

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

“LUIS CASTELAZO AYALA”

**“INCIDENCIA DE DEPRESION POST PARTO EN PACIENTES CON
EMBARAZO ÚNICO EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA # 4 LUIS
CASTELAZO AYALA”**

TESIS DE POST GRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

DRA. ERIKA GALLEGOS MEDELLÍN

ASESOR: DR. JULIO CÉSAR RAMOS LEON

MÉXICO , D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA
“LUIS CASTELAZO AYALA”

“INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POST PARTO EN PACIENTES CON EMBARAZO
UNICO EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA # 4 LUIS CASTELAZO
AYALA”

Dr. Juan Carlos Izquierdo Puente
Director general

Dr. Sebastián Carranza Lira
Director de Educación e Investigación en Salud

Dr. Julio César Ramos León
Médico Adscrito a Gineco obstetricia

Indice.

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
3. Planteamiento de problema.....	12
4. Justificación.....	13
5. Objetivos.....	14
6. Hipótesis.....	15
7. Material y métodos.....	16
8. Resultados.....	17
9. Discusión.....	18
10. Conclusiones.....	19
11. Bibliografía.....	20
12. Tablas y gráficas.....	22

Resumen.

Gallegos M. E., Ramos L. J. C. "Incidencia de depresión post parto en pacientes con embarazo único en el Hospital de Gineco Obstetricia # 4 Luis Castelazo Ayala".

Hospital de Ginecología y Obstetricia " Luis Castelazo Ayala "

Introducción. Las dificultades emocionales encontradas en el post parto inmediato son muy comunes.

La depresión post parto es la complicación afectiva más común de la maternidad. Los estudios de prevalencia han realizado estimaciones variables, con un rango del 3 al 25%.

Estas frecuencias varían acorde a los métodos usados para el diagnóstico de depresión.

La mayoría de las pacientes que sufren depresión post parto muestran síntomas a las seis semanas post parto, y si no son tratadas, puede persistir hasta el año post parto. Por lo que es importante el uso sistemático de sistemas de detección.

Objetivos. Determinar la incidencia de depresión post parto en embarazos únicos de pacientes atendidas en el hospital de GO "LCA".

Materiales y métodos. Para el diagnóstico de depresión postparto, se aplicó la escala de depresión de Edimburgo a 204 pacientes con embarazos únicos atendidas en el hospital " LCA", en periodo preparto y a las seis semanas post parto.

Resultados. 25 de 204 pacientes fueron positivos en la escala de Edimburgo para depresión (12.25%)

La edad gestacional de interrupción tuvo una media de 38 ± 6 . No se observaron diferencias entre las pacientes con y sin depresión post parto en cuanto al nivel socio económico, ocupación o estado civil.

Conclusiones. La incidencia de depresión post parto en nuestro hospital se encuentra dentro del rango reportado en la literatura mundial. Sería de utilidad implementar métodos diagnósticos rutinarios para la identificación de estas pacientes y proporcionarles terapéuticas adecuadas.

Palabras clave. Embarazo único, depresión post parto.

Abstract

Gallegos M. E., Branches L. J. C. "Incidence of depression postpartum in patients with single pregnancy in Hospital de Ginecología y Obstetricia # 4 "Luis Castelazo Ayala"

Introduction. The emotional difficulties found in postpartum immediate are very common. The depression postpartum is the affective complication commonest of the maternity. The prevalence studies have variable estimations, with a rank from the 3 to 25%. These frequencies vary agreed to the methods used for the depression diagnosis. Most of the patients who undergo depression postpartum shows to symptoms the six weeks postpartum, and if they are not treated, can persist until the year childbirth. Reason why the systematic use of detection instrument is important.

Objectives. To determine the incidence of depression postpartum in single pregnancy of patients of the hospital of GO "LCA".

Interventions. For the depression diagnosis postpartum, the scale of depression of Edimburgo was applied to 204 patients with taken care of single pregnancy in hospital "LCA", period parturition, and to the six weeks postpartum.

Results. 25 of 204 patients were positive in the scale of Edimburgo for depression (12.25%) the gestacional age of interruption average of 38 ± 6 . Differences between the patients with and without depression were not observed postpartum as far as the level economic partner, occupation or civil state.

Conclusions. The incidence postpartum in our hospital is within the rank reported in world-wide Literature. It the utility to implement methods routine diagnoses for the identification of these patients and to provide to them therapeutic

.

Key words. single pregnancy, depression postpartum.

Introducción.

El embarazo es un evento fisiológico que puede presentar diferentes complicaciones. Dentro de ellas se encuentran las de tipo psicológico.

Existen diversos factores que determinan la evolución psicológica de una paciente embarazada, parto y puerperio, como pueden ser:

- Formas de pensar de las diferentes culturas y diferentes épocas.
- Imagen materna que tiene la embarazada. Las mujeres que crecieron en un ambiente en el que la madre describe el embarazo y parto como un evento angustioso y lleno de dolor, tienden a tener embarazos y/o partos difíciles.
- Antecedentes emocionales y la historia de vida de la mujer. Las mujeres que antes del embarazo han presentado inestabilidad emocional, con más facilidad presentarán problemas durante esta etapa, debido a la tensión adicional que trae consigo el embarazo.
- Situación en la que se presenta el embarazo es determinante para la actitud que la mujer tenga durante su gestación, parto y puerperio, por ejemplo si el embarazo fue planeado o no, la relación con la pareja, situación económica, etc.
- La mujer de nuestra sociedad enfrenta la necesidad de revalorar su rol tradicional de ama de casa, cuya principal función es la procreación y el cuidado de los hijos. Cada vez más, las mujeres se interesan en abarcar otras actividades profesionales y laborales, lo que las pone en una nueva disyuntiva con respecto a la maternidad.

Además de todos estos factores que ya se mencionaron existen aspectos propios del embarazo que van a afectar la evolución emocional de la mujer.

El embarazo revive conflictos psicológicos de fases de desarrollo previas al embarazo.

Bibring (1972) (1) introdujo el concepto de embarazo como una crisis maduracional. Si esta crisis que se presenta es bien aprovechada, se pueden resolver antiguos conflictos, logrando así un crecimiento psicológico. Bibring (1) también menciona que el embarazo produce cambios que son inevitables: una vez que la mujer es madre, ya no puede volver a ser una unidad simple otra vez.

El embarazo es un estado biológico que causa cambios físicos y químicos, estos tienen una gran influencia en las conductas y emociones de la mujer y esto produce la “personalidad de la embarazada” (Bibring 1972) (1). Esta personalidad se

caracteriza por introversión, pasividad y narcisismo, se cree que es por el aumento de progesterona.

A través de los nueve meses del embarazo la mujer va pasando por situaciones emocionales distintas, estas emociones van a cambiar según el trimestre del embarazo (Colman y Colman 1971) (2).

PRIMER TRIMESTRE

Es normal que la mujer se sienta confusa y ambivalente ante sus sentimientos con respecto al embarazo y su rol de madre. Puede sentirse ansiosa por la responsabilidad que esto implica.

Durante esta primera etapa es frecuente observar a la embarazada preocupada y pensativa.

La capacidad de la embarazada para manejar estas tensiones va a depender de su estructura de personalidad, del tipo de presiones que rodean al embarazo y de la calidad de apoyo que reciba.

SEGUNDO TRIMESTRE

Este periodo se caracteriza por ser el más estable. El temor al aborto pasa, así mismo, los malestares del inicio del embarazo.

TERCER TRIMESTRE

El embarazo puede ser vivido como una experiencia de plenitud y orgullo. A veces se presentan momentos de ansiedad ante la eminencia del parto.

La imagen corporal está totalmente cambiada provocando todo tipo de sentimientos como orgullo y horror. Hay miedo de que se presente el parto inesperadamente y temor a la separación del bebé.

PARTO

El parto implica una experiencia de reto que es encarada de diferentes maneras.

POST PARTO

Reva Rubin (1967) (3) divide los cambios emocionales que ocurren durante el puerperio en tres fases:

- 1) Incorporación: dura de 2 a 3 días, durante los cuales la madre está muy al pendiente de sus propias necesidades. En cierta, medida la mujer reacciona pasivamente e inicia pocas actividades por iniciativa propia.
- 2) Encargarse: la mujer empieza a organizar su nuevo estilo de vida. Sus labores como madre van a ser el foco principal de su vida. Pueden existir sentimientos

de inadecuación, si le es problemático realizar alguna de las actividades maternas.

Esta etapa dura alrededor de 10 días.

- 3) Dejar ir: durante nueve meses la madre y el neonato convivieron muy íntimamente. El nacimiento del bebé implica una pérdida para la madre. Cuesta trabajo dejar ir a un ser que estuvo varios meses dentro de uno. La madre a menudo siente una profunda pena al darse cuenta de que lo que alguna vez fue parte de su cuerpo es ahora una realidad separada de ella.

Las dificultades emocionales encontradas en el post parto inmediato son muy comunes y la mayor parte de ellas moderadas. Tal vez la alteración más común y generalizada es la depresión post parto, en la cual se presentan sentimientos de tristeza, minusvalía, aislamiento, etc. Generalmente se inicia dos a tres días después del parto.

Los desórdenes afectivos ocurren comúnmente en el período post parto, fluctuando desde una mínima y transitoria tristeza post parto, experimentado en 50-80% de las mujeres hasta una psicosis, la cual afecta a menos del 1% de las mujeres (4).

La depresión post parto es la complicación afectiva más común de la maternidad (5). Los estudios de prevalencia de depresión post parto han realizado estimaciones variables, con un rango de 3% hasta un 25% de mujeres al año de nacimiento, e inclusive se ha comprobado que hasta en más del 5% hay ideación suicida (6). Estas frecuencias varían acorde a los métodos usados como diagnóstico de depresión y a la identificación de pacientes y así mismo si son estudios retrospectivos o prospectivos. Los efectos de la depresión post parto puede involucrar a la familia completa, y las mujeres que la padecen tiene un alto riesgo de depresión recurrente. La mayoría de ellas exhiben síntomas a las 6 semanas post parto, y si no son tratadas, algunas mujeres persisten con depresión hacia el final de primer año post parto. Por lo que es importante el uso sistemático de sistemas de detección de depresión hacia las 6 semanas post parto y que este sea eficiente así como una buena, medida de costo-efectividad para identificar mujeres con sintomatología depresiva (4).

DEFINICIONES.

En la depresión mayor, los síntomas reflejan un desorden psicológico que es una característica de la depresión y debe estar presente, en la mayor parte del día por dos semanas o más. Acorde al DSM IV, un episodio de depresión es considerado de inicio post parto si se presenta dentro de las 4 semanas después del parto, Sin embargo, el inicio dentro de los 3 meses después del parto es el tiempo considerado comúnmente usado por los investigadores para la base de estudios epidemiológicos (5).

Tristeza post parto

Es un estado transitorio de reactividad emocional aumentada que ocurre en aproximadamente 50% de los casos de mujeres que recientemente han tenido un parto.

Estas mujeres se caracterizan por llanto fácil, irritabilidad, y una labilidad emocional mayor de la habitual. Tiene un pico de 3-5 días post parto, coincidiendo con el inicio de la lactancia. La propensión de desarrollar este transtorno no se relaciona con historia psiquiátrica, estrés ambiental, contexto cultural o paridad.

Existen 2 hipótesis que pueden explicar esta alteración (7). La primera es que los cambios en el humor son secundarios a los cambios abruptos hormonales, principalmente estrógenos y progesterona. Un metabolito de la progesterona alopregnalona, un antagonista del ácido gama aminobutírico (GABA), es significativamente bajo en mujeres con tristeza post parto (8-9).

Una segunda hipótesis es que esta alteración resulta de la activación de sistemas biológicos de desarrollo madre-hijo de los mamíferos, regulados primariamente por la hormona oxitocina. Se ha tenido evidencia directa solo en caso de primates (10).

Depresión Post parto no Psicótica.

Ocurre en aproximadamente 10-20% de las mujeres en los EUA dentro de los 6 meses al parto (11). Los factores de riesgo incluyen una historia de depresión, historia de desorden disfórico premenstrual, estrés psicosocial. Los síntomas incluyen desánimo, falta o mal humor, pensamientos inadecuados, alteraciones del apetito y sueño, así como alteración de la concentración. Un alto porcentaje de estas mujeres tiene un ego-distónico (10).

Depresión Post parto Psicótica.

Se manifiesta por ilusiones, alucinaciones, o ambos, las cuales ocurren dentro de las 3 semanas post parto, la mayoría de las veces es resultados de un trastorno del humor, o trastorno bipolar con características mixtas (maniacas y depresivas). Tiene un alto grado de recurrencia por lo que debe de darse tratamiento de mantenimiento (10).

CAUSAS.

La rápida disminución de los niveles hormonales que ocurren después del parto contribuyen a desarrollar depresión en una paciente susceptible. Sin embargo otros factores pueden predisponen a depresión como son eventos estresantes durante la vida, episodios pasados de depresión e historia familiar de trastornos del humor, por otra parte la depresión post parto no parece estar relacionada con el nivel educacional de las mujeres, el sexo del hijo, el tipo de parto o si el embarazo fue o no deseado (5).

Aspectos Hormonales.

Estrógenos y Progesterona.

Un gran número de estudios han examinado cambios en los estrógenos y progestágenos en la primera semana post parto y han reportado resultados diversos. Nott et al. (1976) (12) fundamentó que no había diferencias significativas en mujeres con o sin depresión post parto en los niveles de estas hormonas. Feksi et al (1984) (13) fundamentó que las mujeres con altos puntajes para tristeza post parto tenían elevados niveles de estrógenos y progestágenos en saliva que aquellos con bajo puntaje. O'hara et al. (14-15) investigó la progesterona plasmática y el humor en el segundo trimestre del embarazo no encontrando asociación.

Por otro lado los estrógenos y progestágenos en la depresión post parto ha sido apoyada por los efectos terapéuticos. Sichel et al. (1995) (16) , usando altas dosis de estrógenos orales inmediatamente después del parto reporto una baja frecuencia de recaídas post parto (9%) o alteraciones del afecto que en las mujeres controles 35-60% sin profilaxis con estrógenos. El estudio de Gregoire et al. (1996) (17) usando estradiol transdérmico con concentraciones altas, demostró una modesta disminución en los síntomas depresivos después de 3 meses de tratamiento (18).

Hormonas Tiroideas.

El hipotiroidismo transitorio ocurre en un 5% de las mujeres en su primer año post parto con un pico a los 4-5 meses, el cuál se ha demostrado tener asociación con la depresión.

Mohammed en 1998 demostró que en las mujeres post parto tiene significativamente niveles mayores de cortisol, prolactina y tiroxina en comparación con mujeres controles (19).

TRATAMIENTO.

El tratamiento médico antidepresivo es de elección en la depresión de moderada a severa. No existe alguna contraindicación absoluta para la medicación antidepresiva durante el embarazo o lactancia. La mayoría de las guías recomiendan a los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (SSRI), son usados ya que se ha visto que tiene una mayor eficacia en las mujeres.

Por lo que respecta a las mujeres con ideas suicidas o psicosis estas deben ser referidas a cuidados psiquiátricos. La terapia electroconvulsiva es altamente efectiva y puede trabajar más rápidamente que los medicamentos, está indicada cuando los síntomas son severos y la espera de la acción de los medicamentos es peligrosa (8).

Otras opciones que se encuentran en estudio incluyen la estimulación magnética transcraneal, deprivación del sueño y los estrógenos.

Debido a que las mujeres con paridad reciente son más sensibles a los efectos adversos de los medicamentos, el tratamiento debe ser iniciado con la mitad de las dosis por 4 días y después realizar incrementos pequeños de manera gradual. Si el paciente ha respondido a un tratamiento inicial dentro de las 6-8 semanas, este debe ser continuado por un mínimo de 6 meses después de la remisión completa para evitar recaídas. Si no hay mejoría, se debe referir a un psiquiatra. El período de duración de la depresión post parto es de aproximadamente 7 meses (sin tratamiento) (5).

TRATAMIENTO Y LACTANCIA.

Todos los antidepresivos son excretados por la leche materna. Los niveles séricos de antidepresivos en infantes alimentados al seno materno se han evaluado en múltiples estudios, y se ha determinado que los inhibidores de la recaptura de serotonina son el tratamiento de primera línea para estos casos (5).

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO.

Después de un episodio de depresión post parto, el riesgo de recurrencia es de 25%, por lo que debe darse tratamiento preventivo.

PSICOTERAPIA.

Ha sido efectiva como se ha demostrado en estudios con 12 sesiones lo que mejora sintomatología depresiva y funcionalidad psicosocial (20-21).

Es fuerte la evidencia que la depresión es sub-tratada en los EUA, con altos costos para los individuos y la sociedad, y con barreras sustanciales para el diagnóstico y tratamiento de la depresión. Debido a que la depresión es una condición común con serias consecuencias y un tratamiento oportuno, así como un programa de detección de rutina es apropiado.

Planteamiento del problema.

Se sabe que la depresión post parto es la complicación afectiva más común de la maternidad.

Esta patología es subestimada por el médico obstetra, aún sabiendo que su prevalencia puede ser elevada, hasta un 20%, En México y en particular en el hospital de gineco obstetricia # 4 “Luis Castelazo Ayala”, no contamos con estudios sobre la población de nuestro medio, siendo este el principal enfoque de este estudio.

¿Cuál será la incidencia de depresión en el HGO “Luis Castelazo Ayala”?

Justificación.

La depresión post parto es una entidad poco estudiada y diagnosticada a nivel mundial, y por ende no tratada, teniendo un alto índice de recurrencia que conlleva a costos elevados para el sistema de salud, por lo que la intención de este trabajo es realizar una evaluación, con el objeto de identificar factores de riesgo y diagnosticar a estas pacientes , para implementar un tratamiento lo más oportuno y adecuado posible.

Objetivos.

General.

Determinar la incidencia de depresión post parto en embarazos únicos de pacientes atendidas en el hospital LCA.

Específicos.

Determinar si existe diferencia en cuanto a la incidencia de depresión post parto en pacientes con embarazo único atendidas en el hospital LCA en comparación con la incidencia mundial.

Determinar la frecuencia de pacientes tratadas por depresión post parto en pacientes puerperas del HGO 4.

Determinar la mortalidad de pacientes con depresión post parto del HGO 4.

Hipótesis.

Ho Nula

La depresión post parto se presenta con la misma incidencia en las pacientes del HGO #4 que en la reportada en la literatura mundial.

HO alterna

La depresión post parto se presenta en menor incidencia en el HGO 4 que la frecuencia reportada en la literatura mundial.

Materiales y métodos.

Se trató de un ensayo clínico observacional, prospectivo, transversal, descriptivo. En el cual se incluyeron un total de 204 mujeres en puerperio tardío (6 semanas post parto) que hayan tenido un embarazo único de 28 o más semanas de gestación que se hayan atendido en el HGO 4, a dichas pacientes se les informó del estudio y se les proporcionó una carta de consentimiento informado, a las aceptantes se les aplicó, previo a su parto, un cuestionario de depresión pre parto, el cual es la escala de depresión de Edimburgo, la cual ya ha sido previamente validada en pacientes hispanas, esta misma escala se aplicó en el periodo post parto, a las seis semanas específicamente, considerando diagnóstico de depresión post parto aquellas pacientes cuya puntuación a la aplicación de la escala fuera de 10 o más puntos.

Criterios de inclusión.

Mujeres mayores de 19 años.

En puerperio tardío.

A quién se le haya aplicado escala de depresión pre-parto

Que haya tenido un embarazo único de 28 o más SDG.

Criterios de no inclusión.

Antecedente de enfermedad psiquiátrica.

Mujeres menores de 19 años.

Embarazos menores de 28 SDG.

Embarazo múltiple.

Muerte fetal.

Criterios de exclusión.

No hayan contestado el cuestionario de escala de depresión pre-parto.

Análisis estadístico.

Se determinó el porcentaje de incidencia total considerando un intervalo de confianza del 95% como estadísticamente significativo.

Resultados.

Se ingresaron un total de 204 pacientes, mayores de 19 años. La media y desviación estándar para la edad materna fue de 30 ± 5 (tabla 1). Todas ellas cursaban embarazos únicos de 28 o más semanas de gestación. La media y desviación estándar de la edad gestacional fue de 35 ± 6 (tabla 2). La interrupción fue vía cesárea en 56 pacientes (27.4%) y vía vaginal en 148 pacientes (72.5%) (tabla 3). Pasadas seis semanas post parto se aplicó la escala de depresión de Edimburgo a las pacientes mediante llamada telefónica o visita domiciliaria, obteniendo 25 pacientes con diagnóstico de depresión post parto lo cual equivale al 12.25%(gráfica 1) . La media y desviación estándar para la edad en estas pacientes fue de 29 ± 5 (tabla 1).La edad gestacional de interrupción tuvo una media y desviación estándar de 38 ± 6 (tabla 2).

No se observaron diferencias entre las pacientes con y sin depresión post parto en cuanto al nivel socio económico, ocupación o estado civil.

Discusión.

A pesar de que la depresión post parto es una complicación afectiva muy común, en nuestro medio el diagnóstico de esta es subestimado. En nuestro estudio observamos que la incidencia en nuestro hospital se encuentra dentro de la reportada en la literatura mundial, la cual oscila en un rango de 3 al 25 % (6).

Existe discordancia entre Bibring (1) y Wisner (5) en cuanto a algunas causas de la depresión post parto. Por su parte Bibring reporta que hay innumerables factores que determinan la evolución psicológica del puerperio, como son la situación económica y la relación con la pareja. Por el contrario Wisner refiere que la depresión post parto no está relacionada con el nivel educacional o socio económico. En el presente estudio observamos que tanto para pacientes con o sin depresión post parto el nivel socio económico preponderante fue el medio y el estado civil en su mayoría casadas. Por lo que no sería posible identificar grupos de alto riesgo.

Consideramos que sería de gran utilidad realizar estudios que abarquen el seguimiento del tratamiento de las pacientes diagnosticadas con depresión post parto para evaluar los resultados del mismo.

Conclusiones.

El estudio demuestra que la depresión post parto es una patología que se presenta en nuestro medio con una incidencia similar a la reportada en la literatura mundial, sin embargo, no existe en nuestro hospital ningún método diagnóstico rutinario para identificar a estas pacientes y brindarles una terapéutica adecuada. Por lo que consideramos que es de utilidad hacer más hincapié en el diagnóstico de depresión post parto, implementando métodos como la escala de Edimburgo y realizar estudios de seguimiento en cuanto al tratamiento para evaluar la eficacia del mismo.

Bibliografia.

- 1.- Bibring G. A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *Psychoanalytic study of the child* 1961;16:9-72.
- 2.-Colman A, Colman L. *Pregnancy: the psychological experience*. New York : Herder and Herder, Inc., 1981.
- 3.- Rubin R : Attainment of the maternal role. *Nursing Research* 1967;16:237-346.
- 4.- Georgipoulos A, Bryan T, Yawn B, Houston M, Rummans T, Therneau T. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol* 1999;93:653-57.
- 5.- Wisner K, Parry L, Piontek C. Postpartum Depression. *N Engl J Med* 2002;347:194-99.
- 6.- Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P. Routine screening for postpartum depression. *J Fam Pract* 2001;50:117-122.
- 7.Miller LJ, Rukstalis M. Beyond the "blues": hypotheses about postpartum reactivity. En: Miller LJ, ed. *Postpartum Mood Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press;1999:3-19.
8. Miller L. Postpartum Depression. *JAMA* 2002;287:762-65.
9. Harris B, Lovett L, Newcombe RG. Maternity blues and major endocrine changes. *BMJ* 1994;308:949-953.
10. Nappi RE, Petraglia F, Luisi S, Polatti F, Farina C, Genazzani A. Serum allopregnanolone in women with postpartum "blues." *Obstet Gynecol* 2001;97:77-80.
11. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:251-255.

- 12.-Nott M , Franklin M , Armitage C. Hormonal changes and mood in the puerperium. *British Journal Psychiat* 1976;128:379-383.
- 13.-Feksi A , Harris B , Walker R , Riad-Fahmy O, Newcombe R G. Maternity blues and hormone levels in saliva. *Journal of Affective Disorders* 1984;6:351-355.
- 14.-Sichel D A, Cohen L S, Robertson L M, Ruttenger A, Rosenbaum JF. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biological Psychiatry* 1995;38:814-818.
- 15.- O'hara MW, Swain AM. Rates and risk postpartum depression a meta analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37-54.
- 16.- O'Hara MW, Stuart S, Gormann LL , Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;67:1039-45.
- 17.-Gregoire A J, Kumar R , Everitt B, Henderson A F, Studd J W . Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996;347:930-933.
- 18.-Lumley J, Austin M. What interventions may reduce postpartum depression. *Curr Opin Obstet Ginecol* 2001;13:605-11.
- 19.- Abou- Saleh M, Ghubash R, Karim L, Krymski M, Bhai I. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinol* 1998;23:465-75.
20. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa B, Findling R, Rapport D. Prevention of recurrent postpartum depression. *J Clin Psychiatry* 2001;62:82-86.
21. Spinelli MG. Prevention of postpartum mood disorders. En: Miller LJ, ed. *Postpartum Mood Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press;1999:217-235.

Tablas y gráficas.

Tabla I. Edad materna de las pacientes incluidas en el estudio sobre incidencia de depresión
Post parto en el Hospital LCA

	Mediana	D.E.	Rango
Sin depresión	30	5	19-42
Con depresión	29	5	19-39
Total	30	5	19-42

D.E: desviación estándar

Tabla II. Edad gestacional al nacimiento de neonatos de las pacientes incluidas en el Estudio sobre incidencia de depresión post parto en el Hospital LCA.

	Mediana	D.E.	Rango
Sin depresión pre parto	35.5	6	30-41
Con depresión pre parto	39	6	37-41
Depresión post parto	38	6	37-39

D.E: desviación estándar

Tabla III. Vía de nacimiento de los neonatos de las pacientes incluidas en el estudio sobre incidencia de depresión post parto en el Hospital LCA.

	N = 204	Porcentaje
Cesáreas	56	27.45 %
Partos	148	72.54 %

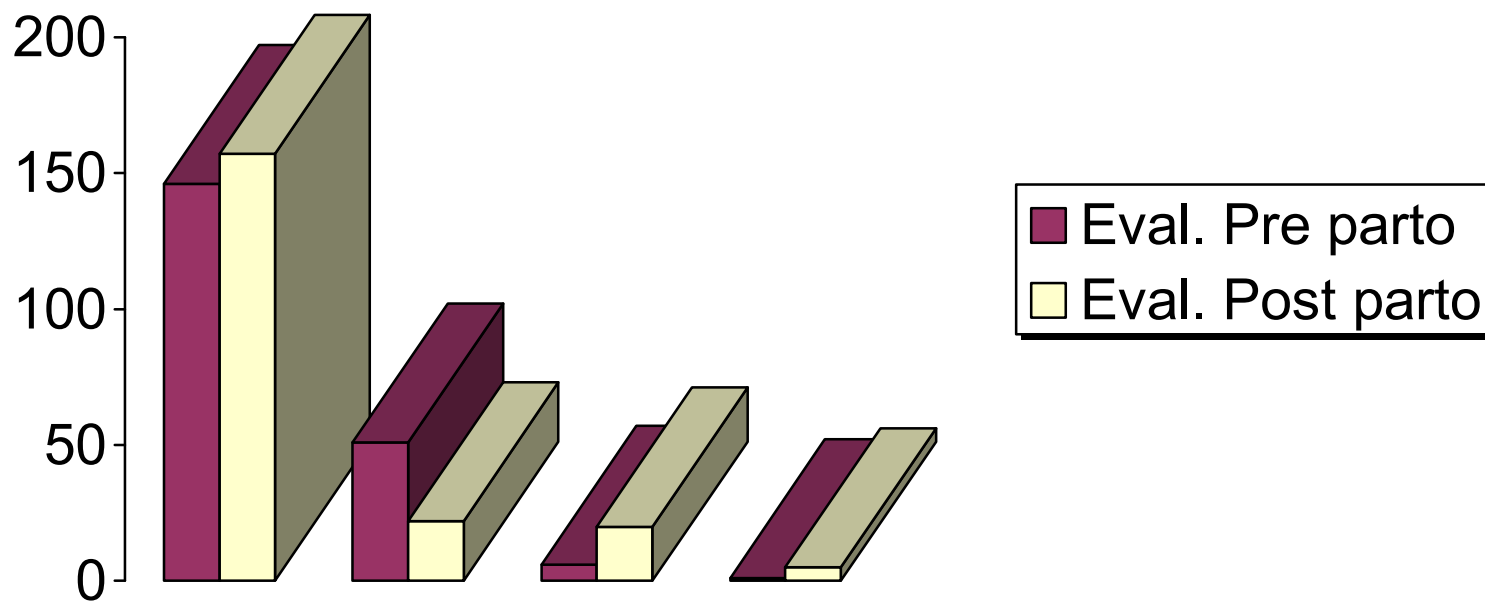
N: total de pacientes incluidas en el estudio

Tabla IV. Resultados pre y post parto de la aplicación de Escala de Depresión de Edimburgo

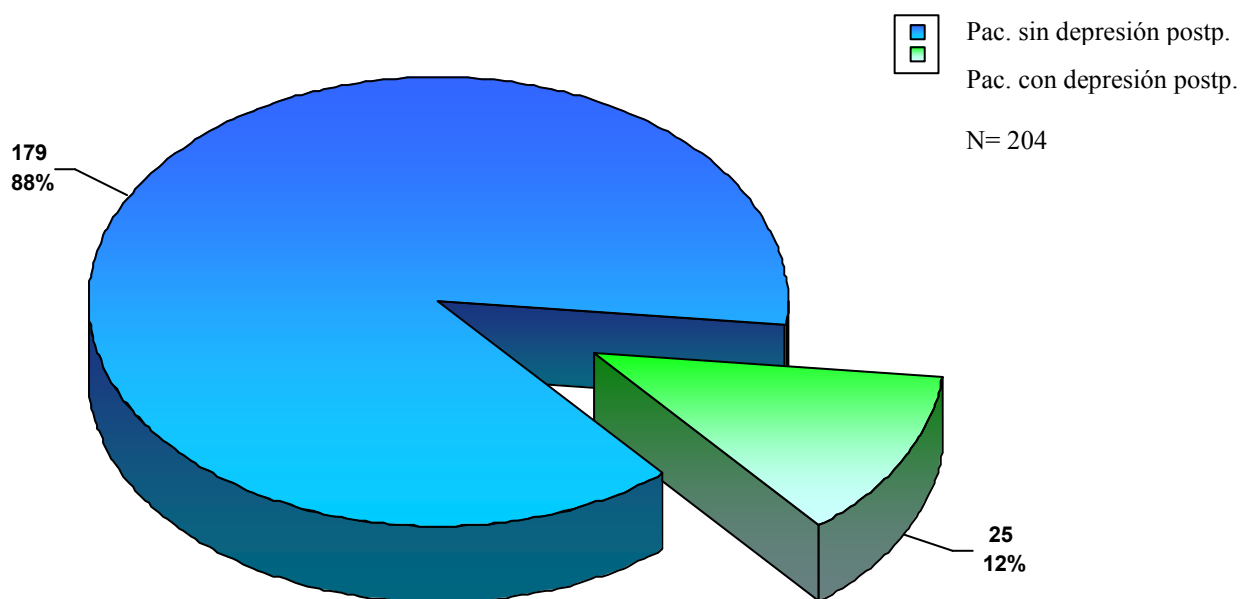
Rango de puntaje	Evaluación pre parto	Evaluación post parto
0 – 5	146	157
6 – 10	51	22
11 – 15	6	20
16 – 20	1	5
21 – 25	0	0
26 - 30	0	0
Total	204	204

11 puntos y más = depresión

Gráfica II.



Gráfica 1. Total pacientes con y sin depresión post parto.



Pacientes sin depresión postparto	179
Pacientes con depresión postparto	25
Total	204