

11217
16



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA
DEPRESION POSTPARTO

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA LA
DRA. DARINELA YUNUENT BORGES MARQUEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESOR DE TESIS: DR. LUIS S. ALCAZAR ALVAREZ
DR. HECTOR LARA TAPIA



ISSSTE

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



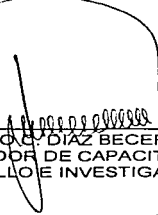
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

AUTORIZACIONES


DR. JULIANO DÍAZ BECERRA
COORDINADOR DE CAPACITACION,
DESARROLLO E INVESTIGACION

HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
* AGO. 9 2003
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION


DR. LUIS S. ALCAZAR ALVAREZ
JEFE DE INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
* SET 8 2003 *
JEFATURA DE
INVESTIGACION


DRA. GABRIELA SALAS PEREZ
JEFE DE ENSEÑANZA

ENTRADA
13 SET 2003
Dirección de
Enseñanza
y
Evaluación

TESIS CON
VALIA DE LIBRE



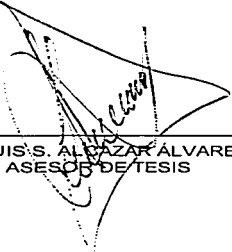
DR. HÉCTOR HURTADO REYNA
PROFESOR TITULAR CURSO



DR. CARLOS MENESES CAMPOS
VOCAL DE INVESTIGACIÓN



DR. HÉCTOR LARA TAPIA
ASESOR DE TESIS



DR. LUIS S. ALVÁRAZ ÁLVAREZ
ASESOR DE TESIS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme realizarme como médico y de gineco-obstetra.

A mis padres por el apoyo que siempre me han dado y a mis hermanos Manuel, Yanine y Yuridia.

A Adrián por su compañía, amor y fortaleza.

Al H.R.L.A.L.M. por ser una casa escuela que me recibió con los brazos abiertos.

A Max, Vere, Lupita y Viet así como Gil quienes son parte ya de mi familia y por lo que cada uno me dio en su momento y espero poder seguir compartiendo.

A cada uno de mis maestros tanto residentes de mayor como de menor jerarquía así también mis médicos adscritos, Dr. Camal, Dr. Pérez Zúñiga, Dr. Caldiño, Graciano, Huerta, Jiménez, Ruiz, Espadas, Dallal, Zúñiga, Erika, Paty García, Rebolledo, Vega, Luis, Laura, Matías, Christian, Magnolia, Mata, Adriana, Santos, Itzel, Javier, Vélez, Juanita, Graciela y otros.

A mis queridos pediatras, anesthesiólogos, perinatólogos, enfermeras y médicos internos los cuales cada uno de ellos medio su apoyo y cariño.

Gracias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	4
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y MÉTODOS	16
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	27
ANEXO 1: CUESTIONARIO	29
ANEXO 2: PRUEBA DE ZUNG	30
ANEXO 3: AUTORIZACIÓN ESCRITA	31
ANEXO 4: GRÁFICAS	32
BIBLIOGRAFÍA	46

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

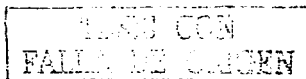
INTRODUCCIÓN: El embarazo y el puerperio es un período en los que suceden cambios físicos, psicológicos y sociales, cuya consecuencia es una vulnerabilidad de la mujer con aparición de trastornos del ánimo y que repercuten en el entorno familiar.

OBJETIVO: Determinar el perfil epidemiológico de la depresión posparto en mujeres del Hospital Reg. Lic. Adolfo López Mateos en México DF.

MATERIAL Y METODOS: El tipo de estudio es epidemiológico, descriptivo, observacional, prospectivo y transversal; el universo y la muestra constituido por las mujeres embarazadas que se hospitalizaron en el servicio de urgencias maternidad del H.R.L.A.L.M en 6 meses, de julio a diciembre del 2002 con interrupción del embarazo, los criterios de inclusión fueron las pacientes que fueran mayor o igual a las 28sdg, y los criterios de eliminación fueron pacientes que no se les realizó la evaluación de depresión o que no contestaron el cuestionario de antecedentes; se citaron al mes de su puerperio y se les aplico la prueba de Zung y el cuestionario, realizándose posteriormente el análisis estadístico con medidas de tendencia central.

RESULTADOS: Se encuestaron a 153 pacientes; la prevalencia de depresión fue de 50% (77 casos), y de acuerdo al grado, la leve fue de un 92.2% (71), depresión mayor 6.50% (5) y para la psicosis 1.30% (1); en la subclasificación de la depresión leve se observo que las depresiones debidas a reacciones de ajuste a situaciones se presentó en un 50.70% (36), desordenes de personalidad en un 40.85% (29) y reacciones de ansiedad un 8.45% (6); de acuerdo a la edad, la depresión se presentó 66.66% (6 casos) en el grupo de edad de 15-19^a, de 64.44% (29) para 25-29^a, 57.9% (11) 20-24^a, 45.65% (2) 30-34^a, 32.35% (10) 35-39^a, 0% (0) de 40-45^a; de acuerdo al nivel escolar, el 55% (39) de las mujeres con depresión posparto leve presentaban carrera técnica o profesional y en la depresión mayor fue en un 60%; por estado civil, la casada fue la más frecuente con un 82.4% y un 80% (57) tuvo depresión leve y un 100% depresión mayor; la ama de casa fue la ocupación más frecuente de 38.56% (59) y 36.6% (26) tuvo depresión leve, un 60% (3) depresión mayor y 100% (1) psicosis; el 17% (26) presento conflictos con la pareja en el último año y el 80% tuvieron depresión mayor; el 9.8% (15) presentaron antecedentes familiares psiquiátricos y el tipo más frecuente fue la depresión con un 46.66% (7), la línea materna el parentesco más frecuente 33.33% (5); los antecedentes personales psiquiátricos se observo en un 12.4% (19), siendo la depresión el trastorno más frecuente, 78.95% (15) y hasta un 93% no tenían tratamiento; se observo que las complicaciones de la gesta actual eran de un 53%, en la APP depresión leve de 7.85% (12) y en la amenaza aborto, depresión mayor con un 1.30% (2); las complicaciones posparto estuvieron presentes en un 39.2% (60) y se asoció con depresión leve en un 37% y depresión mayor en un 40%.

Palabra clave: depresión posparto



SUMMARY

Introduction: During pregnancy and puerperium, physical, psychological and social changes are experienced by the patient, all these has an important impact that turns into women's vulnerability to behavior disorders and as a logical consequence brings instability to the family's environment.

Objective: Determine the Epidemiological profile of the after birth depression in woman treated at Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos in México City.

Sources and Methods: This study is epidemiological, descriptive, observational, prospective and transversal. The universe and sample were taken from pregnant woman hospitalized in the emergency maternity unit at the H.R.L.A.L.M. during a period of 6 (six) months, from July to December 2002, all these patients had miscarriage. The inclusion criteria was 28 or more w.o.g. (weeks of gestation) and the elimination criteria, patients who either weren't considered for depression evaluation or those who didn't answer the background section in the questionnaire. All patients subject of this study were programmed for revision thirty days after puerperium and both, ZUNG'S Analysis and the questionnaire took place. All results were statistically analyzed with measures of central tendency.

Results: Number of patients:153. Depression prevalence: 50% (77 cases). According to depression degree: Light.....92.2% (71 cases), severe..... 6.5% (5 cases), psychosis..... 1.3% (1 case), light Depression: Change adjustment reaction.....50.7% (36 cases), personality disorder.....40.85% (29 cases), anxiety reaction.....8.45% (6 cases). According to Age:15 - 19 y.o.66.66% (6 cases), 20 - 24 y.o.57.9% (11 cases), 25 - 29 y.o.64.44% (29 cases), 30 - 34 y.o.45.65% (2 cases), 35 - 39 y.o.32.35% (10 cases), 40 - 45 y.o.0%. According to school grade: Technical or Professional55% (39 cases), high school and or Lower....60%. According to Marital Status: Married.....82.4%

Keyword: After birth depression.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

En España se ha observado 247 casos nuevos de depresión por cada 100,000 habitantes mujeres frente a 82 hombres; afecta al 75% de las mujeres puérperas.

Es una patología subdiagnosticada, debido a su desconocimiento por parte del personal sanitario, así como por la escasa frecuencia con que las mujeres consultan, dado que la madre rehuye a hablar; muchas mujeres silencian esta depresión por sentimiento de culpa, ya que la maternidad es un acontecimiento maravilloso o por temor a que las consideren locas y les quiten a su hijo.

En un estudio del British Medical Journal, de 13,800 mujeres embarazadas, se observó que la mayor incidencia de depresión fue en el 1er período (11.9%) en comparación con la incidencia tras las 8 semanas postparto (9.1%) y se piensa que aumenta el riesgo de depresión postparto, si lo presenta durante el embarazo.

Durante el embarazo y el puerperio suceden cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos en la mujer.

La depresión es una enfermedad temporal que si se hace permanente y no se diagnostica a tiempo puede afectar al recién nacido, a la madre, y al ambiente familiar-pareja; ya que las madres con depresión tienden a diferir la visión sobre la educación de su hijo, la atmósfera que crea una madre infeliz es contagiosa y su conducta influye en la reacción, emotividad, temperamento y sociabilidad del bebé, así se crean problemas para reforzar los vínculos con el bebé.

Se puede prevenir con un rápido diagnóstico y evitando expectativas poco realistas con respecto a como será la vida cotidiana una vez que haya nacido el bebe, las intervenciones no farmacológicas han demostrado ser efectivas en tratamiento de la depresión, siempre que se diagnostique tempranamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES

DEPRESION POSTPARTO

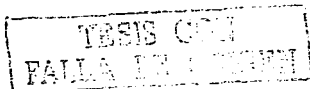
El embarazo y la etapa después del parto (puerperio) son considerados períodos en los que suceden una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, su consecuencia es una mayor vulnerabilidad de la mujer en la relación con la aparición de trastornos psíquicos.

Los trastornos del estado de ánimo en el posparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas.(1,4)

FRECUENCIA

En España se diagnostican cada año 247 nuevos casos de depresión por 100,000 habitantes en mujeres, frente a 82 casos en hombres. Fundamentalmente esta mayor incidencia está influenciada con factores hormonales y socioculturales, y se estima que la depresión posparto afecta entre un 10-15% de los partos.

La Depresión es, actualmente un serio problema de salud pública, se estima que en el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo. El costo anual debido a la depresión en España se estima de 125000 millones de pesetas, de este costo un 53.4% es debido a gastos directos y el resto a gasto indirectos (muerte prematura e incapacidad). (13) Los estudios de la Epidemiological Catchment Area (ECA) y la National Comorbidity Survey (NCS) han demostrado que las mayores frecuencias de depresión mayor son considerablemente más elevadas que las del trastorno bipolar. La prevalencia de un mes para el episodio depresivo mayor fue el rango de 1.1% en Piedmont al 2% en los Angeles y New Haven. La frecuencia en un rango de seis meses en cinco lugares del ECA fue de 2.2%, en un rango de 1.5% en Piedmont al 2.8% en New Haven, la de un año fue de 1.7% al 3.4% respectivamente en las mismas ciudades. La prevalencia a lo largo de toda la vida fue de 2.9% en Baltimore al 5.8% en New Haven, con promedio de 4.4% para todas. La prevalencia en el periodo de 12meses y de toda la vida en el NCS estimada en el estudio para episodio depresivo mayor fue de 10.2% y 17.1% respectivamente. La prevalencia del 4.4% para al menos un período depresivo a lo largo de toda la vida estimada en el ECA parece conservador a la luz de la prevalencia del 17.1% detectada recientemente por el CNS. (17)



En otro estudio del Dr. Zarate y Tohen en New York en 1996, se detecto que las mujeres presentaban una prevalencia de depresión mayor a lo largo de la vida, de 21,3% y de acuerdo a su grupo de edad fue de: 15-24años un 20,8%, a los 25-34años un 19,4%, a los 35-44años un 23,8%, a los 45-54años un 21,8% (14,17).

La depresión posparto es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto ya que afecta a una de cada diez parturientas (2, 11,12). Tiene una incidencia de 3-27%, en un estudio de depresión posparto en la ciudad de Cali, Colombia se detecto que el 57% de las mujeres púérperas expresaban sintomatología depresiva y que un 66% era prenatal. (3)

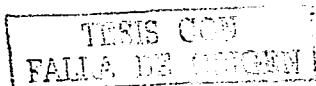
Otra investigación que fue publicada por el British Medical Journal, en el cual se estudió alrededor de 13800 mujeres embarazadas siguiendo su estado anímico antes y después del embarazo, reveló que las probabilidades de depresión eran mayores en el primer periodo que tras las ocho semanas que siguieron al nacimiento, los resultados obtenidos fueron altamente reveladores; del total de participantes en el estudio, la proporción de mujeres con una probable depresión fue: de 11,9% en las primeras 18 semanas de embarazo, de 13,5% a las 32seamans, de 9,1% en las 8 semanas posteriores al nacimiento.(6)

En un estudio de la Dra. Barbara Yawn y sus colegas del Olmsted Medical Center (EE.UU.) evaluaron la efectividad de un test de 10 preguntas, conocido con el nombre de Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), se detecto con dicha prueba que 68 mujeres de 171 presentaban depresión posparto. Según la Dra. Yawn hasta el 60% de las nuevas madres sufren "depre" en la primera semana después del parto, un síntoma normal y que mejora por sí solo, sin embargo, la depresión que afecta a entre el 8 y 15% de las madres, es distinta y mucho más grave.(8)

DEFINICION

El diagnostico del DSM IV de la depresión mayor requiere de un periodo de 2 semanas de trastornos disfóricos de ánimo o pérdida de interés en el placer, o al menos otros 4 síntomas, los cuales pueden incluir: 1.- pérdida o ganancia significativa de peso. 2.- trastornos del apetito. 3.- insomnio o hipersomnia. 4.- agitación o retardo psicomotor. 5.- fatiga o pérdida de energía. 6.- sentimientos de inutilidad. 7.- culpabilidad inapropiada. 8.- alteraciones de la concentración. 9.- ideas suicidas recurrentes o intentos de suicidio.

La depresión posparto consiste en el desarrollo de un trastorno anímico, de acuerdo al diagnostico del DSM IV, en la madre tras el nacimiento de su hijo, es temporaria relacionada con el embarazo y generalmente tiene una evolución benigna y una remisión completa de los síntomas; aparece entre la segunda y octava semana después del alumbramiento y desaparece espontáneamente hacia el décimo día. (2, 5,7)



TIPOS Y CUADROS CLINICOS

En el caso de la mujer, los expertos identifican tres tipos de depresión que se dan en situaciones concretas de la vida: **DEPRESION POSTPARTO** que afecta entre un 10-15% de los parto, el **TRANSTORNO DIFASICO PREMENSTRUAL**, y la llamada **DEPRESION MENOPAUSICA**, aunque no existen estudios que revelen que ese periodo existe un mayor riesgo de depresión. (11)

Los trastornos del estado de ánimo con los que nos podemos encontrar en el puerperio son:

- Depresión Postparto Leve o Maternity Blues.
- Depresión Mayor Postparto.
- Psicosis posparto.

DEPRESION POSTPARTO LEVE O MATERNITY BLUES

Síndrome leve, transitorio, de poca trascendencia, que se presenta en un 20-80% de las madres, en el servicio de psiquiatría del hospital de Móstoles describe el maternity blues como un cuadro que afecta al 75% de las mujeres que dan a luz; ocurre alrededor de los 2-4 días después del parto y desaparece sin secuelas, de forma espontánea, en un plazo de 2 semanas.

El cortejo sintomático se caracteriza por ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, cefaleas, cambios del apetito y sentimiento de minusvalía, incapacidad para poder llevar adelante la nueva situación.

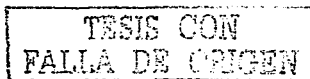
Presenta una mínima implicación sobre la actitud habitual de la madre y se ha considerado como un proceso mental fisiológico de adaptación a la nueva situación. No obstante debe vigilarse la posibilidad de que estos síntomas persistan o aumenten de intensidad a una depresión posparto.

Las mujeres que la padecen pueden beneficiarse de apoyo psicoterapéutico, no precisa de tratamiento médico y suele ser suficiente una actitud de apoyo por parte del entorno de la madre. (1, 4,7)

DEPRESION MAYOR POSTPARTO

La clínica de este cuadro es más florida, se inicia a las 2-3 semanas tras el nacimiento, con una duración de 4-6 semanas e incluso superior al año sin tratamiento.

La prevalencia de este trastorno es de 5-22% de las nuevas madres según las distintas series, con un promedio de 10%.



Puede manifestarse en forma de episodios maniacos que luego evolucionan a depresivo, aunque una forma de inicio más característica es la de una depresión melancólica, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto por éste.

La mujer que sufre una depresión posparto generalmente experimenta varios síntomas: fuertes sentimientos de culpa, con una sensación de incapacidad total de hacerse cargo del bebé y con la extraña sensación de dudar de sus sentimientos hacia su hijo. (1, 4)

En esta depresión existe silencio por parte de la mujer porque en estos casos, además de la tristeza muy profunda, existe el temor de volverse loca, a ser encerrada y a que le quiten a su hijo. (7)

Suele diagnosticarse tardía, de hecho las madres evitan llamar a sus síntomas como depresivos, y en vez de ello usan expresiones como "sentirse insegura, tener miedo, etc".

Se requiere ante tal situación de atención especializada por parte de un psiquiatra (como si fuese otro tipo de depresión), el cual evaluará el caso y decidirá el tratamiento más conveniente para cada paciente.(4)

PSICOSIS POSTPARTO

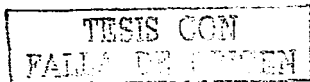
Es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 de cada 1000 nacimientos.

Aparece generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día posparto, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes.

No se diferencia clínicamente de otras psicosis. Su Aparición clínica comporta labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño (pueden pensar que el niño está muerto, que esta poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador de una misión divina). A lo largo del día puede existir una variabilidad sintomática importante.

Puede la madre autolastimarse o dañar al niño, por lo que se considera una emergencia médica.

El 15-20% de las mujeres con psicosis posparto ha tenido episodios psicóticos previos. Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis. Tras un episodio de psicosis posparto, las mujeres tienen un riesgo de recaída con episodios maniacos o depresivos. (1)



FACTORES ETIOPATOLOGICOS

No se conocen con certeza los desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, pero se han descrito diversos factores relacionados con su presentación.

Teorías Bioquímicas

- ❖ Un fenómeno de retirada por el rápido descenso de las hormonas sexuales (progesterona) asociado a la modificación del cortisol plasmático.
- ❖ Una disminución del nivel del triptófano libre en el suero. La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad de la enzima que regula la actividad de la enzima que constituye el paso limitante en la síntesis de serotonina, cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de la depresión. Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no la previene, por lo que puede existir otros mecanismos de modulación en la síntesis de los neurotransmisores.
- ❖ La existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar al encontrado en la psicosis posparto.
- ❖ Alteración de la función tiroidea, ya que los síntomas remedan un hipotiroidismo. Además, existe una mayor incidencia de tiroiditis auto inmune en el periodo puerperal. Otros hallazgos, como una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina entre el cuarto y el sexto mes posparto, asociados a síntomas depresivos. (1,5)
- ❖ Después del nacimiento de un hijo, los niveles de colesterol decrecen de forma significativa. Los niveles bajos de colesterol alteran la función de las células cerebrales, en esas circunstancias, las células presentan menos receptores de serotonina, que las previenen de la buena utilización de los neurotransmisores que se emplean para estabilizar el comportamiento. El 35% de las mujeres con colesterol bajo registraron unas cifras de ansiedad altas o muy altas, comparadas con el 21% de las mujeres que presentaban unos niveles de colesterol normales o altos. (10)

Antecedentes Psiquiátricos Previos

Aunque en un 50% de los casos constituye el primer episodio de un trastorno depresivo, se han relacionado con la depresión posparto:

- Antecedentes personales: estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumenta la incidencia de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10-24%. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es más alto de hasta un 35%. Si existen antecedentes de depresión posparto, el riesgo de recurrencia se dispara hasta el 50%.

- Antecedentes Familiares de depresión.
- Cambios neurológicos en la edad avanzada. (1,10)

Factores Psicológicos

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales.

El modelo de Madre Ideal, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intra-psíquicos en la mujer.

El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de éste, al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden condicionar secuelas. (1,5)

Factores Psicosociales

La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, ya sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos.

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, la no disponibilidad del periodo de baja maternal, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja, baja autoestima, imposibilidad de dormir suficientes horas, constituyen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno. (1, 5)

Factores sociodemográficos

La edad temprana o tardía de la madre, entre los 25-45^a, el estado civil, la situación económica, la situación laboral de ambos cónyuges, el nivel educacional, seguridad social medica, que tengan hijos menores de 3^a a su cargo, son otras variables que se han estudiado en relación a este problema. (1,3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Factores de Morbilidad

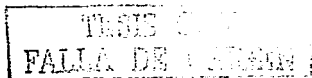
- La morbilidad materna, con un embarazo largo, que incluye la existencia de problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto, desnutrición, multiparidad y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre.
- La morbilidad del recién nacido, en la que se han estudiado como factores asociados la presencia de anomalías o enfermedades, como problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, problemas traumatológicos, malformaciones, muerte neonatal, problemas de conducta y otros.
- Un historial clínico de síndrome premenstrual. (1.5)

DIAGNOSTICO

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas; dificulta aun más el diagnóstico el hecho de que el período postparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden remedar un cuadro depresivo.

Un diagnóstico exacto es el primer escalón; para ello es imprescindible establecer unas líneas generales de actuación, que incluyan:

- ✓ Historia Clínica completa junto con un examen físico y analítico: la fatiga y la astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido. La pérdida de iniciativa y los cambios del humor pueden deberse al hipotiroidismo, generalmente transitorio, que ocurre en el 4-7% de las pacientes entre el cuarto y sexto mes postparto; los niveles bajos de colesterol pueden ser un indicador de dichas alteraciones psiquiátricas en determinadas pacientes. (1.5,10)
- ✓ La identificación de los grupos de riesgo; aconsejable profundizar en las características prenatales y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar esta patología.
- ✓ Información-Educación de esta patología al personal sanitario, en el cual existe una escasa documentación, así como creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas, y se haga partícipe también a los padres, informándose en los grupos sobre los síntomas de depresión.
- ✓ Relación Médico-paciente adecuada, con atención en el primer nivel para atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaces de distinguir lo que es debido a adaptación al cambio y lo que puede considerarse un cuadro depresivo.



La depresión postparto es un término clínico referido a un trastorno depresivo mayor que está temporalmente asociado con el nacimiento. La depresión mayor postparto no ha sido catalogada como una entidad diferenciada en ninguna clasificación internacional. La única salvedad que hace el DSM-IV es que permite añadir el criterio de inicio en el postparto para las pacientes con un trastorno depresivo mayor que acontece dentro de las primeras cuatro semanas del mismo.

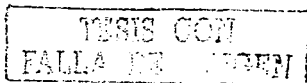
Se ha usado distintos métodos para evaluar la depresión postparto: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Semi-structured clinical interview (SADS), Scale and Goldberg's Standardised Psychiatric interview, The Bromley postnatal depression scale (detecta episodios depresivos en el postparto o previos), The Zerssen self-rating scale (se ha usado en los primeros días tras el parto para el diagnóstico de la maternity blues), Zung Scale (de autoevaluación), The Psychiatric Assessment schedule, El inventario de Beck, La Escala de Montgomery-Åsberg (MADRS). La primera referida es la más usada, dado que se han realizado diversos estudios que la revalidan, consta de 10 preguntas cortas y auto aplicadas que hacen referencia a como se han sentido las madres en la última semana, cada pregunta tiene un valor de 0 a 3 y con un total de 12 o más puntos indica la probabilidad de padecer el trastorno, esta escala no detecta ansiedad, trastornos de la personalidad, neurosis o fobias de la madre; en casos dudosos puede repetirse después de 2 semanas. (1,8)

MANEJO TERAPEUTICO

Existe escasa literatura que se ocupe de la prevención y del tratamiento multifactorial de estos trastornos, ante tal situación se precisa de una atención especializada por parte de un psiquiatra, pero un manejo terapéutico adecuado incluye:

- Tratamiento Psicoterapéutico. Constituye el tratamiento de primera línea. En el maternity blues dado que es un cuadro transitorio y sin consecuencias, dar seguridad y apoyo, junto a información sobre su posible aparición y clínica suele ser suficiente en la mayoría de los casos. Sin embargo su resolución a veces puede verse comprometida y con ello desarrollar depresión posparto.

Los tratamientos psicológicos más especializados tales como la psicoterapia (mediante la cual intentará comprender la depresión en términos de lo que le ocurrió en el pasado) y la terapia cognitiva (que intentará hacerle sentir más positiva sobre sí misma) constituyen también una gran ayuda y pueden ser solicitados por su médico de cabecera a los profesionales de la Unidad de Salud Mental que le corresponda. (1,2)



- Tratamiento Farmacológico. Muchas mujeres con depresión posparto moderada o grave requieren el tratamiento con psicofármacos; los más usados son los depresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de serotina (ISRS). Se sabe poco de los riesgos de la exposición del niño a la medicación a través de la leche materna, ya que se suele retirar la lactancia, por lo que se debe valorar de forma individualizada la relación beneficio/riesgo y siempre debe informarse a la mujer y a su pareja. Según recientes estudios del Dr. Carol Birnbaum, en Boston Massachusetts, observo que los antidepresivos no fueron detectados en la sangre de los niños alimentados con el pecho, sin embargo, las pruebas de la medicación antidepresiva pueden ser encontrados en los niños de madres que tomaron drogas durante el embarazo. (9)

Si la mujer tiene una historia previa d depresión postparto la medicación con antidepresivos debe iniciarse inmediatamente después del parto para prevenir una posible recaída; el tratamiento debe mantenerse de 6 meses a un año.

- Ingreso Hospitalario. Si en la psicosis postparto existe riesgo para el niño (abandono, abuso, infanticidio) o para la madre (auto agresión o suicidio) está indicado.

Deben utilizarse fármacos estabilizadores del estado de ánimo y con frecuencia, neurolépticos para controlar las crisis agudas y los episodios de agitación. En caso de que la paciente no responda a la farmacoterapia o los síntomas vayan en escalada pueden ser necesaria la terapia electro convulsiva. (1)

- Tratamiento Hormonal. A muchas mujeres les parece más atractiva la posibilidad de recibir tratamiento hormonal, en lugar de antidepresivos ya que consideran a éstas más naturales. Sin embargo, las evidencias disponibles sobre su eficacia son cuestionables y además no está exentas de efectos secundarios. Generalmente la curación se produce más por la esperanza puesta en el tratamiento que por el propio tratamiento en sí. La progesterona parece funcionar mejor en supositorios, mientras que los estrógenos se aplican actualmente en forma de parches en la piel. (2)

Es importante que la mujer retome su rutina habitual cuanto antes y que incluso haga ejercicio físico.

CONSECUENCIAS

Estas alteraciones merecen atención por parte del equipo de salud, ya que las consecuencias que provocan pueden afectar al recién nacido, a la madre y al ambiente familiar. Las más comunes incluyen problemas emocionales, y de comportamiento en la madre y retraso cognitivo en los niños. A pesar de ello, la depresión durante el embarazo no ha sido abordado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

suficientemente aunque puede tener importantes consecuencias fisiológicas para el feto. (6)

La mayoría de las mujeres que no se tratan, suelen mejorar en algún grado al cabo de semanas, meses o incluso años; sin embargo, esto es a costa de un gran sufrimiento injustificado. La depresión postparto hace de la maternidad una mala experiencia, tienen problemas para reforzar los vínculos con el bebé y dificulta la relación entre la pareja. (2)

Las madres deprimidas suelen diferir de las otras en su visión sobre la educación. En un estudio (T. Field et al; 1985) las mujeres deprimidas tendían a estar más a favor de ser estrictas con los niños y a utilizar métodos de disciplina punitiva. También se consideran a sí mismas y a sus bebés más emotivas que las madres no deprimidas.

La atmósfera que crea una madre infeliz parece ser contagiosa y su conducta o la falta de ella, influye en el nivel de reacción, emotividad, temperamento y sociabilidad del bebé. Los bebés de madres deprimidas lloran mucho más que los otros. A los bebés de madres deprimidas que trabajan fuera de casa les va mejor que aquellos cuyas madres deprimidas están todo el día en casa y se asemejan los primeros a los bebés de madres no deprimidas. (12)

PREVENCION.

Existen 3 formas de prevención: Detectar precozmente la depresión, tratarlo rápidamente y evitar sus consecuencias.

Evitar perspectivas poco realistas con respecto a cómo será la vida cotidiana una vez nacido el bebé.

No intentar ser una supermujer, intentar reducir sus compromisos.

No se mudarse de casa mientras esté embarazada o hasta que su hijo no tenga seis meses.

Hacer amistad con otras parejas que estén esperando un hijo o que lo hayan tenido recientemente, y que también le puedan ayudar a cuidar a su hijo cuando lo requiera.

Identificar a alguien en quien pueda confiar.

Acudir a clases de parto y llevar consigo a su pareja.

Ponerse en contacto con algún médico si sufrió previamente depresión postparto.

Aprovechar cualquier oportunidad para descansar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alimentarse adecuadamente.

Tener tiempo para disfrutar con su pareja e intentar intimidar, incluso aunque todavía no lo apetezca.

No ser muy crítica consigo y con su pareja.

No temer pedir ayuda cuando lo necesite.

Finalmente, a pesar de que la depresión postparto ya se le haya diagnosticado no se debe desesperar.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el Perfil Epidemiológico de la Depresión Postparto en mujeres del Hospital Regional del ISSSTE "Lic. Adolfo López Mateos" en México, DF.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la prevalencia de la depresión postparto.
2. Obtener los grupos de edad más frecuente de presentación.
3. Conocer los factores desencadenantes para la depresión postparto.
4. Determinar el tipo de depresión postparto más frecuente.
5. Determinar el más frecuente tipo de depresión postparto leve

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO

Epidemiológico, descriptivo, observacional, prospectivo transversal.

GRUPO PROBLEMA

Todas las pacientes gestantes mayores de las 28 sdg que se hospitalizaron en el H.R.L.A.L.M. en el servicio de urgencias maternidad con interrupción del embarazo.

UNIVERSO Y MUESTRA

Todas las mujeres embarazadas que se hospitalizaron en el servicio de urgencias maternidad del H.R.L.A.L.M. en los meses de julio del 2002 a diciembre del 2002; sin importar las causas de la interrupción del embarazo y que acudieron a las 4 semanas del puerperio

CRITERIOS DE INCLUSION

Todas las mujeres embarazadas que se hospitalizaron y se les interrumpió el embarazo vía abdominal o vaginal y que fue mayor o igual a las 28sdg.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Las pacientes embarazadas que no se les interrumpió el embarazo o hayan sido menor de las 28 sdg.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Aquellas pacientes que no se les realizó la evaluación de depresión o no se completó el cuestionario de antecedentes.

VARIABLES CUALITATIVAS

Estado civil, escolaridad, ocupación, causas de interrupción del embarazo, tipo de interrupción del embarazo, complicaciones en la gestación actual, complicaciones en el postparto inmediato, antecedentes psiquiátricos familiares, antecedentes psiquiátricos personales, complicaciones de gestaciones previas, antecedentes de conflictos en el último año con su

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pareja, tipo de alteración psiquiátrica en los familiares, tipo de alteración psiquiátrica personal, tipo de parentesco en antecedentes psiquiátricos familiares, tratamiento establecido psiquiátrico, tipo de complicación en embarazos previos, requirió hospitalización en embarazo actual y tipo de depresión postnatal.

VARIABLES CUANTITATIVAS

Edad materna, edad estacional, gesta, para, abortos, cesáreas, óbitos, ectópicos, tiempo de evolución de patología psiquiátrica personal, tiempo de hospitalización que requirió en embarazo actual, capurro, apgar, y puntaje de la evaluación postnatal de depresión.

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Mediante una encuesta directa, se registraron las variables ya mencionadas, con la técnica de entrevista estructurada individual, el instrumento fue un cuestionario y una prueba de escala de autoevaluación de Zung para depresión. Ver Anexo 1 y 2.

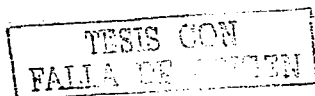
PLAN DE PROCESAMIENTO

Se elaboró una base de datos y se realizaron los cálculos estadísticos con el programa SPSS. Se presentaron los resultados de las variables estudiadas mediante graficas de barras y en pastel.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

A toda paciente gestante mayor de 28sdg por USG o por FUM que se ingresó al servicio de urgencias maternidad y que se interrumpió el embarazo: se les citó a los 30días siguientes, para aplicación de la prueba de la escala de autoevaluación para depresión, en el servicio de ginecología primera vez.

La escala de autoevaluación de Zung fue medida de acuerdo a la normas para la medición de la depresión referidas en la bibliografía, por medio de un puntaje que se fue sumando de cada rubro que se contestó y de acuerdo al puntaje final se determinó si cursaba o no con depresión y que grado de depresión era. Si era menor de 33 serían pacientes normales; entre 34 y 53 pacientes con reacciones de ajuste de situaciones transitorias, desórdenes de personalidad y reacciones de ansiedad que equivaldrían a el maternity blues; entre 54 y 64 pacientes deprimidas ambulatorias que serían clasificadas como depresión postparto mayor y si es igual o mayor a 74 el puntaje se consideraría pacientes con psicosis postparto que requerían ser hospitalizadas.



DEFINICIONES OPERACIONALES

EDAD MATERNA: Corresponderá a la edad registrada en el momento de la aplicación del cuestionario y se medirá en años.

EDAD GESTACIONAL: Corresponderá a la edad determinada al momento de su ingreso y se medirá en semanas.

GESTAS: Número de embarazos que este cursando y se registre en el cuestionario la paciente, se medirá en números enteros.

PARAS: Número de partos vía vaginal que haya cursado mayores de 20sdg y que se registre.

ABORTOS: Número de embarazos menores de 20 semanas o menores de 500gr en el momento de su expulsión que haya cursado y que se registre.

CESÁREAS: Número de embarazos mayores de las 20sdg y que se haya interrumpido vía abdominal.

ECTÓPICOS: Número de embarazos extrauterinos, que se registren en el cuestionario.

OBITOS: Número de productos con muerte intrauterina mayor de las 20sdg, que se registre en el cuestionario.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA PERSONAL: Será el que refiera la paciente en caso de haber presentado y se medirá en años.

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN QUE REQUIRÍO EN EL EMBARAZO ACTUAL: El que reporte la paciente si estuvo hospitalizada y será medido en días.

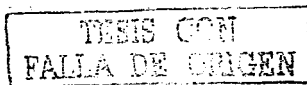
CAPURRO: El que se reporte por parte de pediatría al momento del parto, se medirá en semanas de gestación.

APGAR: El que se reporte por parte de pediatría al momento del parto y se medirá en enteros.

PUNTAJE DE LA EVALUACIÓN POSTNATAL DE DEPRESIÓN: El que se determine al terminó de la aplicación de la autoevaluación de Zung, sumando los enteros de cada rubro.

TIPO DE DEPRESIÓN: El que se determine de acuerdo a la norma de medición de depresión según la escala de Zung. Ver bibliografía.

ESTADO CIVIL: El que se reporte por parte de la paciente en la pregunta, midiéndose como casada, unión libre, soltera, viuda, divorciada y separada.



OCUPACION: La que reporte la paciente en la pregunta.

ESCOLARIDAD: La que reporte la paciente, se medirá como nivel primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, carrera técnica o comercial y profesional.

ANTECEDENTES EN EL ULTIMO AÑO DE CONFLICTOS CON SU PAREJA: El que marque con una x.

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES: El que marque con una cruz.

TIPO DE ALTERACION PSIQUIATRICO FAMILIAR QUE PRESENTE: El que marque con una cruz.

TIPO DE PARENTESCO EN LOS ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS: El que marque con una cruz en la pregunta.

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PERSONALES: El que marque con una cruz en la pregunta.

TIPO DE ALTERACION PSIQUIATRICA PERSONAL QUE PRESENTE: El que marque con una cruz.

TRATAMIENTO MEDICO RECIBIDO: El que refiera en la pregunta, ya sea en nombre genérico o comercial que sea de tipo psiquiátrico.

COMPLICACIONES DE GESTACIONES PREVIAS: De acuerdo al que marque con una cruz.

TIPO DE COMPLICACION EN EMBARAZOS PREVIOS: La que reporte la paciente en el cuestionario.

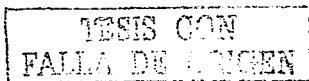
COMPLICACIONES DE LA GESTACION ACTUAL: Las que registre la paciente con una x en dicha pregunta, en caso de presentarla.

REQUERIMIENTO DE PREVIA HOSPITALIZACION EN EMBARAZO ACTUAL: El que marque con una cruz en la pregunta.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION QUE REQUIRIO PREVIAMENTE EN EMBARAZO ACTUAL: Será el que reporte la paciente y se medirá en días.

CAUSAS DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO: Corresponde con los factores que condicionaron que se interrumpa el embarazo, serán los que reporte la paciente.

TIPOS DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO: Corresponde a la respuesta que se marque con una cruz en la pregunta.



COMPLICACIONES EN EL POSTPARTO: Las que registre la paciente en la pregunta con una x en caso de haber presentado.

TIPO DE DEPRESION POSTNATAL: El que se determine de acuerdo al puntaje y a la norma de medición de depresión antes referida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se aplicaron 156 cuestionarios, de los cuales 3 fueron eliminados quedando 153.

La aplicación del cuestionario se realizó en mujeres de edades que oscilaban desde 17 a 42 años de edad, por grupos de edad el que predominó fue el de 30 a 34 años de edad con 30.1% (46 casos) y el de 25 a 29 años con 29.4% (45). De los grupos de 15 a 19 años se presentaron 5.9% (9), 20 a 24 un 12.4% (19), 35 a 39 un 20.3% (31) y de 40 a 44 años un 2% (3). GRÁFICA #1

Por nivel de escolaridad, se presentaron con mayor frecuencia las mujeres que tenían alguna carrera profesional con un 35.3% (54), posteriormente la carrera técnica ó comercial con un 24.2% (37), preparatoria 22.2% (34), secundaria 16.3% (25), primaria 1.3% (2) y por último con Licenciatura y Postgrado 0.7% (1). El 55% (39) de las mujeres con depresión postparto leve presentaban carreras superiores como lo son técnicas y profesionales y en la depresión moderada-mayor fue en 60%. GRÁFICA #2

El estado civil que predominó fue el de casada con 82.4% (126), después el estado de unión libre 13.1% (29) y por último el de soltera con 4.6% (7). Por tipo de depresión, se presentó en un 80% (57) casada en la depresión leve y 100% (5) en la depresión moderada-mayor y en la psicosis 100% (1). GRÁFICA #3

Por ocupación se presentó ama de casa de 38.56% (59), el área profesionista (auditoría fiscal, arquitectura, contador, enfermería, investigador, leyes, pedagogía, psicología, química, medicina, sociología) obtuvo 37.25% (57), y área técnica (administrativa, jardinería, informática, trabajo social) de 24.18% (37). Por tipo de depresión, se presentó en un 36.6% (26) dedicadas al hogar en la depresión leve y 60% (3) en la depresión moderada-mayor y en la psicosis 100% (1). GRÁFICA #4

Llama la atención que a pesar de predominar el nivel de escolaridad en carrera profesional, la gran mayoría se dedique al hogar, lo que puede inducir depresión ya sea por frustración de no realizarse a nivel profesional ó por barreras de equidad de género.

La presentación de antecedentes de conflictos internos entre la pareja en el último año, estuvo ausente en un 83% (127) y solo presente en un 17% (26). Del total de casos que presentaron depresión postparto leve, el 18.3% tuvo antecedentes de conflictos en su matrimonio y del total de casos de depresión moderada-mayor el 80% refirió tener problemas con su pareja. GRÁFICA #5 Y GRÁFICA #6

Con relación a los antecedentes de enfermedades psiquiátricas, como antecedentes familiares solo estuvieron presentes en un 9.8% (15) y del total de éstos el 46.66% (7) fueron episodios de depresión, 40% (6) no se

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION

especificaron pero estuvieron presentes y 13.3% (2) fueron cuadros psicóticos; la línea familiar directa que predominó fue la madre con un 33.33% (5) y también fueron los hermanos con un 26.66% (4). Del total de casos que presentaron depresión postparto leve, el 10% presentó antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas y del total de casos de depresión moderada-mayor el 60% presentaba el mismo antecedente familiar. GRÁFICA #7 Y GRÁFICA #8

En cuanto a los antecedentes personales se presentó en un 12.4% (19) y del total de éstos el tipo de depresión que prevaleció fueron los episodios de depresión con 78.95% (15), en general el tiempo de evolución de los padecimientos presentó una media (promedio) 90 días, variando los rangos desde número indefinido de días hasta 10 años de evolución; cerca de un 93% (141) no está bajo ningún esquema de tratamiento. GRÁFICA #9

La presencia de complicaciones en embarazos previos, solo estuvo presente en un 30.1% (46), de éstas las más frecuentes fueron abortos y amenazas de aborto en un 34.78% (16), el resto en bajos porcentajes fueron amenazas de partos prematuros, asfisia fetal, enfermedad hemorrágica, infección de vías urinarias recurrente, sufrimiento fetal agudo, producto prematuro y cardiopatía congénita.

Del total de las pacientes entrevistadas, en cuanto al número de gestas se obtuvo una media de 2 y una moda (respuesta más frecuente) de 1; del número de partos la media fue de 1 y la moda de 0 (lo que indica que probablemente la mayoría se obtuvo por cesárea), el promedio y la moda de cesáreas fue de 1; el número de abortos en promedio fue de 0 (hay que considerar que al momento de la entrevista existe el sesgo de la omisión por el entorno legal al que precede la situación propia de abortar), en cuanto al número de embarazos ectópicos y de óbitos fue en total de 0 (probablemente el desconocimiento de estos conceptos por la paciente pueda ser que ignoren el hecho de haberlo presentado ó por lo doloroso de la situación se nieguen a dar datos ó simplemente no estuvieron presentes). Es de notar que no hubo predominio en relación con número de gestas, embarazos, abortos, óbitos con la presentación de depresión leve, moderada-mayor o psicosis.

La presentación de complicaciones en el embarazo actual estuvieron presentes en un 53% (81), considerando la totalidad de éstas mujeres prevalecieron las siguientes complicaciones: amenaza de parto prematuro 30.86% (25), amenaza de aborto 24.70% (20), infección 18.51% (15), enfermedad hemorrágica 14.81% (12) y otras inespecíficas 11.11% (9). Por tipo de depresión, la complicación más frecuentemente que se presentó en el tipo de depresión leve fue la amenaza de parto prematuro 7.85% (12) y la complicación más frecuente en el tipo de depresión moderada-mayor fue amenaza de aborto 1.30% (2). Del total de casos que presentaron depresión postparto leve, el 55% tuvo algún tipo de complicación gestacional y del total de casos de depresión moderada-mayor lo refirió el 60%. GRÁFICA #10 Y GRÁFICA #11

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

El 18.3% (28) tuvieron que ser hospitalizadas, con un promedio de estancia hospitalaria de un (1) solo día.

Las principales causas de interrupción del embarazo actual fueron: TDP con 36.60% (56), desproporción céfalo pélvica 15.68% (24), pélvico 6.54% (10), expulsivo prolongado 5.88% (9), baja reserva fetal 5.88% (9), EHE 5.23% (8), dilatación estacionaria 1.96% (3) y otros 22.22% (34). GRÁFICA #12

La vía de interrupción más frecuente, fue por intervención cesárea en un 44.4% (68), posteriormente vía vaginal con un 30.1% (46), la cesárea más OTB presentó un 20.3% (31) y la vía vaginal más OTB obtuvo un 5.2% (8). Se observó que la OTB era más usual en los grupos de edad mayor de 30 años. El 60.53% (43) de las mujeres con depresión postparto leve fueron interrumpidas por intervención cesárea (con ó sin OTB), 39.43% (28) fue vía vaginal (con ó sin OTB) y 21.12% (15) se les realizó OTB (ya sea la vía de interrupción vaginal ó cesárea); y de las mujeres con depresión moderada-mayor fue el 60% (3) vía cesárea (con ó sin OTB), 40% (2) vía vaginal (con ó sin OTB) y 40% (2) se les realizó OTB (ya sea la vía de interrupción vaginal ó cesárea). GRÁFICA #13, GRÁFICA #14 y GRÁFICA #15

La valoración de las semanas de gestación por medio del índice de Capurro, presentó rangos desde las 27 semanas hasta la 41.3 semanas de gestación (SDG). Con una media de 38 y una moda de 39 SDG.

La valoración del producto al primer minuto presentó un Apgar en promedio de 7 y una moda de 8, en general buenas condiciones. El puntaje posnatal tuvo una media de 35 y una moda de 31, con rangos de 20 hasta 73.

El 39.2% (60) presentaron complicaciones postparto, del total de éstas mujeres el tipo de complicación que predominó fueron las otras no especificadas con 65% (39), posteriormente la asfisia fetal en un 11.66% (7), problemas por anestésicos 11.66% (7), infecciones 10% (6) y malformación fetal 1.66% (1). Del total de las mujeres con depresión postparto leve y moderada-mayor presentaron en un 37% y 40% respectivamente algún tipo de complicación postparto, en cuanto al tipo de complicaciones tanto en la depresión leve como en la moderada-mayor prevalecieron las otras no especificadas. GRÁFICA #16, GRÁFICA #17 Y GRÁFICA #18

El tipo de depresión más frecuente fue la leve en un 46.4% (71) del total de las mujeres entrevistadas, sin embargo si tomamos en cuenta solo las mujeres que tuvieron algún episodio de depresión postparto fueron en total 77 (que consideraremos el 100%); lo cual podemos observar que entonces del total de las mujeres con depresión postparto un 92.2% (71) presentaron depresión postparto leve, 6.50% (5) depresión moderada-mayor y 1.30% (1) episodio de psicosis. GRÁFICA #19, GRÁFICA #20 Y GRÁFICA #21

Los grupos de edad más afectados fueron de 25 a 29 y de 30 a 34 años de edad, probablemente como pertenecen a grupos económicamente activos, presentan preocupaciones laborales, económicas, matrimoniales y la situación de congeñar el trabajo con la función de ser madre. GRÁFICA #22

TEJIDOS CON
FALLA DE ORIGEN

Por grupos de edad cualquier tipo de depresión se presentó de la siguiente manera: de 15 a 19 años estuvo presente en un 66.66% (6), de 20 a 24 años en un 57.9% (11), de 25 a 29 años en un 64.44% (29), de 30 a 34 años en un 45.65% (21), de 35 a 39 años en un 32.35% (10), de 40 a 44 años no se presentó ningún caso de depresión postparto. GRÁFICA #23

Dentro de la patología de depresión postparto leve, se clasifica en diferentes tipos, de las cuales se presentaron de la siguiente manera (prevalencia dentro de la población femenina con depresión postparto leve): reacciones de ajuste a situaciones 50.70% (36), desordenes de la personalidad en un 40.85% (29) y reacciones de ansiedad 8.45% (6). Por grupo de edad el grupo de 25 a 29 años presentó con mayor frecuencia reacciones de ajuste a situaciones en un 17%. GRÁFICA #24 Y GRÁFICA #25

La prevalencia encontrada en este estudio fue de 50% (la mitad de las mujeres a las que se les aplicó el cuestionario presentaron algún tipo de depresión postparto), al realizar inferencia de nuestros resultados obtenidos a otras poblaciones, se puede considerar las siguientes prevalencias: la prevalencia por número de nacimientos atendidos en el ISSSTE* fue de 1 (paciente con depresión postparto de cualquier tipo) por cada 1000 nacimientos en el ISSSTE, a nivel nacional** es de 1 (paciente con depresión postparto de cualquier tipo) en 1,000,000 de mujeres de 15 a 44 años de edad, y en el Distrito Federal (si se considera que las mujeres atendidas en el Hospital Regional "Lic. ALM" son residentes de esta entidad) la prevalencia fue de 1 (paciente con depresión postparto de cualquier tipo) en 100,000 mujeres de 15 a 44 años de edad. GRÁFICA #26 Y GRÁFICA #27

* Datos ISSSTE Nacional 2001(48,942 nacimientos)

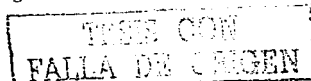
** INEGI 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

En el presente estudio comparando con la bibliografía se pudo constatar que por lo menos en el Hospital Reg. Lic. Adolfo López Mateos la prevalencia de depresión posparto fue mayor, siendo hasta el 50% en comparación con lo reportado de un 10-15% en la bibliografía, pero es semejante a lo observado en Cali, Colombia; se pudo detectar como refiere la bibliografía (entre la 2da y 8va semana) a la 6ta semana del puerperio. Con respecto a los diferentes grados de depresión también concuerda con la literatura siendo en esta de un 20-80% y en el estudio de un 92.2% para la depresión leve, de un 5-22% para la depresión mayor y en el estudio de 6.5% y para la psicosis 1.30% en el estudio. Con respecto a la edad, los grupos de edad más afectados fueron (los que se encuentran en edad fértil) como menciona la literatura con un predominio entre los 15 y 30 años, probablemente debido a que pertenecen a grupos económicamente activos que presentan preocupaciones laborales, económicas, matrimoniales y la situación de congeñar el trabajo con la función de ser madres.

Dentro de los factores condicionantes observados en el estudio se encuentran, los antecedentes personales psiquiátricos con Predominio de depresión y que no hayan estado en tratamiento, el cual concuerda con lo establecido en la literatura y que mencionan que aumentan el riesgo hasta un 10-24%; también se encuentran los antecedentes familiares que en este caso también fue el tipo trastorno depresivo el que aumenta el riesgo y se observó que la línea materna era el más predominante, así como en 2da línea el parentesco de hermanos. Con respecto a los factores psicosociales se puede observar como en la literatura, los conflictos de pareja aumentan el riesgo de depresión e incluso el riesgo de una depresión mayor. Dentro de los factores sociodemográficos se observó igual que en la bibliografía las madres adolescentes hay mayor riesgo pero difiere en el estudio con respecto a las madres añasas en la cual no se presenta un riesgo mayor que en las adolescentes, como se recalca en la literatura; por lo contrario a lo que se pensaría con el estado civil, el que predominó fue la casada con mayor riesgo para la psicosis posparto y depresión mayor. La principal ocupación fue la ama de casa y llama la atención que a pesar de predominar el nivel de escolaridad en carrera profesional, la gran mayoría se dedique al hogar, lo que puede inducir depresión ya sea por frustración de no realizarse a nivel profesional p por barreras de equidad de género. La morbilidad materna y fetal como condicionantes de depresión se corroboró, observándose que las complicaciones de la gestación actual así como las observadas en el posparto inmediato y mediato aumentaban el riesgo de depresión, sobre todo la depresión mayor, probablemente asociado a la angustia de perder su hijo o no estar completamente sana y era más frecuente en las amenazas de aborto y de parto pretermido, así como antecedente de haber sufrido su hijo asfixia y complicaciones anestésicas; no hubo asociación entre las complicaciones de gestaciones previas, ni tampoco en el número de paridad; si se observó que las pacientes interrumpidas vía cesárea había un mayor riesgo de depresión, independientemente si se realizaba salpingoclasia.



Por último referimos que se logró determinar un subtipo de depresión posparto leve, en el cual la que predominó fue la de reacciones de ajuste a situaciones (50.70%) que es la que normalmente tiende a remitir espontáneamente, sin embargo no podemos dejar de notar que el otro grupo predominante pero menor que el anterior fue el de desórdenes de personalidad (40.55%) que en este caso si se requiere una detección oportuna y valoración psiquiátrica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

1. La prevalencia en el Hospital Reg. Lic. Adolfo López Mateos fue del 50%.
2. El grupo de edad más frecuente fue de 15 a 19ª y de 25 a 29ª.
3. Los factores condicionantes para depresión posparto que se detectaron en el estudio fueron:
 - o Escolaridad carrera profesional y /o técnica.
 - o Ocupación ama de casa.
 - o Estado civil casada.
 - o Conflictos en la pareja en el último año a la fecha.
 - o Que tenga antecedentes familiares psiquiátricos de predominio depresión y con línea materna.
 - o Que tenga antecedentes personales psiquiátricos de predominio trastorno depresivo y que no tenga o no haya tenido ningún esquema terapéutico para su depresión.
 - o Que su embarazo se haya interrumpido vía cesárea.
 - o Que durante su gestación actual haya cursado con complicaciones de predominio amenaza de aborto o parto pretérmino así como complicaciones posparto de tipo principalmente asfíxia neonatal o complicaciones anestésicas.
4. El tipo de depresión más frecuente fue la depresión posparto leve con un 92.2%
5. El tipo de depresión posparto leve más frecuente fue el de reacciones de ajuste a situaciones con un 50.70%
6. La inferencia de la depresión posparto fue:
 - o Prevalencia por números de nacimientos atendidos en el ISSSTE* fue de 1/1000 nacimientos en el ISSSTE.
 - o Prevalencia por número de nacimientos en el Distrito Federal ** fue de 1/100,000 en mujeres de 15 a 44años de edad.
 - o Prevalencia por números de nacimientos a nivel nacional ** es de 1/1,000,000 de mujeres de 15 a 44años de edad.
 - o El estudio resulto estadísticamente significativa pero con un rango enorme, lo que indica que el tamaño de muestra fue pequeño para el fin del estudio, por lo que se sugiere continuar el estudio ampliando la muestra y tratar de aplicar el cuestionario en diferentes hospitales del ISSSTE para lograr comparaciones y búsqueda de factores condicionantes de esta patología ya sean inherentes de la paciente (edad, edo. Civil, ocupación, etc) como de la propia institución (trato personal de salud, tiempos de espera, etc) o bien tratar de realizar un estudio de casos y controles dentro de la

TESIS CON
FALLA DE JUREN

institución para definir claramente los factores de riesgo reales involucrados.

- Datos ISSSTE Nacional 2001(48,942 nacimientos)
- INEGI 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1

CUESTIONARIO

NOMBRE _____ EDAD _____ AÑOS.
CEDULA _____ EDO. CIVIL _____
OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____

ANTECEDENTES EN EL ÚLTIMO AÑO DE CONFLICTOS CON SU PAREJA: SI NO

ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIATRICOS: SI NO

TIPO: DEPRESIVO PSICOTICO OTRO

PARENTESCO: MADRE PADRE HERMANO TIOS ABUELOS HIJOS

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PERSONALES: SI NO

TIPO: DEPRESIVO PSICOTICO OTRO

TIEMPO DE EVOLUCION: _____ AÑOS

TRATAMIENTO RECIBIDO: _____

COMPLICACIONES EN EMBARAZOS PREVIOS: SI NO

CUALES: _____

GESTA _____ PARA _____ CESAREAS _____
ABORTOS _____ ECTÓPICOS _____ OBITOS _____

EDAD GESTACIONAL: _____ SDG.

COMPLICACIONES EN EMBARAZO ACTUAL: SI NO

INFECCIONES _____ DIABETES _____ EHE _____ AA _____ APP _____

OTRO _____

REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN: SI NO TIEMPO: _____ DIAS.

CAUSA DE INTERRUPCION EMBARAZO: _____

TIPO DE INTERRUPCION: PARTO VAGINAL CESAREA

CAPURRO: _____ SDG APGAR: _____

COMPLICACIONES EN EL POSTIPARIO: SI NO

MUERTE PERINATAL _____ MALFORMACIONES FETALES _____

ASFIXIA FETAL _____ INFECCIONES _____

HTA CON SHOCK _____ COMPLICACIONES ANESTESICAS _____

OTROS _____

PUNTAJE DE LA EVALUACION PRENATAL DE DEPRESION: _____ TIPO DE DEPRESION: _____

PUNTAJE DE LA EVALUACION POSINATAL DE DEPRESION: _____ TIPO DE DEPRESION: _____

COMENTARIOS: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2 ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG

NOMBRE _____

SEÑALE UNA RESPUESTA EN CADA UNO DE LOS 20 RUBROS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TOTAL
1.- me siento abatido, desanimado y triste					
2.-Tengo ataques de llanto o deseo llorar					
3.- Tengo problemas de sueño durante la noche					
4.-Noto que pierdo peso					
5.- Tengo problemas de estreñimiento					
6.- Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado					
7.-Me canso sin motivo					
8.- Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto					
9.- Soy más irritable que de costumbre					
10.- Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviera muerto					
11.-Por la mañana es cuando mejor me siento					
12.-Como igual que antes					
13.-Disfruto el conversar mirar y estar con hombres atractivos					
14.-Mi mente esta tan despejada como siempre					
15.- Me resulta fácil hacer lo que solía hacer					
16.-Tengo esperanzas en el futuro					
17.- Tomo las decisiones fácilmente					
18.- Siento que soy útil y necesario					
19.- Siento que mi vida está llena					
20.-Sigo disfrutando con lo que hacía					
					TOTAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ANEXO 3
HOJA DE AUTORIZACION ESCRITA.**

Protocolo: PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE DEPRESION POSTPARTO EN EL H.R.L.A.L.M.

*Por medio de la presente, YO: _____
Hago constar que se me ha explicado en que consiste el estudio sobre la prevalencia de la depresión postparto en púerperas del H.R.L.A.L.M., para proponer su detección y manejo precoz; y autorizo a que se me incluya en dicho estudio, estando hospitalizada en la cama número _____ del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos de México, DF.*

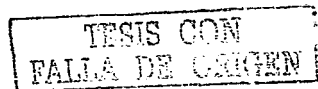
También se me explicó que si no deseo participar en dicho estudio o deseo salirme del estudio en el momento que yo lo considere conveniente, no existirá objeción por parte de los médicos que la estén realizando.

Para hacer constar mi autorización, firmo de conformidad el día _____ del mes de _____ del año _____.

ATENTAMENTE

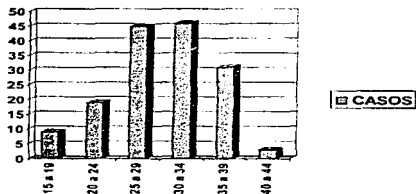
FIRMA Y NOMBRE

TESTIGOS Dr. _____ Dr. _____



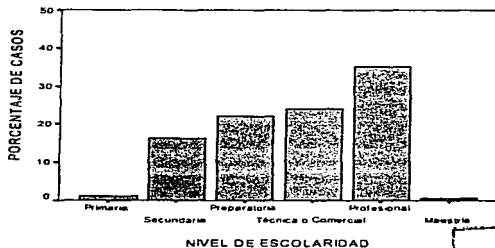
ANEXO 4 GRAFICAS

FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #1

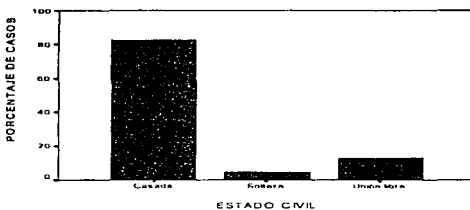
FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A NIVEL DE ESCOLARIDAD, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #2

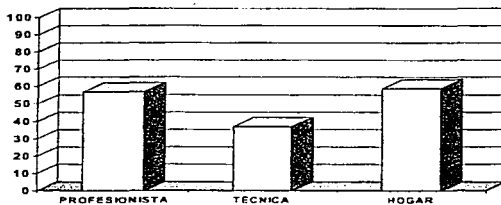
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A ESTADO CIVIL, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #3

FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A OCUPACIÓN, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #4

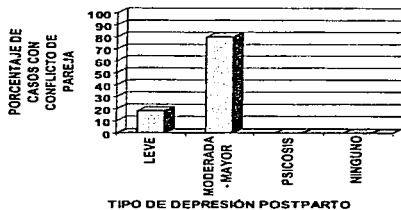
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A CONFLICTOS INTERNOS DE LA PAREJA, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #5

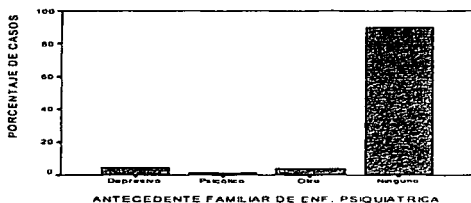
FRECUENCIA DE CASOS DE MUJERES CON DEPRESIÓN POSTPARTO Y SU RELACION CON CONFLICTOS DE PAREJA, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #6

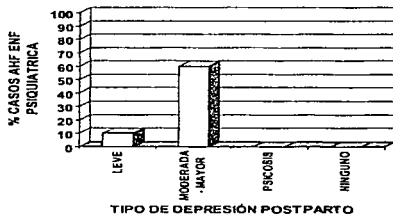
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #7

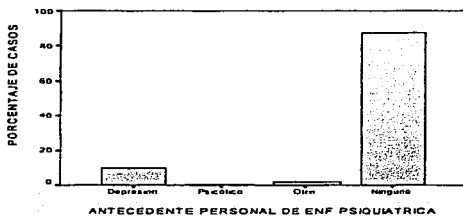
FRECUENCIA DE CASOS DE MUJERES CON DEPRESIÓN POSTPARTO Y ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #8

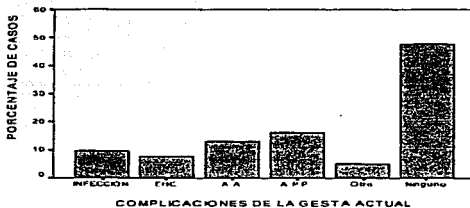
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A ANTECEDENTES PERSONALES DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #9

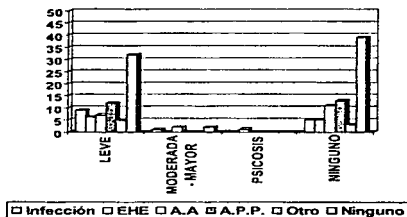
FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A COMPLICACIONES DE LA GESTA ACTUAL, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #10

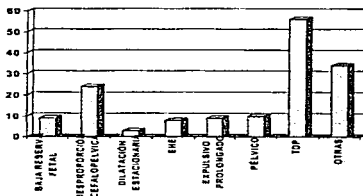
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A TIPO DE DEPRESIÓN Y COMPLICACIÓN DE GESTA ACTUAL, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #11

FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A CAUSA DE INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.

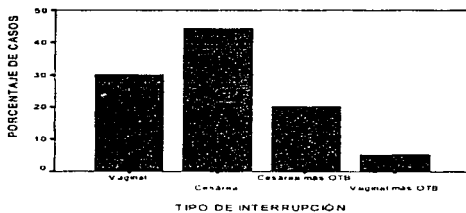


CASOS

GRÁFICA #12

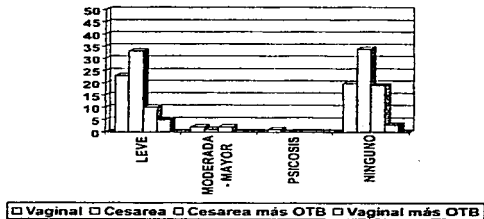
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A VÍA DE INTERRUPCIÓN DE LA GESTA ACTUAL, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #13

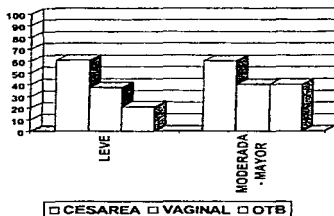
FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A TIPO DE DEPRESIÓN Y TIPO DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #14

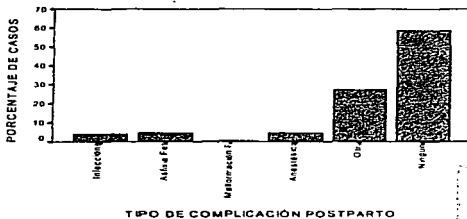
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA DEL TOTAL DE MUJERES CON DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A TIPO DE DEPRESIÓN Y TIPO DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #15

FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO AL TIPO DE COMPLICACIÓN POSTPARTO, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.

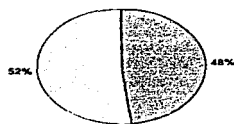


GRÁFICA #16

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

EN LA BIBLIOTECA
DE LA BIBLIOTECA

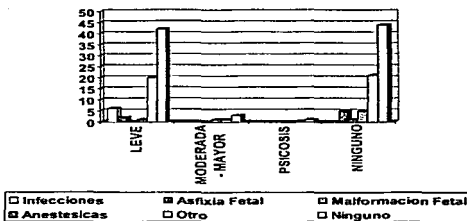
PORCENTAJE DEL TOTAL DE MUJERES CON DEPRESIÓN POSTPARTO CON RELACIÓN A CUALQUIER TIPO DE COMPLICACIÓN POSTPARTO, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



□ DEPRESIÓN LEVE □ DEPRESIÓN MODERADA-MAYOR

GRÁFICA #17

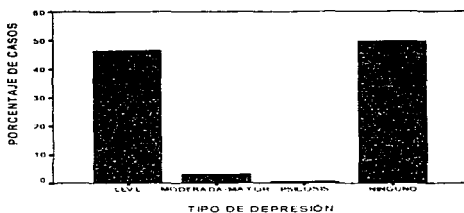
FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A TIPO DE DEPRESIÓN Y TIPO DE COMPLICACIÓN POSTPARTO, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #18

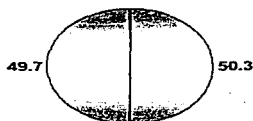
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA DE CASOS DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A TIPO DE DEPRESIÓN, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #19

PORCENTAJE DE MUJERES ENTREVISTADAS QUE PRESENTARON DEPRESIÓN POSTPARTO, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.

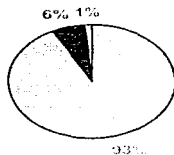


DEPRESIÓN POSTPARTO SIN CUADRO DEPRESIVO

GRÁFICA #20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

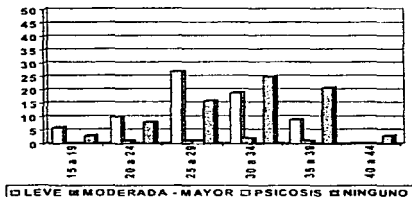
FRECUENCIA DEL TOTAL DE MUJERES CON DEPRESIÓN POSTPARTO, SEGÚN TPO DE DEPRESIÓN, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



□ DEPRESIÓN LEVE ■ DEPRESIÓN MODERADA-MAYOR ◑ PSICOSIS

GRÁFICA #21

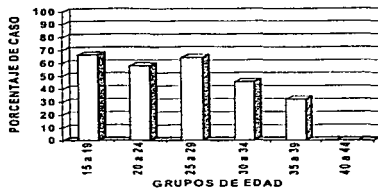
FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD Y TIPOS DE DEPRESIÓN, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #22

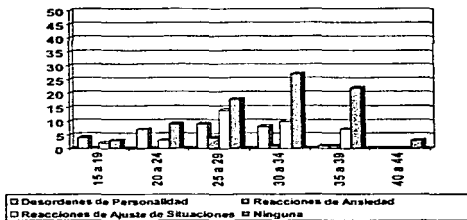
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA DE CASOS DE MUJERES CON DEPRESIÓN POSTPARTO Y GRUPO DE EDAD, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #23

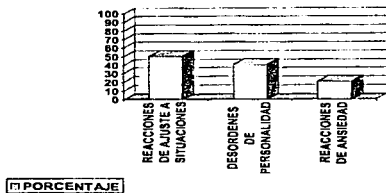
FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD Y TIPOS DE DEPRESIÓN LEVE, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #24

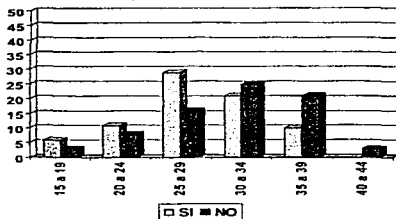
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA DE MUJERES CON DEPRESIÓN POSTPARTO LEVE, DE ACUERDO A TIPOS DE DEPRESIÓN LEVE, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #25

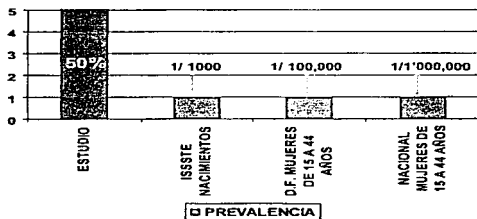
FRECUENCIA DE MUJERES ENTREVISTADAS POR DEPRESIÓN POSTPARTO, DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD Y PRESENTACIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO, EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F. 2003.



GRÁFICA #26

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PREVALENCIA POR DEPRESIÓN POSTPARTO: INFERENCIA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO APLICADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO D.F., 2003.



GRÁFICA #27

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

1. Ríos Rial B, García Noblejas Sánchez Migallón J, Sánchez Cubas S. Depresión postparto. En: Trastornos depresivos en la mujer (Depresión en patologías orgánicas) Ed Edicomplet. S.A. Madrid 1999. 12-26.
2. Manchado Ramírez F, García Serrano T, Moya Rüegg N, Bernabéu Sáez N, Cerdá Díaz R. Depresión Puerperal. Factores Relacionados. Aten Primaria 1997; 20(4):161-166.
3. Carnaval G, González M, Martínez-Schallmoser L, Tovar M, Valencia C. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. Volumen 31. No. 1.
4. Postpartum Disorders. The Harvard Medical School Mental Health Letter. Mayo 1989.
5. Sebastián Romero E, Mas Lodo N, Martín Blanquez M, Raja Casillas MI, Izquierdo Zamarriego MI, Valles Fernández N, Metola Gómez M. Depresión Postparto en el Área de Salud de Toledo. Aten Primaria 1999; 24(4):215-219.
6. Neil Epperson MD. Postpartum Major Depression: Detection and treatment. American Family Physician 1999; 59(8):2247-2254.
7. McCarthy A. Postnatal depression: diagnosis and treatment. National strategy for prevention and treatment of postnatal illness is long overdue. Consultant Psychiatrist. National Maternity Hospital, Holles St. Dublin Z. 1998 March/April. 91(2).
8. Richards JP. Postnatal depression: a rebien of recent literatura. Br J. Gen Pract. 1990; 40(340):472-476.
9. Caballol Angelats R, Iragüen Eguskiza, Zaera Bultrago JL. Consultantes con trasfondo de depresión. En programa del adulto 5. Ed doyma, S.A. Madrid 1999. 99-98.
10. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed Masson. S. A. Barcelona 1995.
11. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edimburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987. 150:782-786.
12. Bergant AM, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O. German lenguaje version and validación of the Edimburgh postnatal depression scale. Dtsch Med Wochenschr 1998; 123(3). 35-40.

13. Warner R, Appleby L, Whiton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal Psychiatric morbidity. Br J Psychiatry 1996; 168(5):607-611.
14. Zarate Jr, CA and Tohen, M; Epidemiology of mood Disorders throughout the life Cycle; en Mood Disorders Across the Life Span. New York, 1996.
15. Lara H, Meléndez JD, Gutiérrez E. Depresión Mayor y climaterio. Un estudio controlado. Clínica de Trastornos del Ánimo. División de Psiquiatría, INNN, Facultad de Psicología UNAM, México, DF.1998; Nov 13-14.
16. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlad saudi of the onset, duración and prevalence of postnatal depression. Br J Psychiatry 1993; 163:27-31.
17. Kessler, RC, McGonagle, KA, Zhao, S, Nelson, CB et al; Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the U.E. Arch. Gen Psychiat; 51:8-19,1994.
- 18.- Lara H; Ramírez L; Lara L. Algunas normas para la medición de la depresión. Neurología-neurocirugía-psiquiatría 1976; 17 (1):5-15.