

"ESTUDIO COMPARATIVO DE
LA DEPRESION POSTPARTO"

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
PATRICIA DEL CARMEN
GUERRERO CHAVEZ

Director de Tesis:
LIC. VICTOR HUGO DORANTES GUTIERREZ

MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

07925
4
2eje



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

EN MEMORIA

A mi Padre:

Con todo mi amor le dedico
esta tesis sabiendo que significará
para él una alegría infinita y
aunque ahora no esté conmigo,
en mi corazón lo estará
por siempre.

†

A mi Abuelita Esthela:

Recordarla con aquella alegría
que siempre la caracterizó me
ha impulsado a seguir adelante,
y aunque se fue en los inicios
de mi carrera sé que en mi
caminar estuvo y estará
siempre a mi lado.

†

DEDICATORIAS

A mi Madre:

Que en el transcurrir de mi carrera
siempre ha estado a mi lado
brindándome su cariño,
comprensión y
apoyo incondicional.

A mi Abuelito:

Lic. Rodolfo Chávez S.

Que ha sido un gran hombre, recto y
ejemplar, que con su apoyo infinito
siempre ha guiado mis pasos para
alcanzar la cumbre del éxito, y me ha
inculcado las enseñanzas de una
formación íntegra.

¡ Gracias !

A mis Hermanos:

Porque en todo momento la confianza
que me depositaron fue reflejo
del cariño fraternal que
nuestros padres
nos inculcaron.

A Isabel:

Que al iniciar el mismo camino
nunca imaginamos que también
era el inicio de una gran amistad,
a prueba de toda contrariedad,
agradeciéndole por siempre
su apoyo incondicional.

A mi futuro esposo

Aarón:

Le doy gracias a Dios por haberme
dado la bendición de encontrar a un
hombre como él, que con su
entereza, motivación y amor
he iniciado mi realización
como profesionista.

A la Dra. Gloria Juárez Davis:

Mi gratitud, respeto y admiración
para ella, una excelente profesionista.
Sus enseñanzas y orientación me
alientan a seguir sus pasos
en el trayecto de esta
ardua profesión.

A G R A D E C I M I E N T O S

Al Lic. Víctor Hugo Dorantes G.:

Por su paciencia y asesoramiento en la realización del presente trabajo, mi agradecimiento infinito.

Al Hospital General Zona L-A

En agradecimiento especial al:

**Dr. Heriberto Laríos Mendoza,
Director**

**Dr. Eduardo Quintero Aguirre,
Jefe de Servicios de Enseñanza e Investigación.**

Y a todos aquellos que intervinieron, haciendo posible la presente investigación en la sala de Gineco-Obstetricia.

Asimismo agradezco a las señoras que colaboraron contestando los cuestionarios.

A la Maestra Sofía Rivera:

Por su contribución y comentarios en la presente tesis.

INDICE

Página

INTRODUCCION.

CAPITULO I

MARCO TEORICO.

1.1	Antecedentes Históricos de la Depresión	2
1.2	El punto de vista de la Organización Mundial de la Salud	30
1.3	Clasificación del DSMIII-R	34
1.4	Embarazo	41
1.5	Parto Fisiológico	44
1.6	Puerperio Normal	48
1.7	Cesárea	50
1.8	Definiciones de la Depresión Postparto	55
1.9	Causas de la Depresión Postparto	58
1.10	Clasificación de la Depresión Postparto	59
1.11	Revisión de la Literatura Reciente de la Depresión Postparto	61

CAPITULO II

METODOLOGIA

2.1	Planteamiento del problema	78
2.2	Objetivos Generales	78
2.3	Objetivos Específicos	79
2.4	Hipótesis	80
2.5	Variables Independientes y Dependientes	80
2.6	Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Variables	81
2.7	Población	86
2.8	Muestra	86
2.9	Tipo de Muestra	87
2.10	Tipo de Investigación	88

	Página
2.11 Diseño	88
2.12 Instrumento	88
2.13 Procedimiento	95
2.14 Análisis Estadístico de Datos	96
CAPITULO III	
RESULTADOS	99
CAPITULO IV	
DISCUSION Y CONCLUSIONES	
4.1 Alcances, Limitaciones y Sugerencias	136
BIBLIOGRAFIA	139
GLOSARIO	148
ANEXOS	152

INTRODUCCION

El estudio sistematizado y empírico en psicología de la depresión ha contemplado por una parte, diversos fenómenos relacionados con algunos aspectos del ciclo vital del ser humano y por otro en términos de desequilibrio emocional que padece una persona que ha sido diagnosticada con tal psicopatología.

Los datos epidemiológicos de la incidencia de depresión en la población general reportan una tasa de 14.1%, siendo ésta un motivo de consulta frecuente, en el ámbito clínico, ya sea éste latente o manifiesto.

Por otro lado, es importante señalar que los síntomas depresivos en el postparto se presentan en algunas mujeres, mientras que en otras, se observan cuadros depresivos completos dependiendo de la clasificación a la que se recurra para su diagnóstico.

Es conveniente considerar que el nacimiento de un hijo puede ser un evento desencadenante de dichos cuadros depresivos, por la relevancia que dicha situación conlleva tanto a nivel personal, de pareja y familiar.

En el ámbito de investigación pragmática del suceso autores como Braverman (1980) señala que algunos de los síntomas que con mayor frecuencia ha encontrado son: episodios breves de llanto transitorios, humor deprimido durante más de dos semanas después del parto; menciona además que estos indicadores se producen por alteraciones hormonales o fisiológicas que se presentan posteriormente al parto, estrés físico y psicológico causado por el trabajo de parto y el nacimiento.

Kaplan (1928) enfatizó su atención en el puerperio e indicó que los síntomas se centran en la relación madre-hijo.

Frazier y Carr (1975) destacaron los siguientes síntomas en la depresión postparto: tristeza, soledad, desaliento y aislamiento asociados con algunas enfermedades somáticas.

Con base en los anteriores estudios la presencia de estrés es un factor determinante para que se presente la depresión, debido a que la mujer se encuentra ante una nueva responsabilidad, como estar al cuidado de un bebé, así como encontrarse rodeada de una serie de temores tanto de ella misma, como de su pareja y del bebé, todo lo cual facilita una nueva regresión a estados anteriores, a evocar conflictos tempranos, particularmente donde la madre tuvo un mal modelo del rol materno.

Por lo anterior, la presente investigación estuvo dirigida a encontrar las posibles diferencias e incidencias de la depresión postparto, así como su relación con diferentes variables sociodemográficas en un grupo de mujeres de la Ciudad de México.

Debido a que la incidencia de la depresión en el periodo postparto es significativamente mayor que en otros periodos de la vida de la mujer, la presencia de este trastorno afecta no sólo a la paciente sino también al producto y a la pareja.

Para realizar cualquier acción tendiente a solucionar estos problemas es necesario conocer primero la magnitud de dicho problema.

En nuestro país no hay datos suficientes al respecto, por lo que se decidió realizar la investigación en este sentido para así colaborar con

medidas preventivas, como por ejemplo, informarle a la madre por los cambios que puede pasar, tomando en cuenta en qué grupo de mujeres se les deberá dar mayor atención.

Es importante mencionar que no se descartan las causas orgánicas, es decir, los cambios hormonales que se presentan en la depresión, sin embargo en esta investigación se tomaron en cuenta los factores psicológicos, esto se debe a que en el parto por cesárea al tratarse de una intervención quirúrgica la paciente se enfrenta a reacciones afectivas diversas, como por ejemplo, aislamiento del medio familiar (miedo a la soledad), miedo a morir ella o su producto, etc., lo cual predispone a la depresión, estado que se acentúa cuando el padecimiento y la intervención quirúrgica originan molestias y dolor (Milano y Kornfeld, 1980).

Los resultados del presente estudio no reportan diferencias altamente significativas entre la cesárea y el parto fisiológico con respecto a la depresión, sin embargo se encontró una diferencia limítrofe siendo más elevado el índice en la cesárea que en el parto fisiológico, lo cual únicamente indica una tendencia. Otro dato importante fue el hecho de que no establecieron relaciones estadísticas significativas con las variables sociodemográficas (edad, estado civil, ocupación, escolaridad, aspectos económicos y número de hijos). Lo cual no concuerda con las investigaciones previas.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes Históricos de la Depresión.

La primera descripción médica de la depresión se remonta desde el s. IV a. de c.: donde Hipócrates afirmaba básicamente la existencia de 4 humores corporales que son: sangre, bilis negra o atrabilis, bilis amarilla y flema. En donde la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis. Infiriendo que la melancolía estaba estrechamente vinculada con la epilepsia y la categorizó junto con la manía, el delirio y la paranoia, como uno de los 4 tipos de enfermedad psiquiátrica, sin embargo, fue Areteo de Cappadocia en el siglo II quien sugirió que la depresión era causada por factores psicológicos y no humorales, así como la asociación de la manía y la depresión considerándola como una única entidad nosológica. (Citados en Calderón, 1990 y Arieti y Bemporad, 1990).

De acuerdo con Arieti y Bemporad (1990).

"Areteo parece haberse anticipado 17 siglos a Kraepelin, incluso puede haber sido más exacto en cuanto al pronóstico, ya que observó que la enfermedad recurría a pesar de las remisiones, y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura".

También en el siglo II Galeno desarrolló una teoría de enfermedad mental la cual también se basaba en supuestos humores, misma que perduró hasta la Edad Media; en donde filósofos como Santo Tomás de Aquino decían que los demonios y las influencias astrales eran las que producían la melancolía. Abandonándose esta creencia con la aparición de la obra "Anatomía de la Melancolía" por Burton, en 1627, esta obra es tanto una reflexión sobre la vida como un texto sobre la depresión, facilitando la identificación de los estados depresivos. Mientras en el resto de Europa

autores como: Bonet (1684), Schat (1747) y Herchel (1768), entre otros, llegaron a la conclusión de que la depresión y la manía pertenecen a una sola entidad diagnóstica.

En los inicios del siglo XIX para Pinel el pensamiento de los melancólicos estaba únicamente concentrado en un objeto (de manera obsesiva), estando perturbadas la memoria y la asociación de ideas, dando como consecuencia, en ocasiones, el suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló: Primero las psicológicas (Ejemplo: miedo, dificultades familiares o amorosas, etc.) y segundo las físicas (Ejemplo: menopausia, el puerperio).

En 1896 Kraepelin estableció un sistema nosológico, en donde la categoría de psicosis manícodepresiva comprendía: psicosis intermitente, manía simple, algunos casos de confusión, la mayor parte de la melancolía y algunos casos de desórdenes leves de carácter, precursores de perturbaciones más graves. Globalmente distinguía cuatro subgrupos principales: estados depresivos, estados maníacos, estados mixtos y estados fundamentales, esto es, desórdenes del carácter experimentados entre, antes o en lugar de los ataques manícodepresivos (Braceland 1957).

La clasificación anterior fue una de las contribuciones más importantes a la psiquiatría basándose en un modelo médico; el cual atribuye a una causa orgánica no identificada de los desórdenes psiquiátricos, utilizando el pronóstico como principal criterio diagnóstico.

El ordenamiento del caos que lo precedió fue visto como el verdadero comienzo de la psiquiatría moderna, no sin hacer a un lado las críticas de las

que fue acompañado, entre ellas las de Meyer (1904). Este autor basaba su teoría en una categoría más amplia de tipos reactivos." En un principio utilizó primero el sistema de Kraepelin (1896), pero posteriormente lo modificó dando prioridad a la influencia de las circunstancias existenciales, más que a las circunstancias orgánicas.

En 1904 objetó el término utilizado de "Melancolía", considerándolo como un juicio a priori acerca de lo cual poco se sabía. Sugirió en cambiarlo al de "Depresión", por lo menos temporalmente hasta que se encontraran evidencias positivas de enfermedad (como por ejemplo: Patología Cerebral).

Este autor parte de un comportamiento normal para explicar la enfermedad mental influyendo en él las entonces recientes revelaciones del psicoanálisis, cuyos adherentes buscaban trascender las manifestaciones superficiales de enfermedad, hasta llegar al núcleo oculto de patología, para explicarlo en términos psicológicos.

Freud en 1910 con su contribución al psicoanálisis ejerció una gran influencia sobre la psiquiatría, enfatizó en las causas de la enfermedad, indagando éstas por medio de lo que el paciente hacía y decía, siendo el significado algo esencial.

En 1911 Abraham fue el primero en publicar investigaciones sobre depresión desde un punto de vista psicoanalítico. En ese entonces las psiconeurosis se interpretaban como consecuencia de la represión de la libido, debido a ello compara a la depresión con la ansiedad, siendo que ésta última surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, teniendo la esperanza de que se realice, y en cambio en la depresión se ha

renunciado a esta esperanza de satisfacer las tendencias libidinales las cuales se encuentran tan reprimidas que la persona se siente incapaz de ser amada y de amar, desesperándose de nunca llegar a la intimidad emocional.

En su práctica con pacientes observó la relación con la depresión y la obsesión, encontrando en ambas una profunda ambivalencia hacia los demás, en donde se está bloqueada la búsqueda de amor por fuertes sentimientos de odio, que a la vez, están reprimidos debido a la incapacidad del individuo de reconocer su extrema hostilidad, sin embargo, difieren en el modo en que los impulsos bloqueados encuentran una expresión sustitutiva. En el caso del obsesivo los originales deseos sexuales inaceptables son remplazados por los rituales repetitivos, en tanto que para el depresivo su proceso dinámico interno es expresado como "No puedo amar a las personas, debo odiarlas" pero este reconocimiento del odio al ser inaceptable es reprimido, proyectando esta hostilidad en los demás y el pensamiento consciente pasa a ser "Las personas no me aman; me odian". Utiliza la racionalización como forma de justificar el hecho de ser odiado al imaginar que tiene un defecto innato. Aunado a las contribuciones anteriores, menciona que existen reales deseos destructivos que se mantienen inconscientes, lo cual se debe a la culpa masiva del depresivo, manifestándose por medio de sueños, delirios y otros actos simbólicos. Su energía se encuentra concentrada en sí mismo debido al gozo de autoreproches y del sufrimiento, reflejando con ello un empobrecimiento donde la consecuencia es el retiro de la libido del entorno.

Por otro lado, considera que la manía es la manifestación franca de lo que estuvo reprimido durante la fase depresiva. Aquella es una regresión al

periodo de la infancia previo a la represión emocional.

Especula más bien que los desórdenes afectivos se desarrollan como consecuencia de la sensación de ser incapaz de enfrentar las responsabilidades de un rol adulto en la sociedad.

Cinco años más tarde aportó su segunda contribución al estudio de los desórdenes afectivos "la primera etapa pregenital de la libido", con esto trata de demostrar el modo en que la depresión puede ser integrada en la regresión a un periodo particular del desarrollo, siendo éste en la etapa oral, en donde Freud menciona que la descarga libidinal y la relación de vínculos objetales, señalando asimismo que el individuo está fijado en la etapa oral, la modalidad predominante de relaciones inconscientes estaba caracterizada por la introyección. Sin embargo, para Abraham (1916) el depresivo hace más que incorporar al objeto psíquico ya que inconscientemente hay una tendencia para arrasar y devorar al objeto. Es este deseo de destruir al objeto oralmente lo que explica dos de los principales síntomas de la depresión: negativa a alimentarse y temor a morir de hambre.

En 1924 en su tercera contribución hace énfasis en organizar una tipología de enfermedad basada en la fijación a distintas etapas libidinales. Supone que en los intervalos sanos el depresivo es en realidad un obsesivo. Considera que el depresivo tiene una regresión a la etapa anal por medio de la cual expulsa al objeto de amor internalizado para destruirlo, sin embargo, esto le causa una sensación de vacío interior que desesperadamente trata de compensar mediante la incorporación oral. Lo antes mencionado coincide con la teoría de Freud así como la observación de que el objeto perdido es tratado como parte del yo, lo cual determina una actitud ambivalente del

individuo depresivo hacia sí mismo, así lo demuestran sus autorreproches durante los episodios depresivos y su sentimiento de superioridad durante los intervalos de normalidad.

Prosiguiendo con sus investigaciones señala la frecuente correlación entre el comienzo de una depresión y un desengaño amoroso, teniendo presente un rechazo, lo cual da un marcado efecto patógeno por que fue sentido en el plano inconsciente como una repetición de la pérdida de un objeto de amor en la infancia. Llegando a la conclusión de que el trauma ocurre en una etapa tan temprana de la vida probablemente como consecuencia de una inadecuada actitud materna y no de la rivalidad edípica.

En la última parte de este trabajo, resume sus tres contribuciones sobre la depresión y considera los siguientes factores predisponentes:

- 1) Un factor constitucional ligado con una excesiva acentuación del erotismo oral.
- 2) Una especial fijación al nivel oral, expresada en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actitudes orales (succión, alimentación, etc.).
- 3) Un daño severo al narcisismo infantil producido por sucesivos desengaños amorosos, que llevan al prototipo infantil de depresión denominado "paratimia primaria".
- 4) Aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados.
- 5) Repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida.

En todo su trabajo destaca la importancia de la ambivalencia, tanto hacia los demás como hacia el objeto incorporado.

La posición final del mencionado autor, en 1924, con respecto a la depresión queda resumida en estas palabras:

Quando la persona melancólica sufre un insoportable desengaño inflingido por su objeto de amor, tiende a expulsarlo y destruirlo como si se tratara de heces. Cumple a continuación el acto de introyectarlo y devorarlo, acto que es una forma específicamente melancólica de identificación narcisista. Su sádica sed de venganza puede satisfacerse ahora atormentando al yo, actividad que es en parte fuente de placer.

Para Arieti y Bemborad (1990) el ensayo de "El Duelo y la Melancolía" de Freud (1917) cambió el curso del psicoanálisis, en donde postula por primera vez mecanismos patológicos en los que no interviene un desarreglo de la sexualidad, asimismo habla de "Relaciones Objetales" más que de la represión, bosqueja una instancia que habrá de convertirse en el superyo y atribuye al yo una mayor participación en la patología. Toda la escuela psicoanalítica inglesa parece tener sus raíces en este fecundo trabajo, en el que Freud (1917) modifica el contenido del inconsciente, incluyendo ahora objetos (representaciones mentales de los otros) tanto como afectos e ideas. Con este escrito se inician los trabajos "maduros" de Freud, quien toma en cuenta ahora la culpa y la agresión como motivaciones primarias, a expensas del bloqueo de las manifestaciones eróticas.

Posteriormente compara la melancolía con el fenómeno del duelo, señalando diversas semejanzas como que en ambos grupos hay una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad.

No obstante, también existen diferencias ya que en la melancolía hay una disminución de la autoestima que da lugar a autorreproches y a expectativas irracionales de castigo, así como, una noción vaga de la naturaleza de la pérdida e incapacidad de reconocer la causa de su abatimiento. Aun cuando sabe quién es la persona perdida, no tiene en claro "qué es lo que ha perdido en ella", lo cual lleva a Freud a creer que se trata de una pérdida interna e inconsciente. También la disminución de la autoestima sugiere un empobrecimiento interno. Para él la clave de esa sensación interna de pérdida se encuentra en lo inapropiado de los autorreproches que: por lo general tienen un contenido moral, son evidentemente injustificados, son expresados de manera pública y sin vergüenza. Todo lo anterior se debe a una escisión del yo del individuo melancólico, en virtud de la cual un sector yoico se opone al otro, lo enjuicia y lo contempla como un objeto externo. Partiendo de estos datos clínicos, sugiere que los autorreproches no están dirigidos en realidad hacia la propia persona, sino hacia alguien que el paciente ama, amó o debería haber amado, siendo que la clave de este cuadro clínico reside en que los autorreproches están destinados hacia otra persona. Por otra parte, de acuerdo con la observación de Freud, en realidad, a pesar de sus protestas, el melancólico no actúa como una persona sin valor ya que se ofende constantemente como si hubiera sido objeto de grave injusticia.

Postula que en la infancia el futuro melancólico estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causada por la persona amada. La ruptura de la relación fue seguida por un retiro de la descarga libidinal, pero la libido liberada no pasó a otro objeto, quizá debido al tipo de vinculación básicamente narcisista. Por el contrario, esta libido se retrajo hacia el yo.

Las posteriores pérdidas reactivan la pérdida original y hacen que la furia del paciente se descargue contra el objeto que infligió la decepción original, que ha quedado fusionado con parte de su propio yo. En casos extremos, el sadismo es tan fuerte que el paciente llega al suicidio con el afán de destruir por completo la imagen interna del objeto. Para la mayoría de los melancólicos basta la gratificación derivada de menospreciar la imagen, lo cual se manifiesta clínicamente como autorreproches. Cuando la furia se ha agotado o cuando la imagen objetal ha sido abandonada por carecer de valor, la enfermedad pasa, hasta que una nueva pérdida reinicia todo el proceso. En algunos pacientes hay una repentina liberación de la libido hasta entonces dirigida a la imagen interna, y este excedente de energía encuentra salida a través de un comportamiento maníaco. En la manía, el yo ha dominado su rabia internalizada y arroja el problema hacia afuera; en la melancolía, el yo es derrotado por la instancia censurante y continúa siendo víctima de su ira.

Resumiendo, identifica tres factores condicionantes para la melancolía:

- La pérdida de objeto.
- Un alto grado de ambivalencia.
- Regresión libidinal en el yo.

Aunque los tres factores son necesarios, sólo el último es específico de la melancolía.

La aflicción y la melancolía sigue siendo un clásico de la literatura psicoanalítica. Freud (1917) fue capaz de percibir que en la depresión una persona afecta profundamente el estado mental de otra, y que la pérdida de

esta persona trae como consecuencia una pérdida interna para el individuo depresivo. Reconoció así la naturaleza interpersonal del desorden y la estrecha conexión entre mantenimiento de una buena relación. También trató de demostrar que determinados hechos de la infancia predisponen a la depresión, por lo general desengaños inflingidos por personas significativas y que dan origen a una creciente ambivalencia en todos los vínculos. Por último, el propósito de las autorrecreminaciones de algunos pacientes depresivos, advirtiendo que en última instancia, al enfermarse castigan también a la persona externa amada.

Freud (1921) en otro escrito se refiere a las fuerzas que determinan la cohesión de un grupo, resumiendo las formulaciones sobre la melancolía. Examinó las relaciones del yo con el ideal del yo, así como con otras personas idealizadas. Describe a la manía como una fusión entre yo e ideal del yo, por efecto de la cual el yo se libera de la censura del ideal del yo. En la melancolía, el yo, identificado con el objeto frustrante, queda sujeto a los ataques del ideal del yo. Es obvio que pronto éste pasará a ser conceptualizado como el "superyo".

En otra de sus publicaciones Freud (1923) admite que la introyección es un proceso mucho más general que lo que había supuesto hasta entonces. El mecanismo de incorporar un objeto frustrante puede ser de hecho la manera en que el yo del niño va desarrollando su carácter específico, como un "precipitado" de objetos internalizados abandonados. Por lo tanto, la identificación o incorporación se convierte en el principal mecanismo para vincularse con objetos perdidos, abandonados o frustrantes. Esta internalización es el medio por el cual se anula una pérdida en el

inconsciente. Con todo lo anterior ahora propone que la melancolía es el resultado de una extrema discordancia entre superyo y yo, en cuyo contexto el superyo manifiesta su rabia contra un yo aparentemente indefenso. Para explicar porqué el superyo del melancólico es tan severo y poderoso, se apoya en su recién formulada hipótesis del instinto de muerte, y observa además que si la agresión no se expresa hacia afuera, terminará por volverse contra el propio sujeto.

En su última publicación en la que hace mención de la melancolía (1933) reformula sus últimos puntos de vista sobre la melancolía:

Tan pronto como nos habituamos a la idea del superyo... nos enfrentamos con un cuadro clínico que pone de relieve la severidad, incluso la crueldad, de esta función, y las vicisitudes por las que pueden atravesar sus relaciones con el yo. Me refiero al estado de Melancolía.

Teoría Estructural

Rado (1927) describió de manera exhaustiva y original los cambios que se produjeron en la teoría psicoanalítica. Estudió la depresión y la manía en función de una red de interrelaciones entre el yo, el superyo y el objeto amado. Observó que antes del comienzo de un episodio depresivo el individuo atraviesa un periodo de rebeldía arrogante y encarnizada. Explicó que a menudo se pasa por alto esta fase, en razón de que dura poco tiempo y pronto queda oscurecida por los llamativos síntomas melancólicos. En los estados de normalidad cuando el depresivo está seguro del amor del otro, lo trata con una "sublime indiferencia", que poco a poco se convierte en control

tiránico, lo cual puede provocar el distanciamiento de la persona amada, que ya no tolera el maltrato y con esta nueva pérdida el individuo cae en depresión, recurriendo a un nuevo método de coerción, se muestra compungido y contrito, implora perdón y espera recuperar al objeto perdido induciendo piedad y culpa.

Rado en 1927 dice:

Experimentan seguridad y bienestar sólo cuando se sienten amados, apreciados y alentados. Aun cuando despliegan una actividad más o menos normal para gratificar sus instintos y lleguen a realizar las metas que se fijaron, su autoestima depende en gran medida de que cuenten o no con la aprobación y el reconocimiento.

Para Rado (1927) este patrón de hostilidad, culpa y contrición tiene su origen en la temprana infancia, cuando el niño aprendió que podría ser perdonado y recuperar el imprescindible amor de su madre, mostrando la adecuada actitud de remordimiento. A su juicio, la secuencia culpa-reparación se remonta a una progresión previa rabia-hambre-amamantamiento por el pecho de la madre, es esencial en la melancolía y su perduración inconsciente en la vida adulta determina tanto la fijación oral descrita por Abraham (1924) como la necesidad de nutrimento emocional de fuentes externas. En última instancia, el depresivo desea ser pasivo y suele ver satisfecho ese deseo por otra persona dispuesta a concederle todo y a quien puede controlar y tiranizar.

Cuando el depresivo no consigue recuperar el amor del objeto perdido, su melancolía avanza hacia formas más malignas dándose una lucha

intrapésíquica, donde se renuncia a los objetos externos y el yo busca el perdón del superyo, que ha tomado el lugar del objeto amado, de ahí que las autorrecriminaciones del depresivo profundo deben ser entendidas como expresión de las esperanzas del yo de lograr el amor del superyo mediante la apropiada actitud de contrición.

Los aspectos significativos de la teoría de Rado (1927) son que la represión representa un proceso de reparación y un periodo de expiación por haber provocado el distanciamiento del objeto necesitado. Primero intenta forzar al objeto externo a otorgar el perdón y el amor. Si esta maniobra fracasa, el desorden avanza hacia el nivel intrapésíquico, en el que la lucha se entabla entre el yo y el superyo.

Asimismo aporta conceptos originales como la necesidad del depresivo de que los otros refuercen su autoestima y la reiteración del patrón infantil de rabia-reparación.

Sin embargo, existen puntos débiles en la teoría de Rado (1928) como el supuesto de una doble introyección durante la infancia y su tratamiento más o menos atropomófico de las estructuras intrapésíquicas.

Años más tarde, Rado (1951) retoma la depresión desde una perspectiva de adaptación psicobiológica al medio, en donde concibe a la psicopatología como la inadecuada persistencia de patrones adaptativos infantiles en la vida adulta. Agregando dimensiones nuevas a su teoría antes descrita. Sosteniendo la creencia de que el depresivo puede desprezarse a sí mismo por su debilidad y por ser incapaz de controlar su ira, atormentándose entre la rabia coercitiva y el temor sumiso, deseando expresar la intensa ira que siente hacia el objeto amado, pero por ser

dependiente no muestra su hostilidad abiertamente. Cuando el depresivo pierde al objeto, el equilibrio antes logrado se rompe, dirigiendo su rabia contra sí mismo, volviendo al anterior patrón de reparación, con la esperanza de recuperar al objeto amado. Denominado por este autor "Proceso de reparación mal logrado".

Es importante resaltar que para esta época el interés del autor había pasado de la psicodinámica clásica y la descripción de las reacciones normales; poniendo de manifiesto que éstos experimentan la pérdida como un desafío que pone en acción recursos para continuar viviendo sin el objeto o para tomar las medidas necesarias para enmendar la pérdida. Así como reacciones patológicas a la tensión, que en el caso del depresivo la pérdida reactiva los obsoletos patrones adaptativos de dependencia de nutrición materna y por efecto de esta regresión incapacita aún más al paciente.

Rado (1951) sugiere que en ciertos casos no hay pérdida alguna, siendo inventado por el paciente algún acontecimiento precipitante para racionalizar su caída en la depresión, infieren que ésta puede ser causada por todo aquello capaz de inducir temor culposo y tendencias regresivas.

Depresión y Psicología del Yo.

Fenichel (1945) en el compendio sobre psicoanálisis se apoya en el trabajo de otros autores para enumerar los diversos factores de la depresión; retomando de Freud (1923) la "introyección patognómica", de Abraham (1924) la "fijación oral", de Rado (1927) la "incesante necesidad de amor".

Para este autor el factor clave de la depresión era la caída de la autoestima, escribiendo al respecto:

Una persona fijada a un estado en que su autoestima está regulada por suministros externos, o cuyos sentimientos de culpa la hacen regresar a dicho estado, necesita imprescindiblemente de esos suministros. Vive en condiciones de perpetua avidez. Si sus necesidades narcisistas no son satisfechas, su autoestima disminuye hasta un punto crítico.

El papel fundamental asignado a la regulación de la autoestima y su relación con la depresión, modificó el curso de la investigación psicoanalítica de los desórdenes afectivos. La consiguiente importancia del yo se pone de relieve si se toma en cuenta que, según se afirma, es el yo el encargado de calibrar la autoestima en función de la discrepancia entre el estado real de la personalidad y el ideal del yo al que se aspira. La autoestima sería entonces la vivencia que expresa dicha disparidad.

Jacobson (1946) se refiere a los desengaños derivados de la creencia en la omnipotencia parental y a la consiguiente desvalorización de las imágenes parentales. Este desengaño ocasiona una concomitante desvalorización del sí-mismo y lleva a la depresión infantil primaria, que más adelante se reactiva debido a las decepciones sufridas en la edad adulta, asimismo afirma que la generosidad del niño es el resultado de una fusión de la representación del sí mismo con una representación objetal idealizada.

En 1954 este mismo autor postula que la mente se desarrolla a partir de una matriz indiferenciada por medio de la gradual formación de representaciones de sí mismo y de los objetos, es decir, imágenes internalizadas del propio sujeto y de otros individuos. Cada una de estas representaciones puede ser catectizada con energía libidinal, agresiva o

neutralizada. Esta versatilidad de las catexias determina los sentimientos del sujeto hacia sí mismo y hacia los demás, según el tipo de energía recibida por cada representación. Se afirma que en la infancia, la desvalorización de los otros (carga agresiva de la representación objetal) causada por una frustración trae aparejada también una desvalorización del sí mismo, puesto que éste se encuentra aún fusionado con la representación de los otros.

En el depresivo se produce una catectización agresiva del sí-mismo, con escasa diferenciación supereyica y ausencia de una adecuada separación entre las representaciones objetales y el ideal parental de la infancia. En este sentido la depresión podría ser vista como un problema de catectización desde el punto de vista económico, y con una falta de diferenciación desde el punto de vista estructural.

En 1971 explica que el conflicto básico en todos los desórdenes afectivos es el siguiente: la frustración provoca una reacción de rabia, que da lugar a tentativas hostiles de lograr la gratificación deseada. Sin embargo, si el yo (por motivos externos o internos) es incapaz de concretar este propósito, la agresión se vuelve hacia la imagen de sí-mismo. Este apocamiento de la imagen de sí-mismo acrecienta la discrepancia con la autoimagen ideal, llevando a una disminución de la autoestima. Es entonces cuando con fines defensivos, puede tratar de fusionarse con un objeto omnipotente (manía) o recurrir a un nuevo objeto que reabastezca los suministros libidinales, con la finalidad de elevar la autoestima. Si el depresivo no consigue encontrar un nuevo objeto de amor para reabastecerse de suministros libidinales a su autoimagen, se vuelve hacia un objeto de amor poderoso pero sádico, con la esperanza de obtener si no

amor, por lo menos, fortaleza. Si este último recurso también fracasa, termina por cortar toda relación con el mundo externo y reactiva una primitiva pero poderosa imagen interna del pasado. Esta poderosa representación objetual interna se fusiona con el superyo, que por lo tanto queda personificado, mientras que las verdaderas representaciones objetuales, desvaídas, se fusionan con la representación de sí-mismo.

Su sistema tiende a purificar los conceptos psicoanalíticos, a los que sometió a una elaborada definición y diferenciación. Sin embargo, al describir su trabajo clínico no siempre parece adherirse a sus estrictas definiciones y muchos de sus conceptos, se podría decir que son antropomórficos. Intentando asimilar la psicología del yo y la teoría de los instintos, junto con un enfoque de las relaciones objetuales de su propia creación.

En resumen se podría decir, que este autor habla de dos enfoques: el clínico y el metapsicológico, en donde este último trata de reducir los datos clínicos a hipótesis especulativas.

Bibring (1953) infiere que:

Desde su punto de vista, la depresión puede ser definida como la expresión (indicación) emocional de un estado de indefensión e impotencia del yo, independientemente de los factores que puedan haber causado el colapso de los mecanismos que fundamentan su autoestima.

Aunado a esto el franco reconocimiento por parte del yo de su indefensión real o imaginaria, y las intensas aspiraciones narcisistas, que es incapaz de concretar.

La originalidad de este autor radica en que considera que la combinación de factores, antes mencionados, ocasiona una tensión dentro del yo y no un conflicto intersistémico o un conflicto entre el yo y el entorno. La depresión es el correlato emocional de un particular estado yoico. Al considerar la depresión desde esta perspectiva, la compara con la ansiedad e infiere que ambas son experiencias primarias no pasibles de más desmembramiento. Reúne las depresiones normales, neuróticas y psicóticas bajo el común denominador de ser causadas por un mismo mecanismo básico.

Además de ver a la depresión como un estado yoico primario que es posible en cualquier individuo, pone el acento ya no en la estructura interna del desorden, sino en los factores ambientales y caracterológicos que predisponen a las reacciones depresivas. Observando a individuos propensos a la depresión debido a aspiraciones demasiado ambiciosas que no pueden cumplir, o a causa de la excesiva reiteración en el pasado de experiencias que se sintieron indefensos, o quizá lo estuvieran en realidad.

Sandler y Joffe (1965) también consideran que la depresión es un afecto básico (como la ansiedad) que es experimentada cuando el individuo cree haber perdido algo que era esencial para su bienestar y se siente incapaz de anular esa pérdida. Además postula que en la depresión se pierde la sensación de integridad narcisista y no un "objeto" específico. Al respecto dicen: cuando se pierde un objeto de amor, lo realmente perdido es, el bienestar que estaba implícito, psicológica y biológicamente, en la relación con ese objeto.

Conciben a la depresión como la sensación de haber quedado en un

estado ideal, vehiculizado a menudo (pero no siempre) por una relación con otra persona.

Están de acuerdo con Bibring (1953) en que la reacción psicobiológica depresiva inicial promueve la creación de defensas y no siempre avanza hasta configurar un episodio depresivo clínico, que inclusive puede llegar a tener un efecto saludable.

Bibring (1953), Sandler y Joffe (1965), utilizaron las contribuciones de la psicología del yo para simplificar los criterios tradicionales de la depresión, concibiéndola como un estado emocional psicobiológico básico que no puede ser reducido a conflictos intersistémicos ni explicado en función de éstos.

Arieti y Bemporad (1990), basándose en Sullivan (1953) y Horney (1950), quienes postularon que la disminución de la autoestima es un componente básico de casi toda patología, dicen que la caída de la autoestima no es suficiente para explicar la depresión, ya que ésta se presenta en otros desórdenes, por lo que más bien se debería explicar en qué difiere la depresión de otros síndromes, los cuales también son reacciones a la baja de autoestima.

Enfoque Interpersonal y Cultural.

Cohen, Blake, Cohen, Fromm-Reichman y Weigert (1949,54) fueron los pioneros en factores no intrapsíquicos al investigar la depresión en pacientes maníaco depresivos. Su principal aportación consistió en dos publicaciones basadas en estudios realizados por la escuela de psiquiatría de Washington, con gran influencia Sullivaniana. La importancia de estas publicaciones radica en que toman en cuenta la atmósfera familiar en que crece el futuro

individuo depresivo, el efecto del paciente sobre otras personas y las características generales de la personalidad depresiva.

Primero, investigaron los antecedentes familiares, en donde, las 12 familias investigadas se alejaban de la comunidad general o eran obligados por otros. Esto se daba por diferentes motivos: pertenecer a una minoría religiosa, nivel económico diferente o enfermedad familiar crónica. Lo cual les afectaba, quienes luchaban por tener relaciones sociales; esta responsabilidad recaía en los hijos los cuales debían tener ciertos logros para salvar la reputación familiar sin importar su autoestima o propia realización. En donde por lo general el padre era un fracasado económica y socialmente siendo despreciado por la esposa. Para los hijos era un débil pero fácil de amar. Por el contrario, la madre era la figura fuerte que exigía obediencia y cualidades sobresalientes, siendo para los hijos la figura confiable, pero menos amante y benévola.

Segundo, investigaron el desarrollo de los maníaco depresivos en su temprana infancia, encontrando que a las madres les complacía la franca dependencia del bebé, pero no soportaban su rebeldía, valiéndose de amenazas de abandono para controlarlos. Asimismo hallaron una posición privilegiada dentro de la familia, por sus cualidades superiores o a sus mayores esfuerzos por agradar, este favoritismo se fundaba únicamente en la capacidad de triunfar y no en un verdadero interés por el individuo como persona independiente de la unidad familiar. Al crecer el hijo se convertía en un manejador, para quien las relaciones humanas eran un medio para promover sus propias ambiciones; envidiando a los otros y temiendo a la competencia, fingiendo rebajarse ante los demás para obtener el apoyo que

ellos necesitaban. La mayoría de los pacientes eran (en los intervalos entre episodios depresivos) individuos compulsivos, diligentes y trabajadores, deseosos de complacer a los demás para satisfacer sus necesidades de dependencia. No obstante la dedicación al trabajo, exhibían escasas manifestaciones de creatividad, tendían más bien a adaptar las pautas u opiniones de figuras importantes de su alrededor.

A pesar de que no encontraron signos evidentes de hostilidad destacan las incesantes exigencias del paciente y su falta de empatía creaban una impresión hostil en quienes lo rodeaban. Para ellos el factor más constante era una sensación interna de vacío y una permanente necesidad de apoyo que las figuras externas debían satisfacer. Llevando esta dependencia a una descompensación clínica, si se interrumpe el vínculo con la persona de quien depende.

Otra de las contribuciones son los problemas específicos del tratamiento con estos pacientes, los cuales son:

- La abrumadora dependencia que va desarrollándose con respecto al terapeuta.
- La respuesta estereotipada, es decir, el paciente es incapaz de ver al terapeuta objetivamente.
- La comunicación es defectuosa, ya que carece de empatía y pone barreras al auténtico intercambio emocional. Refrena sus sentimientos por temor a ofender a la persona de quien depende.

Gibson (1958) reafirmó el estudio de Cohen y colaboradores (1949,54) usando un cuestionario con los mismos pacientes. Al comparar este grupo

con uno de esquizofrénicos, observó que los maniaco depresivos se preocupaban más por ser socialmente aceptados y provenían de hogares en los que prevalecía una atmósfera de competencia, envidia y mayores presiones para lograr triunfos y prestigio.

Adler en 1914 (citado por Ansbacher y Ansbacher, 1956) es el primero en analizar, en su trabajo, la depresión desde un punto de vista culturalista en donde se propone una interpretación dando énfasis en la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología pone en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales. Afirmando que: "estos individuos tratan de respaldarse siempre en los otros y no desdeñan el recurso de exagerar sus propias debilidades para forzar el apoyo, la adaptación y el sometimiento de los demás". También dice que sufren una "compensación de su capacidad", ya que persiguen metas inalcanzables, exagerando los azares de la vida cotidiana y después culpan a los demás o a las circunstancias por la no consecución de dichas metas. El depresivo exhibe tanto el enojo que le provoca el no salirse con la suya como su desprecio a los demás. Al desvalorizar al mundo y exagerar sus peligros compensa la no consecución de objetivos anhelados pero irrealizables.

Adler, K. (1961) planteó la posición de la psicología individual (esquema teórico Alfred, A.) acerca de la depresión e indicó la manera en que este desorden se ajusta a la teoría general del comportamiento humano propuesta por Adler, A. Sintetizando la personalidad depresiva:

El depresivo se esfuerza constantemente por afirmar su enfermedad, para hacer prevalecer su voluntad sobre los demás para

obligarlos a sacrificarse, para frustrar todas sus tentativas de ayudarlo, para culparlos (de manera tácita o manifiesta) de su situación y para liberarse de toda obligación y cooperación social.

También se encuentra a Bonime (1960,62,76) dentro de los más convincentes expositores del pensamiento culturalista sobre la depresión. Opina que la depresión no es tan sólo un conjunto de síntomas que conforman una enfermedad periódica, sino una práctica, una modalidad cotidiana de interacción. Toda interferencia con este tipo de funcionamiento produce una manifestación externa de depresión clínica, tendiente a coaccionar al ambiente con el fin de que permite al individuo restablecer sus actividades interpersonales habituales. Los principales componentes patológicos de este específico modo de vida son las tendencias manipuladoras, la aversión a la influencia de los demás, la renuencia a brindar gratificación, una sensación básica de hostilidad y la vivencia de ansiedad.

Por tendencias manipuladoras se entiende la fingida dependencia del depresivo que encubre una maniobra tendiente a explotar la generosidad o el sentido de responsabilidad de los otros. Exige una respuesta por parte de los demás, no dando nada a cambio. Al hacerlo, se priva de la auténtica vivencia de afecto o realización, limitándose sólo a obligar a los demás a hacer lo que él desea. En la misma medida en que es un manejador es incapaz de tolerar la influencia de los otros y a menudo malinterpreta los esfuerzos por ayudarlo, tomándolos por disimuladas tentativas de controlarlo. Se niega a asumir las responsabilidades de la vida, viviéndolas subjetivamente como injustas demandas. Interpreta gran parte del comportamiento externo del

depresivo como hostilidad encubierta, asegurándose que su padecimiento afecte a los demás.

En opinión de este autor, la venganza y la ira tienen un papel importante en la psique del individuo propenso a la depresión. La ansiedad la toma como otra vivencia afectiva básica, que surge cuando los demás no responden a las acostumbradas maquinaciones del paciente, superando muchas veces esta ansiedad, modificando el estilo de sus actitudes manipuladoras, que recobran así su efectividad. La ansiedad consiste "sobre todo en percibir el peligro de no funcionar eficazmente como un depresivo".

La etiología de la depresión en el adulto se halla en una infancia carente de estímulos y el respeto que debieron proveer los padres. Las verdaderas necesidades emocionales del niño fueron ignoradas o sofocadas, de modo que aquél creció sintiéndose defraudado y con el convencimiento de que los demás le deben aún la solicitud que no tuvo antes.

Otros autores psicoanalíticos presentaron estudios que resaltan las raíces sociales de la depresión, más que las instintivas o libidinales. Entre ellos están: Chodoff (1970), Salzmar y Maserman (1962) y Sapirstein y Kaufman (1966). Coinciden en destacar los aspectos interpersonales del desorden, así como los objetivos personales irrealizables pero desesperadamente ambicionados.

Becker (1964) propuso una interesante teoría que contrasta las consecuencias sociales de la depresión y de la esquizofrenia refleja una despreocupación por los convencionalismos sociales, en tanto que la depresión corresponde al individuo sobreentrenado que se ajusta a las pautas culturales con excesiva rigidez, pero que necesita de esta observancia rigurosa para su bienestar. Al respecto escribe:

En nuestra cultura todos hemos conocido alguna persona que vive su vida en función de los deseos de sus padres y al llegar a los 40 ó 50 años cae en un estado depresivo cuando aquellos mueren. Es que ha perdido la única audiencia para la que era válido el argumento que estaba actuando. Queda en la desesperada situación del actor que no sabe desempeñar más que un personaje y pierde a la única audiencia interesada en verlo escenificado".

Escuela Existencialista.

Los principios básicos de la escuela existencialista consisten en describir el mundo fenomenológico del paciente descartando la dinámica inconsciente, así como factores hereditarios, traumas infantiles. Es entonces, el examen del mundo tal como lo intuye la consciencia activa, sin estructuras preconcebidas.

Jaspers (1964) comienza trazando una "representación de lo que realmente ocurre en los pacientes, qué situación están viviendo, cómo los afecta, qué sienten". Pasa después a establecer conexiones significativas entre las experiencias para terminar encuadrando al paciente en la totalidad de su ser, tal como lo revelan sus experiencias.

Minkowki (1958), Arieti (1974), entre otros, explican la importancia de la distorsión temporal en la experiencia de la depresión: hay una exagerada preocupación por hechos del pasado, que están constantemente presentes en la mente y que el individuo utiliza para torturarse con recriminaciones culposas.

Tellenbach (1974) en el cual establece que el mundo del depresivo

está dominado por la disciplina, la escrupulosidad y una imperiosa necesidad de complacer a personas significativas; estos pacientes buscan seguridad y evitan situaciones que podrían provocarles culpa. Dichas actitudes son exigencias que el mismo paciente se impone, cuando son imposibles de cumplir se presentan manifestaciones clínicas de depresión.

Autores dedicados a esta corriente hicieron más énfasis a estudios sobre la manía dejando a un lado investigaciones sobre la depresión.

Los estudios antes mencionados son en parte una reacción a la posición psicoanalítica que tradicionalmente hizo a un lado a la realidad de la vivencia consciente del individuo para dar mayor importancia a los instintos y los dinamismos conscientes.

El pensar de la corriente existencialista hace hincapié fundamentalmente al mundo subjetivo del individuo ofreciendo una descripción vivida y penetrante del modo en que el desorden afecta la vida consciente del paciente.

La Teoría Cognitiva de Beck.

Varios autores estuvieron de acuerdo con Beck (1967) en señalar que en la depresión se presentan distorsiones cognitivas (pesimismo extremo, visión irreal de la propia personalidad, etc.) siendo ésta la causa primaria del desorden y no elaboraciones secundarias. Agrega también que todas las formas de psicopatología presentan algún grado de desorden del pensamiento, que parece apartarse de lo que la mayoría de los individuos considerarían una manera realista de pensar o de interpretar la realidad.

Beck (1970) considera una "triada cognitiva" de la depresión, con respecto a las diversas formas de distorsión compuesta por:

- 1) Expectativas negativas respecto del ambiente;
- 2) Autoapreciación negativa, y
- 3) Expectativas negativas respecto del futuro.

Dicho autor en 1976 dice:

Las experiencias que el paciente tiene a lo largo de la vida activan así patrones cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida. Los diversos fenómenos emocionales, motivacionales, de la conducta y vegetativos de la depresión, fluyen a partir de estas autoevaluaciones cognitivas.

Infiere que: "después de experimentar una pérdida (sea como resultado de un hecho obvio y real o de privaciones encubiertas), el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa".

Arieti y Bemporad (1990), consideran que la formulación que establece Beck (1976) es por una parte débil ya que no explica las causas por las que se manifiesta la depresión. Enfocó sobre todo mecanismos cognitivos conscientes y simples, desestimando en cambio la importancia de las estructuras cognitivas inconscientes y la participación que le cabe al conflicto. De igual manera no explica el porqué una pérdida origina depresión en algunas personas y no en otras.

Sin embargo, sus estudios fueron meritorios ya que abre un horizonte para estudiar este campo del que poco se sabe.

Enfoque Fisiológico.

Antes de entrar a este enfoque es importante puntualizar que un enfoque fisiológico no se opone a un enfoque psicodinámico. Los fenómenos psicológicos se acompañan de modificaciones neurológicas, y la depresión no es una excepción a la regla. Los dos enfoques son particularmente congruentes cuando se considera la depresión como un afecto básico que surge de manera automática en ciertas situaciones, como lo postulan las teorías de Sandler y Joffe (1965) y de Bibring (1953).

Para tener un panorama más amplio de los diferentes enfoques de la depresión se dará a continuación un breve resumen a este respecto.

Las investigaciones recientes revelan que algunas formas de depresión pueden acompañarse de la disminución de noradrenalina circulante en el cerebro y que en otros puede estar disminuida la concentración de serotonina. La concentración de MHPG (un metabolito de la noroadrenalina) en la orina y en el líquido cefalorraquídeo manifiesta estas diferencias.

La introducción de litio como tratamiento eficaz para la manía y su uso para evitar nuevos episodios maníacos y depresivos en los trastornos bipolares ha dado pie a continuar con más investigaciones a este respecto.

Se ha encontrado que la depresión clínica se acompaña de alteraciones importantes en la concentración y en el metabolismo de las aminas biogénicas.

Investigaciones neurofisiológicas señalan que, los deprimidos se hallan en un estado de hiperexcitación (lo cual es contrario a lo que se piensa). Por ejemplo aumenta la fase MOR del sueño durante los estados depresivos. Así

pues, el "retardo" que con frecuencia se observa en la depresión puede ser más bien un fenómeno secundario o compensatorio.

Otros estudios han demostrado que ocurren alteraciones del equilibrio de sal y agua al igual que la concentración de cortisol en el deprimido. Sin embargo, ninguna de estas investigaciones indica si las alteraciones bioquímicas preceden o siguen el inicio de la condición depresiva y por lo tanto, aún no está claro su papel etiológico.

En otras investigaciones se determinó que la norepinefrina (NE) y la serotonina o 5-hidroxitriptamina (5 HT) del cerebro, están específicamente vinculadas con la depresión. Se cree que estas aminas son neurotransmisoras, esto es, que conducen la excitación de una neurona a otra. Se ha sugerido que el exceso de una o ambas aminas lleva a los estados maníacos, mientras que su disminución, provoca depresión.

1.2 El Punto de Vista de la Organización Mundial de la Salud.

De acuerdo con Sartorius, (1975) quien trabajó en la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), calculó que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión; que relacionados con ellos existen otros tres tantos que son afectados y sufren por ella, considerando que el problema tiende a aumentar en los años venideros, por los siguientes motivos:

- 1) Por que el promedio de índice de expectativa vital está creciendo en todos los países, por lo que el número y porcentaje de personas con mayor riesgo de presentarla también se ha incrementado.

2) El rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente tensionante, intenso y creciente como el que se presenta en situaciones de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.

3) El aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos, tales como reumatismo, trastornos gastrointestinales y cerebro vasculares, y problemas neurológicos que, según se ha demostrado, se asocian en un 20% de los casos.

4) El creciente abuso de medicamentos, algunos de los cuales pueden causar depresión, como los antihipertensivos, las fenotiacinas y varios preparados hormonales como los anticonceptivos orales que un gran número de mujeres consume.

Asimismo considera como indispensable prevenir ciertos tipos de depresión y administrar un tratamiento eficaz a todos los enfermos; sin embargo no se han tomado medidas preventivas adecuadas, y sólo un mínimo porcentaje de ellos recibe tratamiento. Las razones que da son las siguientes:

1) En la mayoría de los países los recursos humanos y técnicos apropiados son muy limitados, lo cual dificulta el tratamiento adecuado. La mayoría de los enfermos psiquiátricos viven en países en desarrollo, en donde la falta de recursos se combina con otras necesidades, con una herencia sociopolítica y económica dependiente de los países desarrollados, y con profundos efectos de un rápido cambio cultural.

- 2) La mayoría de representantes de disciplinas médicas y servicios sociales no creen en la psiquiatría, y la consideran costosa y de utilidad limitada, por lo que la colaboración en programas de este tipo es poco entusiasta.
- 3) Falta de modelos de servicio preventivo prácticos, económicos y sencillos existentes en las diversas culturas del mundo, y la expectativa de las comunidades al respecto.

Por lo anterior, la OMS inició en 1972 un programa que incluye tres tipos de actividades:

- 1) El desarrollo de un lenguaje común que permita el intercambio de información y colaboración entre clínicos, investigadores y administradores de salud pública.
- 2) Investigaciones sobre la etiología y tratamiento sobre la depresión.
- 3) Investigaciones de la metodología que facilite la aplicación de estos conocimientos en la práctica diaria.

Con el cumplimiento de todo lo anterior da pie a tener un amplio conocimiento del problema y una mejor forma de enfrentarse a él.

Investigación en México.

Por todo lo antes mencionado, se realizó un estudio en México con el fin de contribuir al conocimiento científico del perfil epidemiológico de este padecimiento. El proyecto se realizó a mediados de 1981.

Los objetivos de esta investigación fueron detectar la prevalencia de estados depresivos en una comunidad urbana del D.F., así como establecer la relación que hay entre los estados depresivos y los indicadores: sexo,

edad, estado civil, ocupación, ambiente familiar, y nivel educativo y sociodemográfico.

Se aplicó la escala de Zung por considerarse un instrumento confiable, sencillo y de fácil aplicación. Asimismo se utilizó una cédula de entrevista con el fin de determinar sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, a un tipo de familia nuclear o extensa, a una ocupación, a un nivel educativo, etc.

La población seleccionada estuvo formada por los habitantes de la comunidad urbana "Unidad Habitacional Narciso Mendoza" (Villa Coapa). Los cuales tenían cinco años o más, con residencia permanente en el lugar.

La muestra estuvo formada de 928 encuestas de un total de 5,932 viviendas, lo cual dio un porcentaje de 15.66%.

Los resultados obtenidos reportaron una prevalencia de 11.63% de depresión media (deprimidos ambulatorios) y un 2.47 de depresiones severas (deprimidos que ameritan hospitalización), es decir un 14.1% de enfermos deprimidos en la población en general.

Los niveles más altos de depresión con relación a las variables sociodemográficos se obtuvo en: el grupo de las mujeres; sujetos mayores de 60 años, seguida de cerca por el grupo de 55 a 59 años; viudos; personas con ingresos entre \$5,000 a \$9,000 mensuales; sin escolaridad y personas ocupadas en oficios o sea en las personas de ingresos menores dentro de la muestra.

1.3 Clasificación del DSMIII-R.

De acuerdo con la American Psychiatric Association (1988) la depresión se encuentra clasificada en los "Trastornos del Estado de Animo", la sintomatología de este grupo consiste en una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maníaco parcial o completo no debido a ningún otro trastorno mental o físico. De aquí a que este trastorno mental o físico, se subclasifique en dos grandes grupos:

1) Trastornos Bipolares: El cual consiste en la presencia de uno o más episodios maníacos o hipomaníacos. Encontrándose dos trastornos bipolares y una categoría residual: a) trastorno bipolar, en donde hay uno o más episodios maníacos y b) ciclotimia, consiste en numerosos episodios hipomaníacos y numerosos periodos con síntomas depresivos. En la categoría residual se le denomina trastorno bipolar no especificado en donde se incluyen los periodos hipomaníacos y de depresión mayor completa denominado en ocasiones "bipolar II".

2) Trastornos depresivos: Consiste en uno o más episodios de depresión sin una historia de episodio maníaco o hipomaníaco. Encontrándose dos tipos: depresión mayor en donde hay uno o más episodios de depresión mayor. En el caso de depresión mayor actual puede catalogarse como: a) tipo melancólico, una forma típica de depresión mayor grave que se muestra particularmente sensible a una terapia somática; b) tipo crónico, el episodio actual ha durado dos años consecutivos sin ningún periodo de dos meses o más sin síntomas depresivos; c) distimia, en el cual hay una historia del estado de ánimo deprimido por un tiempo de más de dos años como mínimo sin que los dos primeros años concuerden con los

critérios del episodio de depresión mayor. En muchos casos se sobreponen depresiones mayores.

Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor

Nota: un "síndrome depresivo mayor" se define según el criterio A siguiente:

A. Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es o 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para placer (no se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencias, o notable pérdida de asociaciones):

1) Estado de ánimo deprimido (o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día, casi cada día y, tal como se indicó, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás.

2) Notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día (como se indicó, por referencia subjetiva o por la observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo);

3) Aumento o pérdida significativo de peso sin hacer ningún régimen (por ejemplo, más de un 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento del apetito casi cada día (en los niños hay que tener en cuenta la

dificultad para alcanzar el peso necesario);

4) Insomnio o hipersomnia casi cada día;

5) Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable para los demás, no simplemente sentimiento subjetivo de inquietud o lentitud);

6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7) Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simplemente autorreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo);

8) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (manifestada por el paciente u observada por los demás);

9) Ideas de muerte recurrentes (no es simple miedo a morir), ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. 1) No puede establecerse una causa orgánica inició y mantiene la alteración.

2) La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado).

Nota: Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad ideas de suicidio, notable deterioro funcional o enlentecimiento psicomotor o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor.

C. Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes o alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.

D. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.

Códigos para el episodio depresivo mayor: números del código de cinco dígitos y criterios para la gravedad del estado actual del trastorno bipolar, depresivo, o de depresión mayor:

1) Leve: ninguno o pocos síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas de un ligero deterioro en la actividad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

2) Moderado: síntomas o deterioro funcional entre "leve" y "grave".

3) Grave: sin síntomas psicóticos: varios síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones sociales con los demás.

4) Con síntomas psicóticos: ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no con el estado de ánimo.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido está completamente de acuerdo con los típicos temas depresivos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o demerimiento de castigo.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no comprende los típicos temas depresivos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o demerimiento de castigo. Aquí se incluyen síntomas tales como ideas delirantes de persecución (no relacionadas directamente con los temas

depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

5) En remisión parcial: intermedio entre "remisión completa" y "leve", y distimia previa (si un episodio depresivo mayor se ha superpuesto a una distimia, el diagnóstico de distimia sólo se da una vez que ya no se cumplen todos los criterios para el episodio depresivo mayor).

6) En remisión completa: ningún signo o síntoma significativo de la alteración durante los pasados seis meses.

0) No especificado.

Especificar "crónico" si el episodio actual ha durado dos años consecutivos sin un periodo de dos meses o más sin síntomas depresivos significativos.

Especificar si el episodio actual es de tipo "melancólico".

Criterios para el diagnóstico del tipo melancólico

Presencia de cinco de los síntomas siguientes, como mínimo:

- 1) Pérdida de interés o de capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades;
- 2) Falta de reactividad ante estímulos normalmente agradables (tampoco hay mejoría cuando eventualmente sucede algo bueno);
- 3) La depresión suele ser más intensa por la mañana;
- 4) Despertar precoz por la mañana (como mínimo, dos horas antes de la hora habitual);
- 5) Entecimiento o agitación psicomotora (no simplemente quejas subjetivas);
- 6) Anorexia significativa o pérdida de peso (por ejemplo, más del 5% de peso

corporal en un mes),

7) Ninguna alteración significativa de la personalidad antes del primer episodio depresivo mayor;

8) Uno o más episodios depresivos mayores previos, seguidos de una remisión completa o casi completa;

9) Buena respuesta previa a una terapia somática antidepressiva adecuada y específica; por ejemplo; tricíclicos, TEC, IMAO, litio.

Criterios para el diagnóstico de distimia:

A. Estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes), comunicado por el sujeto u observado por los demás, que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo (un año para niños y adolescentes).

B. Durante los periodos depresivos están presentes, como mínimo dos de los síntomas siguientes:

- 1) Poco apetito o voracidad;
- 2) Insomnio o hipersomnia;
- 3) Pérdida de energía o fatiga;
- 4) Disminución de la autoestima;
- 5) Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones;
- 6) Sentimiento de desesperanza.

C. Un periodo de dos años (un año para niños y adolescentes) en el que se da la alteración, sin síntomas del criterio A por más de dos meses seguidos.

D. No hay pruebas de la existencia de un episodio depresivo mayor

inequívoco durante los dos primeros años de la alteración (un año para niños y adolescentes).

Nota: Antes de la aparición de la distimia puede haber un episodio depresivo mayor, a condición de que esté en remisión completa (ningún signo o síntoma significativo durante seis meses) además al cabo de dos años (un año en niños y adolescentes) de aparecer la distimia puede haber episodios superpuestos de depresión mayor, en cuyo caso se optará por ambos diagnósticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaníaco inequívoco.

F. El trastorno no está superpuesto a un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante.

G. No puede demostrarse la existencia de una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración; por ejemplo, la administración prolongada de una medicación antihipertensiva.

Especificar tipo primario o secundario:

Tipo primario: La alteración anímica no parece consecuencia de un trastorno crónico preexistente diagnosticable en el eje I o el eje III; por ejemplo, la anorexia nerviosa, un trastorno por somatización, la dependencia de sustancias psicoactivas, un trastorno por ansiedad o una artritis reumatoide.

Tipo secundario: La alteración anímica parece desarrollada con un trastorno crónico preexistente diagnosticable en el eje I o el eje III.

Especificar inicio precoz o inicio tardío:

Inicio precoz: La alteración aparece antes de los 21 años de edad.

Inicio tardío: La alteración aparece a los 21 años de edad o posteriormente.

1.4 Embarazo.

Antes de hablar del parto es necesario revisar algunos conceptos generales del embarazo.

a) Definición:

El embarazo es el desarrollo de un ser en el útero desde la concepción hasta el nacimiento. Dura aproximadamente de 170 a 280 días. (Mendoza, 1992).

b) Diagnóstico:

Se presentan algunos de los siguientes síntomas:

- * Amenorrea que es el cese de la menstruación debido a la presencia de gonadotropina coriónica.
- * Confirmación por medio de radioinmunovaloración para subunidad beta de HcG.
- * Náuseas, vómitos, hipersensibilidad y prurito mamario, hiperpigmentación en aréola y línea media suprapúbica. Calostro. Reblandecimiento del cuello uterino. Crecimiento del útero.
- * Aumento del volumen del vientre.
- * A las 16 semanas, soplo uterino, latido fetal.
- * Pulso cardíaco fetal mediante ultrasonografía de Doppler.
- * Percepción de movimientos fetales.

- * Identificación radiográfica del contorno cefálico y columna.

Deben descartarse:

- * Factores psíquicos.
- * Factores endocrinos. Investigar sobre todo tiempo y clase de anticonceptivos empleados. Qué tiempo tiene de suspensión de los anticonceptivos y de qué tipo.
- * Factores metabólicos. Alimentación, cambios de residencia en diversos países.
- * Factor anatómico. Cierre del cuello uterino por sinequia, infección, neoplasia, tumores uterinos, fibromas, quistes ováricos y megalocitos.

c) Atención Prenatal:

Se ha encontrado que una buena atención prenatal reduce los riesgos de enfermedad y muerte. Esta atención inicia, por lo general, en el momento en que la mujer sospecha estar embarazada y acude a consulta, sin embargo, sería conveniente para algunas mujeres, asesorarlas antes de concebir, por ejemplo: en los casos de enfermedades cardíacas, diabetes, etc., o con antecedentes familiares de enfermedad o anomalías fetales, así como mujeres con embarazos no logrados. Dentro de esta atención prenatal se incluye lo siguiente:

- 1) Detección y tratamiento de cualquier enfermedad incurrente. Algunos trastornos se inician antes del embarazo, otros se manifiestan o son descubiertos en el transcurso del mismo.
- 2) Detección y tratamiento de las complicaciones del embarazo, como hemorragia preparto, hipertensión, pielonefritis, anemia y gemelaridad.

- 3) Anticiparse a las complicaciones del trabajo de parto, como desproporción y presentaciones defectuosas.
- 4) Las consideraciones fetales incluyen cualquier riesgo de anomalías fetales que se pueden prevenir como: insuficiencia placentaria, trabajo prematuro de parto o enfermedad hemolítica.
- 5) Preparación psicológica para el trabajo de parto, e instrucciones para el cuidado del bebé.

Una vez confirmado el embarazo es conveniente dar a la paciente un instructivo, el cual consiste en:

- * Dieta: Se requiere una ingestión adecuada de proteínas (carne, pescado, huevos, quesos). Al agregar fruta fresca y leche se proporcionan casi todas las vitaminas y minerales en forma adecuada aunque se deben administrar en forma rutinaria, tabletas de fumarato ferroso y ácido fólico.
- * Alcohol y cigarro: se debe intentar eliminarlos completamente.
- * Dientes: tratar cualquier caries dental y sepsis bucal.
- * Intestinos: es común el estreñimiento, los derivados del sen son eficaces.
- * Coito: se debe evitar si ha habido hemorragia, y durante el último mes del embarazo.
- * Ejercicio: es bueno realizarlo en forma regular, pero sin llegar a la fatiga.
- * Mamas: no es útil la aplicación de estratos o lanolina, es suficiente con el lavado diario. Si los pezones están planos, se pueden usar copas (conchas) bajo el sostén para presionar la aréola.

Asimismo es recomendable una orientación psicológica ya que la mujer embarazada suele tener temores respecto a su salud, y a la del bebé, al trabajo de parto y a las relaciones familiares, lo cual en muchas ocasiones,

aumenta la angustia por mensajes en la prensa, televisión y su medio social.

Por lo anterior se sugiere algún tipo de educación el cual puede ser impartido por el mismo hospital, médico general o ginecólogo.

1.5 Parto Fisiológico.

a) Definición:

El calificativo de "normal" o "fisiológico" se aplica al parto en el que los fenómenos locales activos y pasivos, los cambios anatómicos, los órganos maternos, la dinámica uterina, la expulsión del feto, los anexos ovulares y la pérdida sanguínea ocurren dentro de la secuencia, magnitud, topografía y duración comúnmente aceptadas como naturales, sin interferencias, accidentes o complicaciones que ameriten la intervención terapéutica para evitar riesgos materno-fetales importantes. (Mendoza, 1992).

b) Definición del Trabajo de Parto:

Es el proceso mediante el cual la madre expulsa al producto viable de la concepción a través de las vías genitales. (Mendoza, 1992).

En el trabajo de parto se identifican tres etapas:

Primera.- Esta etapa dura hasta que el cuello está totalmente dilatado. En ésta el segmento inferior y el cuello se extienden sobre el útero, de manera que el cérvix primero se acorta (es sujetado) y después se dilata. Mientras que el cuello en su porción más cercana a la vagina es distendido, la vejiga es llevada con él hasta convertirse en un órgano abdominal. Las fibras musculares del segmento superior mantienen su tono entre las

contracciones, de tal forma que no se relaja completamente y se va continuando el progreso del trabajo de parto.

Segunda.- Esta etapa abarca desde la dilatación completa del cuello hasta el nacimiento del bebé. La rotura de las membranas se presenta con frecuencia en este periodo y la parte que se presenta desciende a la vagina. Ahora, la mujer usa sus músculos voluntarios para ayudar a la expulsión, manteniendo el aliento y pujando durante las contracciones. La parte que se dirige hacia adelante por debajo del arco subpúbico para salir a través del orificio vulvar. Cuando el cuerpo perineal es distendido, el orificio anal se separa.

Tercera.- Después de nacer el bebé, el útero se contrae para separar y expulsar la placenta y las membranas; continúa contrayéndose en forma enérgica para comprimir los grandes senos uterinos hasta que se formen coágulos evitando así una hemorragia. La placenta se libera separándose de la capa desidual.

c) Mecanismos del Trabajo de Parto:

Durante el descenso del producto a lo largo del canal del parto, es sometido a movimientos que representan el mecanismo del trabajo de parto. Se explicará este mecanismo en cinco pasos:

1) Flexión y entrada.- En las contracciones uterinas provocan flexión y entrada de la cabeza fetal en la pelvis, en general en posición occipitotransversa. (Ver Figura 1).

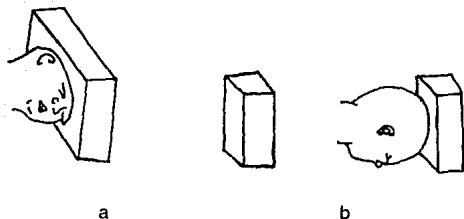


Figura 1: Representación geométrica de las partes más anchas del estado superior. a) (diámetro transverso) y del estrecho inferior de la pelvis. b) (diámetro antero posterior) la cabeza fetal entra en posición occipitotransversa y rota para dirigirse al diámetro antero posterior del estrecho inferior de la pelvis.

2) Descenso y rotación.- El descenso ocurre a nivel de las espinas isquiáticas cuando los músculos elevadores del ano ayudan a la rotación interna a alinear las suturas sagitales para el parto a través del diámetro anteroposterior mayor del estrecho inferior de la pelvis.

3) Extensión y parto de la cabeza.- La distensión de la parte inferior de la vagina provoca reflejos que estimulan el impulso de pujar. Esto último se logra por la respuesta de Valsalva y la contracción de los músculos diafragmáticos y abdominales. La cabeza comprime la vagina y vulva a su paso. La extensión ocurre una vez que la cabeza pasa debajo de la sínfisis púbica. Las membranas fetales se rompen normalmente antes de esta etapa. (Ver figura 2).



Figura 2: Parto de la cabeza por extensión.

4) Restitución rotación interna y Nacimiento de los hombros.- La cabeza rota a la posición occipitolateral o se restituye para alinearse en forma natural, perpendicular a los hombros. Estos habiendo entrado a la pelvis en diámetro oblicuo, rotan hasta que el diámetro biacromial del hombro queda en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior de la pelvis. Una nueva rotación de los hombros. (Ver figura 3).

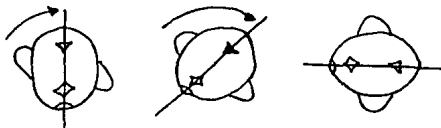


Fig. 3: Restitución mostrando la relación del eje sagital de la cabeza del feto, para permitir el nacimiento de los hombros en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior de la pelvis.

5) Nacimiento del cuerpo.- Los hombros salen ayudados por la flexión lateral del cuerpo, una vez que esto se ha realizado el resto del niño nace fácilmente mientras el útero se contrae hacia abajo. (Ver figura 4).

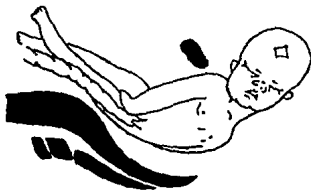


Fig. 4: Nacimiento del cuerpo por flexión lateral.

1.6 Puerperio Normal.

a) Definición:

Es el tiempo que sigue al tercer periodo del parto. Está caracterizado por la involución de los órganos reproductores a su estado preembarazo. (Mendoza, 1992).

b) Clasificación:

El puerperio comprende tres periodos clínicos:

- 1) Puerperio inmediato.- Abarca las tres primeras 24 horas después de haber concluido el parto.
- 2) Puerperio mediato.- Se extiende desde el periodo anterior hasta 7 días después del parto.
- 3) Puerperio tardío.- Comprende este último límite hasta los 40 días; esto es, hasta que concluye el puerperio.

c) Manejo del Puerperio:

* Prevención de infecciones.- Se lleva un registro de la temperatura y de la frecuencia del pulso, porque son indicadores, en forma temprana de una infección genital o de vías urinarias. Se continúa con la técnica aséptica durante el puerperio, usando toallas sanitarias estériles y cambiándolas

constantemente. Las duchas vaginales pueden ser perjudiciales, y los baños de asiento no son útiles en la prevención de infecciones. Desde el momento en que la paciente se levante puede bañarse. De cualquier forma las medidas que se tomen para evitar una infección cruzada deben ser estrictas; cualquier paciente infectada se aislará y sus elementos de baño y aseo se mantendrán por separado.

* Sueño y reposo.- La excitación inmoderada y el insomnio se deben tratar con hipnóticos. Al inicio del puerperio es común que se presente un ataque transitorio de depresión, con llanto, que sólo requiere tranquilizarla con amabilidad. Si persiste la depresión o hay aversión por el niño hay que tomarlo más seriamente. A las pacientes que no tienen complicaciones se les permite ponerse de pie durante las primeras horas, aunque deben descansar del trabajo del hogar por lo menos durante 10 días. La ambulación temprana reduce el riesgo de trombosis venosa sin que haya un incremento evidente en la presencia de prolapsos. Deben evitarse demasiadas visitas. En los hospitales, algunas veces está prohibida la entrada de niños por el riesgo de infección, esta regla se basa más en teorías que en cualquier experiencia adversa. En el hospital los fisioterapeutas pueden enseñar ejercicios para los músculos abdominales y del piso pélvico, que las pacientes pueden continuar practicando en sus hogares.

* Estancia hospitalaria.- Las madres y los niños con buena salud pueden ser dados de alta a las 48 horas o incluso antes con tal de que el médico de la paciente y la partera estén disponibles para supervisarlas en sus hogares. Hay muchas pacientes normales que permanecen 4 ó 5 días teniendo la ventaja de que la lactancia se establece antes de que dejen el hospital.

* Dieta.- La dieta que se indicó durante el embarazo es adecuada pero durante la lactancia se requieren abundantes líquidos.

* Intestinos.- Para el estreñimiento son útiles el sen, la cáscara o una enema.

Los laxantes son excelentes, pero producen o pueden producir trastornos al niño a través de la leche.

- * **Retención urinaria.**- Algunas veces, después de un parto difícil hay retención de orina sobre todo cuando existe dolor por los puntos de sutura, lo que amerita un sondeo vesical.

1.7 Cesárea.

a) Definición:

Es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer al producto de la concepción a través de la incisión abdominal y uterina (Mendoza, A., 1992).

b) Usos:

Por ser una cirugía se corren diferentes riesgos, por lo que sólo se usa en los siguientes casos:

- * Para resolver una desproporción cefalopélvica o actividad uterina anormal.
- * Para concluir el parto cuando hay sufrimiento fetal y complicaciones maternas.
- * Para disminuir el posible riesgo de traumatismo fetal o evitar un parto difícil que no le ofrezca al feto las mejores condiciones para nacer y lograr sobrevivir con un desarrollo normal (por ejemplo: presentación pélvica de un prematuro pequeño).
- * Para disminuir los riesgos maternos.

c) Técnicas:

Existen principalmente dos técnicas de incisión abdominal, las cuales se explican a continuación:

1) Línea media infraumbilical.- Esta es relativamente rápida y sencilla. Brinda fácil acceso, la hemorragia es mínima, se puede repetir con facilidad y es la más indicada cuando hay infección y es necesario volver a practicar cesárea. Desventajas.- No está en una situación anatómica, provoca más incomodidad postoperatoria, y su frecuencia dehiscencias es ocho veces más que las incisiones y transversas. (Ver figura 5).

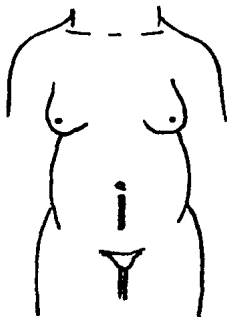


Figura 5: Línea media infraumbilical.

2) Incisión transversa de Pfannenstiel.- Esta incisión es más estética, más difícil que se presenten dehiscencias, menos dolorosas y brinda mayor movilidad postoperatoria a la paciente. Desventajas.- Técnicamente es más difícil para la persona sin experiencia, sobre todo cuando es repetida en una misma paciente, está en zona más vascularizada y es más difícil el acceso, aunque es más adecuada para el médico experimentado. (Ver figura 6).

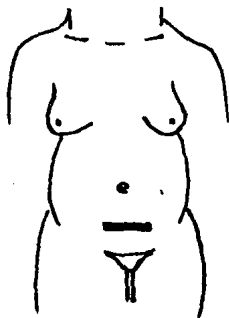


Figura 6: Pfannenstiel transversa.

Asimismo existen tres técnicas de incisión uterina:

1) Segmento inferior.- La incisión se localiza en forma transversal en la parte inferior y menos contráctil del útero, para evitar hasta donde sea posible la rotura de la cicatriz en embarazos posteriores. La cicatrización es mejor, hay menos adherencias, y cualquier infección se puede limitar puesto que la herida es extraperitoneal. Desventajas.- La vejiga se encuentra muy cerca de

la incisión por lo que puede lesionar. Puede haber hemorragia importante si la incisión llega hasta los ángulos laterales; se requiere de más destreza y el acceso es limitado. (Ver figura 7).

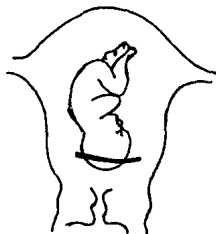


Figura 7: Incisión uterina: segmento inferior.

2) Clásica.- La incisión está dispuesta en forma vertical en la línea media del cuerpo uterino. Esta se realiza sólo en ciertos casos:

- * Cuando el segmento inferior está poco desarrollado, como en un embarazo temprano.
- * Cuando hay obstrucción al acceso del segmento inferior por adherencias, fibrosis o la vejiga.
- * Cuando el feto está en situación transversa.
- * Cuando la vascularización del segmento inferior se debe a la placenta previa.

- En presencia de cáncer cervical.
- Cuando es indispensable la rapidez.

Muchos especialistas recomiendan la incisión clásica cuando se trata de un prematuro pequeño (en especial en presentación pélvica), por permitir un rápido acceso y mínimo traumatismo del feto. Desventajas.- Este sitio de incisión posee una gruesa capa vascular, es más difícil para cerrar y efectuar hemostasia, con más frecuencia se presentan adherencias a otros órganos y si la paciente es anterior se puede lesionar al abrir la cavidad. La cicatrización se retarda por la involución del miómetro. La debilidad de la cicatriz uterina impide que los partos posteriores sean vaginales. (Ver figura 8).

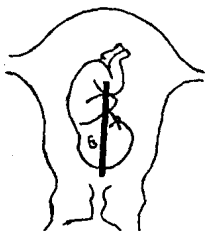


Figura 8: Incisión uterina clásica.

3) Incisión Kroing-Gellhorn-Beck.- En este caso la incisión vertical de la línea media se hace en el segmento inferior. (Ver figura 9).

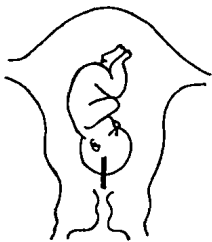


Figura 9: Incisión uterina: Kroing-Gellhorn-Beck.

Las cesáreas pueden ser:

- * Electivas: Procedimiento planeado.
- * De urgencia: Cuando la situación lo amerita.

1.8 Definiciones de la depresión postparto.

Antes de entrar a las definiciones es conveniente hacer un breve recorrido a través de la historia de la depresión postparto, para tener un panorama más amplio al respecto.

Este es un fenómeno que ha sido identificado desde la antigüedad. Ya en la época clásica de la cultura Griega, Hipócrates (460-377 a. de C.) indicó la existencia de un trastorno mental que se presentaba después de dar a luz, denominándola "locura puerpera" (Zax y Cowen, 1985), conocida actualmente como psicosis postparto.

A principios del s. XIX, Pinel reconoce como causas posibles de la melancolía las psicológicas y las físicas. En esta última encontró la Melancolía Puerperal.

Zilboorg (1928,29), fue uno de los primeros autores que enfocó los trastornos postparto desde el punto de vista psicodinámico. Retomando las interpretaciones freudianas más ortodoxas. Para Zilboorg (1928,29) la madre tiene un complejo de castración y para ella el hijo adquiere "más que ninguna otra cosa el valor de un órgano masculino perdido". Experimenta también un vínculo materno inapropiado con el bebé y por esta razón se vuelca a la masculinidad.

En 1931 Zilboorg fue también uno de los primeros que informó acerca de estados depresivos tanto en el padre como en la madre, después del nacimiento de un hijo, los interpretó fundamentalmente como reacciones de un apego edípico incestuoso hacia el progenitor del sexo opuesto.

En 1966 Wainwright informó acerca de 10 casos de padres con trastornos psiquiátricos después del nacimiento de un hijo, en 7 de los cuales el bebé era varón.

En 1958 Pitt, dice al respecto que ésta se presenta con síntomas de ansiedad, fatiga, pérdida de la libido, anorexia e insomnio, los cuales pueden

permanecer durante algunos meses o varios años. Se presenta un caso entre 10.

En 1977 Bieber y Bieber presentaron un estudio de diversos tipos de desórdenes psiquiátricos postparto en madres y padres. Un fenómeno que observaron con frecuencia en las mujeres era que la paciente temía despertar una hostilidad competitiva con su madre y por lo tanto no deseaba tener la misma cantidad de hijos que tuvo aquella. Cuando la embarazada estaba próxima a igualar el número de hijos que tuvo su madre, su ansiedad se exarcebaba al punto de dar lugar a un serio trastorno psiquiátrico.

Definiciones:

Existe una gran dificultad para definir la depresión después del parto, dadas las diferentes formas y factores psicológicos, físicos y orgánicos que influyen en ella. Sin embargo, a continuación se mencionarán algunas de ellas:

Para Braverman (1980) la depresión postparto es:

Síndrome más o menos considerado normal, que ocurre después de alrededor del 60% total de los partos. Consiste en episodios breves de llanto, transitorios y leves; humor deprimido durante las dos primeras semanas del postparto. Es probable que el síndrome sea ocasionado por las alteraciones hormonales fisiológicas que se presentan después del parto; stress físico y psicológico causado por el trabajo de parto y por el nacimiento".

Para Frazier y Carr (1975) la depresión es caracterizada por

sentimientos de tristeza, desaliento, soledad y aislamiento. Los síntomas más frecuentes de la depresión son: debilidad o letargo, anorexia, insomnio, pérdida de peso, malestar general, irritabilidad y enfermedades somáticas.

1.9 Causas de la Depresión Postparto.

La causa de la depresión postparto aún no ha sido identificada plenamente, existiendo desacuerdos a este respecto.

Algunas de las investigaciones realizadas a este respecto encontraron lo siguiente:

- * La crianza en sí misma tiene un efecto particular y perjudicial sobre la salud mental de la mujer. (Kumar y Robson, 1984).
- * Poderosos factores etiológicos que influyen en el puerperio para causar un incremento en las tasas de consulta por depresión. (Cox, Connor y Kendell; 1982).
- * La percepción que la madre tiene del apoyo familiar a las seis semanas después del parto, era el factor más importante en el establecimiento de bienestar materno. (Ball, 1987).
- * Etiología Biológica distinta. (Martín, Brown, Goldberg y Brockington; 1989).
- * Asociación entre depresión postparto y bajos niveles de progesterona, prolactina y triptófano. (O Hara, Zekosi, 1988; Harris, John, Kung, 1989). Sin embargo, no ha sido comprobado.

Jonathan (1990) sugiere que se realicen investigaciones con grupos controlados para saber con mayor exactitud las causas de la depresión postparto.

1.10 Clasificación de la Depresión Postparto.

La literatura médica actual divide los trastornos postparto en tres categorías principalmente: aflicción materna (blues), depresión postparto y psicosis postparto. Las dos últimas se clasifican como enfermedades psiquiátricas y con frecuencia las intervenciones terapéuticas caen dentro de las líneas tradicionales, empleando comunmente la medicación psicotrópica para modificar la ansiedad experimentada.

1) Aflicción Materna.

Es un período transitorio de una suave depresión, humor inestable, ansiedad, falta de concentración, una incrementada preocupación sobre sí misma y la salud de su infante, etc., esto ocurre en 50 a 80% de las madres quienes tienen un alumbramiento (Hopkins, Marcus, Cambell 1984; Affonso, Domingo 1984, Oates 1986; Pitt 1973; Yalom, Lunde, Moss 1968). Estos síntomas usualmente continúan de dos a cuatro días después del nacimiento, comienza a disminuir aproximadamente 48 horas después el nacimiento y generalmente disminuye a los diez días. Aunque ocasionalmente una madre puede tener algunos leves síntomas residuales por varios meses, la melancolía es considerada como un cambio emocional normal relacionado con el puerperio y no debe requerir una mediación con psicotrópicos (Oates 1986).

Kraupl-Taylor (1980) resaltó que una condición es juzgada como enfermedad, en función de los cuidados terapéuticos y por lo tanto no es considerada como una enfermedad.

2) Depresión Postparto.

La depresión postparto es más severa que la aflicción materna, es un grupo de síntomas depresivos tales como: tendencia al llanto, irritabilidad, labilidad afectiva, fatiga, ansiedad e incapacidad para el cuidado, particularmente del bebé.

Inicia en los primeros meses del postparto y persisten por más de un año. Las tasas de incidencia dependen del criterio diagnóstico utilizado. Aproximadamente el 10% de las nuevas madres cubren el criterio del DSMIII para depresión clínica y otro 10% experimentan síntomas depresivos de moderados a severos durante el parto (Hopkings, Marcus y Cambell, 1984).

Los tratamientos actualmente reconocidos para la depresión postparto incluyen la intervención farmacológica, utilizada para elevar el estado de ánimo, disminuir la ansiedad, ayudar a dormir o controlar la agitación (Carbury, 1982). La hospitalización está recomendada si la madre no puede ser atendida en casa (Lee, 1982). Las intervenciones psicosociales han enfatizado el contacto empático y la escucha, el manejo ambiental (Lee, 1982), y el "insigh" (darse cuenta" con relación a los conflictos subyacentes a la maternidad (Deutsch, 1974).

3) Psicosis Postparto.

Usualmente se desarrolla dentro de la tercera semana después del nacimiento (Lee, 1982). Las reacciones psicóticas ocurren en aproximadamente una de dos mujeres de entre mil nacimientos, y las reacciones afectivas psicóticas son de dos a tres veces más frecuentes que las reacciones esquizofrénicas (herzog y Detre, 1976). En las psicosis

postparto, la tensión física y psicológica del parto es vista como un factor precipitante del trastorno, en una mujer que puede ser bioquímica o evolutivamente vulnerable a las reacciones psicóticas (Cutrona, 1982).

Muchas investigaciones recientes han concluido que las pacientes con psicosis del postparto, muestran casi los mismos signos y síntomas que una psicosis que no ocurra después del parto (Dean Y Kendell, 1981; Herzog y Detre, 19786); en general se puede decir que sufren alucinaciones visuales y/o auditivas, como voces que le ordenan matar al bebé, o avisos de que el niño está muerto, etc.

Las mujeres con un mayor riesgo para desarrollar una psicosis postparto, son aquellas que tienen una historia previa de psicosis puerperal o no puerperal (Kendell, 1985K; Oates, 1086). Las mujeres con una historia de psicosis no puerperal tienen aproximadamente un 20% de riesgo de desarrollar una psicosis postparto (Kendell, 1985; Davidson, Robertson, 1985; Protheroe, 1969). También es un gran riesgo las madres con psicosis afectiva previa, especialmente con la enfermedad bipolar (Kendell, 1985; McNeil, 1986; Reich, Winokur, 1970). La historia familiar psiquiátrica también incrementa el riesgo del desarrollo de otras psicosis subsecuente al postparto (Kendell, 1985; Oates, 1986; Davidson, Robertson, 1985).

1.11 Revisión de la Literatura Reciente de la Depresión Postparto.

Las primeras investigaciones que se encontraron, eran más bien, anecdóticas y reflejaban el interés de los médicos generales por dar una explicación satisfactoria a estos cuadros afectivos que no eran de suficiente

intensidad para ameritar el diagnóstico de psicosis, pero indudablemente producían en la mujer malestar psicológico e interferían sobre el sano ajuste materno-infantil y las relaciones familiares.

A la luz de los conocimientos actuales sobre modelos de investigación, algunos autores han puesto de manifiesto la presencia de importantes problemas metodológicos en estos estudios iniciales, destacándose el uso de muestras pequeñas (alrededor de 20 pacientes) y homogéneas (por ejemplo, correspondientes a mujeres con características sociodemográficas muy similares), lo cual implica el riesgo de producir resultados sesgados y obstaculiza la generalización de las conclusiones. Por otra parte, con frecuencia los criterios para definir la presencia del trastorno eran imprecisos y variaban desde el internamiento psiquiátrico hasta la solicitud de ayuda por parte de la madre. (Richards, 1990; Whiffen, 1988).

A partir de la década de los ochentas, se ha desarrollado un gran avance en la investigación empírica destinada al esclarecimiento de las características relevantes de la depresión postparto y las variables que con ellas se asocian. En un primer momento, la atención se centró sobre las tasas de prevalencia de este trastorno. En su revisión de la literatura Richards (1990) encontró que a través de los diferentes estudios, los porcentajes reportados fluctúan desde el 5 a 8%, hasta un 24 a 75%; estas variaciones significativas dependen del criterio que se emplea para señalar la presencia de depresión postparto, aumentando en aquellos trabajos que se sirven de los cuestionarios de autorreporte y reduciéndose cuando la clasificación se realiza a partir de valoraciones clínicas y de acuerdo a criterios generales, como los lineamientos del Manual Diagnóstico y

Estadístico para Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-III o III-R, dependiendo de la edición que se utilice) o los Criterios Diagnósticos para Investigación de Spitzer, Endicott y Robertson (RDC).

Entre los países donde se han realizado más investigaciones sobre la prevalencia de este trastorno destacan el Reino Unido, Canadá y la Unión Americana, sin embargo, en fechas recientes se ha extendido esta tendencia y es posible encontrar en la literatura reportes de otros países cuyos porcentajes, en general, concuerdan con los ya indicados. Opangenberg y Pieters (1991), trabajaron con una muestra de 80 mujeres sudafricanas, obteniendo una prevalencia de depresión postnatal del 27.2% utilizando el Inventario de Depresión de Beck.

Para la interpretación transcultural de las tasas de prevalencia de la depresión postparto, resulta indispensable tomar en consideración el planteamiento de Stern y Kruckman (1983; citados en Richman, Raskin y Gaines, 1991), quienes desde la perspectiva antropológica sostienen que se trata de un fenómeno circunscrito a la sociedad occidental y que está fuertemente relacionado con el aislamiento característico de la familia nuclear moderna. Como argumento para probar la validez de este enfoque, los autores hacen referencia a los estudios empíricos donde se ha detectado que las mujeres que trabajan, y en consecuencia tienen mayores vínculos sociales, reportan menores niveles de sintomatología depresiva después del parto. De hecho, la información disponible en la actualidad, proviene de áreas urbanas, donde ha disminuido notablemente el apoyo que la familia extensa y el grupo social inmediato (vecinos, amigos) da a la nueva madre,

sin pasar por alto las tradiciones y rituales que le ayudan a adaptarse a esta nueva condición, entre los que destacan la prescripción del descanso (que en nuestro país se conoce comúnmente como "cuarentena", haciendo referencia a los cuarenta días transcurridos a partir del nacimiento del bebé), periodo durante el cual las mujeres mayores apoyan a la madre en el cuidado del bebé y se ocupan de sus labores en el hogar.

En su trabajo de investigación publicado en 1991, O Hara, Schlechte, Lewis y Varner, señalan como uno de los principales avances en los estudios sobre trastornos afectivos y los factores relacionados con ellos, a la evolución desde los estudios transversales y correlacionales, hasta las investigaciones prospectivas donde se logra un mayor control sobre las variables y el momento particular en el cual se presenta, lo que permite probar teorías etiológicas. En este sentido, la depresión que ocurre en las mujeres después del parto, plantea la posibilidad de estudiar la evolución del trastorno puesto que permite hacer un seguimiento controlado en una población que se encuentra en elevado riesgo de presentar depresión. Boyce, Gordon, Barnett, Cooney y Smith (1991), quienes intentaban establecer si existen rasgos de personalidad que determinan una mayor vulnerabilidad a la depresión, emplearon esta alternativa trabajando con 140 mujeres primigestas. Sobre la premisa de que esta muestra (a diferencia de la población general) tenía una mayor tendencia a desarrollar depresión (por el hecho de experimentar un evento vital consensualmente descrito como estresante, es decir, el nacimiento de un hijo), realizaron mediciones de personalidad durante el embarazo, y después del parto contrastaron las características de las mujeres que presentaron depresión y aquellas que permanecieron estables. Los resultados obtenidos sugieren que tanto el

neuroticismo (evaluado a través del Inventario de Personalidad de Eynseck) como una elevada "sensibilidad interpersonal" (definida sobre la base de cinco factores: conciencia interpersonal, necesidad de aprobación, ansiedad de separación, timidez y fragilidad interna) aumenta significativamente (de tres a diez veces) la probabilidad de desarrollar depresión. Adicionalmente, Boyce y colaboradores contrastaron las características de dos instrumentos de filtro extensamente utilizados para la detección de depresión postparto: el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Cox y cols., 1987, citado en Boyce y cols., 1991), encontrando como *podría esperarse* una mayor sensibilidad en la Escala de Edimburgo.

Los estudios más recientes, además de investigar las tasas de prevalencia para depresión postparto, se han ocupado de probar diversas hipótesis sobre la etiología de este trastorno, y aquellos factores que muestran una relación con la presencia de sintomatología depresiva. Sobre esta línea, se han estudiado diversas variables fisiológicas, psicológicas y de interacción social, que aportan información valiosa para la mejor comprensión de este fenómeno. En 1991, Campbell y Cohn (de la Universidad de Pittsburg) trabajaron con una muestra de 1,033 mujeres primigestas, casadas, de clase media y que tuvieron hijos sin complicaciones de salud. Buscaron establecer parámetros sobre la prevalencia de la depresión postparto y hacer un análisis descriptivo que permitiera identificar las correlaciones que este trastorno tiene con otras variables. Utilizando los Criterios Diagnósticos para Investigación (RDC) detectaron la presencia de depresión postparto en un 9.3% de las participantes, porcentaje que está en concordancia con los datos reportados en estudios similares. Estos autores plantean que las tasas se elevan cuando se utilizan inventarios de

Autorreporte porque éstos con frecuencia incluyen síntomas somáticos que son inherentes al cuidado infantil (por ejemplo, alteraciones en el patrón habitual de sueño) y pueden detectar además de las manifestaciones depresivas, otras alteraciones tales como la ansiedad. Adicionalmente, reportan que observaron una relación significativa entre el nivel de la sintomatología depresiva y mayores complicaciones en el embarazo y el parto.

A partir del análisis sobre los trabajos publicados en relación con la depresión que ocurre posterior al nacimiento de un hijo, Richards (1990) resume las explicaciones que desde la perspectiva biológica han sido aventuradas: en general se ha propuesto una reducción en los niveles corporales de hormonas y neurotransmisores como uno de los factores determinantes en la aparición de la sintomatología depresiva. Por su parte, O Hara y colaboradores (1991) plantean que debido a los dramáticos cambios en los niveles hormonales que ocurren alrededor del nacimiento, y con base en la evidencia de alteraciones afectivas, asociadas al ciclo menstrual femenino (v.g. el síndrome premenstrual) es necesario evaluar la contribución de estos factores sobre la aparición y manifestaciones clínicas de la depresión postparto. Así, realizan una extensa revisión de la literatura e incluyen en su investigación aquellas variables hormonales que con mayor frecuencia han sido asociadas a la depresión postparto, de tal manera que evalúan la concentración de hormonales tales como la progesterona, los estrógenos (cuya disminución se ha asociado con la sintomatología depresiva) y la prolactina (que se ha visto aumentada en concentración entre las madres que presentan depresión postparto), además del nivel de cortisol (cuyo incremento se ha observado entre aquellas mujeres que presentan

episodios depresivos más severos a los nueve meses del postparto). Los resultados que obtuvieron no apoyan la influencia de estos factores biológicos sobre las manifestaciones depresivas posteriores al nacimiento de un hijo, sin embargo, advierten que esto puede deberse a los problemas inherentes a la medición de hormonas en el puerperio y al hecho de que únicamente incluyeron aquellas sustancias que habían sido utilizadas exitosamente en otros estudios. Para concluir, sugieren que quizá el trabajar con una muestra de mujeres cuya sintomatología depresiva sea más severa, permita que emerjan diferencias más notables en cuanto a los niveles hormonales.

Sobre esta misma línea, Gard, Handley, Parsons y Waldron (1986), encontraron que algunas variables biológicas se asociaban con la presencia de tristeza y depresión después del parto. En particular, confirmaron que la ausencia de un pico en los niveles de triptófano poco después del parto se relaciona con la presencia de sintomatología depresiva (tristeza y depresión postparto). Además, encontraron que la tristeza postnatal estuvo relacionada con un nivel elevado de ácidos grasos no esterificados y concentraciones mayores de progesterona, mientras que la depresión se correlacionó con menores niveles de estradiol, un aumento en los niveles de cortisol y un patrón alterado en la declinación de ácidos grasos. Sin embargo, estos hallazgos deben tomarse con cautela por el tamaño de su muestra (N=62) y la falta de información sobre las características sociodemográficas de las participantes.

En contraste con el enfoque biológico Richman, Raskin y Gaines (1991), condujeron una investigación prospectiva donde buscaron probar el

impacto de las redes de apoyo social sobre la aparición de depresión postparto y el papel que juegan los roles de géneros sobre este trastorno. Así, trabajaron con 95 parejas que asistían a cursos de preparación parental evaluando el tipo de apoyo social que recibían y la presencia de depresión a través de una escala de autorreporte. A partir del análisis de sus resultados, concluyen que no existe diferencia en los niveles de sintomatología depresiva a los dos meses del parto entre hombres y mujeres, y sugieren la posibilidad de que este trastorno no sea más que un "constructo social". Sin embargo, es difícil aceptar esta evidencia y generalizarla a otras poblaciones, especialmente si se toman en cuenta las características sociodemográficas de los sujetos investigados, todos ellos con una posición económica media, además de una escolaridad promedio a nivel licenciatura.

Por su parte, Gotlib, Whiffen, Mount, Milne y Cordy (1989), trabajando en Ontario Canadá, además de enfatizar la importancia del entorno social de la mujer que ha dado a luz, buscaron detectar la influencia que las variables sociodemográficas tienen sobre la aparición de depresión en el postparto. Con este fin, reunieron una muestra heterogénea de 360 mujeres embarazadas, entre las cuales un 6.8% cubrió durante el postparto los criterios diagnósticos para investigación (RDC) para depresión, mientras que un 24.8% presentaron elevados niveles de sintomatología depresiva (de acuerdo a los puntajes obtenidos en el Inventario de Beck). Adicionalmente se observó que un importante porcentaje de mujeres que estuvieron deprimidas durante el postparto, ya durante el embarazo mostraban mayores índices de sintomatología depresiva. Por su parte, observaron que la presencia de depresión durante el embarazo era mayor entre las mujeres más jóvenes y de menor escolaridad, mientras que la depresión que aparece

después del parto no mostró relación con las variables sociodemográficas. Con base en estos resultados, concluyen que la depresión durante el embarazo es un significativo factor de riesgo para la presencia de depresión en el postparto.

En un estudio posterior, este mismo equipo de investigación se enfocó sobre otros factores, además de las características sociodemográficas, que pudieran estar relacionadas con la aparición de depresión postparto (Gottlib, Whiffen, Wallace y Mount, 1991). Particularmente dirigieron el estudio hacia el grado de ajuste social y marital de la paciente, la tensión vital que implica el nacimiento de un hijo, y la capacidad de la mujer para hacer frente a las situaciones estresantes (estilos de afrontamiento). Por otra parte, introducen el estudio de las percepciones que la madre tiene sobre el cuidado parental que ella misma recibió durante su infancia, y plantean la posibilidad de que éste sea un factor de importancia, argumentando que el hecho de que estas percepciones sean positivas ofrece a la nueva madre una mayor confianza en su capacidad para atender las necesidades de sus propios hijos, lo cual puede protegerla sobre la posibilidad de experimentar depresión. Así, trabajando con una amplia y heterogénea muestra de mujeres embarazadas (N=730 sujetos) encontraron que es posible predecir la aparición de depresión postparto a partir de los niveles de sintomatología depresiva que las pacientes presentan durante el embarazo; por otra parte observaron que, en efecto, la ocurrencia de depresión postparto, está relacionada con niveles menores de satisfacción marital, percepciones más negativas sobre el cuidado parental que recibieron en su infancia mayor tensión vital, y un uso más frecuente del escape y la evitación como mecanismos de afrontamiento.

En 1988, Valerie Whiffen publicó los resultados de su tesis doctoral (desarrollada en la Universidad Simon Fraser; en British Columbia, Canadá) sobre vulnerabilidad a la depresión. Esta autora enfocó su investigación prospectiva sobre tres áreas: la interacción entre la tensión marital, la vulnerabilidad cognitiva y la tensión vital, como características que aumentan la propensión de la mujer hacia la depresión postparto; el efecto que tienen las expectativas que la madre se ha formado acerca del bebé, sobre el desarrollo de depresión postparto; y finalmente, la relación entre la tristeza que las madres presentan en las horas siguientes al parto y la depresión postparto. La Doctora Whiffen enfatiza la importancia de trabajar con la "tensión del nacimiento" (es decir, el evento mismo del parto) y menciona que, aunque Cox, Connor y Kendell (1982), no observaron una asociación entre el método de nacimiento y la aparición de depresión, en 1984 O Hara, Neunaber y Zekoski, reportaron que la presencia de depresión postparto está relacionada con los partos poco complicados y también con aquellos que implican un alto riesgo (v.g. la operación cesárea). Así, para considerar este factor, la autora aplica un cuestionario sobre el parto y evalúa la tensión del nacimiento a través de varios reactivos, uno de ellos hace referencia al método y sitúa al parto vaginal como menos estresante (puntuación de 1), mientras que a la operación cesárea le asigna valores de 4 y 5 (dependiendo si fue programada). Trabajando con una muestra de mujeres primigestas (N=115), concluye que las variables correspondientes al embarazo y el parto explican un 70.9% de la varianza de fenómeno (depresión postparto). Además, encontró que el nivel de sintomatología depresiva en el postparto, puede predecirse a partir de las expectativas que la madre durante el embarazo sobre la conducta que tendrá su bebé. Por último, la Dra. Whiffen

reporta que los síntomas de malestar psicológico fueron evidentes desde las primeras horas del postparto, entre las mujeres que posteriormente cubrieron los criterios de depresión.

Como una aproximación integrativa de los diferentes enfoques que se han revisado, en la Universidad de Iowa se ha desarrollado una línea de investigación centrada en la depresión postparto. Desde principios de la década de los ochentas (O Hara, Zekoski, Philipps y Wright; 1990), se han ocupado por generar estudios prospectivos controlados que permitan establecer cuáles son los factores que tienen mayor influencia sobre la aparición y las manifestaciones de este trastorno. Entre sus aportaciones más importantes destacan las observaciones metodológicas que sirven de guía para la correcta interpretación de los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones O Hara y colaboradores (1991) subrayan la importancia de analizar cuidadosamente las características de las muestras que se utilizan para conducir investigaciones sobre depresión postparto: el tamaño de la muestra, las características de homogeneidad o heterogeneidad de las participantes en lo referente a variables sociodemográficas tales como la edad, el estado civil, la escolaridad, la ocupación, su situación familiar y el tipo de ajuste social que mantienen, y enfatizan el riesgo de arribar a conclusiones que no pueden ser generalizadas. Por otra parte, constantemente hacen referencia a la necesidad de utilizar criterios estandarizados para el diagnóstico de los cuadros depresivos posteriores al parto, ya sea en la línea de los inventarios de autorreporte o a través de los diferentes tipos de entrevista (estructurada o semiestructurada), lo cual permite la contratación de los resultados obtenidos por diferentes investigadores en contextos variados. Además, subrayan la necesidad de

hacer una distinción clara entre el cuadro clínico de depresión, y la presencia de niveles elevados de sintomatología depresiva, planteando que éste último es más predecible porque se trata de una variable continua (mientras que la depresión como cuadro clínico es una variable dicotómica y más sesgada) y mantiene una mayor estabilidad a través del tiempo (O Hara y cols., 1991).

De acuerdo con estos criterios (O Hara y cols., 1990), condujeron una investigación prospectiva con dos muestras igualadas de mujeres (aquellas que estaban embarazadas y quienes no planeaban estarlo), trabajando con diversos instrumentos autoaplicables y entrevistas personales estructuradas. Su interés central fue probar la existencia de la depresión postparto como un cuadro clínico en particular, puesto que algunos investigadores han postulado que las tasas de prevalencia encontradas entre las mujeres durante el periodo del postparto, no difieren significativamente de las esperadas para la población general (Cooper y cols., 1988; Watson y cols., 1984; citados en O Hara y cols., 1990); adicionalmente estudiaron la influencia predictiva que sobre este trastorno tienen variables tales como el ajuste social, de pareja y la satisfacción marital. Sus hallazgos sugieren que el ajuste marital (o al menos la percepción que las mujeres tienen de él) tiene una influencia importante sobre la aparición de depresión postparto, lo mismo que el ajuste social que las mujeres reportan durante el embarazo (aunque en menor grado). Sin embargo, llama la atención la observación de que las tasas de depresión clínicamente diagnosticada, aunque mayores, no son significativamente diferentes entre el grupo de madres y las mujeres del grupo control. En contraste, para los niveles de sintomatología depresiva posterior al parto sí se observaron discrepancias estadísticamente significativas. Una posible explicación para este fenómeno radica en el

diseño mismo del estudio: quizá el contacto frecuente y amable que se estableció entre las mujeres embarazadas y el equipo de investigación haya significado un apoyo adicional que las protege contra la aparición de depresión durante el postparto.

Ya en 1991, (O Hara y cols.) realizaron un nuevo estudio prospectivo, con el fin de poner a prueba un modelo etiológico de vulnerabilidad-tensión para la aparición de depresión. Este enfoque, se plantea que es la interacción entre los factores predisponentes característicos del individuo (grado de ajuste social, en un sentido amplio, y capacidad de autocontrol) y los eventos vitales tensionantes, lo que determina una mayor tendencia a desarrollar cuadros depresivos. Trabajando con dos muestras apareadas (madres y sujetos control) de 179 participantes cada una, encontraron que este modelo logró explicar porciones muy significativas de la varianza de la presencia de depresión (se observaron resultados similares aunque menos marcados entre las mujeres de grupo control). Reportan que los efectos de la vulnerabilidad personal están favorecidos por los efectos de las tensiones vitales, en especial aquellos que ocurren en la etapa perinatal (particularmente las complicaciones obstétricas tales como la ruptura prematura de membranas y la operación cesárea). Además, reportan una asociación significativa entre la depresión que ocurre durante el embarazo y la depresión postparto, de hecho, sugieren la posibilidad de una continuidad entre ellas.

De acuerdo con los planteamientos de las diferentes teorías que se ocupan de explicar las características de la relación que se establece entre el bebé y su madre desde las etapas más tempranas de la vida, la depresión

postparto es un fenómeno particularmente disruptivo, que tendrá efecto adversos sobre el desarrollo psicológico del infante. Sin embargo, sólo hasta finales de la década pasada se han realizado investigaciones donde se compruebe empíricamente este fenómeno. Sobre esta línea se inscribe el estudio prospectivo realizado por Phillips y O Hara (1991), quienes llevaron a cabo un seguimiento de cuatro años y medio de las mujeres que estuvieron deprimidas durante el postparto en un estudio anterior y sus hijos. La literatura reporta alteraciones cognitivas conductuales entre los hijos de madres deprimidas y subrayan los efectos negativos de la depresión parental a través del tiempo, aun cuando ésta haya remitido. Así, estos autores propusieron que la depresión postparto estaría relacionada con depresión posterior y con problemas infantiles, sin embargo, al analizar los resultados encontraron que la presencia de depresión postparto no fue un predictor directo de los problemas infantiles, aunque sí se relacionó directamente con la tendencia a presentar posteriores episodios depresivos, los cuales a su vez se asocian con los trastornos infantiles. Al evaluar esta evidencia, postulan que, aunque los problemas depresivos posteriores al parto no tienen una influencia lineal sobre el desarrollo infantil, sí lo afectan indirectamente porque determinan en la madre una mayor predisposición a desarrollar depresión más adelante; sobre esta base, enfatizan la importancia de iniciar una intervención con la madre en el momento en que se presenta la depresión postparto, período en el cual son más receptivas a la atención especializada.

Por su parte Murray, Cooper y Stein en 1991 resumen los resultados encontrados en una revisión de la literatura. Así sugieren que las madres que presentan depresión postparto generalmente no responden a las

demandas del bebé, se aíslan y son menos cariñosas (llegando en algunas ocasiones a la hostilidad), esta actitud hace que el niño a su vez evite el contacto materno, y este retraimiento se generaliza a su interacción con otros adultos. Estos autores enfatizan la necesidad de que los profesionales de la salud conozcan la posibilidad de que los problemas en la relación madre-hijo aumenten a causa de la depresión postnatal, y proponen el empleo de instrumentos (inventarios de autorreporte) que sirvan en la detección de aquellas mujeres que presentan problemas depresivos después de dar a luz, con el fin de ofrecerles apoyo y orientación. En respuesta, Shea (1991) enfatiza la necesidad de realizar estudios epidemiológicos controlados donde se demuestren los efectos de la depresión postparto sobre el desarrollo infantil, en muestras amplias y heterogéneas. Por su parte, Richards (1991) advierte que el etiquetar a las mujeres con un diagnóstico de depresión postparto, conlleva el riesgo de estigmatizar a las pacientes e interferir en su recuperación. Finalmente, Leverton (1991) concuerda con los planteamientos de Murray, Cooper y Stein (1991), pero menciona otros factores cuya influencia sobre el desarrollo infantil es más drástica (v.g. agresión conyugal, abuso sexual, trastornos mentales en los padres), y que con frecuencia también están asociados con depresión postnatal.

En nuestro país, son pocas las investigaciones donde se aborda el fenómeno de la depresión postparto. En esta línea destaca el trabajo de García, realizado durante 1988 en el Hospital General Manuel Gea González. Con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en el periodo de postparto, y establecer la sensibilidad y especificidad del Inventario Autoaplicable de Depresión de Beck, se reunió una muestra de 30 mujeres embarazadas realizándose 4 evaluaciones: la primera durante el último mes

de gestación, la segunda entre las 72 horas posteriores al parto, y la tercera y cuarta a las dos y cuatro semanas del postparto, respectivamente. Las mediciones incluyeron el Inventario de Depresión de Beck, un cuestionario sociodemográfico, un cuestionario sobre eventos perinatales y otro sobre eventos vitales relevante. A partir del análisis de los datos, se detectó una prevalencia de depresión del 20% a las dos semanas del postparto, y 23.3% a las cuatro semanas. No se observaron diferencias significativas entre los grupos de pacientes deprimidas y no deprimidas, en lo referente a características sociodemográficas (estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos), y en cuanto a antecedentes heredofamiliares y personales de depresión. Entre las mujeres que presentaron depresión durante el postparto, se observó un mayor promedio de edad, multiparidad y miedo hacia el cuidado del bebé, también se detectaron mayores problemas de salud entre sus hijos. Por otra parte, concluyen que el punto de corte óptimo para la clasificación, con el Inventario de Depresión de Beck, corresponde al puntaje de 13, donde se obtiene una sensibilidad de 0.91 y una especificidad de 0.1195.

En el presente año, Sierra 1993 realizó un trabajo con 100 pacientes obstétricas, buscando detectar las reacciones emocionales que se asocian con el embarazo de alto riesgo planeado y no planeado. Sus resultados avalan la presencia de alteraciones en los niveles de ansiedad, autoestima y depresión, mismos que aumentan entre el grupo de embarazo no planeado.

CAPITULO II

METODOLOGIA

2.1 Planteamiento del problema.

Cuál es la diferencia entre la depresión postparto, el tipo de parto (cesárea o fisiológico) y variables sociodemográficas (edad, estado civil, ocupación, escolaridad, ingreso mensual, personas que dependen del mismo ingreso, persona que aporta la mayor parte, tipo de vivienda, servicios con los que cuenta, número de habitaciones y número de hijos), en un grupo de mujeres de la Ciudad de México.

2.2 Objetivo General.

La presente investigación tuvo como finalidad establecer las diferencias entre la depresión postparto, el tipo de parto (cesárea o fisiológico) y las variables sociodemográficas (edad, estado civil, ocupación, escolaridad, ingreso mensual, personas que dependen del mismo ingreso, persona que aporta la mayor parte, tipo de vivienda, servicios con los que cuenta, número de habitaciones y número de hijos), en un grupo de mujeres de la Ciudad de México.

Debido a que la incidencia de la depresión en el periodo postparto es significativamente mayor que en otras etapas de la vida de la mujer. La presencia de este trastorno afecta no sólo a la paciente sino también al producto y al cónyuge, donde se ha visto que el vínculo madre-hijo es muy importante desde el nacimiento trayendo como consecuencia problemas tanto emocionales como intelectuales.

Para realizar cualquier acción tendiente a solucionar estos problemas es necesario conocer, en nuestro medio, la magnitud de dicho problema, ya

que en nuestro país no existen datos suficientes al respecto, por lo que se decidió realizar el presente estudio en este sentido para así colaborar con medidas preventivas, como por ejemplo, informarle a la madre por los posibles cambios emocionales por los que puede pasar, tomando en cuenta en qué grupo de mujeres se les deberá dar mayor atención.

2.3 Objetivos Específicos.

1. Determinar la incidencia de la depresión postparto en la muestra estudiada.
2. Establecer las diferencias entre la depresión postparto, tipo de parto y edad.
3. Establecer las diferencias entre la depresión postparto, tipo de parto y estado civil.
4. Establecer las diferencias entre la depresión postparto, tipo de parto y ocupación.
5. Establecer las diferencias entre la depresión postparto, tipo de parto y escolaridad.
6. Establecer las diferencias entre la depresión postparto, tipo de parto e ingreso mensual.
7. Establecer las diferencias entre la depresión postparto, tipo de parto y personas que dependen del mismo ingreso.
8. Establecer las diferencias entre la depresión postparto, tipo de parto y persona que aporta la mayor parte.
9. Establecer las diferencias entre la depresión postparto, tipo de parto y tipo de vivienda.
10. Establecer las diferencias entre la depresión postparto, tipo de parto y

servicios con los que cuenta.

11. Establecer las diferencias entre la depresión postparto, tipo de parto y número de habitaciones.

12. Establecer las diferencias entre la depresión postparto, tipo de parto y número de hijos.

2.4 Hipótesis.

Ho No existe diferencia entre la depresión postparto, el tipo de parto (fisiológico o cesárea) y variables sociodemográficas (edad, estado civil, ocupación, escolaridad, ingreso mensual, personas que dependen del ingreso, persona que aporta la mayor parte, tipo de vivienda, servicios con los que cuenta, número de habitaciones y número de hijos).

Ha Existe diferencia entre la depresión postparto, el tipo de parto (fisiológico o cesárea) y variables sociodemográficas (edad, estado civil, ocupación, escolaridad, ingreso mensual, personas que dependen de ese ingreso, persona que aporta la mayor parte, tipo de vivienda, servicios con los que cuenta, número de habitaciones y número de hijos).

2.5 Variables Dependientes e Independientes.

VD	Depresión Postparto.
VI.1	Mujeres con parto fisiológico.
VI.2	Cesárea.
VI.3	Edad.
VI.4	Estado Civil.

VI.5	Ocupación.
VI.6	Escolaridad.
VI.7	Ingreso Mensual.
VI.8	Dependientes económicos.
VI.9	Persona que aporta la mayor parte.
VI.10	Tipo de Vivienda.
VI.11	Servicios con los que cuenta.
VI.12	Número de habitaciones.
VI.13	Número de hijos.

2.6 Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Variables.

Definiciones Conceptuales:

* Depresión Postparto:

"La depresión es caracterizada por sentimientos de tristeza, desaliento, soledad y aislamiento. Los síntomas más frecuentes de la depresión son: debilidad o letargo, anorexia, insomnio, pérdida de peso, malestar general, irritabilidad y enfermedades somáticas" (Frazier y Carr; 1975).

* Parto Fisiológico:

"Los fenómenos locales, activos y pasivos, los cambios anatómicos, los órganos maternos, la dinámica uterina, la expulsión del feto, los anexos ovulares y la pérdida sanguínea ocurren dentro de la secuencia, magnitud, topografía y duración. Comúnmente aceptadas como naturales, sin

interferencias, accidentes o complicaciones que ameriten la intervención terapéutica para evitar riesgos materno fetales importantes". (Mendoza, 1992).

• Cesárea:

"Intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer al producto de la concepción a través de la incisión abdominal y uterina" (Mendoza, 1992).

• Edad:

"Tiempo transcurrido desde el nacimiento. Duración de la vida" (García, Pelayo y Gross, 1982).

• Estado Civil:

"Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad" (García, Pelayo y Gross, 1982).

• Ocupación:

"Acción y efecto de ocuparse de un empleo, oficio, etc." (García, Pelayo y Gross, 1982).

• Escolaridad:

"Conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un colegio" (García, Pelayo y Gross, 1982).

* Ingreso Mensual:

"Cantidad de dinero recibido por concepto de desarrollar alguna actividad laboral" (García, Pelayo y Gross, 1982).

* Dependencia. (Persona que depende del mismo ingreso).

"Vivir bajo la dependencia económica de uno" (García, Pelayo y Gross, 1982).

* Manutención. (Persona que aporta la mayor parte).

"Acción de mantener, mantenimiento" (García, Pelayo y Gross, 1982).

* Vivienda. (Tipo de vivienda).

"Morada, casa, departamento" (García, Pelayo y Gross, 1982).

* Servicios.

"Organización y personal destinados a satisfacer necesidades públicas" (García, Pelayo y Gross, 1982).

* Habitación. (Número de habitaciones).

"Sitio donde se habita, domicilio, número de cuartos con los que cuenta una casa" (García, Pelayo y Gross, 1982).

* Hijos. (Número de hijos).

"Persona con respecto de sus padres. Descendientes" (García, Pelayo y Gross, 1982).

Definiciones Operacionales:

* Depresión Postparto:

La depresión se midió de acuerdo a la prueba de EAMD de Zung, la cual detecta sentimientos de desesperanza que caracteriza a los sujetos depresivos. En esta prueba no se diferencia a la depresión como enfermedad, sino que más bien puede indicar la presencia de síntomas que pueden llegar a tener importancia clínica.

De acuerdo con el Doctor Zung la calificación básica se convierte al índice EAMD donde los valores de 31 a 33 corresponde a "Controles Normales"; de 34 a 40 "Reacciones de Ansiedad"; de 41 a 44 "Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias"; de 45 a 53 "Desórdenes de Personalidad"; de 54 a 63 "Deprimidos (ambulatorios)" y de 66 a 74 "Deprimidos (hospitalizados)".

* Parto Fisiológico:

Se consideraron mujeres que se encontraban en el anexo correspondiente, además de considerar los informes del médico encargado.

* Cesárea:

Se consideraron mujeres que de acuerdo con los informes del médico se les había practicado dicha intervención.

* Edad:

La edad fluctuó entre 18 y 35 años.

* Estado Civil:

Se consideraron las siguientes variables: solteras, casadas, divorciadas, viudas o en unión libre.

* Ocupación:

Se establecieron los siguientes parámetros: empleadas, obreras, técnicas, profesionistas, estudiantes u otra ocupación diferente a las mencionadas anteriormente.

* Escolaridad:

En este estudio se tomaron en cuenta los siguientes niveles: mujeres sin educación, primaria incompleta, primaria completa, secundaria, preparatoria, profesional, técnicas.

* Ingreso Mensual:

Es la cantidad monetaria reportada que obtengan mensualmente los sujeto para los gastos del hogar, así como de sus integrantes.

* Personas que dependen de ese ingreso:

Es el número de integrantes que viven del dinero obtenido mensualmente. Incluyéndose a los hijos, pareja, ellas mismas, etc.

* Persona que aporta la mayor parte:

Es la persona o personas que sostienen los gastos del hogar en su mayor parte. En donde pueden ser el esposo, los papás de algunos de ellos, la esposa o ambos.

* Tipo de Vivienda:

Es el hogar donde habita toda la familia, encontrándose que ésta puede ser rentada, propia u otra en donde puede ser que vivan en la casa de algún familiar.

* Servicios con los que cuentan:

Los servicios principales con los que cuenta una vivienda son: agua, luz, drenaje y w.c.

* Número de Habitaciones:

Es el número de cuartos con los que cuenta una vivienda, incluyéndose el baño, cocina, recámaras, sala, comedor, etc.

* Número de Hijos:

Es la cantidad de hijos que reportan tener las madres.

2.7 Población.

Se acudió al Hospital General Zona 1-A del Instituto Mexicano del Seguro Social en el área de Ginecoobstétrica, donde se solicitó la colaboración voluntaria de las madres con parto fisiológico y las madres con operación cesárea.

2.8 Muestra.

La muestra quedó constituida por 120 mujeres con un rango de edad

entre 18 y 35 años, encontrando que la mayoría de las encuestadas tuvieron 20 años con un promedio de edad media de 24.2 años, se encontró un alto índice de casadas del 69.2%, un 20% en unión libre, un 8.3% solteras, un 1.7% viudas, 8% divorciadas. Con respecto a la ocupación estuvo formada por un 61.7% dedicadas al hogar, 17.5% empleadas. La mayoría de las mujeres tienen estudios básicos, con un 35.8% que terminaron la secundaria, un 19.2% carreras técnicas y un 18.3% primaria completa. El ingreso mensual fluctuó entre N\$160 y N\$6,000 en donde la mayoría gana N\$600, lo cual indica que se encuentran en un nivel socioeconómico bajo. Las personas que dependen de ese ingreso estuvo formada por 3 personas en un 41.7% y de 4 personas en 33.3%. Las personas que aportan la mayor parte del dinero fueron los esposos con un 78.3%. La mayoría de las viviendas son rentadas con un 45% y un 41.7% son viviendas propias. Casi todas las mujeres encuestadas cuentan con todos los servicios y sus viviendas cuentan con dos habitaciones en un 39.2% de los casos. Por último el 50.8% de las mujeres fueron primerizas, el 35.0% de los casos con dos hijos y el 10.0% con 3 hijos.

De las 120 mujeres el 50% de ellas estuvo formado por cesárea y el otro 50% por parto fisiológico.

2.9 Tipo de Muestreo.

El muestreo que se utilizó fue no probabilístico. El cual nos permitió determinar la muestra en poco tiempo. Asimismo, se utilizó el muestreo intencional y por cuotas, los cuales a su vez nos permitieron elegir a la muestra de acuerdo a los intereses de la investigación en forma accidental.

2.10 Tipo de Investigación.

La presente investigación fue de campo ya que se da en el lugar donde se manifiestan naturalmente las variables que se van a estudiar. Asimismo, fue descriptivo ya que enuncia las características más importantes de los fenómenos de investigación, que fue en este caso la depresión después del parto.

De acuerdo al tiempo en que se llevó a cabo la investigación, es de tipo transversal, porque se aplicó en un momento determinado, es decir, no se estudiaron las variables a través el tiempo.

2.11 Diseño.

El diseño que se utilizó fue el "Diseño Ex-Post-Facto" con dos muestras independientes; es decir, mujeres con parto fisiológico y con operación cesárea, no obstante a ello estas dos muestras pueden ser sujetas a una misma investigación. (Pick y López, 1990).

El Diseño Ex-Post-Facto es una búsqueda sistemática empírica, no teniendo control sobre las variables independientes, sin embargo, nos permite medir a la muestra después del suceso sin interferir en él (Kerlinger, 1987).

2.12 Instrumento.

Los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación son:

- 1) Cuestionario sociodemográfico.

2) Escala de Automatización de la Depresión (EAMD) del Dr. William. K. Zung.

1) Se utilizó el cuestionario desarrollado por el Hospital General Zona 1-A, el cual considera aspectos como: edad, estado civil, ocupación, escolaridad, ingreso mensual, persona que aporta la mayor parte, tipo de vivienda, servicios con los que cuenta, número de habitaciones y número de hijos. (Ver anexo 1).

2) Por otra parte se eligió la prueba de Zung para la depresión por ser breve y sencilla, así como ser autoaplicable.

Características del EAMD:

Esta escala posee 20 reactivos de los cuales 10 están hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y 10 para una respuesta sintomáticamente negativa. La menor puntuación es para los menos deprimidos.

Cada uno de los reactivos tiene cuatro alternativas de respuesta que son: a) muy pocas veces; b) algunas veces; c) la mayor parte del tiempo y d) continuamente. (Ver anexo 2).

Forma de Calificación:

La calificación se lleva a cabo por medio de una plantilla transparente que incluye el protocolo y que trae grabadas el peso que corresponden a cada alternativa de respuesta, la calificación es de 1,2,3,4 o 4,3,2,1 dependiendo de la puntuación. (Ver anexo 3).

Las calificaciones obtenidas se colocan del lado derecho, se suman y se anota el resultado final. Enseguida se remite a una tabla que convierte la calificación básica al índice EAMD, éste se deriva de dividir la suma de los valores de la calificación cruda obtenida de los 20 reactivos y se multiplica por la calificación máxima posible que es de 80, convertida a decimal y multiplicada por 100. (Ver anexo 4).

Una vez obtenido el índice EAMD es posible deducir el diagnóstico final auxiliándose con otra tabla. (Ver anexo 5).

Relaciones de los síntomas de Depresión
con los temas de la escala AMD.

SINTOMAS DE LOS
DESORDENES DEPRESIVOS

TEMAS DE LA ESCALA AMD
Y No. DE PREGUNTA

A) Afectivos persistentes:

*Deprimido, triste, melancólico.

*Accesos de llanto.

1. Me siento abatido y melancólico.

3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.

B) Equivalentes fisiológicos:

*Variación diurna; exageración de síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día.

*Sueño; despertar temprano o frecuente.

*Apetito; disminución en la ingestión de alimentos.

2. En la mañana me siento mejor.

4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.

5. Como igual que antes solía hacerlo.

- *Pérdida de peso; asociada con ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado y reposo disminuido.
 - *Sexuales; libido disminuido.
 - *Gastrointestinales; Constipación.
 - *Cardiovascular; Taquicardia.
 - *Musculoesquelética; fatiga.
- C) Equivalentes psicológicos; agitación psicomotora:
- *Retardo psicomotor.
 - *Confusión.
 - *Vacuidad.
 - *Desesperanza.
 - *Indecisión.
 - *Irritabilidad.
 - *Insatisfacción.
 - *Devaluación personal.
 - *Rumiación suicida.
- 7. Noto que estoy perdiendo peso.
 - 6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.
 - 8. Tengo molestias de constipación.
 - 9. El corazón me late mas aprisa que de costumbre.
 - 10. Me canso sin hacer nada.
 - 13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
 - 12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.
 - 11. Tengo la mente tan clara como antes.
 - 18. Mi vida tiene bastante interés.
 - 14. Tengo esperanza en el futuro.
 - 16. Me resulta fácil tomar decisiones.
 - 15. Estoy más irritable de lo usual.
 - 20. Todavía disfruto con las mismas cosas.
 - 17. Siento que soy útil y necesario.
 - 19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.

Confiabilidad y Validez.

En 1965 W.W. Zung realizó un estudio con objeto de validar la EAMD con 152 pacientes de consulta externa. A estos pacientes les fue aplicado

previamente el Ohio Literacy Test, esta prueba se clasifica por niveles y los sujetos elegidos para este estudio fueron los que quedaban clasificados en el quinto nivel. Después de una consulta inicial les eran aplicados el MMPI y la EAMD.

El MMPI fue utilizado como prueba control por ser válida y confiable.

Los datos con los que se trabajó para la validación de la escala fueron: el resultado de las pruebas, Ohio Literacy Test, MMPI y EAMD; impresión clínica y el diagnóstico final.

A estos datos se les aplicó el análisis de correlación múltiple del que se obtuvo la ecuación de regresión.

$$y = 0.75 + 31.7$$

Para medir el índice de correlación entre la EAMD y las once escalas del MMPI se utilizó la correlación de Pearson producto-momento de donde se observó que el mayor índice de correlación entre ambas escalas es con la escala D (depresión) que contiene un valor de $r = 0.70$. El siguiente índice en importancia es con la escala PT (psicastenia) $r = 0.68$, que se da por el tipo de población que fue estudiada y por la alta correlación entre las escalas D y PT que es de $r = 0.79$. La menor correlación es con la escala MA (manía) donde $r = 0.13$.

El análisis de varianza para la escala D del MMPI diferencia los grupos depresivos y con reacciones de ansiedad a un nivel de significancia de 0.05; mientras que el análisis de los índices de la AMD los diferencia a un nivel de significancia de 0.01; lo que sugiere que esta puede ser un parámetro más sensible para medir la depresión.

En 1967, W.W. Zung realizó un estudio para medir los factores que pudieran influir en la EAMD. Utilizó una población de 159 pacientes que recurrieron a una consulta externa en un periodo de seis meses (enero-junio) durante 1966, en este estudio fueron tomados en cuenta los factores demográficos que pueden influir los resultados de la EAMD. Estos factores son: edad, nivel educativo, ingreso anual y estado civil, también se les aplicó el Ohio Literacy Test.

A este test y los factores demográficos mencionados se les analizó su correlación con respecto a la EAMD. Los resultados obtenidos indicaron un bajo índice de correlación, por lo que se concluyó que los factores demográficos no afectan el resultado de la EAMD.

En 1972, nuevamente, W.W. Zung realizó un estudio para corroborar la validez de la EAMD. Utilizó una muestra de 225 pacientes de los cuales 152 eran pacientes hospitalizados, todos los hombres entre 22 y 72 años; 73 eran pacientes externos, 23 hombres y 50 mujeres entre los 14 y 72 años. Como medida objetiva para establecer la depresión fueron usados el D>S>I (Depresión Status Inventory) y la EAMD.

Se usó la correlación de Pearson de Producto-Momento para calcular los datos obtenidos. La correlación entre la EAMD y el DSI fue de 0.87. Las correlaciones medias para los diez reactivos pares y para los diez reactivos nones de DSI fueron de 0.81 y 0.73 con respecto a los reactivos de la EAMD. Todos los coeficientes de correlación fueron significativos ($p = 0.1$).

Lara Tapia y cols. presentan la experiencia en la adaptación y estandarización de la escala de automedición de la depresión de Zung en

nuestro país, a través del estudio de ésta en cinco grupos de sujetos sanos y enfermos psiquiátricos y no psiquiátricos. Se concluye que las normas estándar de la escala original son válidas, con ligeras modificaciones para su empleo en nuestro medio, y se proporcionan algunas normas para la discriminación de la depresión como síntoma o confirmando el diagnóstico nosológico. Se considera su utilidad en la investigación clínica y farmacológica en nuestro medio, así como su utilidad como auxiliar en la clínica. (Sin reportar otras).

En todos los reactivos las dimensiones mayores de la escala tienen el mismo valor para diferentes segmentos de la población. Es bien conocido que un mismo lenguaje puede usarse diferentemente, dependiendo de las circunstancias del usuario. Si la escala pretende usarse en diferentes o en todos los sectores de la población, los puntos en las varias dimensiones de una escala deben tener el mismo significado para todos los sectores en los que se va a utilizar la escala.

Algunos investigadores han realizado un análisis exhaustivo de los reactivos de la escala, con la finalidad de proveer una mayor confiabilidad a la misma.

Las respuestas a los reactivos de SDS de Zung, fueron interrelacionados por medio de gamas, que son una medida de asociación utilizable con datos ordenados (Freedman, 1965). La matriz gamas fueron sujetas al análisis Guttman-Lingoes del mínimo espacio. (Lingoes, 1967). El análisis dio tres grupos en tres dimensiones, con un coeficiente de alineación de .14 y un coeficiente Kruskal de stress de .12. Los puntos dentro de cada dimensión fueron sujetos a análisis adicionales para determinar si las

relaciones entre los puntos de un grupo eran similares para una variedad de subgrupos dentro de la población.

El principio básico del análisis dimensional fue que dentro de los puntos de una dimensión o grupo debían demostrar consistencia en las relaciones entre los reactivos dentro de los grupos demográficos seleccionados. Si tales relaciones eran consistentes se puede asumir que los reactivos son vistos similarmente por esos subgrupos y probablemente en la mayoría de la población. Si las relaciones son inconsistentes el significado de los reactivos probablemente varía de grupo a grupo. Esta estrategia de análisis para datos de encuesta es mencionada por Blumenthal (1972).

2.13 Procedimiento.

Se obtuvo la autorización correspondiente del Hospital General Zona 1-A. Se habló con los médicos, pasantes y enfermeras, quienes eligieron a aquellas pacientes que no tuvieron complicaciones durante el parto, así como las cesáreas que no fueron de alto riesgo, también se tomó a mujeres que estuvieron Hospitalizadas hasta 48 horas después de tener a su hijo. Una vez obtenido el número de cama de cada paciente se les preguntó si querían participar en una investigación explicándoles brevemente de qué se trataba ésta. A las mujeres que aceptaron participar en la investigación se les dieron dos cuestionarios explicándoles lo siguiente:

- El primero consta de varias preguntas. En donde hay paréntesis marque con una X la opción en la que usted se encuentre. En donde estén las líneas conteste lo que se le pregunta.

- En el segundo cuestionario existen 20 frases con 4 opciones cada una, marque con una X en la opción en la que usted se encuentre, pensando en la última semana de tener a su bebé, hasta este día. En la frase 6 conteste de acuerdo a cómo usted se haya sentido con su pareja en la intimidad, es decir, si se sintió apoyada por su pareja.

Se les indicó además que la información que reportan era confidencial y para fines científicos.

Por otro lado, aquellas mujeres que no podían escribir, se les aplicó los dos cuestionarios oralmente, sin dar ninguna explicación adicional.

2.14 Análisis Estadísticos de Datos.

Para la obtención de los resultados se utilizó la versión número cuatro del "Statistical Package for de Social Sciences" (Nie, Hull, Jenkins, Steiubrenier y Beaut, 1980). En donde se aplicaron básicamente dos programas o rutinas.

I Análisis de Frecuencias: Se utilizó con el objetivo de describir a la población en general tomando en cuenta cada una de las variables sociodemográficas, así como la calificación de la prueba de Zung a través de Tablas de Frecuencias y Medidas de Tendencia Central como la Media y la Moda, también se usaron Medidas de Dispersión como la Desviación Estándar.

II Crosstabs a) Tablas Cruzadas: Se aplicó para elaborar tablas de contingencia cruzada que permiten establecer una comparación entre los dos grupos, el de parto fisiológico y el de cesárea, para así estimular la

probabilidad de obtener un valor de chi cuadrada significativo (Kerlinger, 1987). También se utilizó un coeficiente de correlación V de Cramer el cual indica la similitud que existe entre los órdenes por rangos, de dos conjuntos de mediciones. Cuando el resultado que se obtiene por medio de este coeficiente es menor de 1.00 significa que no existe relación y cuando es mayor a 1.00 indica que existe relación (Levin, 1979).

CAPITULO III

RESULTADOS

I ANALISIS DE FRECUENCIAS.

Se utilizó con el objetivo de describir a la población en general tomando en cuenta cada una de las variables sociodemográficas, así como la calificación de la prueba de Zung, a través de tablas de frecuencias y medidas de Tendencia Central, las cuales se describirán a continuación:

Media: Se define como el promedio debido a que es la suma de las puntuaciones dividida entre el número total de sujetos.

Su fórmula:

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

donde:	\bar{X}	=	Media
	Σ	=	Sigma (sumatoria)
	X	=	Puntuación en la variable de estudio
	N	=	Número total de casos

Moda: Es la puntuación que se repite con mayor frecuencia. Dentro de la distribución se puede encontrar por simple inspección y ésta puede ser unimodal o multimodal.

También se usaron medidas de dispersión como:

* Desviación

Estándar: Es la distancia entre una puntuación dada y la Media dentro de una distribución.

Su fórmula:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum x^2}{N} - (\bar{X})^2}$$

donde:	σ	=	Desviación estándar
	Σx^2	=	Elevar al cuadrado las puntuaciones y sumarlas
	N	=	Número total de casos
	$(\bar{X})^2$	=	Media al cuadrado

A continuación se irán desglosando cada una de las variables demográficas:

1. Distribución de Edad.

Para la primera variable estudiada de la muestra de 120 mujeres se observa un rango de edad entre 18 y 35 años, encontrando que la mayoría de las encuestadas tuvieron 20 años con un promedio de edad media de 24.2 años, lo cual nos indica que la mayoría se encuentra en una etapa de adulto joven. Asimismo se encontró una desviación estándar de 4.6, lo cual indica que hay gran dispersión de edad, ya que encontramos desde Adolescencia Tardía (18 años) hasta Adulto Joven (35 años). (Ver Tabla 1).

TABLA 1. EDAD DE LA MUESTRA ESTUDIADA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18	10	8.3
19	9	7.5
20	13	10.8
21	12	10.0
22	8	6.7
23	10	8.3
24	6	5.0
25	8	6.7
26	8	6.7
27	8	6.7
28	5	4.2
29	5	4.2
30	6	5.0
31	2	1.7
32	1	.8
33	1	.8
34	3	2.5
35	5	4.2
Total	120	100

2. Estado Civil de la muestra.

Con respecto al Estado Civil se encontró un índice alto de casadas el cual es del 69.2%, en segundo lugar se encontró un 20% de mujeres en unión libre, con porcentajes menores como 8.3, 1.7 y .8 fueron solteras, viudas y divorciadas respectivamente. (Ver Tabla 2).

TABLA 2. ESTADO CIVIL

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solteras	10	8.3
Casadas	83	69.2
Divorciadas	1	.8
Viudas	2	1.7
Unión Libre	<u>24</u>	<u>20.0</u>
Total	120	100

3. Ocupación.

Se encontró un porcentaje del 61.7% de mujeres que se dedican al hogar y un 17.5% son empleadas, lo cual indica que más del 50% de las mujeres están más tiempo en su casa y no aportan dinero a la misma. (Ver Tabla 3).

TABLA 3. OCUPACION

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hogar	74	61.7
Empleada	21	17.5
Obrera	10	8.3
Técnica	2	1.7
Profesionista	3	2.5
Estudiante	6	5.0
Otra	<u>4</u>	<u>3.3</u>
Total	120	100

4. Escolaridad.

En la escolaridad se presentó un 35.8% de mujeres que terminaron la secundaria, un 19.2% tienen carreras técnicas y un 18.3% primaria completa, lo cual nos indica que la mayoría tienen estudios básicos. (Ver Tabla 4).

TABLA 4. GRADO ESCOLAR

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin educación	1	.8
Primaria incompleta	8	6.7
Primaria completa	22	18.3
Secundaria	43	35.8
Preparatoria	16	13.3
Profesional	7	5.8
Técnica	<u>23</u>	<u>19.2</u>
Total	120	100

5. Ingreso Mensual.

El ingreso se contestó de acuerdo a una cantidad mensual aproximada en donde se puede observar una dispersión muy grande ya que hay desde N\$160 (casi la mitad del salario mínimo) hasta N\$6,000 (15.5 salarios mínimos), encontrándose una desviación estándar del 935.2, lo cual indica una gran dispersión del ingreso percibido.

El promedio gana N\$1,011.5 mensuales, en donde la mayoría ganan N\$600 mensuales, lo cual indica que se encuentran en un nivel socioeconómico bajo. (Ver Tabla 5).

TABLA 5. INGRESO MENSUAL

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
160	1	.8
200	2	1.7
250	1	.8
300	5	4.2
320	3	2.5
350	2	1.7
400	3	2.5
480	2	1.7
500	6	5.0
532	1	.8
550	1	.8
600	32	26.7
640	1	.8
680	2	1.7
700	2	1.7
704	1	.8
720	2	1.7
800	10	8.3
840	1	.8
850	2	1.7
1000	8	6.7
1100	1	.8
1140	1	.8
1200	8	6.7
1400	3	2.5
1500	3	2.5
1800	1	.8
2000	4	3.3
2300	1	.8
2500	4	3.3
3000	2	1.7
3250	1	.8
5000	2	1.7
6000	<u>1</u>	<u>.8</u>
Total	120	100.0

6. Personas que dependen de ese ingreso.

En un 41.7% de los casos se encontró que son 3 las personas que

dependen del mismo ingreso, así como un 33.3% son 4 los integrantes que dependen de ese ingreso, con lo cual podemos decir que se trata de familias pequeñas en su mayoría. No se presentó una desviación estándar alta siendo ésta del 1.0, lo cual indica una distribución homogénea. (Ver Tabla 6).

TABLA 6. NUMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN DE ESE INGRESO

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	10	8.3
3	50	41.7
4	40	33.3
5	15	12.5
6	2	1.7
7	<u>3</u>	<u>2.5</u>
Total	120	100

7. Persona que aporta la mayor parte.

En un porcentaje alto, 78.3% son los esposos los que aportan la mayor parte del dinero, así como ambos o la esposa los encontramos con un 8.3% cada uno, siendo el porcentaje más bajo el de los padres (ya sea del esposo o de la esposa), con un 5%. (Ver Tabla 7).

TABLA 7. PERSONA QUE APORTA LA MAYOR PARTE

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Esposo	94	78.3
Papás	6	5.0
Ambos	10	8.3
Esposa	<u>10</u>	<u>8.3</u>
Total	120	100

8. Tipo de Vivienda.

En la mayoría de los casos, el 45% de las mujeres rentan sus viviendas y el 41.7% no pagan renta por ser viviendas propias y el 13.3% son casa de los padres de alguno de ellos o de algún familiar. (Ver Tabla 8).

TABLA 8. VIVIENDA

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Propia	50	41.7
Rentada	54	45.0
Otra	<u>16</u>	<u>13.3</u>
Total	120	100

9. Servicios con los que cuenta.

En los casos de agua, drenaje y w.c. el 92.5% cuentan con estos servicios y en el caso de la luz el 98.3%. Lo cual nos indica que casi todas las mujeres encuestadas cuentan con todos los servicios. (Ver Tabla 9).

TABLA 9. SERVICIOS

	AGUA		DRENAJE		LUZ		W.C.	
	*F	*P	F	P	F	P	F	P
SI	111	92.5	111	92.5	118	98.3	111	92.5
NO	<u>9</u>	<u>7.5</u>	<u>9</u>	<u>7.5</u>	<u>2</u>	<u>1.7</u>	<u>9</u>	<u>7.5</u>
Total	120	100.0	120	100.0	120	100.0	120	100.0

*F = Frecuencia

*P = Porcentaje

10. Habitaciones.

En esta variable se incluyen todas las habitaciones, es decir, baño, recámaras, cocina, sala, comedor. En donde encontramos un 39.2% de los

casos cuentan con 2 habitaciones, el 24.2% con 3, el 20.8% con una. Lo cual nos indica que las viviendas son por lo general pequeñas. (Ver Tabla 10).

TABLA 10. NUMERO DE HABITACIONES

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	25	20.8
2	47	39.2
3	29	24.2
4	15	12.5
5	3	2.5
6	<u>1</u>	<u>.8</u>
Total	120	100

11. Hijos.

Se encontró que 61 de las 120 mujeres son mujeres primerizas (50.8%); 42 de ellas tienen 2 hijos; 12 tienen 3; 2 tienen 4, y 3 tienen 5 hijos. Con esto nos podemos dar cuenta de que la muestra en su mayoría está compuesta por primerizas. (Ver Tabla 11).

TABLA 11. NUMERO DE HIJOS

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	61	50.8
2	42	35.0
3	12	10.0
4	2	1.7
5	<u>3</u>	<u>2.5</u>
Total	120	100.0

12. Tipo de Parto.

Para la muestra de 120 mujeres se tomó un 50% de mujeres con cesárea y un 50% con parto fisiológico. (Ver Tabla 12).

TABLA 12. TIPO DE PARTO

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	60	50.0
2	<u>60</u>	<u>50.0</u>
Total	120	100.0

- 1 Cesárea
- 2 Parto Fisiológico

13. Calificación Básica.

De acuerdo al Dr. Zung, autor de la prueba EAMD que mide la depresión, primero se deberá obtener la calificación básica, la cual es obtenida por una plantilla elaborada por el mismo autor, sin embargo, esta calificación por sí sola no indica nada ya que es imprescindible convertir esta calificación al índice EAMD.

Dentro de las calificaciones básicas con porcentajes altos nos encontramos con un 9.2% una calificación de 39 y con un 8.3% una calificación de 36, con lo cual lo único que se puede ver hasta aquí es que la moda de la población es de 39. Asimismo también encontramos una media de 38.9 y una desviación estándar de 6.2. (Ver Tabla 13).

TABLA 13. CALIFICACION BASICA O BRUTA

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
25	1	.8
26	1	.8
27	2	1.7
28	2	1.7
30	1	.8
31	3	2.5
32	3	2.5
33	9	7.5
34	9	7.5
35	8	6.7
36	10	8.3
37	7	5.8
38	4	3.3
39	11	9.2
40	7	5.8
41	3	2.5
42	3	2.5
43	6	5.0
44	8	6.7
45	3	2.5
46	5	4.2
47	3	2.5
48	3	2.5
49	4	3.3
50	1	.8
53	1	.8
58	1	.8
59	1	.8
Total	120	100.0

14. Índice EAMD.

Por medio de este índice se obtiene el Diagnóstico de Depresión, en donde se encontró un porcentaje de 9.2% con un valor de 49, el cual nos indica "Desórdenes de la Personalidad" y con un 8.3% el segundo porcentaje alto el cual también permite dar el mismo diagnóstico al anterior. Con lo cual se ve que la mayoría de las mujeres encuestadas sí presentan depresión, la cual se manifiesta a un nivel alto de depresión. La media obtenida es de 48.7 y con una desviación estándar de 7.8. (Ver Tabla 14).

TABLA 14. INDICE "EAMD"

DIAGNOSTICO	VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Controles	31	1	.8
Normales	33	1	.8
	34	2	1.7
Reacciones	35	2	1.7
de	38	1	.8
Ansiedad	39	3	2.5
	40	3	2.5
Reacciones de Ajuste	41	9	7.5
de Situaciones	43	9	7.5
Transitorias	44	8	6.7
	45	10	8.3
	46	7	5.8
Desórdenes	48	4	3.3
de	49	11	9.2
Personalidad	50	7	5.8
	51	3	2.5
	53	3	2.5
	54	6	5.0
	55	8	6.7
	56	3	2.5
Deprimidos	58	5	4.2
Ambulatorios	59	5	4.2
	60	2	1.7
	61	3	2.5
	63	1	.8
Deprimidos	66	1	.8
Hospitalizados	74	2	1.7
	Total	120	100.0

II. CROSSTABS.

A) TABLAS CRUZADAS.

Se aplicó para elaborar tablas de contingencia cruzadas que permiten establecer una comparación entre el grupo de Parto fisiológico y el de Cesárea en cada una de las variables sociodemográficas, las cuales se presentan a continuación.

1. Distribución de edad.

Como se puede observar encontramos que en ambos grupos las mujeres tenían de 18 a 35 años, no obstante en el caso del parto fisiológico la mayoría tenía 20 años y en las de cesárea la mayoría tenía 21, encontrando que las mujeres con mayor edad se encuentran en el grupo de las de cesárea. (Ver Tabla 15).

TABLA 15. EDAD EN LA MUESTRA ESTUDIADA

EDAD	P. FISIOLÓGICO	CESAREA	TOTAL POR FILA
18	5	5	10 8.3
19	4	5	9 7.5
20	9	4	13 10.5
21	5	7	12 10.0
22	4	4	8 6.7
23	7	3	10 8.3
24	1	5	6 5.0
25	6	2	8 6.7
26	3	5	8 6.7
27	6	2	8 6.7
28	2	3	5 4.2
29	3	2	5 4.2
30	3	3	6 5.0
31	1	1	2 1.7
32	-	1	1 .8
33	-	1	1 .8
34	-	3	3 2.5
35	1	4	5 4.2
Columna Total	60 50.0	60 50.0	120 100.0

2. Estado Civil.

En la variable sociodemográfica del estado civil se puede ver que en ambos grupos la mayoría de las mujeres son casadas, sin embargo, existen más mujeres casadas en el grupo de las de cesárea. (Ver Tabla 16).

TABLA 16. ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA

ESTADO CIVIL	P. FISIOLÓGICO	CESAREA	TOTAL POR FILA
Soltera	5	5	10 8.3
Casada	39	44	83 69.2
Divorciada	-	1	1 .8
Viuda	2	-	2 1.7
Unión Libre	14	10	24 20.0
Columna	60	60	120
Total	50.0	50.0	100.0

3. Ocupación.

Los resultados obtenidos en la ocupación fueron los siguientes: la mayoría de ambos grupos se dedican al hogar, encontrando que son más en el grupo de parto fisiológico que en el de cesárea con una diferencia de 8. (Ver Tabla 17).

TABLA 17. OCUPACION

OCUPACION	P. FISIOLÓGICO	CESAREA	TOTAL POR FILA
Hogar	41	33	74 61.7
Empleada	9	12	21 17.5
Obrera	5	5	10 8.3
Técnica	-	2	2 1.7
Profesionista	2	1	3 2.5
Estudiante	2	4	6 5.0
Otra	1	3	4 3.3
Columna Total	60 50.0	60 50.0	120 100.0

4. Escolaridad.

El promedio de los estudios realizados por las mujeres encuestadas radica en un grado escolar de secundaria el cual corresponde a estudios básicos. No obstante se encuentra que en el caso del grupo de parto fisiológico 5 mujeres con primaria incompleta y a una sin educación. (Ver Tabla 18).

TABLA 18. GRADO ESCOLAR

ESCOLARIDAD	P. FISIOLÓGICO	CESÁREA	TOTAL POR FILA
Sin educación	1		1 .8
Primaria incompleta	5	3	8 6.7
Primaria completa	7	15	22 18.3
Secundaria	21	22	43 35.8
Preparatoria	10	6	16 13.3
Profesional	4	3	7 3.8
Técnica	12	11	23 19.2
Columna Total	60 50.0	60 50.0	120 100.0

5. Ingreso Mensual.

Con lo que respecta al ingreso mensual se observa que las mujeres de parto fisiológico tienen desde N\$160 hasta N\$6,000, y en el caso de las mujeres con cesárea va de N\$300 hasta N\$5,000, siendo en promedio de ambos grupos de N\$600. (Ver Tabla 19).

TABLA 19. INGRESO MENSUAL

INGRESO	P. FISIOLÓGICO	CESAREA	TOTAL POR FILA
160	1	-	.8
200	2	-	1.7
250	1	-	.8
300	3	2	4.2
320	1	2	2.5
350	1	1	1.7
400	1	2	2.5
480	1	1	1.7
500	4	2	5.0
532	-	1	.8
550	1	-	.8
600	20	12	28.7
640	1	-	.8
680	1	1	1.7
700	1	1	1.7
704	-	1	.8
720	1	1	1.7
800	4	6	10.3
840	1	-	.8
850	1	1	1.7
1000	1	7	6.7
1200	-	1	.8
1140	-	1	.8
1200	3	5	6.7
1400	2	1	2.5
1500	1	2	2.5
1800	1	-	.8
200	1	3	3.3
2300	-	1	.8
2500	3	1	3.3
3000	-	2	1.7
3250	-	1	.8
5000	1	1	1.7
6000	1	-	.8
Columna Total	60	60	120
	50.0	50.0	100.0

6. Personas que dependen de ese ingreso.

Las personas que dependen del ingreso antes mencionado son: en el grupo de las mujeres de cesárea 3 compuesto en su gran mayoría por el padre, la madre y el hijo, en el caso de mujeres con parto fisiológico son hogares compuestos por 4 integrantes siendo en su mayoría los padres y 2 hijos. (Ver Tabla 20).

TABLA 20. PERSONAS QUE DEPENDEN DEL MISMO INGRESO

No. DE PERSONAS	P. FISIOLÓGICO	CESAREA	TOTAL POR FILA
2	5	5	10 8.3
3	20	30	50 41.7
4	23	17	40 33.3
5	9	6	15 12.5
6	1	1	2 1.7
7	2	1	3 2.5
Columna Total	60 50.0	60 50.0	120 100.0

7. Persona que aporta la mayor parte.

El 78.3% de ambos grupos es el esposo el que aporta la mayor parte de los ingresos. Con porcentajes bajos encontramos un 8.3% de los dos grupos, son ambos o la esposa los que aportan o la que aporta la mayor parte. (Ver Tabla 21).

TABLA 21. PERSONA QUE APORTA LA MAYOR PARTE

	P. FISIOLÓGICO	CESAREA	TOTAL POR FILA
Esposo	48	46	94 78.3
Papás	4	2	6 5.0
Ambos	3	7	10 8.3
Esposa	5	5	10 8.3
Columna Total	60 50.0	60 50.0	120 100.0

8. Vivienda.

En el parto fisiológico la mayoría de las viviendas son rentadas y en contraposición podemos apreciar que las mujeres con cesárea 23 de ellas tienen casa propia y otras 23 casa rentada. (Ver Tabla 22).

TABLA 22. TIPO DE VIVIENDA

VIVIENDA	P. FISIOLÓGICO	CESAREA	TOTAL POR FILA
Propia	27	23	50 41.7
Rentada	31	23	54 45.0
Otra	2	14	16 13.3
Columna Total	60 50.0	60 50.0	120 100.0

9. Servicios con los que cuenta.

Los servicios principales con los que cuenta una vivienda son: agua, drenaje, luz y w.c. En este estudio se observa que la mayoría de las mujeres

cuentan con todos los servicios, sin embargo, es en el grupo de las de cesárea las que cuentan con más servicios (aunque esta diferencia es mínima). (Ver Tabla 23).

TABLA 23. SERVICIOS

	Agua		Drenaje		Luz		W.C.	
	*P.E.	*C	*P.E.	C	P.E.	C	P.E.	C
Sí	53	58	53	58	58	60	53	58
No	7	2	7	2	2	-	7	2
Total	60	60	60	60	60	60	60	60

10. Habitaciones.

Las mujeres con parto fisiológico cuentan desde 1 hasta 6 habitaciones y en el caso de las de cesárea desde 1 hasta 5, teniendo un promedio de 2 habitaciones en ambos grupos. (Ver Tabla 24).

TABLA 24. NUMERO DE HABITACIONES

HABITACIONES	P. FISIOLÓGICO	CESAREA	TOTAL POR FILA
1	8	17	25 20.8
2	25	22	47 39.2
3	15	14	29 24.2
4	10	5	15 12.5
5	1	2	3 2.5
6	1	-	1 .8
Columna Total	60 50.0	60 50.0	120 100.0

11. Hijos.

En la muestra de 120 mujeres los casos más frecuentes en ambos grupos fueron de mujeres primerizas, el segundo lugar fue el de mujeres con 2 hijos, en el caso de las primerizas el porcentaje de ambos grupos es de 50.8% y el de las madres con 2 hijos el porcentaje es de 35%. (Ver Tabla 25).

TABLA 25. NUMERO DE HIJOS

No. DE HIJOS	P. FISIOLÓGICO	CESAREA	TOTAL POR FILA
1	27	34	61 50.8
2	23	19	42 35.0
3	7	5	12 10.0
4	1	1	2 1.7
5	2	1	3 2.5
Columna Total	60 50.0	60 50.0	120 100.0

12. Calificación Básica o Bruta.

La Calificación obtenida en el grupo de parto fisiológico la mayoría fue de 36 y 39, en las de cesárea la mayoría fue de 33.

Es importante hacer notar que la calificación básica por sí sola no es representativa ya que es necesario hacer la conversión al índice EAMD. (Ver Tabla 26).

TABLA 26. CALIFICACION BASICA

CALIFICACION	P. FISIOLÓGICO	CESAREA	TOTAL POR FILA
25	.	1	1 .8
26	.	1	1 .8
27	1	1	2 1.7
28	.	2	2 1.7
30	1	.	1 .8
31	.	3	3 2.5
32	2	1	3 2.5
33	3	6	9 7.5
34	4	5	9 7.5
35	3	5	8 6.7
36	7	3	10 8.3
37	6	1	7 5.8
38	3	1	4 3.3
39	7	4	11 9.2
40	2	5	7 5.8
41	1	2	3 2.5
42	1	2	3 2.5
43	2	4	6 5.0
44	5	3	8 6.7
45	2	1	3 2.5
46	3	2	5 4.2
47	2	1	3 2.5
Columna Total	60 50.0	60 50.0	120 100.0

13. Índice EAMD.

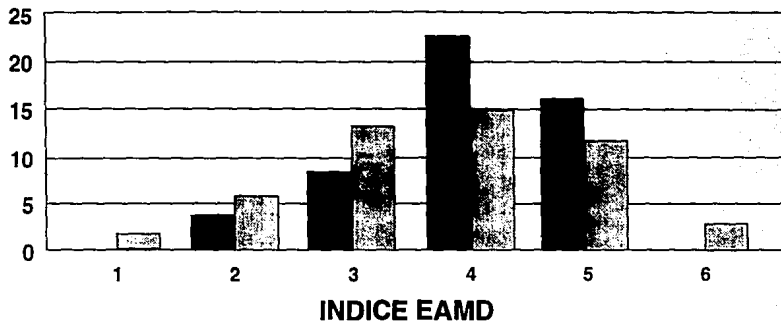
El índice EAMD nos da el Diagnóstico de Depresión en donde las mujeres con cesárea obtuvieron una puntuación de 41 siendo éste el mayor; en el caso de las mujeres de parto fisiológico los porcentajes altos fueron de 45 y 49. Lo cual nos indica que las mujeres con cesárea en su mayoría tuvieron "Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias", lo cual se explica por la intervención quirúrgica a la que estuvieron sometidas. En el caso de las mujeres de parto fisiológico se encontraron en un "Desorden de la Personalidad", lo cual ya no habla de una depresión normal. (Ver Tabla 27). (Ver Gráfica 1).

TABLA 27. INDICE "EAMD"

DIAGNOSTICO	INDICE	P. FISIOLÓGICO	CESAREA	TOTAL POR FILA
Controles	31	-	1	1 / .8%
Normales	33	-	1	1 / .8%
Reacciones de	34	1	1	2 / 1.7%
de	35	-	2	2 / 1.7%
Ansiedad	38	1	-	1 / .8%
	39	-	3	3 / 2.5%
	40	2	1	3 / 2.5%
Reacciones de	41	3	6	9 / 7.5%
Ajuste de	43	4	5	9 / 7.5%
Situaciones	44	3	5	8 / 6.7%
Transitorias				
	45	7	3	10 / 8.3%
	46	6	1	7 / 5.8%
Desordenes	48	3	1	4 / 3.3%
de	49	7	4	11 / 9.2%
Personalidad	50	2	5	7 / 5.8%
	51	1	2	3 / 2.5%
	53	1	2	3 / 2.5%
	54	2	4	6 / 5.0%
	55	5	3	8 / 6.7%
	56	2	1	3 / 2.5%
Deprimidos	58	3	2	5 / 4.2%
Ambulatorios	59	4	1	5 / 4.2%
	60	1	1	2 / 1.7%
	61	2	1	3 / 2.5%
	63	-	1	1 / .8%
Deprimidos	66	-	1	1 / .8%
Hospitalizados	74	-	2	2 / 1.7%
	Columna	60	60	120 / 100.0%

DEPRESION DIFERENCIAS POR GRUPO

FRECUENCIA



TIPO DE INTERVENCIÓN



PARTO FISIOLÓGICO



CESAREA

1. Controles Normales
2. Reacciones de Ansiedad
3. Reacciones de ajuste a situaciones transitorias
4. Desórdenes de la Personalidad
5. Deprimidos (Ambulatorios)
6. Deprimidos (Hospitalizados)

GRAFICA 1

B) CHI CUADRADA.

Es una prueba de significancia estadística la cual se usó para hacer una comparación entre dos grupos: 60 mujeres de P. fisiológico y 60 de Cesárea, para así estimar la probabilidad de obtener un valor de chi cuadrada significativo. En donde se obtuvo una chi cuadrada de 9.76, con una probabilidad de .08 lo cual nos da una diferencia marginal ya que es cercano a .05 con un 5% de error en 100, es decir, un 95% de confianza. En el grupo de parto fisiológico el índice EAMD va de "Reacciones de Ansiedad" hasta "Deprimidos Ambulatorios" y en el grupo de cesárea va desde "Controles Normales" hasta "Deprimidos Hospitalizados", encontrando una mayor concentración en el índice "Desórdenes de la Personalidad" en el grupo de parto fisiológico con un 22.5% y en segundo lugar "Deprimidos Ambulatorios" con un 15.8% y en el grupo de cesárea la concentración se da en el índice "Desórdenes de la Personalidad" con un 15.0%, en segundo lugar con un 13.3% "Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias" y con un 11.7% "Deprimidos Ambulatorios". (Ver Tabla 28).

TABLA 28. INDICE DE EAMD Y DIFERENCIAS POR GRUPO

DIAGNOSTICO	P. FISIOLÓGICO	CESAREA	TOTAL POR FILA
Controles Normales	-	1.7	2 1.7
Reacciones de Ansiedad	3.3	5.8	11 9.2
Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias	8.3	13.3	26 21.7
Desórdenes de la Personalidad	22.5	15	45 37.5
Deprimidos Ambulatorios	15.8	11.7	33 27.5
Deprimidos Hospitalizados	-	2.5	3 2.5
Columna Total	60 50.0	60 50.0	120 50.0

Asimismo se obtuvo la chi cuadrada de cada una de las variables sociodemográficas, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de ellas, no obstante a continuación se irán desglosando cada una de ellas.

1. Índice EAMD y EDAD.

Con respecto a la edad y el índice de depresión no se encontraron diferencias significativas debido a que se obtuvo una chi cuadrada de 3.46 con una probabilidad de .62, lo cual indica que no hay diferencias significativas. Por otra parte se encontró un coeficiente de correlación V de Cramer de .16 que indica una asociación baja entre la edad y el índice de depresión. (Ver Tabla 29).

TABLA 29. INDICE EAMD Y EDAD DE LA MUESTRA

INDICE EAMD	E D A D		TOTAL FILA
	18 HASTA 24	25 HASTA 35	
Control normal	0.8	0.8	2 1.7
Reacciones de Ansiedad	5	4.2	11 9.2
Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias	12.5	9.2	26 21.7
Desórdenes de la Personalidad	22.5	15	45 37.5
Deprimidos Ambulatorios	13.3	14.2	33 27.5
Deprimidos Hospitalizados	2.5	-	3 2.5
Columna Total	68 56.7	52 43.3	120 100.0

2. Índice EAMD y Estado Civil.

En el estado civil de la muestra y el índice EAMD se encontró una chi cuadrada de 21.55 con una probabilidad de .36 lo cual indica que no existen diferencias significativas. También se obtuvo el coeficiente de correlación V de Cramer de .21 lo cual nos indica una asociación baja entre el estado civil y el índice de depresión. (Ver Tabla 30).

TABLA 30. ESTADO CIVIL

INDICE EAMD	E S T A D O C I V I L					TOTAL FILA
	*Solts.	*Casds.	*Divors.	*Vdas.	*U.L.	
Controles Normales	-	1.7	-	-	-	2 1.7
Reacciones de Ansiedad	0.8	6.7	-	-	1.7	11 9.2
Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias	-	16.7	0.8	1.7	2.5	26 21.7
Desórdenes de la Personalidad	2.5	26.7	-	-	8.3	45 37.5
Deprimidos Ambulatorios	4.2	15.8	-	-	7.5	33 27.5
Deprimidos Hospitalizados	0.8	1.7	-	-	-	3 2.5
Columna Total	10 8.3	83 69.2	1 .8	2 1.7	24 20.0	120 100.0

NOTA: *Solts.=Solteras. *Casds.=Casadas. *Divors.=Divorciadas
*Vds.=Viudas. *U.L.=Unión Libre.

3. Índice EAMD y Ocupación.

En la ocupación y el índice EAMD se encontró una chi cuadrada de

37.40 con una probabilidad de .16 lo cual indica que no existe diferencia significativa. Asimismo se obtuvo un coeficiente de correlación V de Cramer de .24 el cual a su vez indica una asociación baja entre la ocupación y el índice EAMD. (Ver Tabla 31).

TABLA 31. OCUPACION

INDICE EAMD	O C U P A C I O N							TOTAL FILA
	*H.	*E.	*O.	*T.	*P.	*Es.	*Ot.	
Controles Normales	0.8	-	-	-	0.8	-	-	2 1.7
Reacciones de Ansiedad	4.2	3.3	0.8	-	-	0.8	-	11 9.2
Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias	15	3.3	0.8	-	-	2.5	-	25 21.7
Desórdenes de la Personalidad	25	5	2.5	1.7	0.8	0.8	1.7	45 37.5
Deprimidos Ambulatorios	15	5.8	3.3	-	0.8	0.8	1.7	33 27.5
Deprimidos Hospitalizados	1.7	-	0.8	-	-	-	-	3 2.5
Columna Total	74	21	10	2	3	6	4	120
	61.7	17.5	8.3	1.7	2.5	5.0	3.3	100.0

NOTA: *H=Hogar *E=Empleada *O=Obrera *T=Técnica
*P=Profesionista *Es=Estudiante *Ot=Otra.

4. Índice EAMD y Escolaridad.

La escolaridad y el índice EAMD indican que no existe diferencia significativa, encontrándose una chi cuadrada de 28.69 con una probabilidad de .53, por otra parte el coeficiente de correlación V de Cramer fue de .21 con lo cual se ve una baja asociación entre la escolaridad y el índice EAMD. (Ver Tabla 32).

TABLA 32. INDICE EAMD Y GRADO ESCOLAR

INDICE EAMD	E S C O L A R I D A D							TOTAL FILA
	*S.E.	*P.I.	*P.C.	*S.	*P.	*Pf.	*T	
Controles Normales	-	-	-	-	0.8	0.8	-	2 1.7
Reacciones Ansiedad	-	0.8	2.5	1.7	1.7	0.8	1.7	11 9.2
Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias	0.8	0.8	4.2	6.7	2.5	1.7	5	26 21.7
Desórdenes de la Personalidad	-	1.7	5	13.3	7.5	2.5	7.5	45 37.5
Deprimidos Ambulatorios	-	3.3	5.8	13.3	0.8	-	4.2	33 27.5
Deprimidos Hospitalizados	-	-	0.8	0.8	-	-	0.8	3 2.5
Columna Total	1 .8	8 6.7	22 18.3	43 35.8	16 13.3	7 5.8	23 19.2	120 100.0

NOTA: *S.E.=Sin educación. *P.I.=Primaria Incompleta
 *P.C.=Primaria Completa. *S.=Secundaria
 *P=Preparatoria. *Pf=Profesional. *T=Técnica.

5. Índice EAMD e Ingreso Mensual.

En cuanto al ingreso y el índice EAMD se encontró una chi cuadrada de 19.89 con una probabilidad de .17 con lo cual se ve que no existe diferencia significativa, así como un coeficiente de correlación V de Cramer de .23 el cual indica que existe una asociación baja entre el ingreso y el índice EAMD. (Ver Tabla 33).

TABLA 33. INDICE EAMD E INGRESO MENSUAL

INDICE EAMD	I N G R E S O				TOTAL FILA
	N\$160 hasta N\$550	N\$600 hasta N\$704	N\$720 hasta N\$1,200	N\$1,400 hasta N\$6,000	
Controles Normales	-	.8	-	.8	2 1.7
Reacciones Ansiedad	1.7	.8	2.5	4.2	11 9.2
Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias	3.3	5.0	9.2	5.8	26 21.7
Desórdenes de la Personalidad	10.0	12.5	5.8	3.3	45 37.5
Deprimidos Ambulatorios	5.8	12.5	5.8	3.3	33 27.5
Deprimidos Hospitalizados	1.7	-	.8	-	3 2.5
Columna Total	27 22.5	38 31.7	33 27.5	22 18.3	120 100.0

6. Índice EAMD y Número de Personas que dependen del mismo ingreso.

En esta variable como en las anteriores no se encontró diferencia significativa, obteniéndose una chi cuadrada de 4.81 con una probabilidad de .43, asimismo el coeficiente de correlación V de Cramer de .20 nos indicó una asociación baja entre el número de personas que dependen del mismo ingreso y el índice de depresión. (Ver Tabla 34).

TABLA 34. NUMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN DEL MISMO INGRESO

INDICE EAMD	No. DE PERSONAS		TOTAL FILA
	DE 2 HASTA 3	DE 3 A MAS	
Controles Normales	1.7	-	2 1.7
Reacciones Ansiedad	5.8	3.3	11 9.2
Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias	11.7	10.0	26 21.7
Desórdenes de la Personalidad	18.3	19.2	45 37.5
Deprimidos Ambulatorios	10.8	16.7	33 27.5
Deprimidos Hospitalizados	1.7	.8	3 2.5
Columna Total	60 50.0	60 50.0	120 100.0

7. Índice EAMD y Tipo de Vivienda.

En la vivienda y el índice de depresión tampoco se encontraron diferencias significativas, obteniéndose una chi cuadrada de 6.88 y una probabilidad de .73, asimismo el coeficiente de correlación V de Cramer nos indica una asociación baja entre la vivienda y el índice EAMD el cual fue de .16. (Ver Tabla 35).

TABLA 35. VIVIENDA

INDICE EAMD	V I V I E N D A			TOTAL FILA
	PROPIA	RENTADA	OTRA	
Controles Normales	-	.8	.8	2 1.7
Reacciones Ansiedad	3.3	3.3	2.5	11 9.2
Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias	9.2	10.8	1.7	26 21.7
Desórdenes de la Personalidad	17.5	15.8	4.2	45 37.5
Deprimidos Ambulatorios	10.8	12.5	4.2	33 27.5
Deprimidos Hospitalizados	.8	1.7	-	3 2.5
Columna Total	50 41.7	54 45.0	16 13.3	120 100.0

8. Índice EAMD y Número de Habitaciones.

En lo que se refiere al número de habitaciones con el índice de depresión tampoco se encontró diferencias significativas, en donde la chi cuadrada fue de 7.68 con una probabilidad de .17, asimismo se encontró una asociación baja entre las habitaciones y el índice EAMD obtenido mediante el coeficiente de correlación V de Cramer el cual fue de .25. (Ver Tabla 36).

TABLA 36. NUMERO DE HABITACIONES

INDICE EAMD	NUMERO DE HABITACIONES		TOTAL FILA
	DE 1 HASTA 2	DE 3 A MAS	
Controles Normales	-	1.7	2 1.7
Reacciones Ansiedad	5.8	3.3	11 9.2
Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias	10	11.7	26 21.7
Desórdenes de la Personalidad	24.2	13.3	45 37.5
Deprimidos Ambulatorios	17.5	10.0	33 27.5
Deprimidos Hospitalizados	2.5	-	3 2.5
Columna Total	72 60.0	48 40.0	120 100.0

9. Número de Hijos.

Por último en el número de hijos y el índice EAMD se encontró una chi cuadrada de 2.80 con una probabilidad de .73 lo cual nos indica que no existen diferencias significativas. En el índice de correlación V de Cramer se encontró una baja asociación entre el número de hijos y el índice de depresión el cual fue de .15. (Ver tabla 37).

TABLA 37. INDICE EAMD Y NUMERO DE HIJOS

INDICE EAMD	NUMERO DE HIJOS		TOTAL FILA
	PRIMERIZAS	DOS O MAS	
Controles Normales	.8	.8	2 1.7
Reacciones Ansiedad	6.7	2.5	11 9.2
Reacciones de Ajuste de Situaciones Transitorias	10.8	10.8	26 21.7
Desórdenes de la Personalidad	17.5	20.0	45 37.5
Deprimidos Ambulatorios	13.3	14.2	33 27.5
Deprimidos Hospitalizados	1.7	.8	3 2.5
Columna Total	61 50.8	59 49.2	120 100.0

CAPITULO IV

DISCUSION Y CONCLUSIONES

1. A través de la historia sobre la depresión postparto, se puede ver que ésta ha ido pasando por diversos cambios y que en la actualidad existen diversos puntos de vista como: "Psicología del Yo", "Enfoque Interpersonal y Cultural", "Escuela Existencialista", "La Teoría Cognitiva de Beck", "El Enfoque Fisiológico" y la influencia que ha tenido el Psicoanálisis en varias de ellas. Sin embargo, a pesar de los diferentes puntos de vista que existen acerca de ello, todos coinciden que éste es un trastorno que requiere de un diagnóstico, pronóstico y tratamiento adecuado, para enfrentar dicho trastorno.

2. Existen diversos criterios diagnósticos, por lo cual se dificulta el pronóstico y el tratamiento. Uno de los criterios que destaca es el de la "American Psychiatric Association", la cual publicó el DSMIII-R, clasificando a la depresión dentro de los "Trastornos del Estado de Animo", dando una subclasificación de Trastornos bipolares y trastornos depresivos, los cuales deben cumplir con criterios específicos para su diagnóstico.

3. Debido a esta diversidad de criterios diagnósticos, se debe la dificultad para realizar investigaciones al respecto, así como los diversos factores que influyen, entre los cuales destacan: los fisiológicos, sociales, familiares, personales, ambientales, etc.

4. Los porcentajes reportados a través de diferentes estudios fluctúan desde 5 a 8% hasta un 24 a 75%, lo cual se debe a los criterios que se emplean para señalar la presencia de depresión postparto.

5. Una de las clasificaciones empleadas para la depresión postparto encontrada en la literatura médica actual es dividida en 3 categorías principales: 1) aflicción materna (blues), 2) depresión postparto y 3) psicosis

postparto. En donde la primera ocurre entre el 50 a 80% de las madres, la segunda aproximadamente el 10% que cubren los criterios del DSMIII y la tercera una de dos mujeres de entre mil nacimientos. Los índices de depresión encontrados en las tres categorías están sujetos a los criterios para su diagnóstico, lo cual dificulta tener un criterio uniforme para conocer la magnitud de dicho trastorno.

6. El diagnóstico obtenido por medio de la escala de Zung reportó un índice de 9.2% y 8.3% con valores de 49 y 45 respectivamente, los cuales indican "Desórdenes de la Personalidad", es decir, que la mayoría de las mujeres encuestadas presentan depresión, lo cual corresponde a la incidencia reportada por la Literatura.

7. Gotlib y cols. (1989), encontraron que la depresión durante el embarazo es un factor significativo de riesgo para que se dé la depresión postparto, no existiendo en esta última relación con las variables sociodemográficas, concluyendo que la depresión durante el embarazo es un factor significativo de riesgo para la depresión postparto. En la presente investigación tampoco se encontró relación con las variables sociodemográficas, sin embargo, no en todos los casos puede existir relación ya que pueden sucederse cambios tanto favorables como desfavorables en el entorno social, así como cambios internos que susciten una depresión aunque ésta no se haya presentado durante el embarazo.

8. O Hara y cols. (1991) plantean que es la interacción entre los factores predisponentes característicos del individuo (grado de ajuste social, en un sentido amplio y capacidad de autocontrol), y los eventos vitales tensionantes lo que determina una mayor tendencia a desarrollar cuadros depresivos.

Reportan que los efectos de la vulnerabilidad personal están favorecidos por los efectos de las tensiones vitales, en especial aquellos que ocurren en la etapa perinatal (particularmente las complicaciones obstétricas, tales como la ruptura de membranas y la operación cesárea). Sin embargo en la presente investigación no se encontró una diferencia significativa, no obstante es importante mencionar que se obtuvo una chi cuadrada de 9.76 con una probabilidad de .08 en donde nos habla de una diferencia marginal o límite por ser cercano a .05, esto se puede deber a que la muestra no fue lo suficientemente amplia para marcar la diferencia.

9. También se corrobora con la investigación realizada por Whiffen (1988), la cual evalúa la tensión del nacimiento a través de varios reactivos, uno de los cuales se refiere al método de nacimiento situando al parto vaginal como menos estresante.

4.1 Alcances, limitaciones y sugerencias.

1. A través de esta investigación resalta la importancia de este trastorno en nuestra sociedad, debido a los efectos adversos en el desarrollo psicológico en el infante como pueden ser: alteraciones cognitivo-conductuales entre los hijos de madres que presentan depresión después del parto y subrayan los efectos negativos de la depresión parental a través del tiempo.

2. A pesar de que esta investigación no estudió directamente la percepción de la madre sobre el cuidado parental que ella misma tuvo, dicha investigación reflejó la depresión después del parto en diferentes grados, lo cual nos da un panorama más amplio de dicho trastorno para así poder realizar investigaciones futuras sobre el cuidado parental de las madres.

3. Existe una gran dificultad para medir la depresión después del parto, debido a que hay una negación por parte de las madres, como un mecanismo de defensa aunado al posible rechazo por parte de la sociedad.
4. En cada cultura son diferentes las causas desencadenantes que originan la depresión, por lo cual se sugiere investigar sobre éstas. Partiendo de lo ya investigado en otras culturas, como es: acerca del ajuste social y marital, la tensión que implica el nacimiento de un hijo, los estilos de afrontamiento, expectativas de la madre sobre la conducta de su hijo.
5. Se sugiere realizar un estudio longitudinal midiendo la depresión antes del embarazo, durante éste y después del parto. Para conocer los rasgos de personalidad que determinan una mayor vulnerabilidad a la depresión.
6. Varios autores dicen que existe relación entre la sintomatología durante el embarazo para que se presente la depresión después del parto, siendo importante verificarlo en nuestro país.
7. Indagar variables fisiológicas, psicológicas y de interacción social por medio de un equipo interdisciplinario formado principalmente por médicos especialistas, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.
8. Se sugiere evaluar los efectos de los factores hormonales y alteraciones afectivas asociadas al ciclo menstrual femenino en la manifestación clínica y aparición de la depresión postparto.
9. Es necesario hacer una distinción entre el cuadro clínico de depresión y la presencia de niveles elevados en sintomatología.
10. Dentro de la orientación psicológica que muchos Hospitales llevan a

cabo, se sugiere dar una orientación con respecto a los cambios emocionales por los que pueden pasar las madres, asimismo, orientar a los familiares para que la apoyen.

11. Que exista una comunicación más estrecha entre médico-paciente para evitar las fantasías perjudiciales en el entorno del alumbramiento y de la salud del hijo y disminuir niveles de angustia que pudieran caer en una depresión.

12. Realizar investigaciones en los diferentes niveles socioeconómicos ya que este trastorno no es específico de un nivel socioeconómico bajo.

13. Por último se sugiere realizar el mismo estudio con una muestra más amplia para así poder determinar si existe o no alguna diferencia significativa entre el grupo de mujeres con parto fisiológico y el de cesárea.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, K. 1960 (original 1911). "Notes on the Psychoanalytic Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions", selected papers on psychoanalysis, Nueva York, Basic Books, págs. 137-156. (Hay versión castellana: "Notas Sobre la Investigación y Tratamiento Psicoanalíticos de la locura maníaco-depresiva y condiciones asociadas", en Psicoanálisis clínico, Buenos Aires, Hormé, 1959)
- 1960 (original 1916) "The first pregenital stage of the libido", en Selected papers on psychoanalysis, Nueva York, Basic Books, págs. 248-279. (Hay versión castellana: "La primera etapa pregenital de la libido", en Psicoanálisis clínico, Buenos Aires, Hormé, 1959)
- 1960 (Original 1924). "A short study of the development of libido viewed in the light of mental disorders" in Selected papers on Psychoanalysis, Nueva York, Basic Books, págs. 418-501. (Hay versión castellana: Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales", en Psicoanálisis clínico, Buenos Aires, Hormé, 1959).
- Adler, A. 914, citado en: Ansbacher, H.L. y Ansbacher, R.R., 1956: "The individual psychology of Alfred Adler", Nueva York, Harper.
- Adler, K.A., 1961: "Depression in the light of individual psychology", *Journal of Individual Psychology*, 17, 56-67.
- Afonso, D.D. y Domingo, G. 1984: "Postpartum depression". A review, *Birth* 11: 231-235.
- American Psychiatric Association, 1988: "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" DSM-III-R. Ed. Masson, S.A., Barcelona.
- Areteo de Cappadocia, s.l.: citado en: Arieti, S. y Bemporad, J.; 1990: "Psicoterapia de la Depresión", Ed. Paidós. México, D.F.
- Arieti, S. y Bemporad, J. 1990: "Psicoterapia de la Depresión". Ed. Paidós. México, D.F.
- Arieti, S., 1974: "Manic-depressive psychosis and psychotic depression", en S. Arieti (comp.): *American handbook of psychiatry*, Vol. III, Nueva York, Basic Books.

- Ball, J.A. 1987: "Reactions to motherhood" The role of postnatal care, Cambridge University.
- Becker, E. 1964: "The revolution in Psychiatry", Nueva York, Free Press.
- Beck A., 1967: "Depression: clinical, experimental and theoretical aspects", Nueva York, Paul, B. Hoeber.
- 1970: "The core problem in depression: the cognitive triad", en J. Masserman. (comp.): Science and Psychoanalysis 17, Nueva York, Grune and Stratton.
- 1976: "Cognitive therapy and the emotional disorders, Nueva York, International Universities. Press.
- Bibring, E. 1953: "The mechanism of depression", en P. Greenacre (comp.): Affective disorders, Nueva York, International Universities Press. (Hay versión castellana: Perturbaciones de la afectividad, Buenos Aires, Hormé, 1959).
- Bieber, I. y Bieber, T.B. 1978: "Postpartum reactions in men and women", Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 6, en prensa.
- Bonet, 1684: citado en: Arieti, S. y Bemporad, J. 1990: "Psicoterapia de la Depresión", Ed. Paidós, México, D.F.
- Bonime, W. 1960: "Depression as a practice". Comparative Psychiatry, 1, 194-198.
- 1962: "The Clinical use of dreams", Nueva York, Basic Books.
- 1962: "Dynamics and psychotherapy of depression", en J. Masserman (comp.): Current psychiatric therapies, Nueva York, Grune and Stratton.
- 1976: "The psychodynamics of neurotic depression", Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 4, 301-326.
- Boyce, F.; Parker, G.; Barnett, B.; Cooney, M. y Smith, F.; 1991: "Personality as a Vulnerability Factor to Depression". British Journal of Psychiatry, 159, 106-114.
- Braverman, J. 1980: "Depression Postparto", Mundo Médico, 35-38.
- Burton, R. 1927: "The anatomy of Melancholy", Nueva York, Tudor. (Hay versión castellana: Anatomía de la Melancolía, Madrid, España).

- Calderón, N.G. 1990: "Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento", Ed. Trillas, México, D.F., cuarta edición.
- Campbell, S. y Cohn, J. 1991: "Prevalence and Correlates of Postpartum Depression in First-Time Mothers", *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 594-599.
- Carbary, L.J. 1982: "Postpartum Depression", *The Journal of Nursing Care*, 15, 11-13.
- Cardenal, L. 1960, 61: "Diccionario terminológico de Ciencias Médicas", Ed. Salvat Editores, S.A., séptima edición, 1271-1304.
- Clayton, S.G. y Newton, J.R. 199: "Manual de Obstetricia y Ginecología", Manual Moderno, S.A. de C.V., México, D.F.
- Chodolff, P. 1970: "The core problem in depression", en J. Masserman (comp.): *Science and Psychoanalysis*, Vol. 17, Nueva York, Grune y Stratton.
- Cohen, M.B.; Blake, G.; Cohen, R.A.; Fromm-Reichmann, F. y Weigert, E.V. 1954: "An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis", *Psychiatry*, 17, 103-38.
- Cox, J.L.; Connor, Y. y Kendell, R.E. 1982: "Prospective study of the psychiatry disorders of childbirth", *British Journal of Psychiatry*, 140, 111-117.
- Cutrona, C.E. 1982: "Non-psychotic postpartum depression. A review of recent research", *Clinical Psychology Review*, 2, 487-503.
- Davidson, J.; Robertson, E.; 1985: "A follow-up study of postpartum illness", 1946-1978, *Acta Psychiatrica Scand*, 71: 451-157.
- Dean, C. y Kendell, R.E. 1991: "The symptomatology of puerperal illnesses", *British Journal of Medical Psychiatry*, 38, 829-833.
- Detush, H. 1974: "The psychology of women", New York, Grune y Stratton.
- Fenichel, O. 1945: "The psychoanalytic theory of neurosis", Nueva York, Norton. (Hay versión castellana: *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós, 1979).

- Frazier, S.H. y Carr, 1975: "Introducción a la psicopatología", Ed. Ateneo, tercera edición.
- Freud, S. 1957 (orig. 1917): "Mourning and melancholia", Standard Edition 14, 243-58, Londres, Hogarth Press. (Hay versión castellana: "La aflicción y la melancolía", en Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968).
- 1957 (orig. 1921): "Group psychology and the analysis of the ego", Standard Edition 18, Londres, Hogarth Press. (Hay versión castellana: "Psicología de las masas", en Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1958).
- 1957 (orig. 1923): "The ego and the id", Standard Edition 19, Londres, Hogarth Press. (Hay versión castellana: "El yo y el ello", en Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968).
- 1969 (orig. 1933): "New introductory lectures on psycho-analysis, Standard Edition, 22, Londres, Hogarth Press. (Hay versión castellana: "Nuevas aportaciones al psicoanálisis", en Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968).
- García, F. 1989: "Incidencia de Depresión en el postparto en un Hospital de segundo nivel", Tesina para obtener el grado de especialidad en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gard, P.R.; Handley, S.C.; Parsons, A.D.; Waldron, G.A. 1986: "A Multivariate Investigation of Postpartum Mood Disturbance", British Journal of Psychiatry, 148, 567-575.
- Gibson, R.W. 1958: "The family back ground and early life experience of the manic-depressive patient: a comparison with the schizophrenic patient", Psychiatry, 21, 71-90.
- Gotlib, I.H.; Whiffen, V.E.; Mount, J.H.; Milne, K. y Cordy, N.I.; 1989: "Prevalence Rates and Demographic Characteristics Associated with Depression in Pregnancy and the Postpartum", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57 (2), 269-274.
- Gotlib, I.H.; Whiffen, V.E.; Wallace, P.M.; Mount, J.H.; 1991: "Prospective Investigation of Postpartum Depression: Factors Involved in Onset and Recovery", Journal of Abnormal Psychology, 100 (2), 122-132.
- Harding, J.; 1989: "Postpartum Psychiatry Disorders: A Review", Comprehensive Psychiatry, 30 (1), 109-112.

- Harris, B.; John, S.; Fung, H.; 1989: "The hormonal environment of postnatal depression", *British Journal Psychiatry*, 154: 660-667.
- Herchel, 1978: citado en: Arieti, S. y Bemporad, J.; 1990: "Psicoterapia de la depresión", Ed. Paidós, México, D.F.; 229-235.
- Herzog, A. y Detre, T.; 1976: "Psychotic reactions associated with childbirth", *Diseases of the Nervous System*, 37, 229-235.
- Hipócrates, S. IV: citado en: Hill, D.; 1970: "La depresión en la historia", en depresión, MEDCOM, Nueva York.
- Hopkins, J.; Marcus, M.; Cambell, S.B.; 1984: "Postpartum depression: A critical review", *Psychology Bulletin*, 95: 498-515.
- Horney, K. 1950; "Neurosis and human growth", Nueva York, Norton. (Hay versión castellana: Neurosis y Madurez, Buenos Aires, Psique).
- Jacobson, E. 1946: "The effect of disappointment on ego and superego Formation in normal and depressive development", *Psychoanalytic Review*, 33, 129-147.
 -- 1954: "The self and the object world", *Psychoanalytic study of the child*, 9, 75.
 -- 1971: "Depression", Nueva York, International Universities Press.
- Jaspers, K. 1964: "General Psychopathology", Chicago University of Chicago Press. (Hay versión castellana: Psicopatología General, Buenos Aires, Bernades).
- Jonathan, R. 1990: "Postnatal depression: A review of recent literature", *British Journal of General Practice*, 40 (340), 472-476.
- Kendell, R.E. 1985: "Emotional and physical factors in the genesis of periperal mental disorders", *Journal Psychosom Res*, 29: 3-11.
- Kerlinger, F.N. 1987: "Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología", Ed. Interamericana, México, D.F., segunda edición.
- Kraepelin, E. 1921: "Manic-depressive insanity and paranoia", Edimburg, Livingstone.
- Kraft, A.M. 1981: "Psiquiatría de la práctica general", Ed. Interamericana, México, D.F., 72-73.

- Kraupl-Taylor, F. 1980: "The concepts of disease", *Psychological Medicine*, 10: 419-424.
- Kumar, R.; Robson, F.M.; 1984: "A prospective study of emotional disorders in childbearing women", *British Journal Psychiatry*, 144: 35-47.
- Leverton, T. 1991: citado en: Murray, L.; Cooper, P. y Stein, A. 1991: "Postnatal Depression and Infant Development", *British Medical Journal*, 302, 1466.
- Levin, J. 1979, 1979: "Fundamentos de Estadística. En la Investigación Social", Ed. Harla, México, D.F., Segunda Edición.
- Liu, D.T.Y. y Fairweather, D.V.I., 1987: "Manual de la Sala de Trabajo de Parto", Manual Moderno, S.A. de C.V., México, D.F., 54-56; 197-200.
- Martín, C.J.; Brown, G.W.; Goldberg, D.P.; Brockington, I.F.; 1989: "Psychosocial stress and puerperal depression", *J. Affective, Dis.*, 16: 283-293.
- McNeil T.F.; 1986: "A prospective study of postpartum psychosis in a high-risk group", *Acta Psychiatrica Scand*, 74: 205-216.
- Mendoza, A.I., 1992: "Gineco Obstetricia", Manual Moderno, S.A. de C.V., México, D.F., 118-119, 122, 127-287.
- Meyer, A.; 1904: citado en: Arieti, S. y Bemporad, J. 1990: "Psicoterapia de la Depresión", Ed. Paidós, México, D.F.
- Milano, M.R. y Kornfeld, D.s., 1980: "Psychiatry and Sugery" en *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, editado por Kaplan, H.I.; Freedman, A.M. y Sadock, B.J.; Williams and Wilkins, Baltimore, Londres.
- Minkowki, E. 1958: "Findings in case of schizophrenic depression", en R. May (comp.). *Existence*, Nueva York, Basic Books.
- Nie, N.H.; Hull, H.C.; Jenkins, G.J.; Steinbrenier, K. y Bent, D.H., 1980: "Statistical Package for the Social Sciences", Mc Graw Hill, Nueva York, Second Edition.
- Oates, M.R., 1986: "The treatment of psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium", *Clinics in Obstet Gynecol.* 13: 385-395.

- O'Hara, M.W.; Neunaber, D.J. y Zekoski, E.M., 1984: "Prospective study of postpartum depression. Prevalence course and predictive factors", *Journal of Abnormal Psychology*, 93: 158-171.
- O'Hara, M.W.; Zekoski, E.M., 1988: "Postpartum depression: a comprehensive review", In Kumar R.; Brockington I.F. (eds), *Motherhood and mental illness*, Volumen 2, London: Wright.
- O'Hara, M.W.; Zekoski, E.M.; Philipps, L.H. y Wright, E.J. 1990: "Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Comparison of Childbearing and Nonchildbearing Women", *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (1), 3-15.
- Opangenberg, J. y Pieters, H. 1991: "Factors related to postpartum depression", *South African Journal of Psychology*, 21, 157-165.
- Phillips, L. y O'Hara, M., 1991: "Prospective Study of Postpartum Depression: 4 1/2 year follow-up of women and children", *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (2), 151-155.
- Pick, S. y López, A.L. 1990: "Cómo investigar en ciencias sociales", Ed. Trillas, México, D.F.
- Pinel, P. 1801: "Taité medico-philosophique sur l'aliénation mentale, Paris.
- Pitt, A. 1968: "Atypical Depression Following Childbirth", *British Journal of Psychiatry*, 114: 1325-1335.
- Pitt, B., 1973: "Maternity blues", *British Journal Psychiatry*, 122: 431-433.
- Protheroe, C. 1969: "Puerperal Psychoses: A long term study", 1927-1961, *British Journal Psychiatry*, 115: 9-30.
- Rado, S. 1956 (orig. 1927): "The problem of melancholia", en Rado, S.: *Collected papers*, Vol. I, Nueva York, Grune and Stratton.
- 1951: "Psychodynamics of depression from the etiologic point of view", *Psychosomatic Medicine*, 13: 51-55.
- Reich, T.; Winokur, G., 1970: "Postpartum psychoses in patients with manic depressive disease", *Journal Nervous Mental Dis.*, 151: 60-68.

- Richards, J. 1991: citado en: Murray, L.; Cooper, P. y Stein, A. 1991: "Postnatal Depression and Infant Development", *British Medical Journal*, 302, 978-979.
- Richman, J. Raskin, V. y Gaines, Ch., 1991: "Gender Roles Social Support and Postpartum Depressive Sintomatology", *Journal of Nervous and Mental*.
- Salzman, L. y Masserman 1962: "Modern concepts of psychoanalysis", Nueva York, Philosophical Library.
- Sandler, J. y Joffe, W. G. 1965: "Notes in childhood depression", *International Journal of Psychoanalysis*, 46: 480-96.
- Sapirstein, S.L. y Kaufman, M.R., 1966: "The higher they climb, the lower they fall", *Journal of the Canadian Psychiatric Association*, 11: 229-304.
- Sartorius, N., 1975: "Epidemiology of depression", *Who Chronicle*, 29: 423-427.
 -- 1979: "Research on affective psychoses within the framework of the WHO programe", en *origin., Prevention and Treatment of Affective Disorders*, Academic Press. Inc. (Londres).
- Sartorius, N.; Jablensky, A.; Gulbinat, W. y Ernberg, G. 1980: "WHO collaborative study: assessment of depressive disorders. Preliminary communication", *Psychological Medicine*, 10: 743.
- Shact, 1747: citado en: Arieti, S. y Bemporad, J. 1990: "Psicoterapia de la Depresion", Ed. Paidós, México, D.F.
- Shea, B. 1991: citado en: Murray, L.; Cooper, P. y Stein, A. 1991: "Postnatal Depression and Infant Development", *British Medical Journal*, 302, 1336.
- Sierra, S. 1993: "Reacciones emocionales ante el embarazo de alto riesgo planeado y no planeado", (Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM).
- Sullivan, H.S., 1953: "The interpersonal theory of psychiatry", Nueva York, Norton.
- Tellenbach, H. 1974: "Melancholic problemgeschichte-endogenital-typologie-pathogenese-klinik", Berlín, Springer-Berlag. (Hay versión castellana: Melancolía, visión histórica del problema, endogenidad, tipología, patogenia, clínica, Madrid, Morata, 1976.

- Thomas, A.; Chess, S. y Birch, H.G. 1968: "Temperament and behavior disorders in children", Nueva York, New York University Press.
- Wainwright, W.H. 1966: "Fatherhood as a precipitant of mental illness", American Journal of Psychiatry, 123: 40-44.
- Whiffen, V. 1988: "Vulnerability to postpartum depression: L A prospective multivariate study", Journal of Abnormal Psychology, 97 (4), 467-474.
- Yalom, I.D.; Lunde, D.T.; Moss, R.H. y Hamburg, D.A., 1968: "Postpartum blues syndrome", Archives of General Psychiatry, 18: 16-27.
- Zax, M. y Cowen, E.L., 1979: "Psicopatología. México: Interamericana.
- Zilboorg, G. 1928: "Malignant Psychoses related to childbirth", American Journal of obstetrics and Gynecology, 15, 145-158.
- 1929: "The dynamics of Schizophrenic reactions related to pregnancy, and childbirth", American Journal of Psychiatry, 8, 733-767.
- 1931: "Depressive reactions related to parenthood", American Journal of Psychiatry, 87: 927-962.

G L O S A R I O

Acido Fólico: Acido pteroilglutámica, vitamina que existe en tejidos animales y vegetales (hojas verdes, hígado, levaduras), esencial para el desarrollo del lactobacillus. Se produce también por síntesis. Tiene propiedades hemopoyéticas y se administra en ciertos tipos de anemia macrocítica.

Aminas Biógena: Las formadas en los organismos por descarboxilación de los aminoácidos. Poseen afecciones fisiológicas intensas y características.

Areola: Zona de color oscuro que rodea el pezón o toda zona rojiza circular alrededor de un punto inflamado.

Calostro: El primer líquido secretado por la glándula mamaria antes o después del parto. Contiene menos caseína y más albúmina que la leche ordinaria y numerosos leucocitos cargados de grasa (corpúsculos del calostro).

Capa Decidual: Estrato de espesor caduco casi uniforme.

Cérvix: El cuello o una parte en forma de cuello.

Cortisol: Hormona adrenocortical, 17-hidroxicorticosterona o hidrocortisona. Glucoide fisiológico producido por la corteza suprarrenal.

Cuerpo Perineal: Anatómicamente es la región de forma romboidal, que se extiende en longitud desde el subpubis a la punta del coxis y en anchura desde una tuberosidad isquiática a otra. Se divide en perineo anterior y posterior.

Enema: Inyección de un líquido en el recto; lavativa, ayuda especialmente la medicamentosa o la alimenticia.

- Espina Isquiática:** Espina entre las dos escotaduras cláticas mayor y menor.
- Ferroso:** Que contiene hierro en su menor valencia.
- Fibromas:** Nombre genérico de las neoplasias compuestas esencial o principalmente de tejido fibroso o conjuntivo venoso.
- Gonadotropina Coriónica:** Hormona de la orina de la mujer embarazada formada en la placenta que en la mujer provoca la formación del cuerpo lúteo y en el hombre estimula la glándula intersticial del testículo. Su descubrimiento en la orina es la base de las pruebas biológicas del embarazo.
- Hemolítica:** Relativo a la hemólisis que provoca la hemólisis.
- Hemólisis:** Desintegración o disolución de los corpúsculos sanguíneos, especialmente de los hematíes, con liberación consiguiente de la hemoglobina por la acción de lisinas específicas o hemolisinas de bacterias, sueros hipnóticos, fármacos, etc.
- Hiperpigmentación:** Pigmentación excesiva.
- Hidroxitriptamina:** Es igual a Serotonina.
- Líquido Cefalorraquídeo:** Líquido ceroso contenido en los ventrículos cerebrales, espacio subaracnoides y conducto medular.
- Litio:** Cuerpo simple metálico blanco, peso atómico 6,94, símbolo Li, el más ligero de los metales alcalinotérreos. En la actualidad las sales de litio especialmente el carbonato, constituyen una terapéutica de elección en la profilaxis y tratamiento de las psicosis maniaco-depresivas.
- Megalocisto:** Glóbulo rojo no nucleado, gigante de 10 a 15u de diámetro; macronormocito.

Metabolito: Sustancia producida por metabolismo.

Músculos Diafragmáticos: En la parte superior de la cavidad abdominal, cuya bóveda forma; impar, asimétrica, ancho y aplanado, constituido por una porción carnosa periférica y otra tendinosa central.

Neoplasia: Es igual a neoplasma.

Neoplasma: Neoformación o nuevo crecimiento de tejido, en el que la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y tiene un carácter a veces progresivo. Sin tumor (benigno o maligno).

Noradrenalina: Compuesto del grupo de las catecolaminas, que actúa como neurotransmisor central y en las terminaciones adrenérgicas del sistema nervioso vegetativo; secretada también por la médula suprarrenal. Se diferencia de la adrenalina por la ausencia del grupo n-metilo, de aquí el nombre de nor (no-radical) adrenalina; por metilación puede ser transformada en adrenalina. Sinónimo de norepinefrina, arterenol.

Pielonefritis: Pielitis y nefritis simultáneas, ascendente, descendente. Inflamación de estos órganos según progrese de la vejiga al riñón o del riñón a la vejiga respectivamente.

Prolapso: Caída, salida, procedencia de una parte o viscera *del cordón.- expulsión o salida prematura del cordón umbilical en el parto. *genital.- descenso del útero a la vagina hasta salir, a veces fuera de la válvula.

Prurito Mamario: Afección caracterizada por el prurito intenso en los órganos genitales externos femeninos, frecuente en el embarazo y la diabetes.

Serotonina: Sustancia que se produce en el organismo en el curso del metabolismo del triptófano, por oxidación y descarboxilación. Se forma en las células argentafines y enterocromafines de tubo intestinal y transporta dentro de las plaquetas, circula por la sangre.

Sinequía: Adherencia de partes próximas especialmente la adherencia del iris con la córnea o con el cristalino.

Sínfisis Púbrica: Articulación de los huesos ilíacos entre sí y con el sacro, respectivamente.

Soplo uterino. Ruido que produce la sangre en las arterias del útero grávido.

Trombosis Venosa: Proceso de formación o desarrollo de un trombo. Que puede ser: *arterial, cardíaca o venosa.- formación de trombos en el corazón, arterias o venas respectivamente, o *puerperal.- coagulación de sangre en las venas después del parto; flebitis puerperal.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

1. Edad: _____
2. Estado Civil:
- | | | | |
|--------------|-----|---------------|-----|
| - Soltera | () | - Separada | () |
| - Casada | () | - Viuda | () |
| - Divorciada | () | - Unión libre | () |
3. Ocupación:
- | | | | |
|-----------------|-----|--------------|-----|
| - Hogar | () | - Campesina | () |
| - Empleada | () | - Estudiante | () |
| - Obrera | () | - Ninguna | () |
| - Técnica | () | - Otra _____ | |
| - Profesionista | () | | |
4. Escolaridad:
- | | | | |
|-------------------------|-----|------------------------------|-----|
| - Sin educación escolar | () | - Preparatoria o equivalente | () |
| - Primaria incompleta | () | - Profesional | () |
| - Primaria completa | () | - Carrera Técnica | () |
| - Secundaria | () | | |
5. Nivel Socioeconómico:
- Ingreso mensual aproximado _____
 - Número de Personas que dependen de ese ingreso _____
 - Persona que aporta la mayor parte _____
 - Vivienda: Propia (), Rentada (), Otra _____
 - Servicios con los que cuenta:
 Agua potable (), Drenaje (), Luz (), W.C. ()
 - Número de Habitaciones _____
6. Número de Hijos _____

ANEXO 2

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes solía hacerlo.				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de constipación (Gripa).				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso sin hacer nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.				

ANEXO 3**PLANTILLA DE CALIFICACION**

	A	B	C	D		A	B	C	D
1.	1	2	3	4	11.	4	3	2	1
2.	4	3	2	1	12.	4	3	2	1
3.	1	2	3	4	13.	1	2	3	4
4.	1	2	3	4	14.	4	3	2	1
5.	4	3	2	1	15.	1	2	3	4
6.	4	3	2	1	16.	4	3	2	1
7.	1	2	3	4	17.	4	3	2	1
8.	1	2	3	4	18.	4	3	2	1
9.	1	2	3	4	19.	1	2	3	4
10.	1	2	3	4	20.	4	3	2	1

TABLA DE CONVERSION

C.B.*	AMD*	C.B.	AMD	C.B.	AMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

(*) C.B. = Calificación Básica.

(*) AMD = Índice de automedición de la depresión.

ANEXO 5

DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION	INDICE AMD PROMEDIO	RANGOS
Controles Normales	33	25 - 43
Deprimidos Hospitalizados	74	50 - 78
Deprimidos Ambulatorios	64	63 - 90
Reacciones de Ansiedad	53	40 - 68
Desórdenes de Personalidad	53	42 - 68
Reacciones de Ajuste	53	38 - 68