

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**DEPRESIÓN POST-PARTO Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO
CULTURAL DE LAS PACIENTES QUE SON ATENDIDAS EN LA
MATERNIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE
COBAN ALTA VERAPAZ**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**POR
ILEANA EUGENIA GARCÍA MARROQUÍN**

**PREVIO A OPTAR EL TITULO DE
PSICOLOGA**

**EN EL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIATURA**

GUATEMALA NOVIEMBRE 2009

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín

DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes

SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo

REPRESENTANTES DEL CLUSTRO DE CATEDRATICOS

Ninette Archila Ruano de Morales

Jairo Josué Vallecios Palma

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES ANTE EL CONSEJO
DIRECTIVO**

Dedico esta investigación aquellas mujeres que presentan el cuadro clínico y social de Depresión Post-Parto; el cual es un problema de salud pública grave, sus repercusiones son muy importantes y no pueden ser ignoradas. Millones de mujeres viven con una enfermedad que consume la alegría y productividad que de otra manera ellas tendrían. Las madres sufren de Depresión Post-Parto en cifras alarmantes casi una de tres mujeres se ve afectada, pero el miedo, la vergüenza o la confusión evitan que ellas obtengan el apoyo necesario para curarse.

RECONOCIMIENTO

REVISORA:

Expreso sincero agradecimiento a la Licenciada Lourdes Hun, reconociendo su eficacia y responsabilidad al guiarme en el desarrollo de este trabajo.

ASESORES:

Reconozco la valiosa asesoría de la Licenciada en Psicología Rosa Maclovia Villela Flhor, por su apoyo profesional, en el desarrollo del trabajo que se me asignó; dejo constancia especial, que el apoyo científico y calidad humana de dicha persona fue de mucha importancia, para la realización de mi tesis.

Con mi sincero amor filial agradezco la asesoría de mi Papa, Dr. Eduardo García, quien con su experiencia y amplios conocimientos, de Ginecólogo y Obstetra, me brindó una valiosa colaboración en el presente trabajo.

Quienes hicieron posible que esta investigación llegara a su final.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: *Por su amor sublime y no desampararme nunca, en todo el camino de mi vida.*

A LA VIRGEN: *Por su amorosa intercesión ante Dios.*

A MI MAMÁ: *La Licda. Ileana Marroquín de García, quien con maternal apoyo, dedicación y ejemplo, me inclinó al estudio y supo guiarme en todo momento de mi vida.*

A MI PAPÁ: *El Dr. Eduardo José García, Quien amorosamente con su ejemplo, me introdujo en el inmenso campo del conocimiento, dándome apoyo y comprensión en todo el momento; y darme el honor de ser mi asesor de tesis.*

A MI HERMANO: *Pablo E. García M. por su apoyó y amor.*

A MI HERMANO: *Julio R. García y esposa e hija con cariño.*

A MI ABUELITO: *Manuel F. Marroquín C. quien siempre estuvo dispuesto a ayudarme con buena voluntad en cualquier circunstancia a su alcance*

A MI ABUELITA: *Argelia Pellecer de Marroquín recordándola con amor.*

A MIS ABUELITOS: *José García I. y Amelia de García., Con sincero afecto.*

A MIS TIOS: *Con especial cariño.*

A MIS AMIGOS: *Con estimación y cariño.*

A USTED: *Muy especialmente.*

INDICE

	<u>Pág. No.</u>
PROLOGO	1
CAPITULO I	
MARCO TEÓRICO	
1. DEPRESIÓN POST-PARTO.....	4
1.1. Melancolía.....	6
1.2. Depresión Post-parto.....	8
1.3. Factores de Riesgo para la Depresión Post-parto.....	10
1.4. Psicosis Post-parto.....	10
1.5. Trastorno afectivo Unipolares.....	12
1.6. Trastorno Bipolar.....	12
1.7. Depresión Mayor.....	12
1.8. Tratamientos.....	13
1.9. Grupos de Apoyo.....	13
1.10. Expectativas (pronóstico).....	13
1.11. Complicaciones.....	14
1.12. Tratamiento Farmacológico.....	14
1.13. De los Trastornos Depresivos durante el Embarazo.....	14
1.14 Antidepresivos Tricíclicos.....	15
1.15. Antidepresivos IMAO.....	16
1.16. Antidepresivos ISRS.....	16
1.17. Litio.....	16

1.18. Carbamacepina y valproato.....	16
1.19. Benzodiazepinas.....	17
1.20. Tratamiento electroconvulsivo.....	18
1.21. Ventajas del tratamiento psicofarmacológico durante el embarazo y La lactancia.....	18
CAPITULO II	
2. 1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	20
2.2. POBLACIÓN.....	20
2.3. TECNICAS DE MUESTREO.....	20
2.4. TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.....	20
2.5. TECNICAS Y ANALISIS ESTADISTICO.....	21
2.6. INSTRUMENTOS.....	21
2.6.1. Hojas de Observación.....	22
2.6.2. Entrevistas.....	23
2.6.3. Visitas Domiciliares.....	23
CAPITULO III	
3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	24
CAPITULO IV	
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
4.1. CONCLUSIONES.....	36
4.2. RECOMENDACIONES.....	37
5. BIBLIOGRAFIA.....	38

6. ANEXOS.....	40
6.1. Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS).....	41
6.2. Guía de Observación.....	43
6.3. Entrevista.....	45
6.4. Programa Básico de Abordamiento Psicológico De la Depresión Post-arto.....	47
7. RESUMEN.....	54

PRÓLOGO

Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos observaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica, cuando el DSM IV definió a la depresión mayor con inicio en el postparto con episodios de depresión que comienzan hasta 4 semanas luego del mismo. Este período se manifiesta con rápidos cambios hormonales, postulando la idea que estos contribuyen a la vulnerabilidad a los estados depresivos. Sin embargo, debido a que los factores psicosociales tienen una relevancia importante como desencadenantes de la depresión puerperal y se planea una definición operativa de este período de hasta 6 meses luego del parto. Las devastadoras consecuencias familiares, de la Depresión Post-parto (DPP) han llamado la atención de los medios, sobre casos de algunas madres que llegaron a matar a sus hijos, mientras estaban deprimidas. Toda esa atención sobre el tema, ha logrado que parezca que la prevalencia del problema estuviera en ascenso. No se puede asegurar que esto así sea, pero se sabe que la DPP es un problema subdiagnosticado. Cada año, más de 50,000 mujeres, o sea, aproximadamente 13 de cada 100 púerperas que dan a luz, padecen de ansiedad, desesperación, melancolía y fatiga que se presentan con la DPP durante los primeros 3 a 12 meses de la vida de sus niños. Aproximadamente, la mitad de estas madres continúan padeciendo síntomas hasta el primer cumpleaños de su hijo(a). Es normal tener algunos cambios bruscos de temperamento o ansiedad de ser nueva madre; esto le sucede a 8 de cada 10 madres primerizas. Dicha condición es normalmente llamada "melancolía de la maternidad"; estos problemas comienzan en horas o días después de haber dado a luz; se presentan y desaparecen repentinamente y hasta que el recién nacido (RN) tiene aproximadamente 4 semanas de edad.

Diferente a la DPP, la melancolía de la maternidad no interfiere seriamente con cuidar de su RN o en las actividades cotidianas. Las puérperas que padecen de DPP poseen sentimientos desagradables, tales como tristeza, pérdida de interés, cólera y/o frustración los cuales pueden durar de semanas a meses después del parto e interfieren con su habilidad de completar las labores cotidianas. Los síntomas pueden durar todo el día, todos los días o la mayoría de los días, por 2 o más semanas. Por tal razón este proceso investigativo tiene como objetivo general Conocer los conceptos actuales de la depresión post-parto, desde el contexto psicosocial y su tratamiento psicológico actual.

La DPP es una enfermedad similar a una depresión mayor (DM), con la excepción de los sentimientos negativos específicamente relacionados con el bebé. Ya que la cantidad de mujeres entre los 20 y los 40 años, las cuales sufren de una DM, es igual a las que sufren de DPP, algunos psiquiatras dudan si la DPP es una condición, o si el estrés de ser una nueva madre induce que los síntomas de depresión se presenten durante esa época. Las que padecen de DPP tienen una variedad de síntomas. Es posible que crean que sus alteraciones están relacionadas con la "melancolía de la maternidad" y que cada madre primeriza tiene los mismos sentimientos. También, es posible que sientan que son "malas madres" y que deben disimular estos sentimientos para que nadie se entere.

Es probable que se sientan tan desesperadas que no tengan energía de comunicar este problema o de actuar para salir adelante. Es importante identificar y tratar la DPP cuando principia, lo cual será benéfico para ambos, la madre y su RN. Primero, es esencial el aliviar el sufrimiento de la madre y el prevenir que se cause daño a si misma o a su infante. El primer año de un bebé consiste en crecimiento y desarrollo. Si la madre no puede relacionarse con su RN, él puede

perder la oportunidad de tener lazos de amor, de desarrollar su cerebro y de tener un futuro saludable. Los doctores, las enfermeras, y las parteras pueden ser los primeros en identificar la DPP. Las mujeres deben visitar a sus médicos después de 6 semanas de haber dado a luz. Es importante que asista a estas citas lo cual les brinda a los proveedores de salud la oportunidad de evaluar el estado de salud mental, emocional y físico de la nueva madre. En ocasiones, las puérperas que sufren de DPP no poseen la energía de hacer o asistir a las citas médicas y a veces aunque sí asistan, no le comunican a su médico los sentimientos que están teniendo y desafortunadamente, es muy frecuente que los proveedores de salud no pregunten. Con frecuencia las amistades o los familiares sean los primeros en identificar los síntomas de la DPP y puedan ofrecer ayuda de una manera gentil y afectuosa.

Esta investigación pretende determinar la incidencia de la Depresión Post- Parto en la población Guatemalteca, específicamente en la región de las Verapaces; siendo el departamento de Maternidad del Hospital Regional de Cobán, donde se efectuó el estudio. De las 100 pacientes estudiadas el 83% correspondía al grupo indígena y solo el 17% eran no indígenas; quedando demostrado que la DPP afecta por igual a los distintos grupos sociales independientemente de sus características socio-culturales.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.- DEPRESION POST-PARTO

Ha sido identificada desde el año 460 antes de Cristo. Sin embargo, a pesar de ser conocida hace tanto tiempo, es reciente que en las últimas décadas ha surgido el interés por profundizar su estudio (Raphael-Leff, 2000) (1). Como cuadro psicopatológico ha venido relegándose al ámbito de la psiquiatría para el tratamiento psicofarmacológico (antidepresivos o tranquilizantes mayores) e incluso a terapias electroconvulsivas (Lucas, 1993). Las razones por las que se produce la DPP no están aún claras. La psiquiatría le atribuye factores que van desde el desajuste hormonal, efectos fisiológicos de partos altamente difíciles, hasta el aislamiento social, falta de apoyo familiar, pobreza y desempleo (1).

Desde la perspectiva psicoanalítica, los estudios sobre el tema le adscriben a la DPP la combinación de factores de vulnerabilidad infantil actualizados por la exacerbación de experiencias adversas (Brown y Harris, 1993), tales como los mencionados anteriormente. El puerperio constituye un momento de alta vulnerabilidad para la aparición de desórdenes afectivos.

Los cuadros clínicos que presentan algunas mujeres, después del parto son:

1.- Melancolía

2.- Depresión Post- parto

3.- Psicosis Post-parto

1.-Miller L. J. "DEPRESION POST-PARTO" 4a edición Buenos Aires 1999, 450paginas.2.- L Beck C, Tatano DN

2.- L Beck C, Tatano DN "PROBLEMAS DE DEPRESION Y MATERNIDAD" Madrid 1999 623 páginas.

Cada año, más de 50,000 mujeres, o sea, aproximadamente 13 de cada 100 mujeres que dan a luz, padecen de ansiedad, desesperación, melancolía y fatiga que se presentan con la DPP durante los primeros 3 a 12 meses de la vida de sus niños (2).

Melancolía del Post-Parto, Depresión del Post-Parto y Psicosis del Post-Parto: COMPARACIÓN			
CARACTERISTICAS	MELANCOLÍA DEL POST-PARTO	DEPRESIÓN DEL POST-PARTO	PSICOSIS DEL POST-PARTO
Frecuencia en ocurrir	30-80%	10-15%	0.1 a 0.2%
Empieza	2-5 días después del parto	Usualmente entre los primeros 6 meses después del parto.	Usualmente dentro de las primeras 4 semanas después del parto
Duración	Días a semanas	Meses a años si no es tratada	Necesita atención médica urgente e intensiva.
Antecedentes de depresión	No relación	Fuerte relación	Fuerte relación 30-50% de riesgo de presentarse después de un episodio de psicosis de post-parto. Puede ser más común en mujeres primerizas.

FUENTE: .-Miller L. J. "DEPRESION POST-PARTO" 4a edición Buenos Aires 1999, 450paginas.2.- L

Beck C, Tatano

Melancolía:

Después del parto, los altibajos de las emociones, así como los cambios en la respuesta emocional de este período, que comúnmente se le llama “la melancolía después del parto” ocurren con frecuencia de entre el 30% al 80% de los casos, por lo que es considerada una parte normal del proceso de haber tenido un bebé (2).

La melancolía postparto generalmente se presenta durante la primera semana después del nacimiento y se caracteriza por:

- tristeza, sentimiento de decepción
- llanto (a menudo sin razón aparente)
- inestabilidad emocional
- fatiga
- irritabilidad
- ansiedad e inquietud

Estos síntomas se desaparecerán en un lapso de días a dos semanas.

Generalmente no se necesita tratamiento.

Los cambios de humor, episodios de llanto, irritabilidad, son comunes luego de un parto. Esto no es nada fuera de lo normal, ya que el cuerpo tiene que acondicionarse después de este evento. La melancolía del post- parto usualmente ocurre entre 2 a 5 días después del parto. La madre puede experimentar períodos de llanto, cambios de humor, estar muy sensible, sentirse abrumada, simplemente agotada. La melancolía del post- parto usualmente termina sin tratamiento médico luego de una semana o dos, que es cuando los niveles hormonales vuelven a su normalidad, tan pronto como ella y su cuerpo se adaptan a la nueva situación (3). A menudo es de gran ayuda para ella, que pueda hablar con amistades o con la familia. Cualquier síntoma que se hace más intenso y persiste después de la segunda semana del parto, debe ser

atendido por el médico que la asistió o ser discutido con otra persona que le proporciona cuidados de salud.

Es normal tener algunos cambios bruscos de temperamento o ansiedad de ser nueva madre; esto le sucede a 8 de cada 10 madres primerizas (3).

El término labilidad afectiva describe el estado de ánimo cambiante experimentado por muchas de estas mujeres. Pueden estar llorosas transitoria durante varias horas y luego recuperarse por completo y estar llorosas nuevamente al día siguiente. Es importante advertir que los síntomas son leves y por lo general sólo duran entre unas pocas horas y algunos días. Está indicado el tratamiento de sostén; puede tranquilizarse a las madres y explicarles que la disforia es transitoria y más probablemente debida a cambios bioquímicos. Deben ser controladas para detectar posible desarrollo de alteraciones psiquiátricas más graves, incluso depresión puerperal o psicosis.

2.- L Beck C, Tatano DN "**PROBLEMAS DE DEPRESION Y MATERNIDAD**" Madrid 1999 623 páginas.
3.-ópez Ballesteros "**DUELO Y MELANCOLIA**" 3ed Madrid 1917 Pags.125

Depresión Post-Parto (DPP):

A diferencia de la melancolía del post-parto, la DPP es la manifestación de una enfermedad depresiva mayor, caracterizada por una sensación de estar constantemente deprimida, o tener estados de irritabilidad, ansiedad inexplicables que duran más de dos semanas.

La DPP se presenta con típicos síntomas depresivos que incluyen estados de desesperanza, incapacidad, constante tristeza, ideas negativas o de persistente preocupación, baja autoestima, pérdida de la capacidad de gozar actividades de la rutina diaria, alteración en hábitos de comer o dormir, irritabilidad, dificultad en concentrarse en lo que hace, alteración de la memoria y de la capacidad de tomar decisiones.

Significativa sensación de incapacidad o deterioro, así como, la sensación de ser incapaz de cuidar al bebé y así misma, dificultad de mantener relaciones con otras personas; son características de la depresión post-parto.

La DPP ha sido definida como "la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año postparto". El cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, teniendo el humor deprimido y falta de placer en las actividades (anedonia) como síntomas cardinales, sin embargo, la DPP posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando su hijo lo suficiente, y casi siempre están presentes síntomas de ansiedad acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión del humor. Otra característica de este cuadro es que la mujer afectada raramente comenta su estado con los profesionales de la salud, y se esfuerza por seguir desempeñando sus obligaciones de cuidado de sus hijos y esposo. Es difícil determinar la prevalencia real de la DPP,

porque los estudios difieren demasiado en lo que se refiere a metodología y poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que 10 a 20% de las mujeres que dan a luz son afectadas por esta entidad. La depresión postparto es habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional.

Esto es lamentable porque se deja de auxiliar a mujeres que sufren intensamente en una fase crítica de la vida, y por evidencias que señalan que este cuadro es responsable de trastornos de la interacción madre recién nacido, pudiendo causar en los hijos alteraciones psicológicas en el corto y largo plazo, además de un mayor riesgo de separaciones y divorcios.

Las madres que sufren de depresión del post-parto, están constantemente deprimidas por más de dos semanas. Los síntomas típicos que se presentan por lo menos por un período de dos semanas, durante todo el tiempo, incluyen:

- tristeza, depresión, desesperación
- dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido
- trastornos del apetito (comer en exceso o comer muy poco)
- irritabilidad
- fatiga y agotamiento
- dificultad para concentrarse, confusión y pérdida de la memoria
- llanto incontrolable
- temor de hacerse daño a si misma o a su bebé
- falta de interés en el bebé
- preocupación excesiva por el bebé
- culpa y baja autoestima
- ansiedad y/o pánico

- cambios de humor exagerados, con altas y/o bajas
- incapacidad para lidiar con cada situación

Los síntomas pueden variar en un rango de ligeros a severos, que persisten de tres meses a un año. La DPP puede ser una experiencia diferente entre las mujeres, pero los síntomas son siempre de aflicción y de necesidad de ser tratada.

Para el diagnóstico de DPP es necesaria una entrevista clínica cuidadosa, cuyo tiempo de duración ha sido estimado en 45 a 60 minutos. Resulta evidente que sería impracticable aplicar esta entrevista a todas las parturientas, por lo que es necesario usar alguna prueba de rastreo, que permita seleccionar las madres que necesitarán una evaluación diagnóstica.

Factores de Riesgo para Depresión Post-parto

- Antecedentes de Depresión Post-parto
- Antecedentes de depresión sin asociación al puerperio
- Antecedentes de Trastornos de la alimentación
- Embarazo no deseado
- Embarazo en adolescentes
- Mujeres inmigrantes
- Desarraigo cultural
- Estrés psicosocial en los últimos 6 meses
- Escasos recursos de contención social.
- Condición socioeconómica comprometida
- Antecedentes de adicciones

Psicosis Post-parto:

A diferencia, la psicosis del post-parto es relativamente rara, afecta el 0.1% a 0.2% de las mujeres en post-parto. Típicamente ocurre dentro

de las 4 semanas después del parto. Es una emergencia médica y debe ser tratada inmediatamente. Cuando se presentan pensamientos imaginarios (creencias falsas y fijas), generalmente son relacionados con el recién nacido (por ejemplo piensan que el bebé está poseído por el diablo, tiene poderes especiales, o está señalado con un terrible destino). Las mujeres que sufren esta psicosis presentan ideas de suicidio, pensamientos obsesionados de violencia contra el bebé, falta de concentración y agitación del sistema psicomotor (4).

Puede ser un episodio que se registre por primera vez en la vida de la paciente, o bien como parte de un problema recurrente. En su inicio suele aparecer más frecuentemente con rasgos de trastorno bipolar, que como trastornos del ánimo. Comparando estos episodios con los trastornos psicóticos no asociados al post-parto, se observa más desorientación y labilidad en forma característica (4).

Las mujeres con DPP pueden tener mejorías temporarias en apariencia, despistando a médicos y cuidadores, haciéndoles pensar que se han recuperado, pero al poco tiempo empeoran sus síntomas depresivos y psicóticos. Comparado con episodios de depresión sin psicosis, las mujeres con psicosis puerperal tienen más probabilidades de terminar haciendo daño a sus hijos. Si bien en los casos en donde se ha implementado un tratamiento exitoso no se ha visto aumentado el riesgo de daño para los hijos, la DPP tiene una alta probabilidad de recurrencia, tanto durante el período del post-parto, como fuera de él, si no se realiza tratamiento de mantenimiento (5).

4.-EY, Henri, **"TRATADO DE PSIQUIATRIA"** 8ª edición, España, Editorial toray Masson , 1973 790 páginas.

5.-Kolb, Lawrence C. **"PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA"** 5ª. Edición, México, La prensa Medica Mexicana, 1976, paginas:1082

Trastornos afectivos unipolares

Los trastornos afectivos unipolares en relación con el embarazo se caracterizan por la aparición de síntomas depresivos o depresivo ansiosos menores con curso benigno y una intensidad leve en los síntomas, por lo que con apoyo familiar y de pareja suele ser suficiente, con lo que en la mayoría de los casos no se necesitará tratamiento farmacológico.

Trastorno bipolar

Hay una considerable influencia de los factores hormonales en la evolución del trastorno bipolar en las mujeres. En un 25% de los casos, la enfermedad comienza durante la gestación, aunque también hay casos de inicio en la tercera década de la vida en mujeres no embarazadas. En las pacientes con antecedentes de trastorno bipolar, el riesgo de recaída se sitúa en el 30-50% de los casos.

Depresión mayor

Es más frecuente en el tercer trimestre y a veces se asocia con ideas delirantes y suicidas o postración estuporosa. Es motivo de ingreso hospitalario, incluso involuntario, por riesgo autolítico de la madre, falta de autocuidados o falta de adherencia al seguimiento obstétrico. En estos casos, el tratamiento indicado suele ser la terapia electroconvulsiva. Si ha habido depresión anteriormente, el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor a lo largo de la gestación se encuentra entre el 25-50%, por lo que se recomienda la anticoncepción. Si a pesar de ello lo desean, se les informará del riesgo/beneficio que supone mantener el tratamiento con antidepresivos durante el embarazo

e, incluso, desde el momento en que desea quedar embarazada. En muchos casos la recaída se produce porque es práctica habitual retirar el antidepresivo de forma brusca, en lugar de hacerlo con una disminución paulatina de la dosis y comprobar el estado clínico de la paciente.

Tratamiento

El tratamiento para la DPP a menudo incluye medicamentos, terapia o la combinación de ambos. Existen varios tipos de medicamentos antidepresivos que se les pueden administrar a las madres lactantes.

La DPP es una condición médica la cual puede ser tratada con medicamentos y con asesoría psicológica. Algunos médicos prefieren llevar a cabo el tratamiento ellos mismos; mientras otros, refieren a la paciente a los profesionales de salud mental. La mayoría de los medicamentos antidepresivos ayudan a aliviar la DPP, para las madres que están lactando, su médico debe hablar con ellas sobre los riesgos (posibles efectos negativos) y beneficios (efectos positivos) de los medicamentos disponibles.

En caso de que una madre esté pensando en hacerse daño a sí misma o al bebé, debe buscar ayuda médica de inmediato. Una vez que se diagnostica la depresión, la mujer puede necesitar un seguimiento meticuloso durante al menos seis meses.

Grupos de apoyo

La participación en grupos de apoyo puede ser valiosa, pero debe ser combinada con medicamentos y psicoterapia formal.

Expectativas (pronóstico)

Los medicamentos y la asesoría profesional con frecuencia son efectivos para reducir o eliminar los síntomas.

Complicaciones: Si se deja sin tratamiento, la depresión posparto puede durar meses o años y la persona puede estar en riesgo de hacerse daño a sí misma o al bebé. Las complicaciones potenciales a largo plazo son las mismas que en la depresión grave.

Tratamiento farmacológico

De los trastornos depresivos durante el embarazo:

Al iniciar un tratamiento farmacológico, deben tenerse en cuenta los síntomas somáticos de la paciente, con objeto de no potenciarlos con los fármacos prescritos, y diferenciarlos de posibles efectos secundarios. Así, por ejemplo, puesto que el vaciado gastrointestinal disminuye en un 30-35% durante el embarazo, ésta disminución predispone al estreñimiento, añadir fármacos de efecto anticolinérgico contribuirá a aumentar la incomodidad de la paciente. Otro problema que se plantea al instaurar un tratamiento farmacológico en la gestación es el de la teratogenicidad, para lo cual no hay garantía y debe sopesarse riesgo/beneficio, pues pequeños índices teratógenos son difíciles de distinguir de una anormalidad espontánea. Una vez hechas estas puntualizaciones, comunes a prácticamente cualquier tratamiento medicamentoso durante el embarazo, se analizan las distintas opciones terapéuticas existentes:

Antidepresivos tricíclicos:

La nortriptilina puede considerarse el antidepresivo de elección durante el embarazo por distintas razones: ha sido utilizada con éxito durante décadas, presenta pocos efectos anticolinérgicos en comparación con otros tricíclicos, la relación entre su concentración en plasma y sus efectos terapéuticos está bien estudiada y, finalmente, su mayor potencia antidepresiva reduce otras complicaciones orgánicas al requerirse dosis menores. A pesar de estas ventajas, si con anterioridad una mujer ha respondido bien a otro antidepresivo tricíclico y no ha presentado efectos secundarios importantes, es preferible usar el fármaco del que ya se conoce su eficacia.

Se ha observado que para controlar los síntomas depresivos en la segunda mitad del embarazo debe aumentarse la dosis de estos fármacos (6).

6.-Williams "**OBTETRICIA**" 21ª Edicion McGRAW-HILL A Division of the McGraw-Hill companies. Estados Unidos. 2001, 14422 paginas

Antidepresivos IMAO

Durante el embarazo sólo debe ser considerado el tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) si se han agotado las demás posibilidades terapéuticas, ya que se trata de un tratamiento de alto riesgo.

Antidepresivos ISRS

Los índices de malformaciones encontrados en el tratamiento con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) no exceden de los encontrados en la población general. La tasa de abortos, en grupos de pacientes tratadas con fluoxetina y tricíclicos, tiende a ser superior respecto a la encontrada en la población general, aunque no significativa. Si estos hallazgos se confirman, tendrán que diferenciarse los riesgos de la propia enfermedad psiquiátrica de los producidos por la exposición al medicamento.

Litio

Las malformaciones cardíacas, particularmente el síndrome de Ebstein aparecen con mayor proporción en los fetos expuestos al litio. Por tanto, este medicamento está contraindicado en el primer trimestre de gestación. En este período se recomienda utilizar neurolépticos o tratamiento electroconvulsivo.

Carbamacepina y valproato:

Estas sustancias anticonvulsivantes se utilizan como timolépticos en cuadros resistentes al tratamiento y en trastornos bipolares, especialmente en los de ciclos rápidos. Ambos compuestos tienen un

alto índice teratogénico y se han descrito malformaciones congénitas, como labio leporino, malformaciones cardíacas o espina bífida en niños cuyas madres habían sido tratadas con estos fármacos; la incidencia de abortos y de partos prematuros también ha resultado ser significativamente más elevada que en grupos control. Por tanto, ambos fármacos están totalmente contraindicados en mujeres gestantes.

Benzodiazepinas

Aunque los datos de los que se dispone no son concluyentes, se considera que el clordiazepóxido resulta teratogénico, sobre todo en los primeros 42 días de embarazo; la proporción de malformaciones graves, cuando las madres tomaron el compuesto durante este período es 3 veces superior a la encontrada en la población general. El diazepam se ha asociado con un aumento en el riesgo de labio leporino, con o sin alteración del paladar. El lorazepam parece ser la benzodiazepina de elección durante el embarazo, ya que se asocia a menor concentración placentaria que el diazepam; carece de metabolitos activos y tiene una alta potencia, unida a una buena absorción. Sin embargo, como los resultados valorables de su uso en mujeres embarazadas son escasos, las normas a seguir para su utilización serán las mismas que para otras benzodiazepinas: dosis no elevadas y durante el menor tiempo posible. En definitiva, en esta etapa debe evitarse la administración prolongada de estas sustancias, por lo que, para períodos largos, se recomiendan otros fármacos, como los neurolepticos.

Tratamiento electroconvulsivo

Este tratamiento se ha utilizado con resultados satisfactorios, tanto en embarazadas normales como de alto riesgo. Resulta el tratamiento de elección cuando las condiciones debidas a la enfermedad (agitación grave, catatonía, deshidratación, malnutrición o violencia) representan un riesgo para el feto. Los efectos del tratamiento electroconvulsivo en el gestante son mínimos; la frecuencia cardíaca permanece estable, no se modifican los movimientos fetales ni hay contracciones uterinas.

Ventajas del tratamiento psicofarmacológico durante el embarazo y la lactancia

A pesar de los riesgos, se recomienda el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas durante el embarazo y la lactancia para evitar las influencias negativas de la enfermedad en el niño, siempre y cuando se seleccione cuidadosamente el fármaco. En lo que respecta al desarrollo del feto, en modelos animales se ha observado la influencia negativa que el estrés materno tiene en la descendencia, ya que provoca hipoxia fetal, bajo peso de la cría, disminución de la camada, aumento de las tasas de aborto e hipotensión fetal. Además, también hay un déficit de ciertos parámetros comportamentales que se mantiene hasta la edad adulta, disminución del aprendizaje. El tratamiento con ansiolíticos anula estos efectos.

La enfermedad psiquiátrica puede suponer un impedimento para el desarrollo de las correctas relaciones entre madre e hijo, que son de vital importancia, en el neonato y en la primera infancia, para el

desarrollo emocional del niño. En comparación con infantes de madres sanas, los hijos de madres depresivas parecen más activos, distraídos y menos interesados a los 4 meses de vida; estas consecuencias se extienden a las interacciones sociales de estos niños, que juegan menos, inseguros en sus relaciones. No hay que olvidar tampoco otras consecuencias de los trastornos psíquicos en el entorno del niño: separaciones, alejamiento del hogar. El tratamiento efectivo de la enfermedad materna favorece la interacción madre-hijo, lo que redundará en el beneficio de ambos.

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

POBLACIÓN

La población que se tomo en cuenta para el desarrollo de la investigación, abarco pacientes que acuden a la maternidad del hospital general de Cobán alta Verapaz. Como referencia de datos históricos en dicho hospital se atiende un promedio de entre 4800 a 5600 partos por año y entre 1500 a 2000 cesáreas por año; en el año 2008 se atendieron 5122 partos y 1744 cesáreas.

TECNICAS DE MUESTREO

Se analizó un total de 100 casos de pacientes en el período post-parto atendidas en el departamento de maternidad del hospital regional de Cobán Alta Verapaz.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Se uso el método científico para comprender dos fases: la primera descriptiva que comprende la sustentación teórica y una segunda fase: que es el trabajo de campo; en esta segunda se utilizaron las siguientes técnicas:

- 1.- observación (hojas de observación)
- 2.- entrevista personal
- 3.- revisión del expediente clínico
- 4.- evaluación a través del test de Edimburgo
- 5.- registros de los datos
- 6.- análisis estadístico

Luego del planteamiento del problema, el proceso de investigación se orientó hacia la institución que reunió la población objetivo, para lo cual se seleccionó al servicio de maternidad del hospital general de Cobán, A.V., se realizaron visitas diarias de lunes a viernes en los horarios de 8 a 12 horas; ya que en el centro hospitalario las pacientes egresan después de las 12 horas del medio día. Se realizaron entrevistas personales, informándoles a cada una el objeto de la investigación, de los requisitos de los tests o instrumentos de evaluación. Se creó un ambiente cordial y respetuoso para ganar la voluntariedad y participación de las pacientes en la investigación. En los casos que clínicamente lo ameritara se coordinó con el departamento de psicología del hospital para su seguimiento y tratamiento. Se llenaron las hojas de observación del ámbito hospitalario. Se impartieron charlas sobre el cuadro clínico que se investigó y visitas domiciliarias de seguimiento.

TECNICAS Y ANALISIS ESTADISTICO

Análisis porcentual

INSTRUMENTOS

TEST DE EDINBURGH (EPDS):

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión post-parto; una afección alarmante más prolongada que la "Melancolía de la Maternidad" ["Blues" en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la DPP afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y

que muchas de las puérperas deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas preguntas. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas.

HOJAS DE OBSERVACIÓN:

Se realizaron hojas de observación que tuvo la finalidad de establecer el ambiente familiar que cotidianamente se desenvuelven las pacientes con el fin de conocer algún factor condicionante a la depresión post- parto. Así mismo se llenaron hojas de observación del ámbito hospitalario para establecer si hay influencia de este con el apareamiento de la DPP.

ENTREVISTA:

Se efectuaron entrevistas personales a cada paciente que se encontraba en el período de post-parto. Dentro de un ambiente de respeto y cordialidad; enfatizando que la investigación llevará un aporte de importancia para conservar la salud materna, principalmente lo referente a salud mental.

VISITAS DOMICILIARES:

Se efectuaron visitas domiciliarias de seguimiento de los casos que lo ameritaron; ya que la melancolía del post-parto se presenta con frecuencia en muchas puérperas la cual dura entre 1 y 2 semanas después del parto; y como estas pacientes ya se encontraban en sus respectivos domicilios.

CAPITULOS III

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La investigación se efectuó en la maternidad del hospital general de Cobán, el cual se encuentra localizado en la cabecera departamental de alta Verapaz, a 215 kms. de la ciudad capital de Guatemala, la población es predominantemente indígena, y se pretendía establecer si la condición socio-cultural de la población, entre otros, tiene alguna influencia en el apareamiento de la depresión post parto. Aunque la causa de la DPP permanece incierta, la presente investigación sugiere una etiología multifactorial. Se determinó que algunos factores psicosociales y psicológicos tiene un papel importante que contribuyen al apareamiento de la DPP, aunque no en forma determinante; dentro de estos factores la investigación determino los siguientes:

Nivel económico bajo.

Dependencia económica

Baja autoestima

Aborto previos

Hijos no deseados

Conflictos de convivencia con los suegros

Alcoholismo

Violencia intrafamiliar.

Embarazos a temprana edad

Multiparidad.

Para la obtención de los datos se efectuaron entrevistas personales, test de evaluación EPDS (Edinburgh Depression Postnatal Scale), hojas de

observación y visitas domiciliarias. Se consideraron las variables de edad, paridad, estado civil, nivel de educación, y grupo étnico.

Está determinado que las causas que desencadenan este trastorno son factores relacionados con alteraciones bioquímicas, psicológicas, psicodemográficas, morbilidad asociada y antecedentes psiquiátricos previos.

Se tomó en consideración los siguientes síntomas clínicos:

- *Estado de ánimo deprimido o pérdida de interés
- *Disminución de la capacidad para el placer en casi todas las actividades.
- *Pérdida o aumento importante de peso

- *Insomnio o hiperinsomnio

- *Agitación o enlentecimiento psicomotor.

- *Sentimiento de inutilidad o culpa inapropiada.

- *Fatiga o pérdida de energía.

- *Indecisión o disminución de la capacidad para pensar o concentrar.

- *Incapacidad para hacerse cargo de su hijo.

- *Sobreprotección de la madre hacia al bebé.

- *Ambivalencia en relación con el afecto del bebé.

- *Pensamientos recurrentes de muerte.

La población estudiada, fue de madres atendidas en la maternidad del hospital de Cobán, que se encontraban en el periodo post parto. Se utilizó una muestra al azar de 100 mujeres en periodo post parto, como primera evaluación y se realizó una segunda evaluación tres semanas después a las mujeres presentaron síntomas de depresión, a través de visitas domiciliarias.

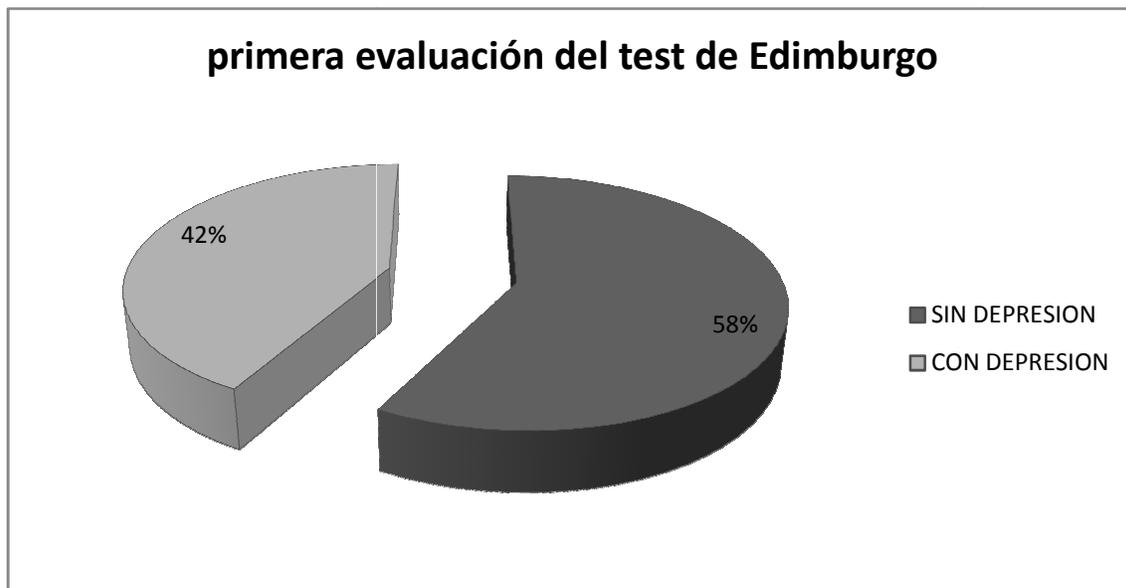
CUADRO Y GRAFICA # 1

PRIMERA EVALUACIÓN DEL TEST DE EDIMBURGO

PACIENTES	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
SIN DEPRESIÓN	58	58%
CON DEPRESIÓN	42	42%
TOTAL	100	100%

VARIABLE: depresión

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de 100 mujeres en el periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán A.V.



VARIABLE: depresión

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de 100 mujeres en el periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán A.V.

INTERPRETACIÓN: se puede apreciar que del total de casos estudiados el 58% no presentaron depresión, y el 42% manifestó resultados que indicaban síntomas de depresión, pero por el período post parto en que se encontraban, la fase de melancolía post parto (baby blues) es muy frecuente; por lo que realizó una segunda evaluación, tres semanas después, con la finalidad de detectar a

madres que persistieran con los síntomas y signos de enfermedad latente.

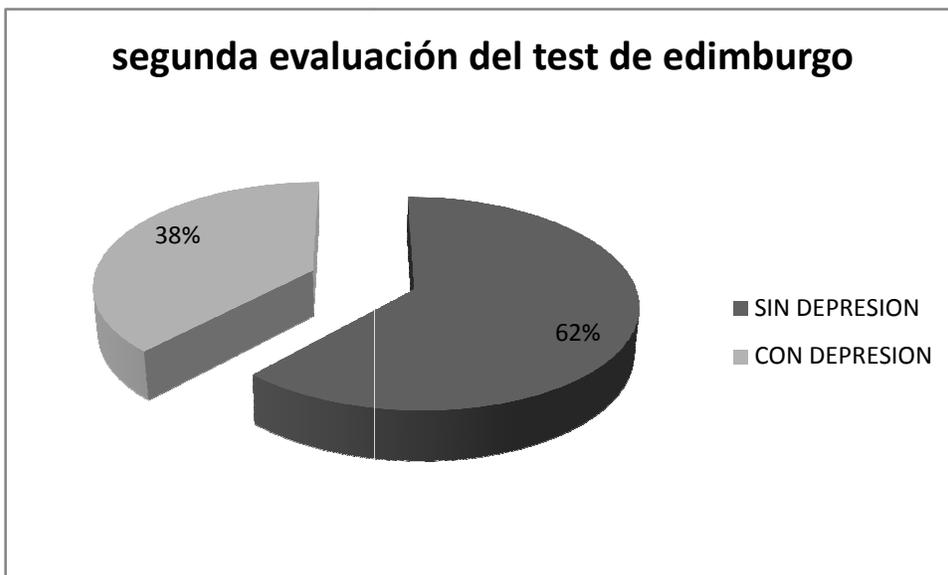
CUADRO Y GRAFICA # 2

SEGUNDA EVALUACIÓN DEL TEST DE EDIMBURGO A PACIENTES QUE PRESENTARON DEPRESION EN LA PRIMERA EVALUACIÓN

PACIENTES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SIN DEPRESIÓN	26	62%
CON DEPRESIÓN	16	38%
TOTAL	42	100%

VARIABLE: depresión

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de 42 mujeres en el periodo de tres semanas post parto, visita domiciliar.



VARIABLE: depresión.

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de 42 mujeres en el periodo de tres semanas post parto, visita domiciliar.

INTERPRETACIÓN: se aprecia que en esta segunda evaluación, de las 42 pacientes que en la primera evaluación presentaban depresión; 26 pacientes dieron resultados de que los síntomas y signos de depresión desaparecieron y solo 16 pacientes continuaban con síntomas de depresión, que corresponde a un 38 % de madres afectadas; aunque es difícil determinar la prevalencia real

de la DPP, porque los estudios difieren demasiado en lo que se refiere a metodología y poblaciones analizadas, el resultado obtenido es mayor a lo reportado en otros estudios que es entre el 10 a 20%.

CUADRO Y GRAFICA # 3

PARIDAD

COMPARACION ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACION

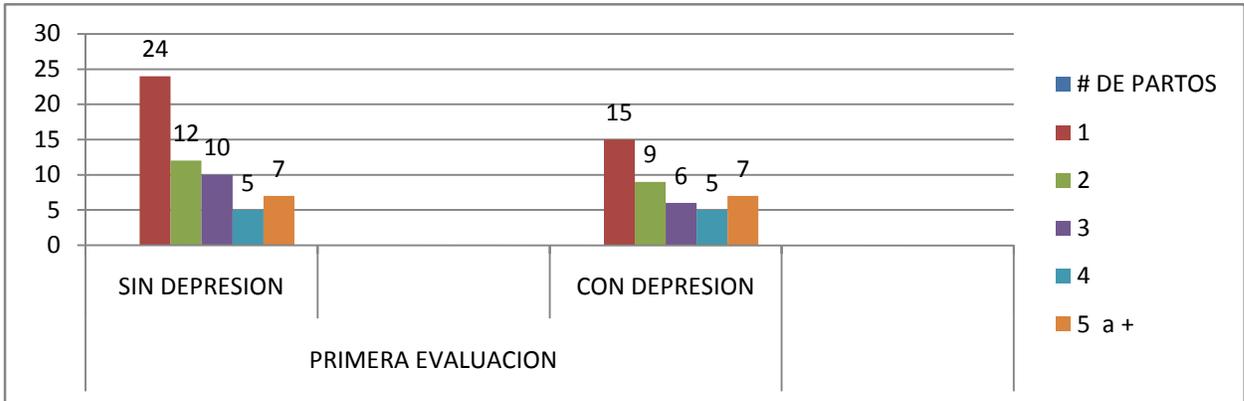
Depresión – No Depresión según número de partos.

PRIMERA EVALUACIÓN				SEGUNDA EVALUACIÓN				
SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		
# DE PARTOS	# DE CASOS	%	# CASOS	%	# CASOS	%	# CASOS	%
1	24	41.4	15	35.7	10	38.5	5	31.3
2	12	20.7	9	21.4	5	19.2	4	25
3	10	17.2	6	14.3	4	15.4	2	12.5
4	5	8.6	5	11.9	3	11.5	2	12.5
5 a +	7	12.1	7	16.7	4	15.4	3	18.7
TOTAL	58	100	42	100	26	100	16	100

VARIABLE: paridad.

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de pacientes en periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán y segunda evaluación en visita domiciliar.

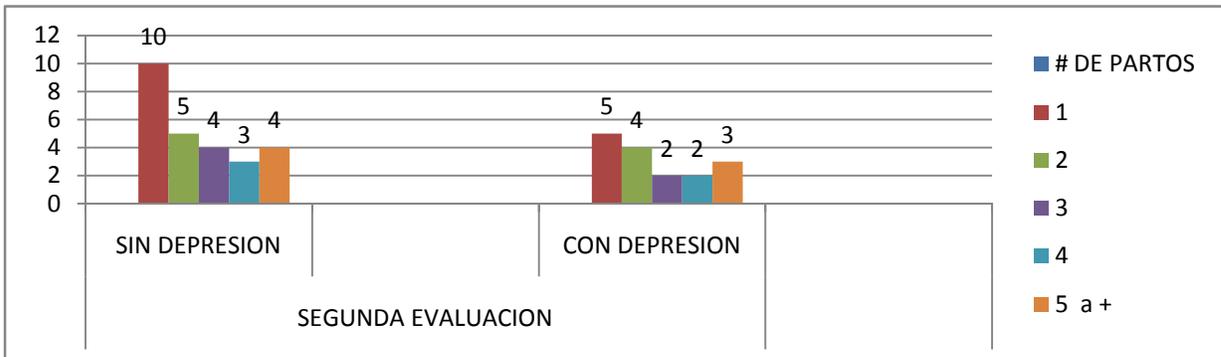
PARIDAD- PRIMERA EVALUACIÓN



VARIABLE: paridad.

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de pacientes en periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán y segunda evaluación en visita domiciliar.

PARIDAD- SEGUNDA EVALUACIÓN



VARIABLE: paridad.

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de pacientes en periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán y segunda evaluación en visita domiciliar.

INTERPRETACIÓN: se define la paridad desde el punto de vista obstétrico: como el número de hijos que una mujer ha tenido. El primer parto, la inexperiencia y la responsabilidad que la crianza que un hijo requiere, impone a la madre una carga psicológica importante; de la misma manera el criar a varios niños a la vez, como es el caso de la multiparidad; también es psicológicamente agobiante. En ambas evaluaciones se demuestra que las madres que han tenido más de dos partos presentan mayor incidencia de depresión post parto, sin embargo

no hay una diferencia estadísticamente significativa con las que han tenido un solo parto.

CUADRO Y GRAFICA # 4

ESCOLARIDAD

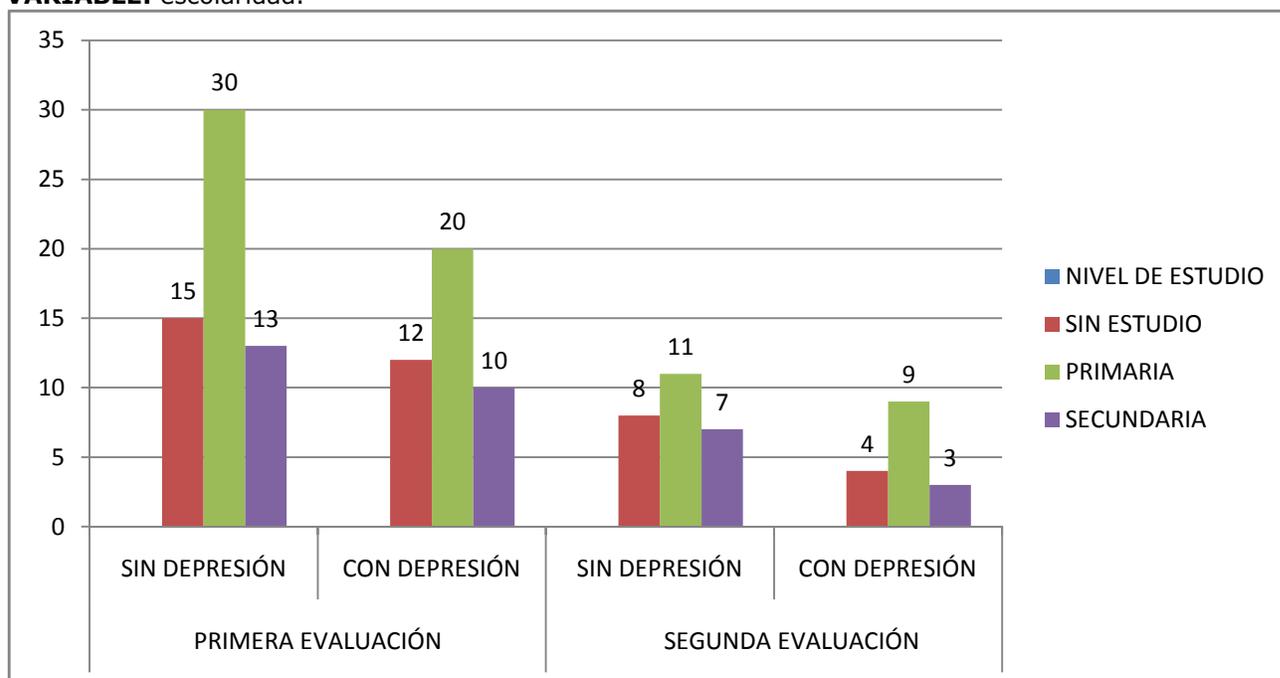
COMPARACION ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN

Depresión – No Depresión según la escolaridad.

PRIMERA EVALUACIÓN					SEGUNDA EVALUACIÓN			
SIN DEPRESIÓN			CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN	
NIVEL DE ESTUDIO	# DE CASOS	%	# CASOS	%	# CASOS	%	# CASOS	%
Sin Estudio	15	25.9	12	28.6	8	30.8	4	25
Primaria	30	51.7	20	47.6	11	42.3	9	56.3
Secundaria	13	22.4	10	23.8	7	26.9	3	18.7
TOTAL	58	100	42	100	26	100	16	100

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de pacientes en periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán y segunda evaluación en visita domiciliar.

VARIABLE: escolaridad.



VARIABLE: escolaridad.

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de pacientes en periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán y segunda evaluación en visita domiciliar.

INTERPRETACIÓN: La escolaridad considerada en esta investigación como el nivel de estudios que una persona haya alcanzado; se consideró que a mayor nivel de estudios, el acceso a información como son: las complicaciones del embarazo, las anomalías genéticas, los efectos dañinos de medicamentos, los efectos secundarios de la baja ingesta de nutrientes y compuesto vitamínicos, imponen stress psicológico a las madres. Por el contrario las gestantes que no acceden a esta información presentan menos stress psicológico. Se comprobó que no existe relación estadísticamente significativa entre escolaridad y depresión. Se aprecia en la grafica anterior que la depresión post parto afecta tanto a personas con estudios como sin ellos.

CUADRO Y GRAFICA # 5

EDAD

COMPARACION ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN

Depresión – No Depresión según la edad de las pacientes.

PRIMERA EVALUACIÓN				SEGUNDA EVALUACIÓN				
SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		
EDAD	# DE CASOS	%	# CASOS	%	# CASOS	%	# CASOS	%
15-20	25	43.1	13	30.9	9	34.6	4	25
21-25	19	32.8	12	28.6	7	26.9	5	31.3
26-30	11	18.9	7	16.7	4	15.4	3	18.7
35-40	3	5.2	10	23.8	6	23.1	4	25
TOTAL	58	100	42	100	26	100	16	100

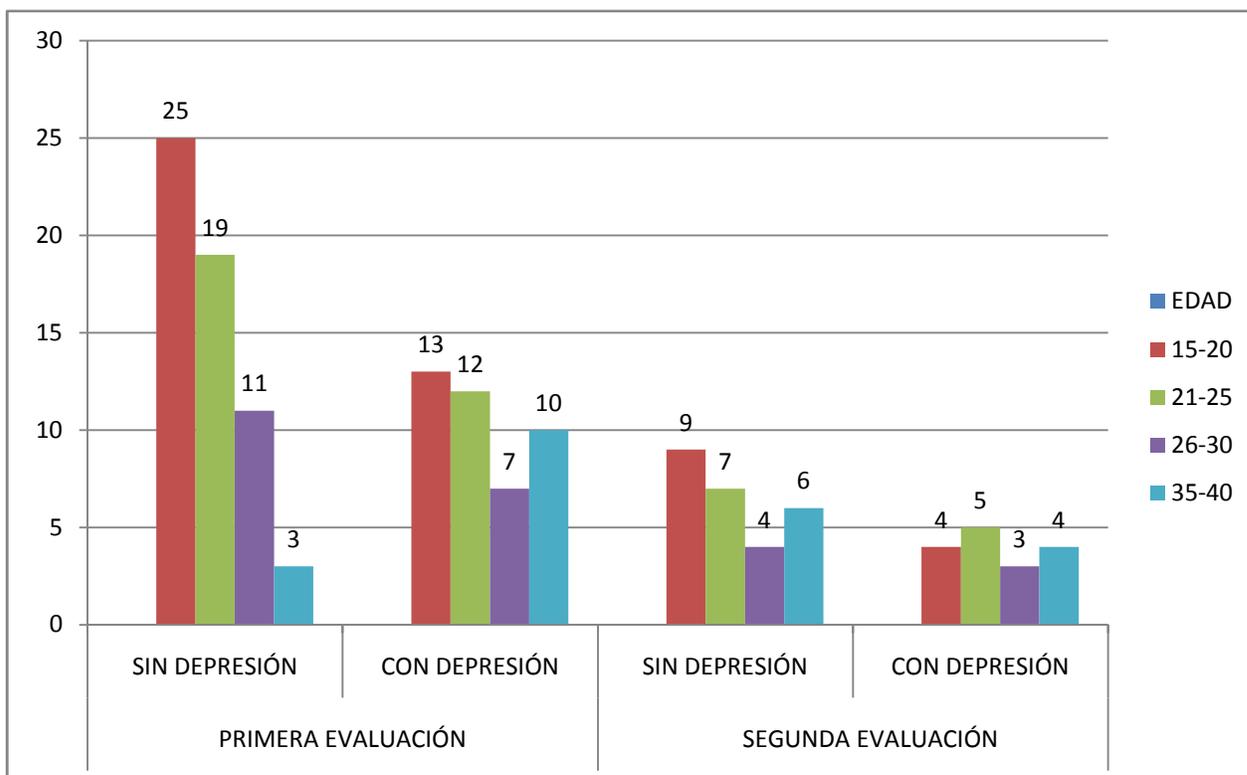
FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de pacientes en periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán y segunda evaluación en visita domiciliar.

VARIABLE: edad.

EDAD

COMPARACION ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN

Depresión – No Depresión según la edad de las pacientes.



VARIABLE: edad

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de pacientes en periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán y segunda evaluación en visita domiciliar.

INTERPRETACIÓN: los embarazo en madres menores de 17 años y mayores de 35 años son considerados desde el punto de vista obstétrico como embarazos de alto riesgo, en los cuales la morbi-mortalidad materna e infantil es más alta, así mismo, en estos extremos el stress psicológico también está presente. La gráfica demuestra que en esta investigación, la mayor incidencia de depresión post parto se presentó en mujeres comprendidas entre las edades de 21 a 30 años; sin embargo no existe diferencia estadísticamente significativa con otras edades.

CUADRO Y GRAFICA # 6

ESTADO CIVIL

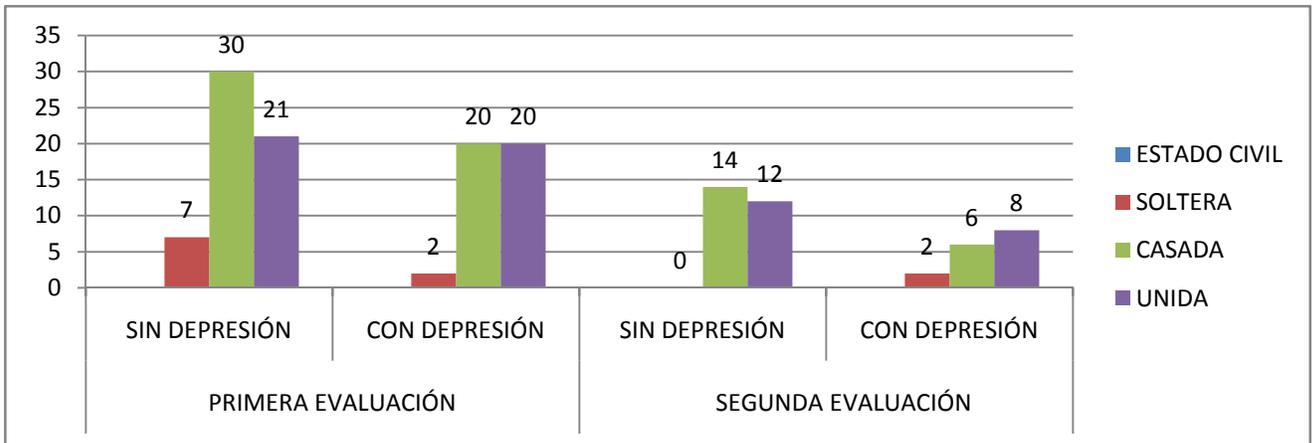
COMPARACION ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN

Depresión – No Depresión según el estado civil.

PRIMERA EVALUACIÓN				SEGUNDA EVALUACIÓN				
SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		
ESTDO CIVIL	# DE CASOS	%	# CASOS	%	# CASOS	%	# CASOS	%
SOLTERA	7	12.1	2	4.8	0	0	2	12.5
CASADA	30	51.7	20	47.6	14	53.8	6	37.5
UNIDA	21	36.2	20	47.6	12	46.2	8	50
TOTAL	58	100	42	100	26	100	16	100

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de pacientes en periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán y segunda evaluación en visita domiciliar.

VARIABLE: estado civil.



VARIABLE: estado civil.

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de pacientes en periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán y segunda evaluación en visita domiciliar.

INTERPRETACIÓN: la madre soltera enfrenta la disyuntiva de qué hacer con el bebé que espera y su futuro como mujer; esto aun más afectado por un embarazo no deseado, la baja condición económica, la falta de apoyo de su pareja y de la familia; son factores psicosociales

que afectan psicológicamente a la madre. Sin embargo, las madres unidas o casadas con estabilidad psicológica, un hogar estable e integrado y una adecuada posición económica; pueden presentar factores hormonales que alteran su conducta psíquica y desencadenar cuadros depresivos. La gráfica ilustra que el mayor porcentaje de DPP se presentó en mujeres unidas y casadas, en ambas evaluaciones; pero no se puede concluir que el estado civil sea un factor determinante para el apareamiento de este trastorno.

CUADRO Y GRAFICA # 7

GRUPO ETNICO

COMPARACION ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACION

Depresión – No Depresión según grupo étnico.

PRIMERA EVALUACIÓN					SEGUNDA EVALUACIÓN			
SIN DEPRESIÓN			CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN	
GRUPO ETNICO	# DE CASOS	%	# CASOS	%	# CASOS	%	# CASOS	%
INDIGENA	47	81.1	36	85.7	22	84.6	14	87.5
NO INDIGENA	11	18.9	6	14.3	4	15.4	2	12.5
TOTAL	58	100	42	100	26	100	16	100

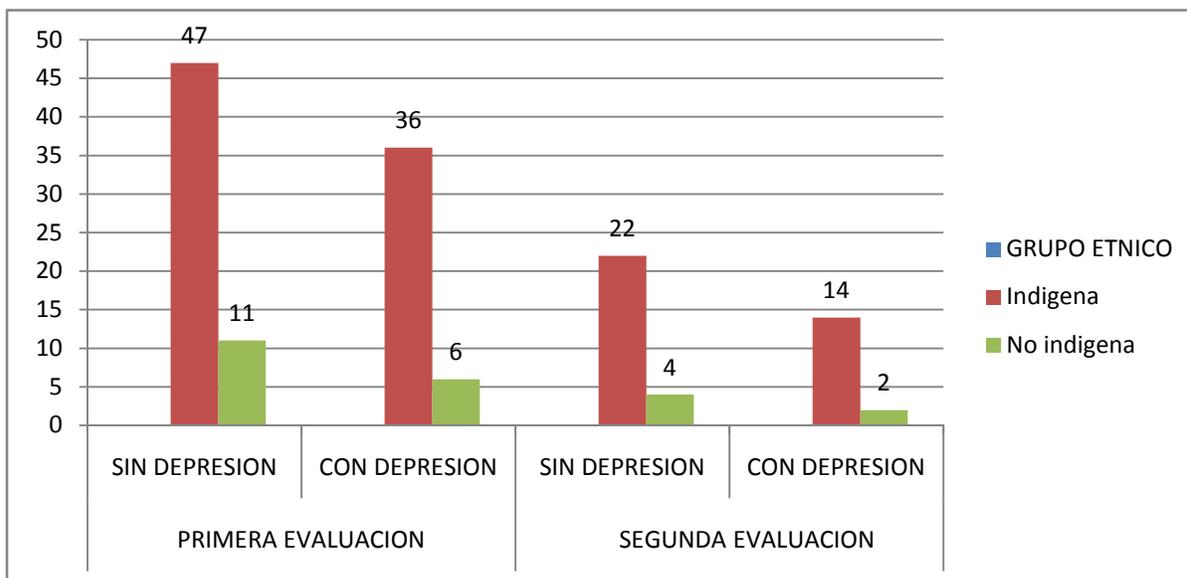
VARIABLE: grupo étnico.

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de pacientes en periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán y segunda evaluación en visita domiciliar.

GRUPO ETNICO

COMPARACION ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACION

Depresión – No Depresión según grupo étnico.



VARIABLE: grupo étnico

FUENTE: datos obtenidos de la evaluación de pacientes en periodo post parto de la maternidad del Hospital General de Cobán y segunda evaluación en visita domiciliar.

INTERPRETACIÓN: Las características psicosociales que afectan a los indígenas como son: la marginación, poco acceso a servicios de salud, comunidades alejadas de los centros urbanos, falta de información en atención primaria en salud, violencia intrafamiliar, analfabetismo, bajos ingresos económicos; son condiciones que perturban el equilibrio emocional y psicológico de las madres. Sin embargo, los grupos sociales no indígenas que tienen acceso a servicios de salud y un mayor apoyo de información por todos los medios de comunicación también se ven afectados por la depresión post parto. La gráfica demuestra que la depresión post parto afecta a cualquier grupo étnico, independientemente de sus características socioculturales.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

IV. I CONCLUSIONES

1.- De acuerdo a los datos obtenidos en la investigación se aprueba la hipótesis de que la Depresión Post-Parto es una afección escasamente diagnosticada y en muchos casos no reciben el tratamiento adecuado.

2.- Se pudo establecer que muchas mujeres que presentan síntomas de Depresión en el Post-Parto inmediato mejoran considerablemente sin tratamiento en el transcurso de 2 semanas, sin embargo, hay un grupo pequeño que requieren seguimiento para el diagnóstico y tratamiento.

3.- Se determinó que los factores psicosociales y psicológicos tienen un rol importante que contribuyen al apareamiento de la DPP, aunque no en forma determinante.

4.- De acuerdo a los datos obtenidos las causas que desencadenan este trastorno son factores relacionados con alteraciones bioquímicas, psicológicas, psicodeográficas, morbilidad asociada y antecedentes psiquiátricos previos.

5.- Se pudo observar que la depresión post parto afecta a cualquier grupo étnico, independientemente de sus características socioculturales, como lo demuestra la presente investigación en la que el grupo étnico mayoritario investigado fue el indígena.

IV. II RECOMENDACIONES

1.- Se recomienda al departamento de psicología del hospital general de Cobán, la implementación de un programa de detección de la depresión post parto; para lo cual se propone un programa básico y seguimiento en la consulta externa.

2.- La depresión post-parto debe ser considerada como una entidad de morbilidad, en madres durante su período reproductivo, y debe ser considerada de investigación y seguimiento como parte de la atención primaria en salud.

3.- Las madres deben ser orientadas en las características, síntomas y tratamiento de la depresión post-parto, para que soliciten el apoyo profesional necesario.

4.- Las mujeres durante el embarazo deben participar en talleres o charlas, donde se les informe sobre el cuidado de la maternidad para poder conocer y aclarar todas sus dudas, temores e inquietudes de la gestación.

5.- El fortalecimiento de conocimientos, atención y preparación que la mujer pueda adquirir durante el período de embarazo y parto, es la mejor respuesta en el cuidado de sí misma y la de su bebé. Es importante el apoyo familiar y de la pareja para sentirse afectivamente comprendida.

BIBLIOGRAFIA

American Asociación Psiquiátrica **"MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES"** 4a. ed. España: Masson. 540 páginas.

Bar, D. A. **"LA MADRE DEPRESIVA Y EL NIÑO"** 2ed. Mexico 1999 305 paginas.

Beck C, Tatano DN **"PROBLEMAS DE DEPRESION Y MATERNIDAD"** Madrid 1999 623 páginas.

Cardona Pescador J. **"LA DEPRESION"** 4a. ed. Madrid España 1990 250 páginas.

Cooper P. J. Murray L. **"PREDICCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION POST-PARTO"** editorial Paidós España 1999 227 páginas.

EY, Henri, **"TRATADO DE PSIQUIATRIA"** 8ª edición, España, Editorial toray Masson , 1973 790 páginas.

García del Campo L. **"ENSAYO CLINICO CONTROLADO SOBRE EL EFECTO PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN LA INCIDENCIA DE LA DEPRESION POST-PARTO"**. 4a ed. Buenos Aires 2000 385 páginas.

Huang YC, Mathers, N. **"DEPRESION POST-NATAL"** 3ed. Taiwan 2001, 540 paginas

Kaser O. V. Friedberg et al, **"GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA"** Tomo III, Ginecología Especial, España, Ediciones Salvat, S.A., 1975, 1270 páginas.

Kolb, Lawrence C. **"PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA"** 5ª. Edición, México, La prensa Medica Mexicana, 1976, 1082 páginas.

Kurpp, Marcos A. **"DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO"** 10a edición, México, Editorial El Manual Moderno, 1976, 1082 páginas.

Novak, Edmundo, **"TRATADO DE GINECOLOGIA"** 9ª edición, México Editorial Interamericana, 1977, 793 páginas.

Nubiola, Pedro y Enrique Zarate **"TRATADO DE OBSTETRICIA"** 1ª edición, Mexico, Editorial Labor, S.A. 1951, 900 páginas.

López Ballesteros **"DUELO Y MELANCOLIA"** 3ed Madrid 1917
Pags.125

Miller L. J. **"DEPRESION POST-PARTO"** 4a edición Buenos Aires 1999, 450paginas.

Morales Calatayud, Francisco. **"INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA DE LA SALUD"**. Editorial Paidos. Argentina; 1999, 250paginas.

O. Hara M. W. Neumaber D.J. **"ESTUDIO PROPECTIVO DE LA DEPRESION POST-PARTO"** 5a edición Barcelona 2000 500 páginas.

Vallejo Nagera J. A. **"INTRODUCCION A LA PSIQUIATRIA"** 9ª edición España, Editorial Científico Literaria, 1977, 514 paginas

Williams **"OBTETRICIA"** " 21ª Edicion McGRAW-HILL A Division of the McGraw- Hill companies. Estados Unidos. 2001, 14422 paginas.

ANEXOS

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____ **Edad:** _____

Estado Civil: _____

Paridad: Gestas: _____ **Partos:** _____ **Abortos:** _____

Grupo Étnico: _____

Escolaridad: No__ **Primaria:** ____ **Secundaria:**__ **Universitaria:**_____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ **Teléfono:** _____

Queremos saber cómo se siente, si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca

NOTA: de acuerdo a las variables a investigar se agrego al test los siguientes datos a investigar: estado civil, pariedad, edad, grupo étnico, escolaridad.

GUIA DE OBSERVACIÓN

Fecha de la observación _____ Hora _____

Nombre de la institución _____

A.- Condiciones Ambientales:

- Espacio Físico

Ambiente del Trabajo

Atención del Personal hacia la Población

B.- Observación de la población durante las actividades

Grupo étnico: _____

Nivel socioeconómico: _____

Estado de ánimo después del parto

Melancolía:

Depresión Post-parto:

Psicosis post-parto

ENTREVISTA

Nombre: _____ **Edad:** _____

Nacionalidad: _____ **Dirección y teléfono:** _____

_____ **Fecha de nacimiento:** _____

Estado civil: _____ **Referido por:** _____

MOTIVO DE CONSULTA:

QUEJA PRINCIPAL

ASPECTO EMOCIONAL:

Como se siente después de haber tenido a su bebé.

Cuál es la reacción de su familia ante el nacimiento del bebé

Qué sentido tiene para usted la vida

Que cambios en su vida provoca este bebé

PROGRAMA BÁSICO DE ABORDAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN POST-PARTO

INTRODUCCIÓN: la depresión post- parto (DPP) es un problema de salud pública generalizado que afecta el bienestar, la manera de vivir, la actitud y la manera de ver la vida de las madres. La depresión puede causar una gran tristeza y puede quitarle a la madre la energía, la motivación y el entusiasmo en la crianza de los hijos. También puede llevar a la pérdida de la esperanza, a dudar de si misma y a sentirse culpable por no ser la clase de madre que ella quiere ser; es un problema familiar. Cuando una madre sufre de depresión, los síntomas que ella tiene puede afectar a toda la familia. Pero hay esperanza, la DPP puede ser tratada, las madres y sus familias pueden sanar, prosperar y vivir vidas llenas de satisfacción.

Frecuentemente, las personas piensan que la DPP es una enfermedad que afecta a un individuo y que esa persona debe sobrellevarla sola. Sin embargo, en la mayoría de las enfermedades (ejemplo: enfermedad del corazón, diabetes, cáncer) tenemos en cuenta a la persona así como el impacto de su enfermedad tiene en la familia y la comunidad. Dirigimos nuestras miradas a los amigos, comunidades y colegas para ayudar y asegurarnos que las personas que enfrentan dificultades no estén solas y obtengan el apoyo necesario. Desafortunadamente, por lo general, eso no sucede con las personas que tienen DPP, y por lo consiguiente, ellas sufren solas y se vuelven parte de una epidemia silenciosa.

OBJETIVO:

Detectar tempranamente la depresión post parto

Tener un programa de detección de la depresión post –parto.

Contar con un medio de información sobre la depresión post-parto

QUIENES LO VAN A DESARROLLAR:

Todos los trabajadores en salud que ofrezcan asistencia a mujeres puérperas.

QUIENES VAN HACER LOS BENEFICIARIOS:

Las madres que son afectadas por la depresión post parto.

¿Cuáles son los síntomas de la depresión post-parto?

La depresión post-parto puede causar los siguientes síntomas:

Irritabilidad o desasosiego.

Tristeza profunda y llanto frecuente.

Alejamiento de los seres queridos y aislamiento social.

Sentimientos de impotencia y desesperanza.

Perdida de motivación e interés en las actividades diarias.

Fatiga constante y patrones de sueños irregulares.

Falta de interés en sí mismo y en sus propios hijos.

¿Qué tan común es la depresión post-parto?

La depresión post-parto es muy común, en la mayoría de las veces se presenta en las primeras etapas de la adultez durante los años fértiles y de la crianza de los hijos. Se estima que un tercio de las mujeres en sus años fértiles o criar niños tiene síntomas depresivos. Por lo tanto es importante que las comunidades traten el tema de la depresión post parto en forma temprana; lo saquen a la luz su problema, para ayudar

a que las mujeres y sus familias obtengan la ayuda y el apoyo necesario.

¿Qué madres tiene más riesgos de tener depresión post-parto?

Aunque todas las madres pueden tener depresión, el porcentaje varía de acuerdo a la edad, estatus socioeconómico, y la etnicidad siendo más alto entre:

Las madres menores de 30 años.

Madres con niños pequeños.

Madres adolescentes.

Las mujeres de bajos recursos económicos y las mujeres con un bajo nivel educativo.

¿Por qué sufren de depresión post-parto las madres?

Hay muchas explicaciones para la depresión post-parto, incluyendo factores hereditarios, cambios hormonales, factores biológicos, trauma, pérdida y estrés. Como sucede con otras enfermedades, la madre necesita de la asistencia y cuidado de su familia comunidad para encontrar los servicios y el apoyo adecuado y así recuperarse.

¿Puede curarse la depresión post-parto?

Es muy probable que la depresión post-parto sea curada, el tratamiento puede ayudar a que la madre recupere su modo de vivir, su bienestar, su comportamiento y su forma de ver la vida. Hay muchos tratamientos para la depresión post-parto basados en evidencias, incluyendo terapias cognitivas e interpersonales, medicinas, programas de autoayuda y otros grupos de apoyo.

¿Si existen tratamientos efectivos, porque las madres y sus familias no buscan ayuda?

Aunque hay tratamientos efectivos para la depresión post-parto, las madres y sus familias no están obteniendo la ayuda que ellos necesitan. Se estima que hasta un 80% de las madres que tienen depresión no están recibiendo tratamiento incluye la falta de información, la dificultad para acceder a tratamientos.

¿Cómo podemos ayudar? Usando un enfoque de salud pública

Debido a que la depresión post-parto es un problema generalizado, que afecta a millones de familias de las comunidades en toda la nación, se necesita un enfoque integral de salud pública. Un enfoque de salud pública tiene como objetivo promover la salud y el bienestar de la población, prevenir enfermedades y disminuir las capacidades por causa de enfermedades a través de esfuerzos coordinados para llegar y obtener la participación de todas las personas afectadas por un problema. Debido a que la depresión post-parto impacta a las madres, sus hijos, sus parejas y otros miembros de sus familias, es importante que las comunidades intervengan en cada uno de estos niveles.

Un enfoque de salud pública que trate la depresión post-parto debe incluir esfuerzos para:

- *Identificar la depresión post-parto en las mujeres.
- *Intervenir temprano y poner en contacto a las madres y a las familias con un tratamiento.
- *Prevenir que los hijos de madres con depresión tengan problemas de salud mental.

Identificación temprana para las madres y sus familias

La identificación e intervención temprana son muy importantes para ayudar a las madres obtengan el tratamiento necesario y detengan los

síntomas de la depresión que las incapacitan. La identificación de la depresión en las madres, así como, el impacto que tiene en los niños y otros miembros de la familia, ayuda a asegurarnos que la familia el apoyo, los servicios y el tratamiento necesario de manera temprana. Las familias tienen más posibilidades de recuperarse si hay una intervención temprana. Las organizaciones locales pueden tener un papel importante el educar a la comunidad, proporcionando información sobre la depresión post-parto, la importancia de la identificación y la intervención temprana y como buscar ayuda o ayudar a otros.

Detección de la depresión post-parto

La realización de pruebas regulares para la detección de la depresión post-parto y la depresión familiar es una forma de asegurar la identificación temprana de estos problemas. Las pruebas de detección pueden llevarse a cabo en el post-parto en la consulta externa y en visitas domiciliarias. En cualquier lugar donde se lleven a cabo las pruebas para la detección de la depresión post-parto es importante que un profesional capacitado este a cargo de las mismas (ejemplo: enfermera, doctor, trabajadora social, técnicos de la salud y el psicólogo.) y que se utilicen herramientas validas como el test de Edimburgo.

Intervención temprana y tratamiento

Existen muchos tratamientos para la depresión post-parto, estos incluyen terapias cognitivas tradicionales y terapias interpersonales, medicinas, apoyos de grupos de autoayuda y grupos de apoyo. Se recomienda que antes de recibir algunos de estos tratamientos, las madres sean evaluadas por un prestador de cuidados de la salud.

Terapia cognitiva conductual (CBT por sus siglas en inglés)

CBT es una terapia ampliamente usada para reducir los sentimientos, pensamientos y comportamientos negativos. Se considera que CBT es uno de los tratamientos más efectivos para la depresión, con frecuencia es usada conjuntamente con medicamentos antidepresivos.

Terapia interpersonal (IPT por sus siglas en inglés)

IPT es un tratamiento en la evidencia, y diseñado originalmente para tratar la depresión de los adultos. IPT se centra en educar acerca de la depresión, los aspectos interpersonales de la historia del individuo, que contribuye a la depresión y formas de cómo manejar los síntomas de la depresión. IPT se ha sido usado exitosamente para tratar la depresión y la depresión post-parto.

Intervenciones con medicamentos

La medicina es un tratamiento sumamente efectivo para la depresión post- parto hay muchos tipos de medicamentos que pueden utilizarse. Los prestadores de la salud pueden informar a las mujeres las opciones que tienen y pueden determinar cuál podría ser más efectiva.

Grupos de autoayuda

El uso de grupos de auto ayuda es un tratamiento basado en la evidencia, se basa en el concepto de que un individuo que ha sufrido un desorden mental puede contribuir al bienestar de otras personas que tienen el mismo desorden. Los especialistas en grupos de autoayuda pueden encabezar grupos de apoyo y de refuerzo de habilidades, pueden ayudar a las personas orientándolas en el sistema de cuidados de la salud y brindándoles asesorías y otros servicios. Los grupos de autoayuda están relacionados con:

- ❖ El aumento del conocimiento de la salud mental y la disponibilidad del servicio.
- ❖ El aumento del uso de servicios de salud mental.
- ❖ Mejores resultados para las personas con problemas de salud mental.

Grupo de apoyo para los padres

Los grupos de apoyos para los padres pueden brindar un lugar cómodo y seguro para que los padres con depresión se comuniquen, aprendan, brinden y reciban apoyo. Muchos programas de grupos de apoyo han pasado una rigurosa evaluación y se ha terminado que son efectivos para mejorar la salud mental de la madre y su bienestar.

RESUMEN

Después del parto es normal que la mujer experimente cambios en su estado de ánimo padeciendo en ocasiones de depresión post-parto. Del 60 al 80% de las mamás pueden adquirir una leve forma de depresión que comienza a los pocos días de haber nacido el bebé, pero que no dura más de dos semanas. En esta etapa la mujer puede sentirse sensible, ansiosa, irritable e incluso experimentar problemas para dormir, esta leve forma de depresión desaparece; sin embargo, si esta etapa se extiende más allá de las dos semanas puede ser un indicio de depresión postparto. Alrededor de 20% de las mamás pueden experimentar este estado clínico de depresión que puede durar hasta un año. Para la presente investigación se tomo una muestra al azar de 100 pacientes en el periodo post-parto atendidas en el hospital general de Cobán A. V. Se obtuvo como resultado que la depresión post-parto es una entidad frecuente, no diagnosticada y muchas pacientes no reciben el tratamiento adecuado. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes entre los 21-30 años de edad y multíparas. No se encontró relación entre depresión post-parto y escolaridad, estado civil y grupo étnico. Se comprobó que los aspectos culturales de un grupo étnico determinado no tienen relación con el apareamiento de la depresión post-parto. Hay factores asociados que contribuyen al apareamiento de la afección pero que por sí solos no desencadenan la depresión post-parto.