos. El 4% de las madres quería que su hijo tuviera una buena oportunidad de trabajo que sirviera de sustento para él y su familia.

Estas expectativas que tenían las madres quedaron frustradas, pues al saber el diagnóstico de su hijo sabían que no sería tan fácil de cumplirse, pero tampoco imposible, simplemente las transformaron según las habilidades y posibilidades de sus hijos.

GRÁFICA No.7



Fuente: Escala de Hamilton aplicada a madres de niños con Síndrome de Down que asisten a la Institución Margarita Tejada en octubre 2012.

Interpretación y Análisis: el 30% de las madres al momento de enterarse que su hijo tenía Síndrome De Down mostraron depresión ligera, esto afectó su estado emocional pues sentían mucha tristeza. El 60% mostraron una depresión moderada, fue un gran impacto el enterarse de la condición genética de su hijo que afectó el área emocional, social y de pareja. El 6% de las madres tenían depresión severa ya que no les interesaba interactuar con nadie e incluso se apartaron con su hijo para estar a solas dejando a un lado a sus otros hijos y esposo. Un 4% de las madres mostraron una depresión muy severa al enterarse del diagnóstico, no querían ver a nadie e incluso ya no querían seguir viviendo debido a la culpa que sentían. Algunas madres pasaron rápido el estado depresivo en el que estaban pues sabían que tenían que estar bien para poder cuidar a su hijo, algunas madres que presentan alguna crisis ya saben cómo reaccionar para no volver a caer en depresión.

3.3 Análisis global

Se trabajó con madres que tienen un hijo con Síndrome de Down, que participaron en la realización de las técnicas las cuales dieron a conocer los sentimientos, pensamientos, emociones y expectativas que tienen las madres.

Se pudo evidenciar que las madres al momento de enterarse que tendrían un hijo con Síndrome de Down entraron en un estado depresivo moderado, esto afectó la convivencia con el resto de sus familiares ya que no tenían ánimo de participar en actividades y en ocasiones el mismo rechazo de la familia hacia el hijo. Algunas madres aún sienten culpa al haber tenido un hijo con Síndrome de Down ya que piensan que tenían una edad avanzada o no se cuidaron lo suficiente, por medio de la encuesta se pudo evidenciar que las madres han aceptado el hecho de tener un hijo con Síndrome de Down pero sin embargo no lo han superado, hoy en día ya saben como vivir y que hacer con su hijo pero en algún momento piensan y se preguntan porque padece Síndrome de Down.

Por medio de la entrevista se pudo evidenciar que las expectativas que las madres tenían se ven afectadas, ya que saben que sus hijos no lograrán ciertas cosas y otras sí pero con mayor dificultad, la mayor preocupación de las madres es el saber que pasará con sus hijos cuando ellas lleguen a faltar, quién se hará cargo de su hijo, por ello las madres tratan de hacerlos lo más independiente posible para que ellos mismos puedan hacer sus cosas.

Lo difícil para las madres es muchas veces el rechazo que tienen las personas o la sociedad con los niños con Síndrome de Down, ya que tienen dificultad para poder conseguir y mantener un empleo y el poder formar una familia. La mayoría de las madres ha tenido el apoyo familiar, pero otras han tenido rechazo en la propia familia ya que aún no han aceptado el hecho de que tengan un niño con Síndrome de Down y comparan su desarrollo con la de otros niños.

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Después de finalizar la investigación “Tendencias depresivas al dar a luz un hijo con Síndrome de Down” y haber compartido con las madres la experiencia de tener un hijo con esta condición se plantean las siguientes conclusiones:

- Debido a la falta de información de lo que es el Síndrome de Down las madres muestran un alto nivel de depresión al conocer la condición genética de su hijo al momento de nacer, esto sucede por el impacto psicológico que tiene al enterarse ya que durante el control prenatal los médicos no le informaron que su hijo nacería con Síndrome de Down, esto hace que las madres sientan angustia de no saber como cuidarlo y como será su desarrollo. Las madres se plantean varias interrogantes y al no tener las respuestas entran en un estado depresivo.
- El cien por ciento de las madres muestran depresión al enterarse del diagnóstico de su hijo, no todas duran el mismo tiempo en depresión pero si en algún momento de manera inconscientes dejan de hacer las actividades que realizaban diariamente, esto afecta directamente el área personal ya que se descuidan físicamente, el área emocional pues sienten mucha tristeza de no saber que va pasar con sus hijos, el área social porque no tienen deseos de salir con otras personas, el área familiar ya que descuidan a sus otros hijos y esposo. No es que las madres ya no quieran realizar las actividades que siempre hacían, simplemente pierden el interés y el ánimo involuntariamente de realizarlas debido a la depresión que presentan.

- Las principales secuelas emocionales que presentan las madres al enterarse de la condición genética de su hijo son: tristeza, temor, dolor y desesperanza. Esto se debe a que no esperaban que su hijo naciera con Síndrome de Down y al enterarse de diagnóstico no se sienten preparadas para cuidar a su hijo y solventar todas las necesidades que presente. De igual forma tratan de hacer a su hijo lo mas independiente posible pues les preocupa el hecho de que pasará con él cuando ella falte y quien lo cuidará, ésta es una pregunta que las madres siempre se plantean ya que saben que el tener un hijo con Síndrome de Down requiere de más cuidados y quieren tener la seguridad de que una persona cuidará de sus hijos como ella lo hacen.
- El mayor sentimiento que maneja la madre de un hijo con Síndrome de Down es culpa ya que tienen la idea que haberse embarazado en avanzada edad o por medicamentos que tomaron o dejaron de tomar durante el período de gestación, tienen la idea de que no se cuidaron lo suficiente y por eso su hijo tiene Síndrome de Down, estas ideas irracionales surgen de la falta de información que se les brinda a las madres de lo que es el Síndrome de Down.
- Una de las consecuencias emocionales que desata la depresión en las madres es el área emocional pues estan tristes todo el tiempo pensando en como cuidarán a su hijo, a las madres no les interesa nada más que saber cómo pueden ayudar a su hijo para que tengan un mejor desarrollo, el área social ya que no tienen deseos de hacer las actividades que frecuentemente realizaba de igual forma la relación en pareja cambia pues tiene cierto rechazo hacia el cónyuge por el temor a quedar embarazada y volver a tener un hijo con síndrome de Down.

4.2 Recomendaciones

- Brindar la información necesaria de lo que es el Síndrome de Down y lo que conlleva tener un hijo con esta condición genética. De igual forma poder detectarlo desde el período de gestación, así las madres podrían estar informadas y preparadas teniendo conocimiento de los cuidados y desarrollo para cuando el bebé nazca.
- Aportar información a las madres sobre la depresión, pues solamente pierden el deseo de realizar las actividades diarias y tienen sentimientos de tristeza, culpa, desesperanza y soledad, sin ánimos de realizar las actividades cotidianas que normalmente desarrollaban, de igual forma brindar apoyo a todos los integrantes de la familia para que la madre pueda establecerse emocionalmente con mayor facilidad.
- Proporcionar información médica y psicológica a los miembros de la familia sobre la condición del nuevo integrante, asimismo fortalecer el desarrollo del niño para hacerlo independiente y promover la aceptación de los niños con Síndrome de Down para que tengan las mismas posibilidades que las demás personas.
- Brindar información a las personas en general sobre el Síndrome de Down, ya que es una enfermedad congénita donde ninguno de los padres tiene la culpa, al hacer esto la madre podrá liberarse de la culpa que siente y tendrá un mejor equilibrio emocional donde podrá establecer un mejor vínculo con el niño y la familia en general.
- Brindar ayuda psicológica a las madres e integrarlas a grupos de personas que estén en la misma condición para que se den cuenta que no son las únicas personas que tienen niños con Síndrome de Down y así poder fortalecer el área emocional y social.

BIBLIOGRAFÍA

- Emilce Dio Bleichma **“La Depresion En La Mujer”**, Ediciones “temas de hoy” Madrid España 1991. 274pgs.
- Stephen Merson, **“Depresión”**, Editorial Norma Londres 1995. 176pgs.
- María José Rodrigo, **Familia Y Desarrollo Humano**, Editorial Alianza España 360pgs.
- Joseph Mendels, **“La Depresión”**, Editorial Herder Barcelona 1982. 175pgs.
- NathanKline, **“La DepresiónFenómeno Del Siglo XX”**, Editorial Fournier México 1989. 785pgs.
- Wina Sturgeon, **“Depresión Cómo Identificarla, Cómo Superarla, Cómo Curarla”**, Editorial “Grijalbo” Argentina 1987. 256pgs.
- John Bowlby, **Cuidado Maternal**, Ediciones Harmondsworth Inglaterra 985, 328pgs.
- Rita Wicks, Nelson y Allen C. Israel, **Psicopatología Del Niño Y Del Adolescente**, Ediciones Prentice Hall Madrid 1997. 520pgs.
- García de Zelaya, Beatriz, **Educación Especial**, Editorial Piedra Santa Guatemala 1996. 160pgs.
- American PsychiatricAssociation,DsmIv Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales**, Editorial Masson, S.A USA 1998. 320pgs.
- Casanova Rodríguez, Ma. Antonia, **Manual De Educación Especial**, Editorial Anaya, España 1981. 78pgs.
- Tim LaHaye. **“Cómo Vencer La Depresión”**, Editorial “Vida” Florida 1990. 117pgs.
- Hamilton, M. **Scale For Depression** NeurolNeurosurg Psychiatry 1960

Anexos

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Nombre: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____
Religión: _____ Estado civil: _____
Lugar y fecha de la entrevista: _____

1. ¿Qué expectativas tenía de su hijo antes de nacer?

2. ¿Qué sentimiento tenía durante el embarazo antes de enterarse de la condición genética de su hijo?

3. ¿Qué sentimiento tuvo después de enterarse de la condición genética de su hijo?

4. ¿Qué expectativas tiene ahora con su hijo?

5. ¿Qué sabe usted sobre el Síndrome de Down?

6. ¿Cuáles son las principales limitantes que asocia a la condición genética de su hijo?

7. ¿Cómo es su experiencia como madre de un niño con síndrome Down?

8. ¿Qué piensa de la experiencia de volver a ser madre?

9. ¿Como a tomado su núcleo familiar la condición genética de su hijo?

10. ¿Cambiaría algo de su situación actual?

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA –CIEPS – “MAYRA GUTIÉRREZ”
REVISOR: GUADALUPE GAMBOA
ESTUDIANTE INVESTIGADORA: CLAUDIA ORTIZ

ENCUESTA

Nombre: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____
Religión: _____ Estado civil: _____
Lugar y fecha de la entrevista: _____

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentan una serie de preguntas con respuestas sugeridas, subraye la que considere correcta.

1. Al saber que tendría un hijo (a) con síndrome de Down el efecto fue:

Tristeza frustración aceptación otros

Porqué _____

2. El principal sentimiento durante los primeros meses fue:

Temor ansiedad culpa otros

Porqué _____

3. Ha experimentado sentimientos de desánimo luego de dar a luz un niño (a) con síndrome de Down:

Nunca Casi nunca continuamente todo el tiempo

Porqué _____

4. Como madre de un niño(a) con síndrome de Down ha experimentado

Dolor soledad fortaleza otros

Porqué _____

5. Diría usted que:

Lo ha aceptado se ha conformado lo ha superado otros

Porqué _____

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____
Religión: _____ Estado civil: _____

Lugar y fecha de la entrevista: _____

INSTRUCCIONES

Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

- 0 = Ausente ☐
- 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente ☐
- 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente. ☐
- 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, Tendencia al llanto) ☐
- 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea. ☐

2. Sentimiento de culpa:

- 0 = Ausente ☐
- 1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente ☐
- 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones ☐
- 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo ☐
- 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras. ☐

3. Suicidio:

- 0 = Ausente ☐
- 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida ☐
- 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir ☐
- 3 = Ideas de suicidio o amenazas ☐
- 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio) ☐

4. Insomnio precoz:

- 0 = No tiene dificultad ☐
- 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño ☐
- 2 = Dificultad para dormir cada noche. ☐

5. Insomnio intermedio:

- 0 = No hay dificultad ☐
- 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche ☐
- 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) ☐

6. Insomnio tardío:

- 0 = No hay dificultad ☐
- 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir ☐
- 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama ☐

7. Trabajo y actividades:

- 0 = No hay dificultad ☐
- 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) ☐
- 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) ☐
- 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad. ☐
- 4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. ☐

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- 0 = Palabra y pensamiento normales ☐
- 1 = Ligero retraso en el habla ☐
- 2 = Evidente retraso en el habla ☐
- 3 = Dificultad para expresarse ☐
- 4 = Incapacidad para expresarse ☐

9. Agitación psicomotora:

- 0 = Ninguna
- 1 = Juega con sus dedos
- 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.

☐
☐
☐
☐
☐

10. Ansiedad psíquica:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 = Preocupación por pequeñas cosas
- 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

☐
☐
☐
☐
☐

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 = Ausente
- 1 = Ligera
- 2 = Moderada
- 3 = Severa
- 4 = Incapacitante

☐
☐
☐
☐
☐

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 = Ninguno
- 1= Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2= Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

☐
☐
☐

13. Síntomas somáticos generales:

- 0 = Ninguno
- 1= Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatiga.

☐
☐

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

☐
☐
☐

15. Hipocondría:

0 = Ausente

1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)

2 = Preocupado por su salud

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

☐
☐
☐
☐
☐

16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana

2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

☐
☐
☐

17. Perspicacia:

0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo

1= Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

3 = No se da cuenta que está enfermo

☐
☐
☐
☐
☐