



Estudio descriptivo de la población psiquiátrica del Instituto Nacional de Perinatología

José Gabriel Espíndola Hernández,* Francisco Morales Carmona,** Edgar Díaz Franco,* Alejandro Escalante Varela,*** Diana Pimentel Nieto,* Consuelo Henales Almaraz,* Anna Cecilia Ibarra Medina Mora****

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Objetivo: hacer una descripción de la población psiquiátrica del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), así como de los neonatos expuestos a tratamiento psicofarmacológico durante la gestación.

Material y método: se recolectó una muestra de 146 mujeres, mediante expedientes consecutivos, de la consulta psiquiátrica del departamento de psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) de la Ciudad de México. De las 146 pacientes, 85 tenían un embarazo de alto riesgo y 61 eran atendidas en la institución debido a alteraciones ginecológicas. Se les realizaron dos entrevistas, una por parte de un psicólogo clínico y la otra por un psiquiatra, además de que se registró la historia clínica de todas las mujeres. Una vez que se determinó el tipo diagnóstico (DSM-IV), se les dio seguimiento mediante tratamiento psicoterapéutico, psicofarmacológico o mixto, hasta la terminación del episodio obstétrico y la recolección de los datos neonatales.

Resultados: la prevalencia de los trastornos mentales (DSM-IV) no adaptativos en el Instituto Nacional de Perinatología es de 1.8%. La distribución diagnóstica de la población psiquiátrica colocó, en primer lugar, a los trastornos afectivos (63.7%), sobre todo al trastorno depresivo mayor (42.5%). Dichos porcentajes corresponden a 1.19 y 0.79 de la población total institucional. En cuanto al tipo de tratamiento, 57 mujeres recibieron psicoterapia como tratamiento base; 75, psicofármacos, y 14, tratamiento mixto. Los neonatos de las pacientes obstétricas tratadas con fármacos no mostraron diferencias en Apgar, peso, talla, complicaciones o resolución en comparación con los recién nacidos de las mujeres en psicoterapia y de las medias institucionales.

Discusión: las prevalencias encontradas en la institución son significativamente inferiores a las reportadas tanto en el país como en el resto del mundo, debido a la utilización de dos entrevistas diagnósticas realizadas por expertos en salud mental. El mal uso de los instrumentos de tamiz es una de las razones de diagnóstico excesivo en salud mental.

Palabras clave: prevalencia, trastorno mental, embarazo, tratamiento.

ABSTRACT

Objective: To establish a description of the psychiatric population of the Instituto Nacional de Perinatología (INPer), as well as of the exposed newborns to psychopharmacological treatment during the gestation.

Material and method: One hundred forty-six women were gathered, by means of serial files; 85 of them had an obstetric episode of high risk and 61 were assisted in the institution due to gynecological alterations. A clinical psychologist and a psychiatrist carried out, each one, an interview and the clinical history of all the women. Once the type diagnosis was determined (DSM-IV), they received psychotherapeutic, pharmacological or mixed treatment, until the resolution of the obstetric episode and the gathering of the neonatal data.

Results: The findings reported that the prevalence of mental disorders (DSM-IV) that are not adaptive at the INPer is 1.8%. The diagnostic distribution of the psychiatric population ranked in first place the affective disorders (63.7%), particularly major depression disorder (42.5%). These percentages correspond at the institutional total population's 1.19 and 0.79. As for the treatment type, 57 women received psychotherapy, 75 received psychopharmacological treatment and 14 received both treatments. The newborn babies of obstetric patients who received psychopharmacological treatment did not show differences in Apgar, weight, size, complications or obstetric resolution in comparison with patients who received psychotherapy and again with respect to institutional media.

Discussion: The prevalence found in the Institution is significantly inferior to that reported at a national and global level, due to the use of two diagnostic interviews by mental health specialists. The wrong use of the sieve is one of the reasons for overdiagnosis in mental health.

Key words: prevalence, mental disorders, pregnancy, treatment.

RÉSUMÉ

Objectif : faire une description de la population psychiatrique de l'Institut National de Périnatalogie (INPer), ainsi que des nouveau-nés exposés au traitement psychopharmacologique pendant la gestation.

Méthode : on a fait la collecte d'un échantillon de 146 femmes, au moyen de dossiers consécutifs, de la consultation psychiatrique du département de psychologie de l'Institut National de Périnatalogie (INPer) de la ville de Mexico. Des 146 patientes, 85 avaient une grossesse à haut risque et 61 étaient accueillies à l'institution du fait des altérations gynécologiques. Elles ont eu deux interviews, l'une de la part d'un psychologue clinique et l'autre d'un psychiatre, on a enregistré en plus le dossier médical de toutes les femmes. Une fois déterminé

la clasificación diagnóstica (DSM-IV), ellas ont été suivies à l'aide d'un traitement psychothérapeutique, psychopharmacologique ou mixte, jusqu'à la résolution de l'épisode obstétrique et la récolte des données néonatales.

Résultats : la prévalence des troubles mentaux (DSM-IV) non adaptatifs à l'Institut National de Périnatalogie est de 1.8%. La distribution diagnostique de la population psychiatrique a placé en premier lieu les troubles affectifs (63.7%), surtout le trouble dépressif majeur (42.5%). Ces pourcentages appartiennent à 1.19 et 0.79 de la population totale institutionnelle. Concernant le type de traitement, 57 femmes ont reçu psychothérapie comme traitement base ; 75 médicaments psycho-actifs, et 14 traitement mixte. Les nouveau-nés des patientes obstétriques traitées avec des médicaments n'ont pas montré de différences en Apgar, poids, taille, complications ou résolution en comparaison avec les nouveau-nés des femmes en psychothérapie et des moyennes institutionnelles.

Discussion : les prévalences trouvées à l'institution sont significativement inférieures à celles rapportées tant dans le pays comme dans le reste du monde, du fait des deux interviews diagnostiques réalisées par des experts en santé mentale. Le mauvais emploi des instruments de tamis est une des raisons de diagnostic excessif en santé mentale.

Mots-clé : prévalence, trouble mental, grossesse, traitement.

RESUMO

Objetivo: fazer uma descrição da população psiquiátrica do Instituto Nacional de Perinatologia (INPer) assim como também dos neonatos expostos a tratamento psicofarmacológico durante a gestação.

Método: arrecadou-se uma mostra de 146 mulheres, mediante laudos médicos consecutivos, da consulta psiquiátrica do departamento de psicologia do Instituto Nacional de Perinatologia (INPer) da Cidade do México. Das 146 pacientes, 85 apresentaram uma gravidez de alto risco e 61 eram atendidas na instituição por causa das alterações ginecológicas. Fez-se-lhes duas entrevistas, uma por parte de um psicólogo clínico e a outra por um psiquiatra além de que se registrou a história clínica de todas as mulheres. Havendo se determinado o tipo de diagnóstico (DSM-IV), deu-se-lhes acompanhamento por meio de tratamento psico-terapêutico, psico-farmacológico ou misto, até a resolução do episódio obstétrico e o arrecadamento dos dados neonatais.

Resultados: a prevalência dos transtornos mentais (DSM-IV) não adaptativos no Instituto Nacional de Perinatologia é de 1,8%. A distribuição diagnóstica da população psiquiátrica colocou no primeiro lugar os transtornos afetivos (63,7%), sobre tudo ao transtorno depressivo maior (42,5%). Tais porcentagens correspondem a 1,19 e 0,79 da população total institucional. Ao respeito do tipo de tratamento, 57 mulheres receberam psicoterapia como tratamento base; 75, psicofármacos e 14 tratamento misto. Os neonatos das pacientes obstétricas tratadas com fármacos não mostraram diferenças em APGAR, peso tamanho, complicações ou resolução comparadas aos recém nascidos das mulheres em psicoterapia e das médias institucionais.

Discussão: as prevalências encontradas na instituição são significativamente inferiores às reportadas tanto no país quanto no resto do mundo. devido às duas entrevistas diagnósticas feitas por expertos em saúde mental, o uso incorreto dos instrumentos de tamis é uma das razões de diagnóstico excessivo em saúde mental.

Palavras chave: prevalência, transtorno mental, gravidez, tratamento.

En todo el mundo existe gran disparidad en la prevalencia de los diversos trastornos psiquiátricos, sobre todo de la depresión perinatal y la del posparto,¹⁻²⁰ debido a problemas metodológicos en los estudios y a lagunas teóricas sobre el concepto de enfermedad mental y sus técnicas de intervención y tratamiento. Las cifras en la población abierta oscilan entre 7.3 y 23.8%.²¹ El *Epidemiologic Catchment Area*

(ECA), de la década de 1980, y el *National Comorbidity Survey* (NCS),²² del decenio siguiente, son dos estudios realizados en Estados Unidos en población abierta de 18 a 54 años de edad, que calcularon una prevalencia de trastornos mentales del 20%, de la cual 16.1% correspondía a ansiedad, 7.1% a trastornos del estado de ánimo, 2.1% a personalidad antisocial, 0.2% a psicosis no afectiva y somatización, y 0.1% a anorexia nerviosa.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)²³ estimó en el año 2000 una prevalencia de esquizofrenia y psicosis paranoide de 0.3 a 0.6%.²⁴ Goldberg y Huxley²⁵ plantearon cinco diferentes niveles de atención en salud mental —los tres primeros con prevalencias muy altas (1.7% para la población abierta) que disminuyen de forma considerable al aplicar los criterios diagnósticos de CIE-10 y DSM-IV— y cuatro filtros.

En una investigación que incluyó a 12,878 pacientes con algún trastorno mental, realizada en Navarra en

* Maestros en psicología adscritos al Departamento de Psicología.

** Doctor en psicología, UNAM. Jefe del Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología

*** Residente de cuarto año de psiquiatría. INPJRJF.

**** Licenciada en psicología. Prácticas profesionales INPer-Universidad Iberoamericana, plantel Santa Fe.

Correspondencia: Mtro. José Gabriel Espíndola Hernández. Montes Urales 800, colonia Lomas Virreyes, CP 11000, México, DF. Recibido: mayo, 2006. Aceptado: junio, 2006.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

1999,²¹ se clasificó a la muestra psiquiátrica en dos grupos: el de trastornos mentales graves (TMG) y el de trastornos mentales menos graves (TMMG); la dicotomización de la variable se determinó en función de las repercusiones de la alteración en el pensamiento, emoción, comportamiento, conductas de riesgo y heteroagresivas, disfunción social, alteraciones familiares, entre otras. El grupo de trastornos mentales graves lo constituyeron 5,472 pacientes (42.5%) con psicosis afectivas y depresiones mayores (44.3%), esquizofrenia y trastornos paranoides (22%), psicosis orgánicas (9.4%), trastornos de la conducta alimentaria (6%) y de personalidad (5.9%). El grupo con trastornos mentales menos graves estaba formado por 7,406 pacientes (57.2%) con trastornos de ansiedad (27.7%), adaptativos (26.3%), códigos V o factores ambientales (16.6%), somatomorfos (5.8%) y sin diagnóstico psiquiátrico (3.8%).

Kessler,²⁶ en un estudio efectuado en el sistema de atención de las enfermedades mentales de Estados Unidos, reportó una prevalencia de 30.5%, con tasa de crecimiento durante la década de 1990 de 0.9%.

En 1960, en México, se llevó a cabo la primera investigación nacional sobre trastornos neuropsiquiátricos,²⁷ en la que el porcentaje estimado de enfermos en instituciones hospitalarias fue de 4.43%. En 1964 y 1968 se hicieron un par de estudios en la población burócrata y militar de la Ciudad de México, cuya prevalencia obtenida por medio de un cuestionario de tamizaje fue de 33 y 23%, respectivamente. En 1998 se realizó la Encuesta Nacional de Adicciones²⁸ a un grupo de 2,025 personas, muestra considerada probabilística y representativa de la población mexicana. Los datos indicaron una prevalencia de 21.4% de trastornos mentales en la población abierta, distribuidos en 0.5 y 1.1% para trastorno depresivo mayor con retardo en hombres y mujeres, respectivamente, 1.6% de depresión neurótica en hombres y 5% en mujeres, manía en 0.3% de la población masculina y 0.2% de la femenina. El 0.9% de las mujeres tenían probabilidades de llegar a padecer esquizofrenia, en tanto que 1.6% de los hombres y 0.8% de las mujeres padecían probable trastorno limítrofe.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP),²⁹ realizada en México en 2003, reportó que

28.6% de la población sufrió alguno de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, 13.9% lo tuvo en los últimos 12 meses y 5.8% en los últimos treinta días. Los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los de uso de sustancias (9.2%) y los afectivos (9.1%). En la misma encuesta, los hombres tuvieron mayores prevalencias en la categoría de cualquier trastorno y alguna vez en la vida (0.4 y 27.1%, respectivamente) que las mujeres; sin embargo, las mujeres muestran prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8 y 12.9%).

En una muestra de 489 pacientes, 297 obstétricas y 192 ginecológicas, del Instituto Nacional de Perinatología,³⁰ 4% de las primeras y 9.8% de las segundas padecían trastorno depresivo mayor; 35.7% de las obstétricas y 44% de las ginecológicas reportaron una disfunción psicosexual. Los trastornos de ansiedad se diagnosticaron en 8.4% de las obstétricas y 11.8% de las ginecológicas. En la misma institución, en una muestra de 328 mujeres de primer ingreso, a las que se les aplicó un tamiz (Cuestionario General de Salud) para la valoración de su estado emocional, se encontró que 52.2% de las pacientes manifestaron suficientes síntomas para considerar un "caso probable" de malestar psicológico.

En otro estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología³¹ con una muestra de 264 pacientes obstétricas, se comunicó que 18.5% sufría una "probable depresión perinatal", según el tamizaje de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo, y se destacó que esa cifra respondía sólo a un tamiz, a un instrumento de referencia y enlace, no a un diagnóstico propiamente dicho.

Los diversos trabajos llevados a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología^{32,33} y en diversas partes del mundo³⁴ reportan un porcentaje considerable de pacientes con alteraciones o manifestaciones clínicas, particularmente depresivas, que requieren atención psicológica. Estas manifestaciones emocionales suelen ser reactivas al momento vital, el episodio reproductivo u otras situaciones propias de la experiencia y la confrontación con realidades complejas. Si bien dichas expresiones se consideran suficientes para su atención psicológica, no cumplen con los criterios para diagnosticar trastorno mental.

Por ello en este trabajo se busca la descripción clara de prevalencias e incidencias de los trastornos mentales en el Instituto Nacional de Perinatología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se recolectó una muestra de 146 pacientes mediante expedientes consecutivos de la consulta de primera vez del servicio de psiquiatría adscrito al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, durante un periodo de 18 meses (marzo del 2004 a septiembre del 2005). Los criterios de inclusión fueron: ser atendida médicamente en la institución (episodio obstétrico o ginecológico), aceptar participar en la investigación, firmar un consentimiento informado y recibir consulta psiquiátrica, ya fuera por referencia médica o bien por solicitud de la propia paciente.

A todas las mujeres se les hizo una entrevista psiquiátrica y psicológica, por medio de la cual se determinó el diagnóstico y si procedía la implantación de un tratamiento, ya fuera psicofarmacológico, psicoterapéutico o mixto.

Se realizó un seguimiento a las pacientes valoradas, tanto en tratamiento médico como en salud mental, así como a los neonatos de las pacientes obstétricas. Se recabaron datos como peso (g), talla (cm), Apgar al minuto y a los cinco minutos, semanas de gestación a término, semanas de gestación al inicio del tratamiento de salud mental, motivo de consulta médica, psicofármacos indicados, sesiones de psicoterapia, complicaciones neonatales, resolución del episodio obstétrico, además de los indicadores sociodemográficos.

El análisis de datos se hizo en el paquete estadístico SPSS, en su versión 11 para Windows. Los procesos realizados respondieron a estadística descriptiva para la caracterización de la muestra y prueba de χ^2 para la comparación de medias.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 146 pacientes atendidas en un periodo de 18 meses (marzo del 2004 a septiembre del 2005) en la consulta de primera vez del servicio de psiquiatría adscrito al Departamento de Psicología

del Instituto Nacional de Perinatología (INPer). La muestra de pacientes psiquiátricas representó 1.8% del total de la consulta de primera vez del INPer durante un periodo de 12 meses. (Anuario estadístico del Instituto Nacional de Perinatología, 2004.)

Los datos sociodemográficos de la muestra indican que 68% de las pacientes atendidas estaban embarazadas, mientras que 32% se atendían por motivos ginecológicos. La escolaridad promedio de las mujeres fue de 10.75 (SD \pm 3.1), en un rango de 0 a 22 años de estudio. En cuanto a la clasificación económica asignada por la institución, 94.4% estaba en los niveles 1, 2 y 3, de seis. La edad promedio de las pacientes fue de 31 años (SD \pm 8.98). En cuanto al estado civil, 36.3% de ellas estaban casadas, 30.8% vivían en unión libre, 29.5% eran solteras y 3.4% divorciadas.

De las pacientes obstétricas (58% del total de la muestra), 35% eran primigestas, 22% con dos gestaciones previas y la actual, 21% con una gestación anterior y la actual. El rango de embarazos para las pacientes obstétricas osciló entre uno y siete, con mediana de dos y media de 2.16 (SD \pm 1.39).

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico (DSM-IV)³⁵ y al tipo de tratamiento, se destaca la prevalencia de trastornos afectivos dentro de la muestra, los cuales representaron 63.7% del total, la depresión fue la de mayor frecuencia (42.5%) seguida por los trastornos de ansiedad (8.9%), los de la personalidad (8.2%), los de alimentación (4.1%) y los psicóticos (5.5%); 6.8% no recibió ningún diagnóstico correspondiente al EJE I y EJE 2 del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (cuadro 1).

El manejo implantado respondió claramente al diagnóstico, por eso 51.4% de la muestra recibió algún tipo de psicofármaco como tratamiento único, sobre todo antidepresivos (ISRS, 19.9%). En 17.7% de las mujeres se usó más de un fármaco.

El 39% recibió únicamente psicoterapia grupal y 9.6% tratamiento mixto (psicofármacos y psicoterapia) (cuadro 2).

En cuanto a la muestra de pacientes obstétricas, el tiempo medio de la gestación al inicio del tratamiento fue de 23.8 semanas (DE \pm 6.36), el término medio del embarazo fue en la semana 37.9 (DE \pm 2.2). La resolución en 52.9% fue mediante cesárea, 43.5% por

Cuadro 1. Distribución de los trastornos mentales en población psiquiátrica y abierta del Instituto Nacional de Perinatología

Población psiquiátrica (%) n = 146		Población institucional (%) Válido		
Todos los trastornos afectivos	63.7	Trastorno depresivo	42.5	1.19
		Trastorno bipolar I y II	8.9	0.79
		Otros trastornos afectivos	12.3	0.16
Trastornos de ansiedad	8.9	Trastornos de ansiedad	8.9	0.16
Trastornos de personalidad	8.2	Trastornos de personalidad	8.2	0.15
Ningún diagnóstico de EJE I y II	6.8	Ningún diagnóstico de EJE I y II	6.8	0.12
Trastornos de alimentación	4.1	Trastornos de alimentación	4.1	.07
Trastornos por sustancias	2.1	Trastornos por sustancias	2.1	.03
Trastornos psicóticos	5.5	Trastornos psicóticos	5.5	.09
Trastornos somatomorfos	0.7	Trastornos somatomorfos	0.7	.012
Total de la muestra	100	Total de la muestra	100	1.8
		Población psiquiátrica		Población institucional

*El total de la muestra (n = 146) representa 1.8% de la población institucional de primera vez en un periodo de 12 meses.

parto y 3.6% por aborto espontáneo. Al momento del alumbramiento, sólo 1.2% de los neonatos sufrió complicaciones que ameritaron cuidados intermedios, 4.9% observación en cuñero de transición y 93.8% no tuvo ninguna complicación (cuadro 3).

Cuadro 2. Distribución del tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico

Tratamiento	Porcentaje						Número de pacientes					
Psicoterapia							57					
Psicofármacos	51.4%	Antidepressivos (ISRS)	19.9	Ansiolíticos	2.7	Neurolepticos	5.5	Antiepilépticos	6.2	Dos o más	17.1	75
Tratamiento mixto												14
Muestra												146

Cuadro 3. Resolución del episodio obstétrico y datos neonatales

	%		Total (n = 85)					
Parto		43.5			37			
Cesárea		52.9			45			
Pérdida		3.6			3			
Complicaciones neonatales	Cuidados intermedios	1.2%	Cunero de transición	4.9%	Sin complicaciones	93.8%	Total (n = 81)	100%
Peso neonato (g)	2,928 (DE ± 441.9)							
Talla (cm)	48.98 (DE ± 2.31)							
Calificación Apgar al minuto	2	6	7	8	9			
Calificación Apgar a los cinco minutos	1.2%	1.2%	3.7%	85.2%	8.6%			
	7		8		9			
	1.2%		2.5%		96.3%			

El 85.2% de los neonatos recibió una calificación Apgar de 8 al minuto, 8.6% de 9 y 6.2% menos de 8. A los cinco minutos, 96.3% tuvo calificación de 9, 3.7% calificación de 8 y 1.2% de 7. El peso promedio de los neonatos fue de 2,928 g (DE ± 441.9), en un rango de 1,831 a 4,330 gramos. La talla promedio fue de 48.98 cm (DE ± 2.31), en un rango de 42 a 53 cm (cuadro 3).

Los resultados de los neonatos se encuentran dentro de los parámetros institucionales de normalidad, y las complicaciones que sufrieron ellos y sus madres al momento de la resolución del episodio obstétrico son poco significativas para una población de alto riesgo.

DISCUSIÓN

La mayor parte de los estudios sobre prevalencia psiquiátrica enfrentan serias dificultades metodológicas y lagunas conceptuales respecto a la elaboración diagnóstica. Es común que el tamiz sea considerado un instrumento diagnóstico. Un instrumento de tamizaje debe ser sumamente sensible y moderadamente específico; su función es la detección de una probabilidad y no la determinación de una psicopatología. Debido al mal uso de este tipo de clinimetría, los resultados arrojan elevadas incidencias y prevalencias de trastornos mentales y poca especificidad en el diagnóstico.

Este trabajo se hizo sobre un segmento de población de mujeres gestantes de alto riesgo y de mujeres con padecimientos ginecológicos que requerían intervención médica en una institución de alta especialidad. Debido a sus características y a los tensionantes circundantes, la

población seleccionada era propensa a la manifestación de alteraciones emocionales (Morales-Carmona 2005); sin embargo, los resultados encontrados mediante los métodos aquí descritos nos remiten a cifras menores en cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales que las estimadas en la mayor parte de los estudios nacionales e internacionales.

Los resultados de este estudio son menores a los de artículos previos, debido a que la determinación diagnóstica se basó en dos entrevistas con especialistas (psiquiatra y psicólogo clínico) y no en puntajes psicométricos, lo cual incrementó notablemente la especificidad diagnóstica y terapéutica.

En investigaciones previas³² llevadas a cabo en la institución, se halló que 52% de la población institucional (sobre todo pacientes obstétricas) aparece como "caso probable" en el Cuestionario General de Salud de Goldberg. La prevalencia reportada en esta muestra de 328 mujeres ejemplifica la amplia diferencia entre la existencia de trastornos mentales (1.8%) y la de "probables alteraciones emocionales" (52%). Los instrumentos de tamiz, como el Cuestionario General de Salud, se diseñaron para la sospecha, no para el diagnóstico.

En cuanto a la distribución de los diagnósticos psiquiátricos dentro de la muestra, los trastornos afectivos ocupan el primer lugar, con 63.7% del total, los depresivos fueron los más frecuentes (42.5%). En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP),²⁹ los datos variaron: los trastornos de ansiedad fueron los más comunes en la población abierta (14.3%) y los afectivos ocuparon el tercer sitio (9.1%); sin embargo, la población femenina reportó los trastornos afectivos en la segunda posición y en la primera el episodio depresivo mayor durante los últimos 12 meses.

Aunque la distribución enmarca al trastorno depresivo como el más importante en el espacio muestral, sólo afecta a 0.79% de la población institucional. Es probable que las diferencias en la distribución con población abierta se deban al sesgo institucional, así como a la mayor información del personal de salud y de las pacientes sobre el padecimiento, lo cual incrementa la demanda y las solicitudes del servicio.

Los trastornos depresivos son causados por factores bioquímicos en la regulación de los sistemas neurotransmisores monoamínicos, particularmente los de noradrenalina y serotonina; además, se incrementa el

riesgo dos a tres veces en los parientes de primer grado de los sujetos que sufren depresión mayor unipolar. Los factores psicosociales son fundamentales en la precipitación de las crisis, el curso del padecimiento y las características del mismo. El origen de los trastornos de angustia está lejos de ser claro; sin embargo, se sospecha una disfunción noradrenérgica sumada a alteraciones de personalidad y factores ambientales. Los trastornos de personalidad responden fundamentalmente a la constitución caracterológica del sujeto, su comprensión e interpretación constreñida del mundo y la aprehensión de su experiencia en un continuo evolutivo que inicia con el nacimiento.

Si bien los reportes de prevalencia y farmacológicos sugieren una orientación en el origen y epidemiología de los trastornos mentales, es evidente que para los trastornos del estado de ánimo y particularmente los depresivos, los criterios diagnósticos se muestran laxos e inespecíficos, lo que repercute sensiblemente en confusiones diagnósticas propias de la normalidad, salud mental y códigos Z, que a su vez incrementa los errores tipo I.

Los resultados de los neonatos no mostraron diferencia significativa entre el grupo de mujeres que recibió psicofármacos y el que no. Los pesos, calificaciones Apgar, complicaciones neonatales y tallas resultaron similares al promedio institucional y sin diferencias entre los distintos tipos de tratamiento en salud mental. Es así que tanto la psicoterapia como el manejo mixto y los psicofármacos representaron una buena elección para el tratamiento de los diversos padecimientos.

Se considera que la información vertida en diversas publicaciones nacionales e internacionales muestra un porcentaje de trastornos mentales superior a la realidad, debido al mal uso de instrumentos de rastreo y diagnósticos, así como a la pobre metodología o bien a la falta de recursos humanos altamente especializados para el diagnóstico en salud mental. Otro factor que posiblemente influye en las elevadas cifras de enfermedad mental es la confusión diagnóstica en la contextualización de los fenómenos y el uso de síntomas aislados como determinantes de un síndrome.

El concepto de salud mental no puede ser lineal. Las diversas manifestaciones emocionales deben oscilar en un marco específico y suficientemente claro, de tal forma que una persona pueda reaccionar incluso con mucha intensidad a diversos fenómenos internos y

externos, sin que esto sea considerado necesariamente un trastorno mental, sino una alteración secundaria a un elemento disruptor de tipo externo o interno.

REFERENCIAS

- O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984;93(2):158-71.
- Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 2001;158(11):1856-63.
- Afonso DD, Lovett S, Paul SM, et al. A standardized interview that differentiates pregnancy and postpartum symptoms from perinatal clinical depression. *Birth* 1990;17(3):121-30.
- Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, et al. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984;144:453-62.
- Areias ME, Kumar R, Barros H, et al. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 1996;169(1):30-5.
- Berle J, Aarre T, Mykletun A, et al. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord* 2003;76(1-3):151-6.
- Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991;100(4):594-9.
- Cooper PJ, Murray L, Hooper R, et al. The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychol Med* 1996;26(3):627-34.
- Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br J Psychiatry* 1982;140:111-7.
- García-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord* 2003;75(1):71-6.
- Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, et al. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(2):269-74.
- Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, et al. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(3):445-53.
- Kent GN, Stuckey BG, Allen JR, et al. Postpartum thyroid dysfunction: clinical assessment and relationship to psychiatric affective morbidity. *Clin Endocrinol* 1999; 51(4):429-38.
- Kitamura T, Shima S, Sugawara M, et al. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med* 1993;23:967-75.
- Kitamura T, Sugawara M, Shima S, et al. Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: improved validity of repeated use of Zung's Self-Rating Depression Scale among women during the perinatal period. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1999;20(2):112-7.
- Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47.
- Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol* 1990;8(2):99-107.
- Pop VJ, Essed GG, de Geus CA, et al. Prevalence of post partum depression –or is it post-puerperium depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72(5):354-8.
- Whiffen V. Vulnerability of postpartum depression: a prospective multivariate study. *J Abnorm Psychol* 1988;97(4):467-74.
- Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, et al. Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *J Affect Disord* 2000;58(2):145-54.
- Graminde I, Inchauspe JA. Programa de trastornos mentales. Anales del Sistema Sanitario de Navarra España 2005;(24)3.
- Department of Health and Human Services. U.S. Public Health Service. Mental Health: a report of the Surgeon General Department of Health and Human Services. U.S. Public Health Service. Pittsburg, 1999.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 2000.
- Mandoz V. La esquizofrenia en Navarra. Anales Sistema Sanitario de Navarra España 2000;(23)1.
- Goldberg D, Huxley P. Enfermedad mental en la comunidad. Ediciones Nieve, 1980.
- Kessler RC. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bull World Health Organ* 2000;78(4):464-74.
- De La Fuente, R, Medina Mora ME, Caraveo J. Salud mental en México. 1ª ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. México, 1990.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4).
- Gómez EM, Morales CF, Aretia PA, Gutiérrez E. Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Ginecol Obstet Mex* 1999;58:112-6.
- Espíndola JG, Morales CF, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatología y Reproducción Humana*. Instituto Nacional de Perinatología 2004;18(3).
- Morales F, Luque-Coqui M, Barroso J. Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con evento ginecobstétrico. *Perinatología y Reproducción Humana*. Instituto Nacional de Perinatología 1990;16(4).
- Morales F, Díaz E, Espíndola J, et al. Concepto de salud psicológica. Temas Selectos en Orientación Psicológica, Creando alternativas. Vol. I. Universidad Iberoamericana. México: Manual Moderno, 2005.
- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes. Summary, evidence report/technology assessment No. 119 (prepared by the RTI-University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0016). AHRQ Publication No. 05-E006-1. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.
- Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-IV). American Psychiatric Association Committee of Nomenclature and Statistics. Barcelona: Masson, 1996.