

11241
1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

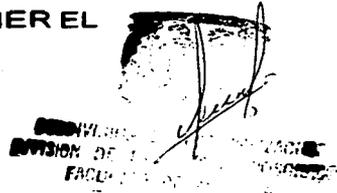
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
ESTERILIDAD.

TÉSIS PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN
EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA EL

DR. JAVIER ARTURO LANGUANO DÍAZ



DRA. MA. CRISTINA BROISSIN F.
TUTOR TEÓRICO

DR. RAFAEL J. SALIN PASCUAL
TUTOR METODOLÓGICO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: JAVIER ARTURO DÍAZ
FECHA: 20 FEB 03
FIRMA:

CUIDAD DE MÉXICO.
1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

GRACIAS.

Primeramente a *Dios*, que me ha permitido llegar a este momento de mi vida, y permitirme comprender como trascender en el conocimiento y en el servicio a los demás.

A mi *mamá*, la Sra. Ma. Antonia Díaz Díaz, que con su ejemplo y esfuerzo me ha impulsado a buscar mi superación tanto académica como personal, compartiendo serenamente mis logros y comprendiendo siempre.

A mis *hermanas* Sylvia Asunción, Alejandra Guillermina, Milagros Georgina y Adriana Guadalupe, ya que cada una con su apoyo singular me hacen sentir aunque lejos siempre cerca de ellas.

A *Fray* Roberto Alba Díaz, OFM, por su apoyo y consejo, siempre justo y sereno.

Al *Hospital* Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que forjó en mí un espíritu de aprendizaje, de servicio y de superación humana.

A los *hospitales* en que realice rotaciones; Hospital Infantil de México "Federico Gómez" y al Instituto Mexicano de Psiquiatría, ya que en cada uno de ellos encontré calidad humana y académica que fortalecieron mi aprendizaje.

A la *Universidad Nacional Autónoma de México*, que me brindó la oportunidad de formarme como psiquiatra.

***A los pacientes, esencia de mi
formación y dispensadores de confianza
y atenciones aún en lo profundo de su
ser.***

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO.

- 1.- Conceptos preliminares.
- 2.- Introducción.
- 3.- Antecedentes.
- 4.- Planteamiento del problema.
- 5.- Justificaciones.
- 6.- Hipótesis.
- 7.- Objetivos.
- 8.- Metodología.
- 9.- Gráficas.
- 10.- Resultados y conclusiones.
- 11.- Bibliografía.
- 12.- Anexos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCEPTOS PRELIMINARES.

DEPRESIÓN:

Homero en el VI canto de la Iliada, expone la pena de Belfonte al sufrir la cólera y el abandono de los dioses, a la vez que ensalza las virtudes terapéuticas de mezclas de hierbas egipcias, "Secreto de reinas", como el nepentes que refrena los desequilibrios biliares. Corresponden, sin embargo, a Hipócrates las primeras referencias conceptuales y clínicas de la melancolía. En el Corpus hippocraticum se reconoce ya un tipus melancholicus inclinado a padecer este trastorno, de especial incidencia en primavera y otoño, cuya causa es una patología de los humores básicos y concretamente un exceso de alteración de la bilis negra. Fue Aristóteles el primero que dedicó un estudio monográfico a este problema. En el siglo I, Areteo de Capadocia ofrece una de las mejores descripciones de la melancolía.

En la Edad Media Alejandro de Tralles (526-605) dedica a este trastorno unas excelentes páginas en su obra doce libros sobre el arte médico, donde se observan tres formas etiológicas diferentes, exceso de sangre, sangre acre y biliosa, y bilis negra. Este autor aprecia que, tal como ya se había reflejado en otras descripciones más antiguas (Areteo), no siempre la tristeza y el temor son síntomas característicos de estos pacientes, sino que en otras ocasiones prevalece la hilaridad, la ira y la ansiedad, fenómenos, como vemos, cercanos a los estados maniacos.

La aportación probablemente más importante de la primera parte del siglo XVIII corresponde a un español, Andrés Piquer (1711-1792), quien describió con suma precisión la enfermedad maniaco-depresiva del rey Fernando VI, hasta su muerte el 10 de agosto de 1758. En la segunda parte de este siglo la figura más destacada fue Cullen (1710-1790), el cual incluye en la Vesaniae dos géneros principales de depresión, la manía y la melancolía.

Berrios (1988) ha señalado que el significado que se le dio a la melancolía y a la manía clásicamente no guardaba estricta relación con su sentido actual.

Como ocurre con otros fenómenos psicopatológicos, el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar otros trastornos psicopatológicos primarios, como la neurosis de angustia, como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, y como enfermedad, desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica un curso, un tratamiento y un pronóstico específico. La escasa precisión de los términos y conceptos obliga a que determinadas áreas (p. ej. estudios epidemiológicos) se distingan tres grupos de estados afectivos claros: síntomas depresivos (presentes incluso en la población normal), depresiones unipolares (que engloban neuróticas y endógenas) y trastornos bipolares (Que hacen referencia al PMD).

PREVALENCIA: 13-20%.

FACTORES DE RIESGO: Mujeres, hombres jóvenes y viejos, clase social baja, divorciados y separados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTERILIDAD.

No es un factor o uno de los miembros de la pareja, sino una combinación de varios factores de cada pareja, lo que contribuye a la esterilidad en el 80% de los casos.

Una pareja es considerada estéril si ha realizado el coito sin contracepción durante un año y no ha ocurrido el embarazo.

En E.U.A. se estima que el 12% de las parejas casadas no tienen hijos de manera involuntaria. Diversas clínicas indican que entre el 20% y 50% de las parejas que padecen esterilidad pueden ser ayudadas

El estrés de la propia esterilidad una pareja que desea tener hijos puede dar lugar a una alteración emocional. Cuando un conflicto preexistente produce problemas de identidad, autoestima y culpa neurótica, la alteración puede ser grave. Puede manifestarse mediante la regresión, una dependencia extrema del médico, de la pareja o del padre; una cólera difusa; una conducta impulsiva o bien una *depresión*.

El problema se complica más si se utiliza la terapéutica hormonal para tratar la esterilidad, pues esta técnica puede aumentar temporalmente la depresión en algunas pacientes.

Todo lo anterior indica que la paciente estéril presenta problemas emocionales que en la clínica se asocian frecuentemente a Depresión, ansiedad y otros trastornos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN:

Una de las características más sobresalientes de la especie humana en comparación con otros animales es la capacidad de decisión respecto a tener o no tener hijos, el momento en cual tenerlos y el espaciamiento del tiempo entre los nacimientos; esto implica que en cierta manera se tiene control sobre un evento muy importante del ciclo vital en el ser humano: la procreación. Sin embargo, en muchas ocasiones esto escapa al control de las personas cuando se enfrentan por ejemplo a una condición de esterilidad en donde, de principio, la reproducción esta negada.

Aparentemente en nuestros tiempos el deseo de tener un hijo ha disminuido considerablemente. Pero al menos en nuestro país la procreación ha representado una de las metas vitales tanto en hombre como en mujeres.

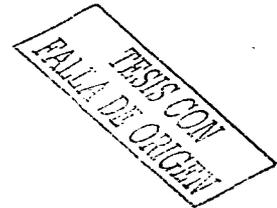
El impacto de saberse estéril, en una mujer provoca grandes conflictos, ya que culturalmente desde la niñez se le va introyectando el papel de madre, a través de juegos y modelos, y a lo largo de su vida, éste se ve reforzado como parte inherente de las funciones de una mujer con un desarrollo normal y pleno.

Es por ello que la esterilidad femenina no debe considerarse como un trastorno meramente fisiológico, sino que afecta también de forma relevante los ámbitos psicológico y social de las mujeres que lo presentan.

El Dr. Kably (1990) menciona que la esterilidad es un problema frecuente entre las parejas mexicanas, ya que de un 10% a un 20% de estas, presentan dificultades para procrear.

Ahora bien, se sabe que la esterilidad se vive como la experiencia más desagradable que tiene secuelas negativas en el funcionamiento patológico del individuo (Holmes y Tymistra, 1987).

Cuando una mujer se encuentra en una situación de esterilidad, tiene probabilidades mínimas para el logro, desarrollo y termino de un embarazo, las cuales puede percibir de manera distorsionada por la construcción de probabilidades subjetivas de mayor porcentaje de éxito que desarrolla con base a su enorme deseo de que tal hecho se realice pero que no concuerdan con la realidad que su condición de mujer estéril determina. En el momento en que una mujer se da cuenta que sus probabilidades subjetivas no concuerdan con la realidad que esta viviendo, pueden surgir alteraciones en su estado de ánimo que de acentuarse podrían incidir en el inicio de una condición clínica de depresión o de algún otro trastorno psicológico.



En México se han realizado investigaciones sobre el impacto de la esterilidad en el estado emocional de los hombres y mujeres que la padecen (Carreño, 1994; Díaz, 1992; Morales et. Al., 1992, 1995; Rodríguez, 1992; Peralta, 1992). Y en estos estudios se ha observado que;

- a.- La esterilidad sigue siendo percibida como una experiencia sumamente desagradable.
- b.- Dentro de la sociedad mexicana la finalidad de la familia, la sexualidad y del propio individuo sigue siendo la procreación de los hijos.
- c.- La esterilidad se enfrenta con impotencia y frustración debido a que se le considera como un obstáculo para cumplir con una función socialmente esperada.
- d.- La esterilidad produce cambios en la personalidad o bien acentúa características que desequilibran el estado emocional y físico del ser humano.

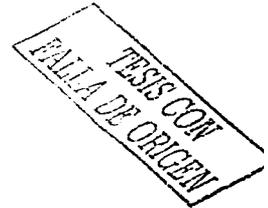
Malhstedt (1991), comenta que tanto el diagnóstico como el tratamiento de la esterilidad tiene un profundo impacto en las vidas de las personas, ya que es un proceso que invade su cuerpo, su personalidad, su trabajo y su mente. Los diagnósticos son con frecuencia vagos y poco concluyentes y el tratamiento es doloroso, intrusivo y con mucha inversión de tiempo y dinero.

Las respuestas emocionales más comunes a esta condición son la depresión como se menciona en párrafos anteriores, múltiples sentimientos de pérdida y prolongado estrés. La pena asociada con esterilidad ha sido comparada con la pérdida por la muerte de un hijo, pero es la pena por un hijo que nunca nació, no hay funeral.

Cuando se extienden estas respuestas emocionales, incapacitan a las personas en varias áreas de su vida, por ejemplo, en su habilidad para comunicarse con su pareja y con su entorno, se acentúa de manera rígida la importancia del hijo como parte de la identidad, y se pone en riesgo el bienestar físico y psicológico.

Quiero resaltar que entre otros datos clínicos de cambios en el estado emocional de la mujer estéril se encuentran las quejas somáticas, trastornos del sueño, y disfunciones sexuales entre otros (Morales, 1992), y que, por lo menos para algunas pacientes el nivel de estrés psicológico puede variar desde el momento en que ingresan a algún programa hasta que concluyen su tratamiento (Seibel, 1987).

Para finalizar quiero manifestar que la depresión se ha descrito como una consecuencia común de la esterilidad. Hay datos preliminares que indican que las mujeres estériles reportan niveles depresivos normales (Paulson, 1988; Downey, 1992) o ligeramente mayores que las mujeres sanas (Garner, 1984; Mazure, 1984; Fagan, 1986; Daniluk, 1988), por lo que el objeto del presente estudio es corroborar y describir lo anterior, tomando como muestra un grupo de pacientes con esterilidad, tanto primaria como secundaria y compararlas con un grupo de control y determinar si hay una diferencia significativa de los niveles de depresión entre ellos.



ANTECEDENTES.

Freeman, Ellen; realizó dos estudios para investigar los factores emocionales y conductuales de las mujeres estériles, en uno comparaba sobre mujeres anovulatorias contra otro tipo de causas de esterilidad, el segundo estudio consistía en evaluarlas durante el tratamiento. Obtiene resultados importantes sobre los cambios emocionales, presentándose depresión y ansiedad como síntomas predominantes. (12-13)

Pepperell, Roger.; hace una revisión teórica de la esterilidad, tocando como punto de importancia las alteraciones emocionales durante el tratamiento de la esterilidad, recalca la importancia de disfunciones sexuales. Platt, et al. Compara los rasgos de personalidad de del concepto de sí-mismo en parejas estériles, puntualiza tres hipótesis (1) existe amplia discrepancia entre el sí-mismo real y el ideal, (2) las mujeres tienen mayores trastornos que los hombres y (3) las parejas estériles muestran amplia discrepancia entre sus trastornos emocionales, que las parejas no estériles. (8)

En un estudio muy interesante Sarrel, Phillips; realiza la evaluación de la intervención psicoterapéutica de un grupo de pacientes estériles, concluyendo que a través del manejo en sí de la propia esterilidad se presentan trastornos emocionales que son atenuados y controlados mediante la intervención psiquiátrica. Eisner; estudió 20 parejas infértiles, a las cuales les aplicó el test de Roscharch y encontró que las mujeres mostraban más frecuencia de trastornos emocionales. (5)

Otros autores han mostrado que as mujeres estériles presentan varias inadaptaciones de problemas psicosexuales, que en un momento dado aumentan aún más los trastornos ya existentes. E. Linda; enfatiza sobre la necesidad de un diseño para la intervención psicoterapéutica en la Clínica de Esterilidad. (12,13,1,2)

En un estudio reciente de Frick-Bruder-V; del centro para la reproducción de Hamburgo analiza los aspectos psicológicos de hombres y mujeres sin hijos y la aparición de conductas narcisista y considera primordiales los aspectos referentes a la depresión. (14)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Existe un estudio de 1992 para la prevalencia y predictibilidad de la depresión en la mujer estéril de Domar-AD del New England Deaconess Hospital de la Escuela de medicina de Harvard, en el que se determina la prevalencia, severidad y predictibilidad de depresión en mujeres infértiles comparadas con un grupo control de mujeres sanas, en el que define como conclusiones que los síntomas depresivos son comunes a las mujeres estériles y como la intervención psicológica reduce los síntomas depresivos y se necesita implementar principalmente para cuando se realiza el diagnóstico definitivo. (15)

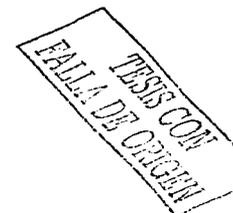
En los últimos años la Fertilización in vitro como alternativa para la esterilidad ha cobrado auge en varios países y Hyness.GJ; del departamento de Psicología de la universidad de Queensland, Australia realizó un estudio entre 100 pacientes estériles y 73 controles aplicando en dos ocasiones tests para depresión y autoestima, antes y después de la fertilización in vitro obteniendo datos que las mujeres antes de someterse al tratamiento presentan disminución en la autoestima e incremento de síntomas depresivos y recomienda también la psicoterapia de apoyo. (16)

Un estudio por demás interesante se refiere al realizado en la Universidad de Tel Aviv, sobre los cambios psicológicos y hormonales en el curso de la fertilización in vitro, en este caso se estudiaron 130 pacientes en que se evaluaron depresión con el Lubin's Adjective check list y el inventario de ansiedad de Spielberger's y fueron determinados niveles de cortisol y prolactina por radioinmunoensayo y se obtuvo como resultado que los pacientes con niveles de ansiedad y depresión fueron más altos que la población normal y no hubo variación en las mediciones hormonales. (17)

También la psicoterapia conductual ha demostrado ser benéfica para disminuir la intensidad de los síntomas psicológicos, en especial los depresivos, siempre asociado al tratamiento médico específico, según refiere estudio realizado en la Universidad de Boston en Mass. por el Dr. Domar-AD. (18)

La valoración de la función Psicológica en pacientes estériles reportada por el Dr. Golombok-S de la universidad de Londres refiere que primariamente las pacientes estériles como avanza el tratamiento en las clínicas de esterilidad se va incrementando principalmente la ansiedad y si no es atendida con oportunidad evoluciona a cuadros depresivos. (19)

En 1993 se realizó en la Universidad de Amsterdam un estudio para valorar la integridad emocional entre las parejas con esterilidad encontrando baja autoestima, agresividad, hostilidad, alteraciones en el comportamiento sexual, ansiedad predominante en las esposas y niveles moderados de depresión, recomendando el consejo y la ayuda especializada. (20)



Estudios más recientes han propuesto la comparación de los niveles de depresión en pacientes con esterilidad en relación con otras enfermedades médicas. Encontrando que los resultados sugieren que los síntomas psicológicos asociados a esterilidad son similares a los asociados a otras enfermedades médicas delicadas o graves, por lo que se necesitaría estandarizar la intervención psiquiátrica en este tipo de pacientes. (21)

En tiempos recientes se inicia el análisis de la calidad de vida en pacientes con esterilidad, y hasta en los donadores de semen para las clínicas especializadas se han realizado estudios de valoración psicológica ya que podemos resumir que abarca una amplia gama de actores así como de trastornos que incluso se han presentado como graves de la personalidad, por lo que se sugiere también la valoración psicológica de los pacientes antes de ser sometidos a procesos que en su momento no podrían enfrentar adecuadamente como la fertilización in vitro. (22,23,24,25)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los trastornos emocionales en la mujer estéril han sido reconocidos desde hace mucho tiempo por médicos generales u otros especialistas, y sin embargo no se les ha concedido la suficiente importancia como para proceder a una intervención oportuna.

El estrés principalmente es un factor decisivo en los trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión en las mujeres estéril y desafortunadamente se presentan con intensidad grave en algunas ocasiones que llegan a colocar a la pareja en estas condiciones en situación de crisis.

Además de lo anterior tenemos que el estrés se acentúa de manera importante por la evaluación y tratamiento del problema.

En la última década se han estudiado no de manera tan sistematizada los trastornos psicológicos que son consecuencia de la esterilidad y del tratamiento que para ésta se sigue, en la mayoría de los casos los datos son un tanto empíricos al tratar de demostrar esta relación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACION.

En el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", de la Secretaría de Salud, la consulta externa de la clínica de Biología de la Reproducción, abarca un 40% del total del servicio en lo general y el 60% de las pacientes presentan esterilidad primaria.

En diferentes estudios realizados en Hospitales Generales y de concentración mencionan que la frecuencia del Síndrome depresivo es del orden del 32.3%.

HIPOTESIS.

Existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres estériles que en mujeres no estériles.

La asociación de presencia de depresión es mayor en mujeres con esterilidad primaria que con esterilidad secundaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS.

INMEDIATOS:

1.- DETERMINAR LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES ESTÉRILES.

2.- ESTABLECER LA ASOCIACIÓN DE PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES CON ESTERILIDAD PRIMARIA Y ESTERILIDAD SECUNDARIA.

MEDIATOS: *Sobre la base de los resultados Obtenidos.*

1.- HACER ENFASIS EN QUE SE DEBEN ESTRUCTURAR PROGRAMAS ESPECIFICOS PARA UNA ADECUADA INTERVENCIÓN PSIQUIATRICA EN LAS CLÍNICAS DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD.

2.- PLANEAR Y EJECUTAR UN PROGRAMA DE APOYO PSIQUIATRICO EN EL QUE SE CONTEMPLA UNA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE, ASÍ COMO EL MANEJO ADECUADO Y EL SEGUIMIENTO A TRAVÉS DEL TRATAMIENTO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODOLOGIA.

El universo de estudio estuvo conformado por los pacientes que asisten la clínica de Biología de la reproducción del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, de la Secretaría de Salud, así como un grupo control de la consulta externa del Propio Instituto sobre la base de los siguientes criterios:

- INCLUSION:**
- 1.- Pacientes con esterilidad menor de 3 años de Evolución.
 - 2.- Pacientes con actividad sexual actualmente.
 - 3.- Con más de año y medio sin uso de método anticonceptivo.
 - 4.- Que sepan leer y escribir.

GRUPO CONTROL

- 1.- Que asistan a la consulta externa del INNSZ
- 2.- Actividad sexual actual
- 3.- Que sepan leer y escribir.

- EXCLUSIÓN:**
- 1.- Pacientes con más de 3 años de esterilidad.
 - 2.- Pacientes con antecedente de tratamiento psiquiátrico previo o actual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se llenarán los datos individuales de acuerdo al anexo I, y se les autoadministrará el **INVENTARIO PARA DEPRESION DE BECK (IDB)** anexo II, y la evaluación se guiará de acuerdo al siguiente puntaje:

Menor a 13.	ausencia de depresión
De 13 a 20.	depresión leve
De 21 a 30.	depresión moderada
Mayor a 31.	depresión severa.

Los datos se procesarán mediante la siguiente técnica estadística:

- 1.- Tabulación.
- 2.- Clasificación de acuerdo a variables propuestas.
- 3.- Resumen de datos.
- 4.- Elaboración de Gráficas.
5. Aplicación de χ^2 .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK.

El inventario de depresión de Beck (IDB) fue diseñado por A.T. Beck para medir el grado de depresión independientemente del diagnóstico psiquiátrico. Contiene 21 ítem, los cuales son contestados por los mismos pacientes, un punto de corte de 13 ha encontrado una sensibilidad de 79% y una especificidad del 77%, siendo esto en un estudio por Nielsen y Williams en una población de pacientes de consulta externa.

Como lo define Beck, un registro de 21-30 indica depresión moderada y el registro de más de 30, depresión severa.

El IDB es uno de los más ampliamente usados en EUA. Para registrar escalas de depresión. Los pacientes responden a cada ítem, en una escala de 0=sintoma ausente, 3=sintoma severo o persistente.

Algunos autores muestran que el IDB ha sido superior en la identificación del paciente depresivo en relación con la identificación por un médico no psiquiatra, y tiene una cerrada comparación con las entrevistas psiquiátricas.

Sin embargo, si se utiliza el IDB para discriminar además de calcular la prevalencia, un corte de registro más bajo es apropiado.

Esto es porque el costo de administración de la prueba y el chequeo por una breve entrevista son bajos, comparados con el costo de pérdida en un caso de depresión.

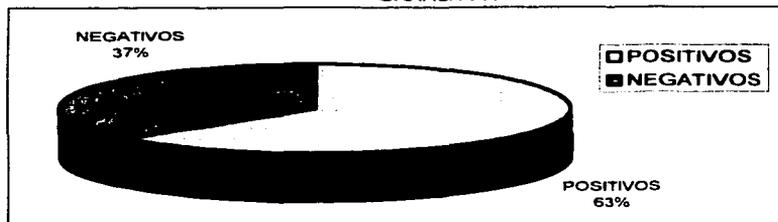
La sensibilidad es más importante que la especificidad. Un registro de 10, con una sensibilidad calculada de 0.92 una especificidad de 0.35 fue encontrada que es un óptimo punto de corte del registro.

Asumiendo que la prevalencia actual de depresión en un estudio poblacional es del 12% basándose en los cálculos del Teorema de Bayes, muestra que un corte de 10 o más solamente el 3% de pacientes deprimidos no son registrados por el IDB. (26,27)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NIVELES DE DEPRESION EN EL GRUPO DE PACIENTES ESTERILES

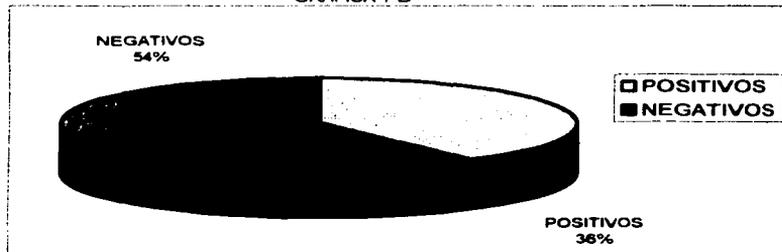
GRAFICA 1-A



POSITIVOS	57
NEGATIVOS	33
TOTAL	90

NIVELES DE DEPRESION EN EL GRUPO CONTROL

GRAFICA 1-B



GRUPO CONTROL	
POSITIVOS	36
NEGATIVOS	54
TOTAL	90

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráficas 1-A y 1-B.

Se aplicó la prueba estadística de χ^2 con 1 grado de libertad y $\alpha = 0.05$ y se observaron diferencias significativas entre los grupos de estudio, ya que la χ^2 calculada resultó con 4.27 y rebasa a χ^2 crítico (3.84).

Por lo que se concluye que existe asociación entre esterilidad y presencia de depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

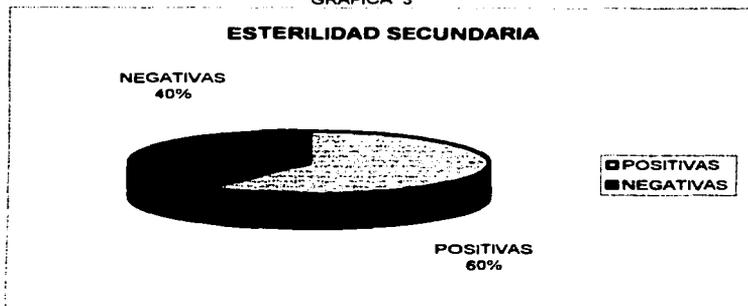
NIVELES DE DEPRESION EN PACIENTES CON ESTERILIDAD PRIMARIA Y ESTERILIDAD SECUNDARIA

GRAFICA 2



ESTERILIDAD PRIMARIA	
POSITIVAS	30
NEGATIVAS	15
TOTAL	45

GRAFICA 3



ESTERILIDAD SECUNDARIA	
POSITIVAS	27
NEGATIVAS	18
TOTAL	45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráficas 2 y 3.

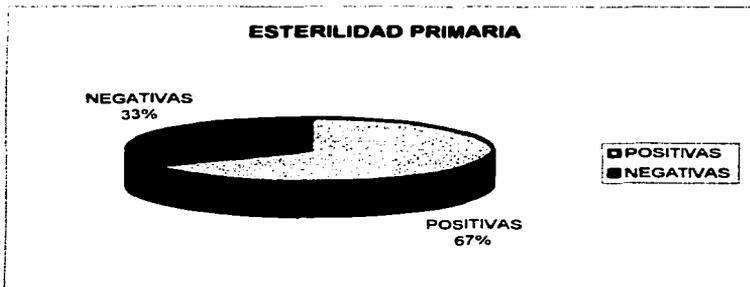
Se aplicó la prueba estadística de la χ^2 con 1 grado de libertad y $\alpha = 0.05$ y no se observaron diferencias significativas entre los grupos de estudio, ya que la χ^2 calculada resultó de 0. Y no rebasa el χ^2 crítico (3.84).

Por lo que concluimos que no hay relación de asociación entre la presencia de depresión ya sea esterilidad primaria o secundaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

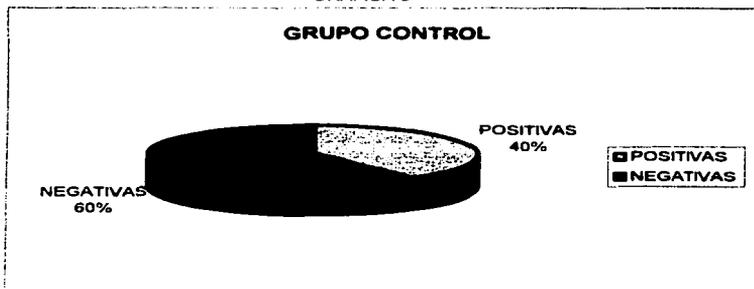
NIVELES DE DEPRESION EN RELACION CON PACIENTES DE ESTERILIDAD PRIMARIA Y SECUNDARIA Y UN GRUPO CONTROL

GRAFICA 4



ESTERILIDAD PRIMARIA	
POSITIVAS	30
NEGATIVAS	15
TOTAL	45

GRAFICA 5



GRUPO CONTROL	
POSITIVAS	36
NEGATIVAS	54
TOTAL	90

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

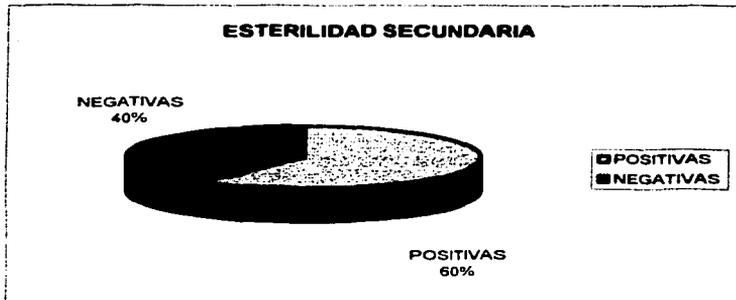
Gráficas 4 y 5.
ESTERILIDAD PRIMARIA Y GRUPO CONTROL.

Se aplicó la prueba estadística de la χ^2 con 1 grado de libertad y $\alpha = 0.05$ y se observaron diferencias significativas entre los grupos en estudio, ya que χ^2 calculada resultó con 4.0 y rebasa a χ^2 crítico (3.84).

Por lo que se concluye que existe asociación entre esterilidad primaria y la presencia de depresión.

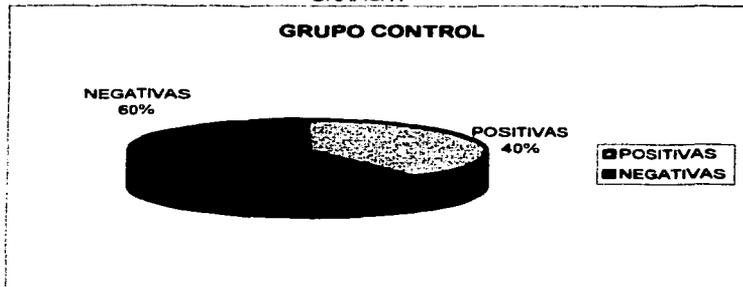
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 6



ESTERILIDAD SECUNDARIA	
POSITIVAS	27
NEGATIVAS	18
TOTAL	45

GRAFICA 7



GRUPO CONTROL	
POSITIVAS	36
NEGATIVAS	54
TOTAL	90

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráficas 6 y 7.
ESTERILIDAD SECUNDARIA Y UN GRUPO CONTROL.

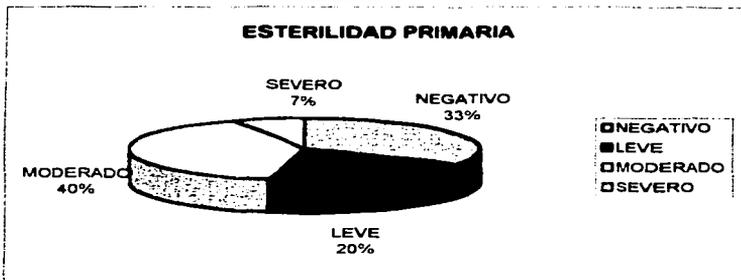
Se aplicó la prueba estadística de la χ^2 con 1 grado de libertad y $\alpha = 0.05$ y no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en estudio, ya que χ^2 calculada resultó de 2.5 y no rebasa el χ^2 crítico (3.84).

Por lo que se concluye que no existe asociación entre esterilidad secundaria y presencia de depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

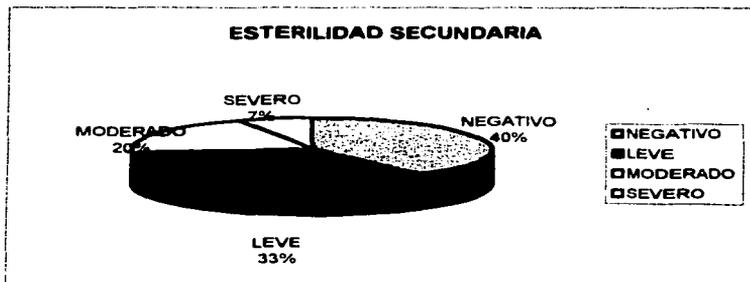
VARIEDAD DE DE DEPRESION EN RELACION CON PACIENTES CON ESTERILIDAD PRIMARIA Y ESTERILIDAD SECUNDARIA

GRAFICA 8



ESTERILIDAD PRIMARIA	
NEGATIVO	15
LEVE	9
MODERADO	18
SEVERO	3
TOTAL	45

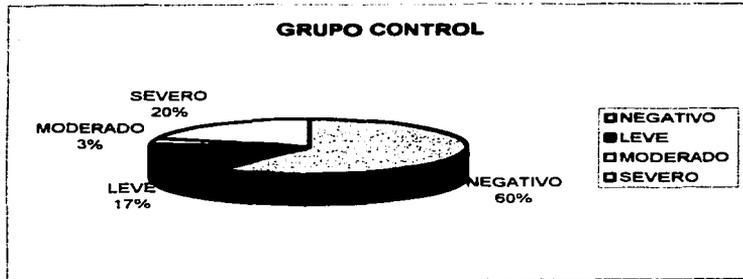
GRAFICA 9



ESTERILIDAD SECUNDARIA	
NEGATIVO	18
LEVE	15
MODERADO	9
SEVERO	3
TOTAL	45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 10



GRUPO CONTROL	
NEGATIVO	54
LEVE	15
MODERADO	3
SEVERO	18
TOTAL	90

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

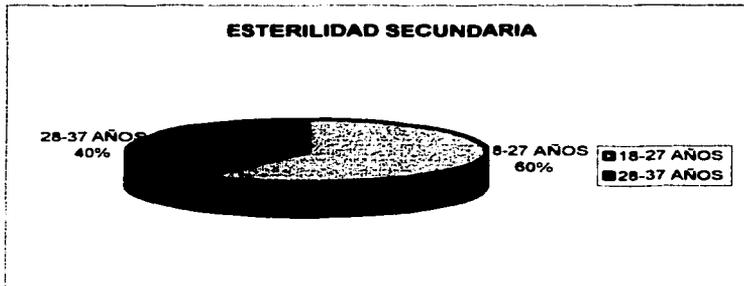
GRUPOS DE EDAD

GRAFICA 11



ESTERILIDAD PRIMARIA	
18-27 AÑOS	21
28-37 AÑOS	24
TOTAL	45

GRAFICA 12



ESTERILIDAD SECUNDARIA	
18-27 AÑOS	27
28-37 AÑOS	18
TOTAL	45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 13



GRUPO CONTROL	
18-27 AÑOS	24
28-37 AÑOS	66
TOTAL	90

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTADO CIVIL

GRAFICA 14

ESTERILIDAD PRIMARIA



ESTERILIDAD PRIMARIA	
CASADAS	33
UNION LIBRE	12
VIUDAS	0
SOLTERAS	0
TOTAL	45

GRAFICA 15

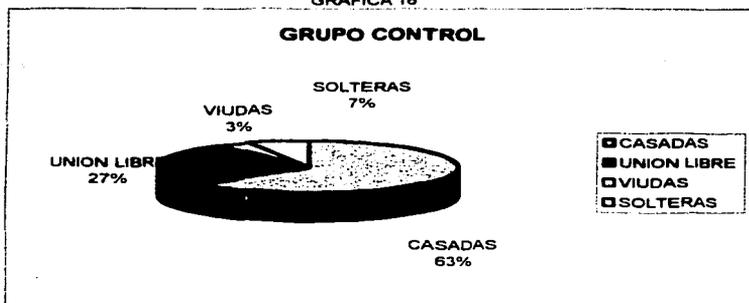
ESTERILIDAD SECUNDARIA



ESTERILIDAD SECUNDARIA	
CASADAS	36
UNION LIBRE	9
VIUDAS	0
SOLTERAS	0
TOTAL	45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 16

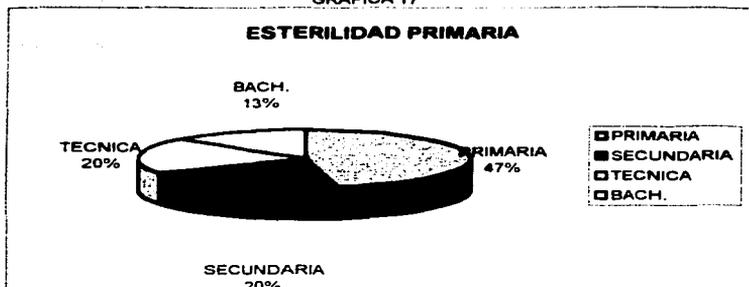


GRUPO CONTROL	
CASADAS	57
UNION LIBRE	24
VIUDAS	3
SOLTERAS	6
TOTAL	90

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

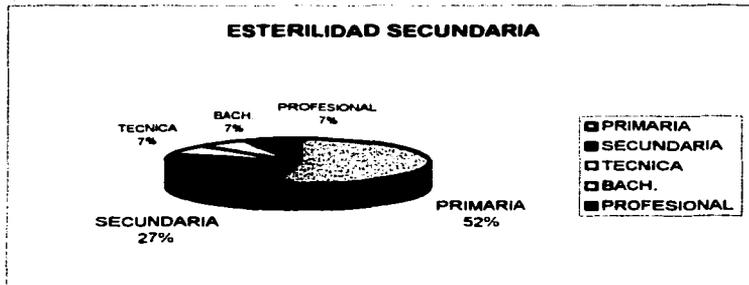
ESCOLARIDAD

GRAFICA 17



ESTERILIDAD PRIMARIA	
PRIMARIA	21
SECUNDARIA	9
TECNICA	9
BACH.	6
TOTAL	45

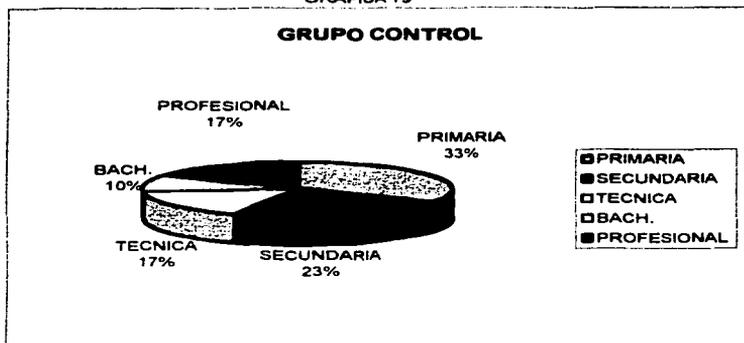
GRAFICA 18



ESTERILIDAD SECUNDARIA	
PRIMARIA	24
SECUNDARIA	12
TECNICA	3
BACH.	3
PROFESIONAL	3
TOTAL	45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 19



GRUPO CONTROL	
PRIMARIA	30
SECUNDARIA	21
TECNICA	15
BACH.	9
PROFESIONAL	15
TOTAL	90

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE

RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Se estructuró un grupo de 180 pacientes en total, que fueron atendidas en la consulta externa del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" de la Secretaría de Salud.

Fueron tomadas como grupo control un total de 90 pacientes y un grupo de 90 pacientes con diagnóstico de esterilidad, de las cuales 45 presentaron el diagnóstico de Esterilidad Primaria y 45 de esterilidad Secundaria.

A cada paciente se le autoadministró el inventario para depresión de Beck, (IDB) estableciendo el punto de corte para depresión a partir de 13, presentándose con una frecuencia de 63.5%, resultando elevado en comparación al obtenido por Nielsen, et. al. (3,7).

Se demostró la **asociación de depresión y esterilidad** al resultar estadísticamente significativa con $x^2 = 4.27$ (**Gráfica 1A y 1B**).

Al confrontar los resultados de esterilidad secundaria y esterilidad primaria (**gráfica 2 y 3**) no se observaron diferencias significativas entre ambas, con lo que se concluye la no asociación directa de depresión ya sea con esterilidad primaria o secundaria.

Es de importancia mencionar que la confrontación de cada grupo de esterilidad por separado contra el grupo control resultó que en cuanto a esterilidad primaria los resultados fueron significativamente diferentes, al ser x^2 de 4.0; y que con esterilidad secundaria no lo fueron, al ser $x^2 = 2.5$ (**Gráficas 4-7**), lo que indica que las pacientes con esterilidad secundaria no presentan una relación directa con *Depresión*. De lo anterior podemos concluir que las pacientes con esterilidad secundaria muestran otra variedad de sintomatología emocional y que el síndrome depresivo llega a servir como ajuste a este tipo de esterilidad, ya que el ser cubiertas sus expectativas de maternidad, el deseo de otro hijo parece ser más por presiones sociales o de parte de la pareja.

Al clasificar la depresión en leve, moderada y severa (**Gráficas 8-10**), podemos observar una inversión en la modalidad severa, al tener el grupo control un porcentaje de 20 y en los grupos de esterilidad primaria y secundaria un porcentaje de 7 cada uno, lo cual pudiera tener una relación posiblemente el ser de pacientes no sanos; y que por lo tanto pudiera existir una asociación de este tipo de depresión con otra variable que desafortunadamente no se controló como es la causa de asistencia a la consulta externa del INNSZ.

En lo referente al **promedio de edad** (**Gráficas 11-13**) observamos que el 46.5% de las pacientes estériles se ubica entre los 28 a 37 años y en el grupo control entre los 28 a 37 años también pero representando el 73% con lo cual se observa una relación de este dato con la edad de mayor fertilidad y actividad sexual en la pareja, de ahí la preocupación de la mujer al ver trastornada su fertilidad.

Las variables demográficas se encuentran en relación al tipo de usuarios del INNSZ: En lo que respecta al **estado civil** notamos que en ambos grupos quien más acude a recibir tratamiento a la clínica de esterilidad son mujeres casadas o en Unión libre, en el estudio hay ausencia de solteras o viudas (**Gráficas 14-16**); Por otra parte encontramos en cuanto a **escolaridad** un promedio casi similar entre el grupo de pacientes con esterilidad primaria y secundaria dado que las usuarias con escolaridad primaria (**Gráficas 17-19**) representaron el 50% en el grupo de pacientes estériles y el 33% en el grupo control, pero haciendo notar el que esta variable se encuentre influida por los criterios de inclusión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSION:

Existe una asociación importante entre depresión y esterilidad, aún dentro del grupo control de pacientes fértiles el porcentaje fue alto, por lo que consideramos necesario un programa estructurado de intervención psiquiátrica en los servicios de Biología de la reproducción o Clínicas de esterilidad y en base a estudios comparativos se pueda analizar el tipo de personalidad de las pacientes y la calidad de vida de las mismas y/o sus parejas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Kearns, Norma; Riley, Susan.
Acomparasion of depression Ratings Scales.
Brit. J. Psychiat. (1992) 141,45-49
- 2.- Giovanni A Fava
Diagnosis and Treatment of Depression in Medically Ill.
Neuro-Psychopharmacol. Vol. 10 pp 1-9 1992
- 3.- An Inventory For measuring Depression.
Beck A: T:
Arch. Of G Psychiatry. Vol. 4 Junio 1961.
- 4.- Freeman, Ellen; Celso-Ramón García.
Behaviorial and emotional and treatments responses in a
Study of anovulatory infertile women.
Fert. And Ster. Vol. 44 No. 4 Oct. 1985.
- 5.- Freeman Ellen; Celso-Ramón García et. al.
Behavioral and emotional factors: Comarasons of
anovulatory women with fertile and other
infertile women.
- 6.- Roger J. Pepperell and Mc Bain John
Unexplained infertility: a review.
British Journal of gin. Obst. June 1992 Vol. 92
p.p. 569-580
- 7.- Jerome, Platt and Ilda Fisher.ç
Infertilitie couples: Personality traits and self ideal
Fert. And Ste. Vol 24 No. 12 Dec. 972-976 (1992)
- 8.- David L Rosenfeld and Mitchel Eillen.
Treating the emotional aspects of infertility:
Couseling services in an infertility clinic.
Am J. Obst. And Gyn. Sep. 15 1989 177-179
- 9.- Sarrel M. Phillips and Cherney Alan.
Psychoterapeutics intervention for treatment of
Couples with secondary infertility.
- 10.-Machelle M Deibel and Melvin Taymer.
Emotional aspect of Infertility.
Fert. And. Steril. Vol. 37 No. 2 Febr. 1982 137-145.
- 11.-Linda R Ellsworth and Rochelle N. Shain.
Psychosocial and Psychophysiologic aspects of
Reproduction: the need for improvedes study design.
Fert. And Steril. Vol. 44 No. 4 Oct. 1985 449-452.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 12.-Jal Rup Singh AND J.S. Nedy.
Psychogenic Factors in some genetic and non genetic form
Infertility.
Am J. Obst and Gyn. 1982 20: 119-123.
- 13.-Himan M.
Towards a psychosomatics concepts in infertility.
JAMA 130 1987. 190-199.
- 14.-Frick-Bruder-V; Schutt -E.
Psychology of male and female desire for children.
Developmental conditions of narcissistic, depressive and
Creative aspects.
PSYCHOTHER-Psychosom-Med-Psychol. 1992 Jul; 42(7):
221-7.
- 15.-Domar-AD; Broome-A.
The prevalence and predictability of depression in infertile
Women.
Medical School, Boston, Mass. USA. 1992 Dec; 1158-63.
- 16.-Hynes-GJ; Callan-VJ.
The psychological well-being of infertile women after failed
IVF attempt.
Department of Psychology, University of Queensland,
Australia.
Br-J-Med-Psychol. 1992 sep; 65 (pt-3): 269-78.
- 17.-Merari-D; Feldberg-D; Elizur-A.
Psychological and hormonal changes in the course of in vitro
Fertilization.
J-Assist-Reprod-Genet. 1992 Apr; 9(2): 161-9
- 18.-Domar-AD; Zuttermeister-PC.
Psychological improvement in infertile women after
Behavioral treatment: a replication.
Fertil-Steril- 1992 Jul; 58(1): 144-7
New England Deaconess Hospital, Boston Mass. USA.
- 19.-Golombok-S
Psychological Functioning in infertility in infertility patients.
Hum-Reprod. 1992 Feb; 7(2): 208-12
University of London.
- 20.-Van Balen-F; Trimbos-Kemper-TC
Long Term Infertile couples: a study of their well-being.
J-Psycosom-Obstet-Gynaecol. 1993; 14 Suppl: 53-60
University of Amsterdam, The Netherlands.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 21.-Domar-AD; Zuttermeister-PC.
The psychological impact of infertility: a comparison with
Patients with other medical conditions.
J-Psychosom-Obstet-Gynaecol. 1993; 14 Suppl: 45-52
- 22.- Van-Thiel-M; Mantadakis-E.
A psychological study, using interviews and projective tests,
Of patients seeking anonymous donor artificial insemination.
J-Gynecol-Obst-Biol-Reprod-Paris. 1990; 19(7): 823-8.
Universite libre de Bruxelles, Belgique.
- 23.-Bernstein-J; Mattox-JH.
Psychological status of previously infertile couples after
Successful pregnancy.
J-Obst-Gynecol-Neonatal-Nurs. 1988 Nov-Dec; 17(6): 404-8
University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque.
- 24.-Shatford-LA; Hearn-MT.
Psychological correlates of differential infertility diagnosis in
An vitro fertilization program.
Am-J-Obstet-Gynecol. 1988 May; 158(5): 1099-107.
Ontario, Can.
- 25.-Link-PW; Darling-CA:
Couples undergoing treatment for infertility: dimensions of
Life satisfaction.
J-Sex-Marital-Their. 1986 Spring; 12(1): 46-59

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Beck (1972 citado en Vallejo R., y Gastó F.,(1990). Op cit.

Beck 1967;1974) citado en : Kendall C.,P.(1988). Op cit.

Carreño Mélendez, J. (1994) Instituto Nac. De Perinatología.

Fagan,P. Et. al. 1980. Sexual Funtioning and Psychologic Evaluation of In vitroFertilization couple. Fertil, Steril, 46(4), 668-672.

Holmes, H. Y Tymistra, T. (1987). In Vitro Fertilización in the Netherlands: Experiences and Opinions of duch women, Journal of vitro Fertilization and embryo transfer, 4(2), 116-123.

Mahlstedt, P. (1985). "The psychological component of infertility". Fertility and sterility. Vol.43, No 3. USA.

Mahlstedt, P. (1991). "The infertility crisis: an opportunity for growth" Perinatol. Reprod. Hum. Vol. 5. No. 2.

Mazure, C y Greenfeld, (1984). Psychological interviews and assessments of couples participating the vitro fertilization. Fertil Steril (abstr) 41(57s).

Morales, C. (1992). Repercusiones emocionales en la reproducción. En: Temas selectos de la reproducción humana. INPer. México, D: F:

Seibel, M. Y Levin, S. (1987). A new era in Reproductive Thechnologies: the emotional Stages of in vitro fertilización. Journal of in vitro Fertilización and embryo Transfer, 4(3), 135-140.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INVENTARIO DE BECK

SEXO: _____ EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____
OCUPACION: _____ ESTADO CIVIL: _____ ENFERMEDAD: _____
MEDICAMENTOS: _____
FECHA: _____ TIEMPO EN TRATAMIENTO: _____

INSTRUCCIONES: este inventario consta de una serie de grupos de frases u oraciones. Por favor lea cuidadosamente cada grupo y escoja la oración o frase que describa como se ha sentido en las dos últimas semanas incluyendo hoy. Marque con una "X" la que haya escogido. Si varias de ellas parecen aplicarse a su caso, marque solo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 Me siento tan triste e infeliz que ya no soporto.
- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) No me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado más que otras personas.
 Conforme veo atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 No disfruto las cosas como antes.
 Ya no obtengo satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho y molesto con todos.
- 5) No me siento culpable.
 En algunos momentos me siento culpable.
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) No siento que seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
- 7) No me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento a disgusto conmigo mismo.
 Me odio a mi mismo.
- 8) No siento que sea peor que otros.
 Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
 Quisiera suicidarme.
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) No lloro más que de costumbre.
 Llora más que antes.
 Llora todo el tiempo.
 Podía llorar, pero ahora no puedo aunque quisiera.

TESIS CON
PALCA DE ORIGEN

- 11) Ahora estoy más irritable que antes.
 Me molesto o me irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) No he perdido el interés en la gente.
 No me interesa la gente como antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
 He perdido todo el interés en la gente.
- 13) Tomo decisiones tan bien como siempre.
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
 Se me dificulta tomar decisiones.
 No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) No siento que me vea más feo que antes.
 Me preocupa que me vea feo y viejo.
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
- 15) Puedo trabajar tan bien como antes.
 Tengo que hacer un trabajo extra para iniciar algo.
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
 No puedo trabajar en nada.
- 16) Duermo tan bien como antes.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) No me canso más de lo habitual.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 Me siento muy cansado de hacer casi cualquier cosa.
- 18) Mi apetito es igual que siempre.
 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 Casi no tengo apetito.
 No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) No he perdido peso o casi nada.
 He perdido más de 2.5 kilos.
 He perdido más de 5 kilos.
 He perdido más de 7.5 kilos.
- Estoy a dieta o en tratamiento para adelgazar Cierto () Falso ().
- 20) Mi salud no me preocupa más que antes.
 Me preocupan molestias tales como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21) Mi interés por el sexo es igual que antes.
 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
 He perdido completamente el interés en el sexo.