

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

***“DETECCIÓN DE DEPRESIÓN A LA 4ª Y 8ª SEMANA POSPARTO EN
MADRES Y PADRES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA”***

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Dr. René Ocampo Ortega

TUTOR TEÓRICO:

Dr. Gerhard Heinze Martín

TUTORA METODOLÓGICA:

Dra. Martha Ontiveros Uribe.

MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A mis padres, tíos y a mi hermana, por creer siempre en mí

A Mafer, por todo su apoyo y amor

Índice

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	8
Justificación	8
Hipótesis	10
Objetivos	10
Definición de variables	11
Material y método	13
Procedimiento para la recolección de la información	14
Instrumentos a utilizar	15
Selección de prueba estadística	22
Consideraciones éticas	22
Resultados	22
Conclusiones	32
Discusión	32
Bibliografía	36

ANTECEDENTES

El nacimiento de un niño es un evento de la vida significativo, que trae cambios a la madre en cuanto a estatus y nivel de responsabilidad. La **depresión postnatal** es un padecimiento psicológico que ocurre a partir de la sexta semana posparto. Generalmente se acepta que la depresión cerca del nacimiento de un niño afecta al 10-15% de las mujeres occidentales (13), aunque podría ser el doble en mujeres asiáticas. Se han encontrado tasas de incidencia que fluctúan entre el 2.9-34%, estando la gran mayoría entre el 10 y el 20%, utilizándose diversos instrumentos, sin realizar ajuste en las tasas para dichos instrumentos (1, 6, 19). Alvarado, en población chilena, encuentra el 22.4% mediante un diagnóstico con el DSM III. La versión revisada del DSM IV permite la especificar una alteración del estado del estado de ánimo posparto sí los síntomas comienzan dentro de las 4 semanas posparto (4).

Típicamente, la depresión incluye características clínicas atípicas como fatiga que aumenta conforme avanza el día, insomnio o hipersomnias, pérdida de apetito y de peso, concentración pobre y disminución en el interés por actividades diarias, sentimientos de incapacidad para cuidar al bebé o excesiva ansiedad por la salud de este (19).

Dichos síntomas pueden afectar al rol materno, aumentando las posibilidades de detener el cuidado del recién nacido. Las complicaciones en la lactancia (como la suspensión prematura) son más frecuentes en este grupo de mujeres. También se asocia con problemas maritales y con la salud mental de la pareja (6, 28). La depresión materna podría poner en mayor riesgo a los niños, debido a que el medio ambiente suele ser más hostil. También puede interferir con la calidad emocional del cuidado del niño.

La depresión posparto es más frecuente en los primeros 3 meses que en los 9 meses restantes posteriores al nacimiento, con una incidencia 3 veces mayor

en el primer mes comparado con los controles. El curso es similar a un episodio depresivo mayor, con remisión espontánea en 2-6 meses. Es común encontrar síntomas residuales al año del nacimiento del niño (3).

A pesar de la frecuencia de este trastorno y de los instrumentos disponibles para detectarla parecer ser que existe un subregistro del mismo, explicándose esto en relación a que algunos síntomas como irritabilidad o fatiga son interpretados por la madre como “normales” durante el periodo posparto. Otra razón podría ser la vergüenza a padecer un trastorno psiquiátrico y el temor de las madres a que el niño herede la vulnerabilidad a un trastorno psiquiátrico, esto último se aprecia más en culturas orientales como la japonesa (31).

Etiología

La investigación sobre la etiología de la depresión posparto es poco concluyente, ya que mientras unos autores otorgan más peso a los cambios biológicos (hormonales) que ocurren al finalizar el embarazo, otros encuentran más factores psicosociales como causa principal. Existen 3 tipos de factores etiológicos (2, 9, 12, 15, 19, 20, 24, 31, 39):

Factores biológicos (cambios endocrinos)

La depresión posparto se presenta principalmente entre la primera y la sexta semana, cuando los niveles de prolactina se encuentran por arriba de la normalidad mientras que los niveles de estrógenos y progesterona caen abruptamente. Las mujeres son 2 o 3 veces más vulnerables que los hombres a presentar problemas depresivos, y esta vulnerabilidad aumenta durante periodos específicos del ciclo reproductivo (en particular durante el puerperio). Para explicar el incremento de riesgo se ha sugerido que las fluctuaciones endócrinas se deben al desarrollo de un fenómeno tipo “*kindling*”. En varias investigaciones se ha hecho evidente el papel de las hormonas sexuales como neuromoduladores ante la

evidencia de la interacción que tienen con neurotransmisores como serotonina, dopamina, GABA, glutamato y noradrenalina, así como una modulación sobre la enzima monoaminoxidasa (MAO) (9).

Factores psicológicos

Entre estos factores se incluyen: actitudes negativas respecto al cuidado del bebé, ansiedad, hostilidad durante el embarazo, excesiva atención sobre acontecimientos negativos, problemas psiquiátricos previos, relaciones sociales deficientes, excesivo autocastigo, insuficiente autogratificación y estresores recientes. También influyen la percepción de sentimientos de desamor por parte del esposo y los problemas maritales (15).

En cuanto al estilo de afrontamiento, en un estudio realizado por de Tychey se evaluaron a 277 mujeres francesas embarazadas entre las semanas 26 y 35 de embarazo y en el periodo postnatal entre la 4ª y la 8ª semanas, utilizando la EPDS y la escala de afrontamiento de Carver. En este estudio se encontró que las estrategias de afrontamiento encontradas de manera más frecuente en mujeres deprimidas son el distanciamiento ($F=4.7$, $p=.01$), la culpa ($F=12$, $p=.001$), la negación ($F=5.8$, $p=.003$) y el abuso de sustancias ($F=7.5$, $p=.001$). Estos resultados demuestran que las mujeres embarazadas que posteriormente desarrollan un episodio depresivo tienden a no confrontar los problemas, a negarlos y a recurrir a estrategias artificiales, como el uso de sustancias (15). Por otro lado, un 7.1% de las puérperas depresivas tienen el antecedente de aborto inmediatamente antes del actual embarazo (19).

Aspectos culturales y sociales

Es aceptado que en los países occidentales se brinda apoyo y guía a la mujer en su transición a la maternidad, en lo que se adapta a su nuevo rol. Dicho apoyo social, junto con un nivel socioeconómico alto y conducta de acuerdo a lo

esperado durante el posparto pueden proteger a la madre de tener una depresión clínica. Diversos autores se han hecho la pregunta de si la depresión posparto es un fenómeno universal con atributos comunes a través de las naciones o si solo es un fenómeno occidental. En cuanto al soporte social, en algunas culturas como la japonesa parecer ser que las mujeres que ya han tenido un hijo posteriormente establecen una red de apoyo de amistades o conocidos o saben como y dónde buscar ayuda lo que disminuye la presentación de síntomas afectivos en mujeres pertenecientes a esta población (31).

Oates, et al, en un estudio transcultural que tomó lugar en 15 centros de 11 países diferentes, encontró los siguientes motivos de *infelicidad materna* (31):

- Síntomas depresivos como la fatiga y el insomnio.
- Madres con las que no se hablaba lo suficiente acerca de su maternidad.
- Recibir atención profesional de poca calidad y ser atendidas por personal poco empático.
- Mala relación con la suegra después del parto.
- Dudas y dificultades sobre la crianza del niño, destacando el tema de lactancia materna en algunos países europeos.
- La soledad, el cansancio y la mala relación con la pareja.
- La preocupación por la vida sexual después del parto y sobre la fidelidad de la pareja.
- En países en vías de desarrollo, la disminución de peso y la ausencia de comida.
- En países desarrollados, la preocupación por edad materna, el aumento de peso y la sobrecarga de trabajo en el hogar.
- En algunos países el regreso a la vida laboral.
- En países desarrollados, el no tener acceso a la incapacidad de 40 días.
- En centro europeos, la falta de intimidad de la pareja, el poco tiempo para pasar juntos y el involucramiento excesivo de los padres.

Como motivos de *felicidad materna*, Oates encontró:

- En países occidentales la investigación y pruebas de laboratorio que se realizaron durante el posparto.
- Un apoyo social adecuado.
- En países desarrollados, estar lejos temporalmente del bebé.

En este estudio se encontró que la mayoría de los centros vieron a la ausencia de red social de apoyo, a los conflictos familiares, insomnio y problemas en la crianza del niño como fuente de depresión posparto. La mayoría de los centros europeos tomaron en cuenta los cambios hormonales, a diferencia de lo sucedido en centros asiáticos y africanos. La mayoría de los profesionales de la salud vieron la necesidad de intervenciones psicosociales como tratamiento para la depresión posparto, excepto en países como Italia, Japón y USA, en donde dichos profesionales vieron la necesidad de atención psiquiátrica en las pacientes. Por último, este estudio sugiere que la “infelicidad mórbida” es un fenómeno universal (31).

De manera general se acepta que las puérperas con experiencias de estrés más alto y prolongado, junto a un bajo apoyo emocional, presentaban problemas más persistentes en el tiempo. Cambios vitales acaecidos en el 3er trimestre del embarazo se correlacionaban con más síntomas depresivos y ansiosos. Las mujeres que presentan un cuadro depresivo tienden a un número mayor de sucesos vitales que las que no lo presentan: un 60.8% de las primeras han tenido entre 5 y 12. El 57.2% tienen más de 20 puntos en la escala de sucesos vitales. En cuanto al soporte social, no se encontró asociación entre esta variable y la depresión, sin embargo la escala fue cuantitativa. Al parecer, lo importante para el estado emocional de la persona no es la dimensión cuantitativa de su red social, sino la percepción de apoyo que esté sintiendo (31).

De esta manera, desde el punto de vista biológico, psicosocial y ginecoobstétrico se pueden reunir una serie de factores de riesgo (1, 3, 8, 12, 14 19, 24, 38):

1.-Biológicos/hormonales:

- Antecedentes familiares y personales de depresión postparto, depresión y suicidio.
- Trastorno Disfórico Premenstrual.
- Rasgos de personalidad (elevado neuroticismo).
- Síntomas de ansiedad durante el embarazo.

2.-Psicosociales:

- Menor número de confidentes cercanos.
- Mayor número de problemas en casa.
- Tener un mayor número de hijas (mujeres).
- Escolaridad de secundaria o mayor.
- Miedo de no poder cuidar adecuadamente a su bebé.
- Relación marital insatisfactoria.
- Atención en hospital público.
- Problemas con los padres y amigos.
- Sucesos vitales relevantes en el transcurso del embarazo
- Desempleo.
- Menores de 19 años y mayores de 35 años.
- Actitud negativa hacia el embarazo.

3.-Embarazo, parto y RN:

- Multiparidad.
- Retraso motor en el infante.

- No alimentar al bebé al seno materno.

Depresión posparto en los padres

Existen pocos estudios que estudian la depresión en los padres. En un estudio prospectivo a un año, Areias y cols. estudiaron a 54 mujeres portuguesas primíparas y a 42 hombres, utilizando el SADS al inicio del embarazo y la Escala de depresión posparto de Edinburgo (EPDS) a los 3, 6 y 12 meses tanto a mujeres como a los padres. Areias encontró depresión posparto en el 24.5 % de las mujeres, 49% durante el primer año. En cuanto a los padres, solo 2 desarrollaron depresión durante los primeros 3 meses posparto de sus parejas, sin embargo a los 9 meses la incidencia fue del 23.8 %, siguiendo al cuadro depresivo de sus parejas. Al parecer el curso es diferente, encontrándose mayor duración en las mujeres que en los padres. Por otro lado, la depresión en las madres fue más severa. Al parecer la depresión en hombres se relacionó con depresión en su pareja durante el embarazo y depresión posparto durante los primeros 3 meses (5, 6).

En otro estudio, Ballard reportó en mujeres a las 6 semanas 27.5% y en hombres 9% y a los 6 meses 25.7% y 5.4% respectivamente. Los padres son más propensos a deprimirse si sus mujeres lo hacen (8).

En la misma muestra de Areias, se evaluó la correlación entre la depresión paterna y materna. Se encontró entre los hombres deprimidos como factores más importantes la depresión en sus esposas (sobre todo en el embarazo y en el posparto) y antecedentes personales de depresión. Otros factores de riesgo fueron clase social trabajadora, pobre ajuste psicosocial premórbido y eventos de vida estresantes, aunque no fueron significativos. Este estudio concluye que quizá la necesidad más importante es comprometer a los esposos para apoyar a sus mujeres deprimidas y que las acompañen en el cuidado de sus hijos, pudiendo evitar los daños cognitivos en estos (6).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de depresión durante el embarazo y el posparto en mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología y de las parejas de estas mujeres a la 4ª y 8ª semana posparto?

¿Cuál es la relación entre la presencia de complicaciones obstétricas durante el posparto en las mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología y la presentación de depresión a la 4ª y 8ª semana posparto?

JUSTIFICACIÓN

La depresión posparto es un problema relativamente común en la población femenina, afectando no solo la calidad de vida de un 10-15% de las mujeres en la población general, sino también el desarrollo del lactante. De ahí la necesidad de realizar una detección oportuna en las madres. La depresión en padres en el periodo posparto de sus esposas o parejas es un fenómeno poco estudiado, teniendo importancia ya que el apoyo de la pareja es fundamental para el cuidado del recién nacido para evitar retraso en el desarrollo cognitivo del mismo. La utilidad de los resultados radica en el conocimiento del grado de afectación del estado de ánimo en la pareja, quien desde el punto de vista psicosociales afectado por un proceso adaptativo representado por el nacimiento de un hijo. En investigaciones recientes se ha hecho evidente la repercusión que trae al recién nacido la depresión en su madre. Se ha demostrado que los niños cuyas madres padecieron depresión posparto tienen menor desempeño cognitivo a los 18 meses que los niños cuyas madres no tuvieron tal trastorno, con énfasis en los niños del sexo masculino. Este déficit persiste en niños con edad de 4-5 años. También los estudios han encontrado una tasa mayor de vínculo inseguro. A los 5 años, los niños cuyas madres sufrieron depresión posparto fueron más catalogados por sus maestros con "comportamiento perturbador" que los controles. Podrían resumirse todas estas alteraciones como resultado de un patrón de comunicación alterado entre la madre deprimida y el niño. En la Ciudad de Goa, India, Patel et al. realizó

un estudio con 171 bebés provenientes de un nivel socioeconómico bajo. Se estudiaron 142 niños a los 6 meses de nacidos, encontrando que el 17% tuvieron bajo peso y 13% fueron pequeños para la edad, dicho hallazgo se correlacionó con la depresión posparto en la madre (RR 2.3, IC 95% 1.1-4.7, $p=0.01$ para el peso; RR 2.9, IC 95% 1.3-6.8, $p=0.008$). Los casos tuvieron peor calificación en el desarrollo mental que los controles, aún después de ajustar para educación materna y peso al nacer. Sin embargo, no se determinó el C.I. de la madre. Dicho retraso se puede explicar por la detención temprana de la lactancia. De esta forma se aceptan 3 vías causales para la presentación de éste trastorno en países en vías de desarrollo: exposición directa a la depresión materna, dificultades asociadas a dificultades parentales y pobreza (23, 33).

En otro estudio que muestra las consecuencias de la depresión materna, Rahman estudió a 632 mujeres en su 3er trimestre de embarazo para obtener una cohorte de nacimiento en Pakistán de 160 niños de madres deprimidas y 160 niños de mujeres sin diagnóstico psiquiátrico, midiendo en estas variables de peso, talla, episodios de diarrea y episodios de infección respiratoria aguda a los 2, 6 y 12 meses. Encontró que la prevalencia de depresión en estas mujeres fue del 25%. El estudio mostró mayor riesgo para bajo peso y talla baja a los 6 y 12 meses en hijos de madres deprimidas. También se descubrió que los niños de madres con depresión padecían más de 5 episodios de diarrea al año y eran más pobres. Al parecer no existe relación con el número de episodios de infección de vías respiratorias. Las mujeres con depresión fueron menos propensas a vacunar a sus niños (35).

La salud deteriorada de los niños puede ser un factor para mantener la depresión materna. Los mecanismos por los cuales la depresión materna afecta el crecimiento incluyen un estilo de vida menos sano y disminución de búsqueda de atención en el periodo prenatal. Durante la depresión postnatal disminuye el cuidado físico y emocional así como la estimulación psicosocial del infante. Por

último, reducciones en la prevalencia de la depresión materna podría reducir el retardo en el crecimiento de los niños en un 30%.

HIPÓTESIS

La presentación de depresión a la 4ª y 8ª semanas posparto en las mujeres y en sus parejas tendrá una correlación positiva con la presentación de complicaciones durante el embarazo, parto y/o posparto.

OBJETIVOS

Generales

1. Determinar la relación que existe entre la presentación de depresión a la 4ª y 8ª semanas posparto con las complicaciones durante embarazo, parto y/o posparto en las mujeres que fueron atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología.
2. Determinar la relación que existe entre la presentación de depresión en los padres a la 4ª y 8ª semanas postparto de sus parejas, con las complicaciones obstétricas que hayan presentado sus parejas atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología.

Específicos:

1. Determinar la frecuencia de depresión en la 4ª semana posparto en las mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología.
2. Determinar la frecuencia de depresión en la 8ª semana posparto en las mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología.
3. Determinar la frecuencia de depresión en hombres dentro de las 4 primeras semanas del nacimiento del producto.

4. Determinar la frecuencia de depresión en hombres dentro de las 8 primeras semanas del nacimiento del producto.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable independiente

Complicaciones obstétricas durante embarazo, parto y/o posparto, con nivel de medición nominal.

Se definen las complicaciones obstétricas como cualquier suceso en la madre que ocasionó discapacidad, enfermedad o muerte en la mujer o en su producto.

(34) Las complicaciones obstétricas que se consideraron en este estudio fueron las siguientes:

- 1) Atonia uterina y/o hemorragia posparto.
- 2) Amenaza de aborto.
- 3) Mortinato.
- 4) Malformaciones congénitas.
- 5) Cianosis perinatal.
- 6) Enfermedad o complicación del recién nacido.
- 7) Producto prematuro.
- 8) Enfermedad crónica durante el embarazo (DM, HAS, etc).
- 9) Preeclampsia/eclampsia.

En este estudio no se incluyó como complicación a la cesárea dado que en estudios previos no se ha encontrado una asociación positiva entre dicha complicación y la presentación de un episodio depresivo durante el embarazo y/o posparto (10).

Variable dependiente

Presentación de episodio depresivo mayor a la 4ª y 8ª semana posparto, nivel de medición nominal.

Se define episodio depresivo mayor durante la 4ª y 8ª posparto de acuerdo a la Entrevista Mini Neuropsiquiátrica Internacional (*MINI, por sus siglas en inglés*) y los casos sospechosos de un episodio depresivo mayor cuando se obtenga una calificación de 14 o mayor en la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (*EPDS, por sus siglas en inglés*) **(16)**.

Otras variables de estudio que se recabaron mediante hoja de concentración de datos (nivel de medición nominal):

- 1) Edad menor a 18 años.
- 2) Edad mayor a 35 años.
- 3) Embarazo planeado.
- 4) Embarazo deseado.
- 5) Ciclos menstruales (regulares-irregulares).
- 6) Número de embarazos (primigesta/Multigesta). Multigesta se define como el antecedente de haber tenido 3 o más embarazos.
- 7) Apoyo de los familiares de la mujer, apoyo de la pareja y apoyo de los familiares de la pareja.
- 8) Antecedente de aborto (s) previo (s).
- 9) Antecedentes Heredofamiliares y personales de depresión.

MATERIAL Y METODO

De acuerdo a la *Clasificación de la Investigación de Feinstein* este estudio se puede clasificar como *descriptivo, de escrutinio, longitudinal y homodémico* (17).

La población que se estudió fueron las mujeres atendidas en la consulta externa del servicio de ginecoobstetricia del Instituto Nacional de Perinatología que cursaban el 3er trimestre del embarazo.

Los criterios de inclusión fueron:

- Las mujeres embarazadas entre la semana 30 y 35 de gestación, quienes fueron atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología.
- Y las parejas de estas mujeres.
- Que aceptaran participar en el estudio mediante consentimiento informado.
- Que supieran leer y escribir.

Los criterios de exclusión fueron:

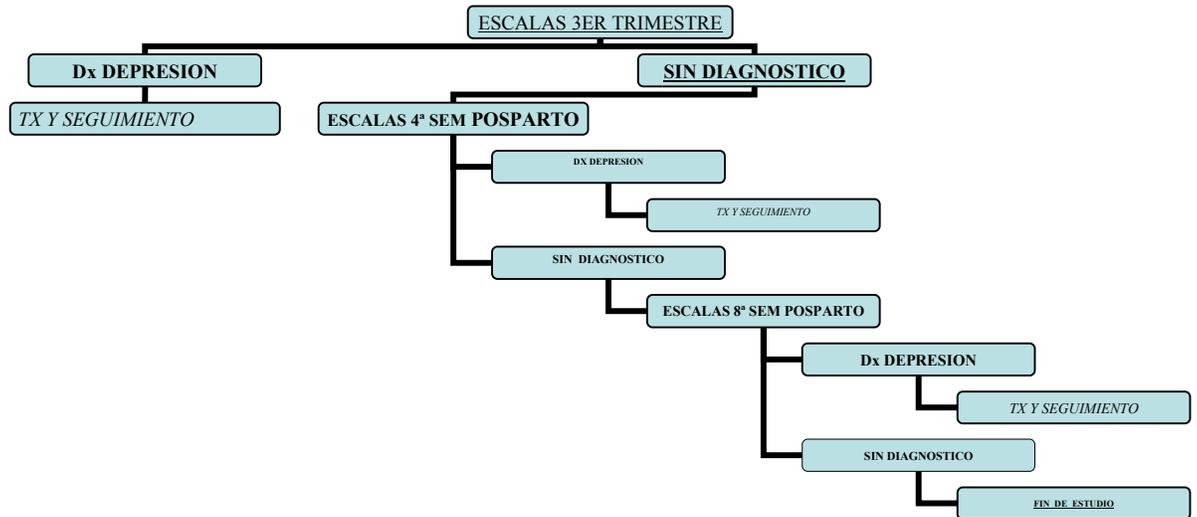
- La presencia de un episodio depresivo mayor en las mujeres embarazadas evaluadas entre la semana 30 y 35 de gestación.
- La presencia de un episodio depresivo actual en hombres durante el 3er trimestre de embarazo de sus parejas.
- La presencia de cualquier otro diagnóstico de Eje I (excepto Trastorno de Ansiedad Generalizada), tanto en las mujeres embarazadas como en sus parejas.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se evaluaron las mujeres embarazadas que acudieron a la Consulta Externa del Servicio de Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología, entre las semanas 30 y 35 de gestación, que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. En la primera evaluación se aplicó un *cuestionario con variables sociodemográficas y obstétricas, la Entrevista Mini Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (EPDS)*. En caso de que la mujer y/o su pareja cursaran con un episodio depresión mayor se les ofreció tratamiento según la intensidad de los síntomas y quedaron fuera del estudio.

A las mujeres y a sus parejas que no cursaban con un diagnóstico de episodio depresivo mayor en la primera evaluación se les aplicaron las entrevistas antes mencionadas a la 4ª semana mediante una llamada telefónica previamente concertada con los sujetos de estudio. En caso de se hubiera detectado que cursaban con depresión posparto se les ofreció tratamiento y se continuó el seguimiento a la 8ª semana posparto. A los sujetos que no cursaban con depresión se les aplicó las entrevistas a la 8ª semana posparto, recibiendo tratamiento en caso de resultar sospechosos durante dicho momento. Posterior al estudio se les ofrecerá el tratamiento Institucional correspondiente. En la **figura 1** se muestra de manera esquemática como se recolectó la información en este estudio.

Figura 1. Procedimiento para la recolección de la información.



INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Entrevista diagnóstica estructurada Mini Neuropsiquiátrica Internacional (*Mini International Neuropsychiatric Interview –MINI-*).

Esta entrevista fue originalmente diseñada para establecer un diagnóstico compatible con los criterios del DSM-III-R y de la CIE-10. Los algoritmos y las preguntas formuladas son similares a los que aparecen en la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (muy estructurada) CIDI. El MINI solo se enfoca solo a los diagnósticos actuales. Las limitaciones del MINI están en función de su brevedad. Para la mayoría de los trastornos mayores no está disponible un diagnóstico a lo largo de la vida. Esta entrevista está diseñada para proporcionar información diagnóstica necesaria para tomar decisiones clínicas adecuadas (25).

En 1997 Lecubrier y cols. realizaron un estudio de validación comparando los diagnósticos psiquiátricos generados por el CIDI y por el MINI, los resultados encontrados con respecto al trastorno depresivo mayor se resumen en el **cuadro 1** (27).

Cuadro 1. Validación del diagnóstico de TDM por MINI comparado con CIDI

Diagnóstico	Kappa	Sens.	Espec.	VPP	VPN
Trastorno depresivo mayor	0.73	0.94	0.79	0.82	0.93

Tomado de: Lecubrier y cols. *The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI.* *Eur Psychiatry.* 1997; 12: 224-231.

Durante el mismo año Sheehan *et al* realizó un estudio de validación comparando la concordancia de diagnósticos entre la Entrevista Clínica Estructurada del DSM III-R SCID-P y el MINI, los resultados encontrados con respecto al trastorno depresivo mayor se resumen en el **cuadro 2** (36).

Cuadro 2. Validación del diagnóstico de TDM por MINI comparado con SCID-P

Diagnóstico	Kappa	Sens.	Espec.	VPP	VPN
Trastorno depresivo mayor	0.84	0.96	0.88	0.87	0.92

Tomado de: Sheehan y cols. *The Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) According to the SCID-P and its Reliability.* *Eur Psychiatry.* 1997; 12: 232-241.

Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (EPDS)

La detección de depresión posparto se realizará con la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (*EPDS, por sus siglas en inglés*). La EPDS fue desarrollada en 1987 por Cox y cols. para asistir a los profesionales de atención primaria en la detección de depresión posparto. También es utilizada para diagnosticar depresión antes del parto, sin embargo el punto de corte es de 13 (2, 7, 13, 14, 16, 29, 30, 32).

Este instrumento que se utiliza de manera internacional no diagnostica depresión posparto, siendo esto posible sólo a través de una valoración

psiquiátrica más extensa, sin embargo puede identificar sintomatología depresiva y a las madres que están en riesgo de este trastorno (13).

Consiste en 10 ítems desarrollados en frases cortas, la madre responde la aseveración que mas se acerca a como se ha sentido en la última semana. La mayoría de las madres la contestan sin dificultad en menos de 5 minutos (13).

Los estudios de validación demuestran que una calificación mayor de 12-13 es diagnóstica, aunque en estudios posteriores se acepta que utilizar un punto de corte entre 9/10 es útil para los estudios de detección, dado que se obtiene una sensibilidad aceptable. Si se usa para precisar casos parece preferible utilizar un punto de corte entre 12/13 o 13/14, ya que se logran valores adecuados para la especificidad y el valor predictivo positivo (2, 7, 8, 13, 14, 30).

La escala no detecta ansiedad, fobias o trastornos de personalidad. Algunos estudios de validez sugieren que la escala de Edinburgo pueden identificar mejor síntomas anhedónicos y ansiedad que aquellos casos cuya depresión tiene más retardo psicomotor. No discrimina depresión leve, moderada o severa. Esta escala debe utilizarse a las 6-8 semanas posparto (13).

Se han detectado correlaciones significativas entre el estado de ánimo materno a los 5 días y 6 meses posparto utilizando la EPDS ($r=0.60$, $p < 0.0001$). Las madres cuya escala tuvo una calificación > 9 a los 5 días fueron 8 veces más propensas a calificar > 9 a las 6 semanas que las que tuvieron más o igual a 9. Las madres que tuvieron más de 9 en esta escala a los 5 días posparto fueron 20 veces más propensas a ser diagnosticadas con depresión posparto durante las primeras 12 semanas posparto. En otro estudio realizado por Dennis y cols. encontraron que las madres con calificación > 9 a la semana posparto fueron 30.3 veces más propensas a la semana 4 (IC 95%= 17.5-42.3) y 19.1 veces más propensas a las 8 semanas (IC 95%= 11.0-32.9) a padecer sintomatología depresiva mayor/menor (14).

Se utiliza esta escala debido a lo siguiente:

1. Facilidad de administración, incluso por vía telefónica (14).
2. Facilidad en la interpretación.
3. Aceptación materna alta.
4. Simplicidad en la incorporación en la práctica rutinaria.

Estudios de validez, confiabilidad y rendimiento de la escala.

Al comparar con la escala *Standardized Psychiatric Interview, de Goldberg SPI*) se encontró lo siguiente (2):

- Sensibilidad: 85%.
- Especificidad: 77%.
- Valor predictivo positivo: 83%.

Al comparar con el *Research Diagnostic Criteria (RDC)* se encontró lo siguiente:

- Sensibilidad: 86%.
- Especificidad: 78%.
- Valor predictivo positivo: 73%.

En los estudios de validación se ha encontrado un valor de 0.87 para el coeficiente alfa estandarizado. El punto de corte original es 12/13, encontrándose una sensibilidad de 95% y especificidad de 93%.

La escala ha sido traducida al español. A continuación se presentan datos de validez en población chilena (125 mujeres) realizado por Alvarado y cols (2):

Análisis de confiabilidad:

- Coeficiente Alfa=0.84.
- Coeficiente de Sperman-Brown=0.76.
- Coeficiente de bipartición=.86

Estos valores muestran una elevada consistencia interna.

El análisis de validez y rendimiento de la escala (comparado con los criterios del SPI y RDC) se presenta en el **cuadro 3**.

Cuadro 3. Análisis de validez y rendimiento de la EPDS.

<i>Punto de corte</i>	<i>Sensibilidad %</i>	<i>Especificidad %</i>	<i>V.P. + %</i>	<i>V. P. - %</i>	<i>Eficiencia global %</i>
9/10	85.71	80.41	55.81	95.12	81.60
10/11	78.57	85.57	61.11	93.26	84.00
11/12	71.43	92.78	74.07	91.84	88.00
12/13	71.43	94.85	80.00	92.00	89.60
13/14	67.86	95.88	82.61	91.18	89.60

Tomado de: Alvarado y cols. La Escala de Edinburgo para la Detección de Cuadros Depresivos en el Posparto. Revista de Psiquiatría. 1992; 3-4: 1177-1181.

Dennis y cols. realizaron un análisis de sensibilidad, especificidad y valores predictivos utilizando la escala a la primera semana posparto en relación con los valores encontrados a las 4 y 8 semanas posparto en 594 mujeres canadienses. Los resultados se resumen en el **cuadro 4 (14)**. Este estudio demuestra de manera clara una relación fuerte entre el estado de ánimo materno a la 1^a, 4^a y 8^a semanas posparto.

Cuadro 4. Análisis de sensibilidad, especificidad y valores predictivos en la primera semana posparto con respecto a la 4ª y 8ª semana posparto.

		<u>PRIMERA SEMANA POSPARTO EPDS</u>							
		<u>9/10</u>				<u>12/13</u>			
		<i>SENS</i>	<i>ESP</i>	<i>VP+</i>	<i>VP-</i>	<i>SENS</i>	<i>ESP</i>	<i>VP+</i>	<i>VP-</i>
4ª sem	9/10	82.9	86.2	64.2	94.4	43.9	94.2	69.2	84.9
	12/13	93.3	76.7	28.9	99.2	57.1	89.7	35.9	95.4
8ª sem	9/10	79.2	83.3	54.8	94.0	41.6	92.7	59.2	86.2
	12/13	84.2	75.2	22.0	98.3	47.4	88.5	25.4	95.3

Tomado de: Dennis C. Can we Identify Mothers at Risk for Postpartum Depression in the Immediate Postpartum Period Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?. *J. Affect Disord*, 2004; 78: 163-169.

En lo que respecta a población mexicana, existen 2 estudios realizados en el Instituto Nacional de Perinatología que utilizaron la EPDS durante el embarazo. Ortega y cols. (32) realizaron un estudio para determinar la prevalencia de depresión antes del parto y determinar las características psicométricas de la versión en español en 360 mujeres mexicanas que cursaron su embarazo entre las semanas 28 y 34 de gestación. En dicho estudio se encontró una prevalencia de “casos probables de depresión” en el 21.7% de la muestra, con un punto de corte de 12. Sin embargo no utilizaron una entrevista estructurada para confirmar los hallazgos. Respecto de la confiabilidad, se obtuvo una alfa de Cronbach de 0.81 en la escala global, un alfa estandarizada de 0.82 y un coeficiente de 0.75.

Espíndola y cols. (16) realizaron una calibración de la EPDS en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) en una muestra de 264 mujeres mexicanas que cursaban un embarazo entre la semana 13 y 40 de gestación. Se aplicó a cada paciente la EPDS y la Escala de Automedicación de la Depresión de Zung, como estándar de oro. Con la utilización de la EPDS se han informado elevados niveles de confiabilidad en la población del INPer, que han oscilado entre 0.70 y 0.73 del alfa de Cronbach, la consistencia interna calculada a través del coeficiente alfa se reporta de 0.81. Para la obtención del punto de corte más adecuado se realizó el análisis de curva ROC, el cual se muestra en el **cuadro 5**.

Cuadro 5. Calibración de la EPDS en mujeres mexicanas

<u>Puntaje EPDS</u>	<u>Sensibilidad</u>	<u>Especificidad</u>
11	0.57	0.92
12	0.62	0.91
13	0.62	0.85
14	0.75	0.84
15	0.75	0.81

Tomado de: Espíndola JG., Morales F., Mota C., Díaz E., Meza P., Rodríguez L., Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión perinatal de Edinburg, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum.* 2004; Vol 18, Núm. 3: 179-186.

En dicho estudio se encontró una prevalencia de “probable depresión” del 18.5% con 14 como punto de corte. Por lo tanto, en población mexicana se recomienda un punto de corte de 14 para así obtener niveles aceptables de sensibilidad y especificidad, sin embargo se requiere confirmar el diagnóstico con una entrevista diagnóstica estructurada.

Existen estudios de validez de la EPDS en hombres junto con la CES-D, los cuales encontraron una correlación de 0.62 y una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.81. En el **cuadro 6** se muestra el rendimiento de la escala en 218 hombres australianos **(29)**.

Cuadro 6. Validación de la EPDS en hombres.

CAL. EPDS	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VP+	VP -
2.5	100	37.8	5.5	100
3.5	85.7	50.3	5.9	99
4.5	71.4	59.1	6	98.3
5.5	71.4	70.5	8.1	98.6
6.5	71.4	79.8	11.4	98.7
7.5	71.4	85	14.7	98.8
8.5	71.4	91.2	22.7	98.9
9.5	71.4	93.8	29.4	98.9
10.5	57.1	95.3	30.8	98.4
11.5	42.9	95.9	27.3	97.9
12.5	42.9	97.9	42.9	97.9

Tomado de: Matthey y cols. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord.* 2001; 64: 175-184.

SELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA

Los resultados se analizaron en frecuencias, medias y porcentajes. Para determinar la relación entre complicaciones obstétricas en el posparto y la presentación de depresión a la 4ª y 8ª semana posparto se utilizó el coeficiente Phi para 2 variables nominales. Para realizar el análisis estadístico se utilizó el Paquete Estadístico SPSS 10.0 (22). Los resultados se consideraron significativos desde el punto de vista estadístico si $\alpha < 0.05$.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Perinatología. Para la inclusión de los sujetos al estudio se elaboró un consentimiento informado que fue firmado tanto por la mujer como su pareja antes de la aplicación de los Instrumentos. Los casos detectados fueron referidos al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología o al Instituto Nacional de Psiquiatría de acuerdo con la gravedad del caso. En el Anexo se integra el consentimiento informado así como las constancias de aceptación del Instituto Nacional de Perinatología.

RESULTADOS

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Se integraron al estudio 170 mujeres y 80 hombres. El 78.8% de las mujeres tuvo pareja al momento de la primera evaluación. Las variables sociodemográficas se presentan de acuerdo a sexo en el **cuadro 7**:

Cuadro 7. Variables Sociodemográficas por sexo.

N Total	Mujeres: 170	Hombres: 80
<u>Edad</u>	<u>MEDIA</u>	<u>MEDIANA</u>
Mujer	29.9	31
Menor a 18 n: 7		
Mayor a 35 n: 45		
Hombre	33.08	31
<u>Estado civil Mujeres</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Soltera	37	21.76
Casada	89	52.35
Unión libre	43	25.29
Divorciada	1	0.58
<u>TOTAL</u>	170	100
<u>Escolaridad</u>	<u>Mujeres n (%)</u>	<u>Hombres n (%)</u>
Sin primaria	1 (0.58)	0 (0)
Primaria	12 (7.05)	5 (6.25)
Secundaria	64 (37.64)	36 (45)
Preparatoria	74 (43.52)	22 (27.5)
Licenciatura	18 (10.58)	17 (21.25)
Posgrado	<u>1 (0.58)</u>	<u>0 (0)</u>
<u>TOTALES</u>	170 (100)	80 (100)
<u>Ocupación</u>		
Desempleado (a)	15 (8.82)	9 (11.25)
Empleado (a)	29 (17.05)	70 (87.5)
Hogar	121 (71.17)	0 (0)
Estudiante	<u>5 (2.94)</u>	<u>1 (1.25)</u>
<u>TOTALES</u>	170 (100)	80 (100)

Mujeres

Embarazo

En la primera evaluación se detectaron 21 casos de depresión en mujeres embarazadas, lo que representó 12.3% de la muestra. Estas mujeres fueron

excluidas del seguimiento durante el posparto. Durante la primera evaluación el 14.11% de las mujeres tuvieron un valor igual o mayor a 14 en la EPDS.

En el **cuadro 8** se muestran las variables que se asociaron con la presentación de depresión durante el embarazo en las mujeres. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la no planeación del embarazo y la presentación de depresión durante el mismo (8.2% vs 4.1%; *Coeficiente Phi*: -.190; $p=.013$). De la misma forma, el no percibir apoyo por parte de los familiares de la pareja se asoció de manera estadísticamente significativa con la presentación de depresión durante el embarazo (7.1% vs 5.3%; *Coeficiente Phi*: -.205; $p=.008$). Otras variables, como tener pareja, el apoyo de los familiares de la mujer y el de la pareja no mostraron asociación estadísticamente significativa. El no desear el embarazo se aproximó a dicha asociación ($p=.054$).

Cuadro 8. Asociación de variables sociodemográficas y psicosociales con la presentación de depresión durante el embarazo, 4ª y 8ª semana posparto en mujeres.

Variable	N= 170			N= 101			N= 60		
	Dep.	embarazo	<i>p</i>	Dep.	4spp	<i>p</i>	Dep.	8spp	<i>p</i>
	S/DX	DX		S/DX	DX		S/DX	DX	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Edad									
< 18 años			.874			.322			NA
No	143 (84.1)	20 (11.8)		85 (84.2)	13 (12.9)		56 (93.3)	4 (6.7)	
Si	6 (3.5)	1 (0.6)		2 (2)	1 (1)		0 (0)	0 (0)	
> 35 años			.817			.571			.821
No	110 (64.7)	16 (9.4)		62 (61.4)	11 (10.9)		39 (65)	3 (5)	
Si	39 (22.9)	5 (2.9)		25 (24.8)	3 (3)		17 (28.3)	1 (1.7)	

Pareja			.145		.059		.477
No	29	7		13	5	7	1
	(17.1)	(4.1)		(12.9)	(5)	(11.7)	(1.7)
Si	120	14		74	9	49	3
	(70.6)	(8.2)		(73.3)	(8.9)	(81.7)	(5)
Embarazo planeado			.013		.603		.567
No	57	14		31	6	20	2
	(33.5)	(8.2)		(30.7)	(5.9)	(33.3)	(3.3)
Si	92	7		56	8	36	2
	(54.1)	(4.1)		(55.4)	(7.9)	(60)	(3.3)
Embarazo Deseado			.054		.684		.635
No	10	4		4	1	3	0
	(5.9)	(2.4)		(4)	(1)	(5)	(0)
Si	139	17		83	13	53	4
	(81.8)	(10)		(82.2)	(12.9)	(88.3)	(6.7)
Apoyo Familiares			.269		.159		.477
No	16	4		11	0	7	1
	(9.4)	(2.4)		(10.9)	(0)	(11.7)	(1.7)
Si	133	17		76	14	49	3
	(78.2)	(10)		(75.2)	(13.9)	(81.7)	(5)
Apoyo Pareja			.123		.620		.562
No	28	7		14	3	8	1
	(16.5)	(4.1)		(13.9)	(3)	(13.3)	(1.7)
Si	121	14		73	11	48	3
	(71.2)	(8.2)		(72.3)	(10.9)	(80)	(50)
Apoyo fam. pareja			.008		.533		.878
No	42	12		24	5	16	1
	(24.7)	(7.1)		(23.8)	(5)	(26.7)	(1.7)
Si	107	9		63	9	40	3
	(62.9)	(5.3)		(62.4)	(8.9)	(66.7)	(5)

Dep. embarazo= depresión durante el embarazo; **Dep. 4spp**= depresión durante la 4ª semana posparto ; **Dep. 8spp**= depresión durante la 8ª semana posparto; **S/DX**= sin diagnóstico; **C/DX**= con diagnóstico.

Variables ginecoobstétricas

Se realizó el análisis para relacionar la regularidad de los ciclos menstruales con la presentación de depresión durante el embarazo sin encontrarse asociaciones estadísticamente significativas (**Cuadro 9**):

Cuadro 9. Asociación de la regularidad de los ciclos menstruales con la presentación de depresión durante el embarazo y a la 4ª y 8ª semana posparto

Variable	N= 170			N= 101			N= 60		
	Dep.	embarazo	<i>p</i>	Dep.	4spp	<i>p</i>	Dep.	8spp	<i>p</i>
	S/DX	DX		S/DX	DX		S/DX	DX	
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Ciclos menstruales			.302			.465			.232
Irregulares	47 (27.6)	9 (5.3)		27 (26.7)	3 (3)		15 (25)	0 (0)	
Regulares	102 (60)	12 (7.1)		60 (59.4)	11 (10.9)		41 (68.3)	4 (6.7)	

Dep. embarazo= depresión durante el embarazo; **Dep. 4spp**= depresión durante la 4ª semana posparto ; **Dep. 8spp**= depresión durante la 8ª semana posparto; **S/DX**= sin diagnóstico; **C/DX**= con diagnóstico.

En cuanto a la relación del número de embarazos previos y la presentación de depresión durante el embarazo se encontró una asociación significativa con la presentación en el momento de la entrevista de 3 o más embarazos (8.8% vs 3.5%; *coeficiente phi*: .231; *p*=.003). El primer embarazo no se relacionó de manera estadísticamente significativa. Dichos resultados se muestran en el **Cuadro 10**.

Cuadro 10. Asociación entre el número de embarazos previos y la presentación de episodio depresivo mayor durante el embarazo, 4ª y 8ª semana posparto.

Variable	N= 170			N= 101			N= 60		
	Dep.	embarazo	p	Dep.	4spp	p	Dep.	8spp	p
	S/DX	DX		S/DX	DX		S/DX	DX	
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Primigesta			.347			.920			.159
No	106 (62.4)	17 (10)		61 (60.4)	10 (9.9)		37 (61.7)	4 (6.7)	
Si	43 (25.3)	4 (2.4)		26 (25.7)	4 (4)		19 (31.7)	0 (0)	
Multigesta			.003			.552			.003
No	94 (55.3)	6 (3.5)		55 (54.5)	10 (9.9)		40 (66.7)	0 (0)	
Si	55 (32.5)	15 (8.8)		32 (31.7)	4 (4)		16 (26.7)	4 (6.7)	

Dep. embarazo= depresión durante el embarazo; **Dep. 4spp**= depresión durante la 4ª semana posparto ; **Dep. 8spp**= depresión durante la 8ª semana posparto; **S/DX**= sin diagnóstico; **C/DX**= con diagnóstico.

En cuanto a la presencia de abortos previos, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre esta variable y la presentación de depresión durante el embarazo (7.6% vs 4.7%; *Coeficiente Phi: .183; p=.017*). Dicho resultado se muestra en el **Cuadro 11**.

Cuadro 11. Asociación entre el antecedente de abortos previos y la presentación de episodio depresivo mayor durante el embarazo, 4ª y 8ª semana posparto.

Variable	N= 170			N= 101			N= 60		
	Dep.	embarazo	p	Dep.	4spp	p	Dep.	8spp	p
	S/DX	DX		S/DX	DX		S/DX	DX	
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Abortos Previos			.017			.928			.320
No	97 (57.1)	8 (4.7)		57 (56.4)	9 (8.9)		41 (68.3)	2 (3.3)	
Si	52 (30.6)	13 (7.6)		30 (29.7)	5 (5)		15 (25)	2 (3.3)	

Dep. embarazo= depresión durante el embarazo; **Dep. 4spp**= depresión durante la 4ª semana posparto ; **Dep. 8spp**= depresión durante la 8ª semana posparto; **S/DX**= sin diagnóstico; **C/DX**= con diagnóstico.

Por otro lado, el antecedente personal de haber padecido un episodio depresivo previo al embarazo actual se asoció de manera significativa con la presentación de depresión durante el embarazo (10% vs 2.4%; *Coficiente Phi*: .403; $p < .01$) (**Cuadro 12**), no así con la presencia de antecedentes heredofamiliares.

Cuadro 12. Antecedentes personales y heredofamiliares de depresión y presentación de depresión durante el embarazo, 4ª y 8ª semana posparto

Variable	N= 170			N= 101			N= 60		
	Dep.	embarazo	<i>p</i>	Dep.	4spp	<i>p</i>	Dep.	8spp	<i>p</i>
	S/DX	DX		S/DX	DX		S/DX	DX	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Antecedentes Personales			.000			.034			.090
No	113 (66.5)	4 (2.4)		67 (90.5)	7 (10.4)		47 (78.3)	2 (3.3)	
Si	36 (21.2)	17 (10)		20 (65)	7 (35)		9 (15)	2 (3.3)	
Antecedentes Heredofamiliares			.129			.018			.090
No	115 (67.6)	13 (7.6)		69 (90.8)	7 (9.2)		47 (78.3)	2 (3.3)	
Si	34 (20)	8 (4.7)		18 (72)	7 (28)		9 (15)	2 (3.3)	

Dep. embarazo= depresión durante el embarazo; **Dep. 4spp**= depresión durante la 4ª semana posparto ; **Dep. 8spp**= depresión durante la 8ª semana posparto; **S/DX**= sin diagnóstico; **C/DX**= con diagnóstico.

Cuarta semana posparto

Durante esta etapa se siguieron a 101 mujeres (lo que representó una tasa de abandono de 32.2%). En esta etapa se detectaron 14 casos de depresión a la 4ª semana posparto, lo que representó el 13.86% de la muestra. De la misma forma el 17.82% de las mujeres tuvieron un valor igual a mayor a 14 en la EPDS.

Contrario a nuestras expectativas, no existió una asociación estadísticamente significativa entre la presencia o no de complicaciones obstétricas durante el embarazo y parto y la presentación de depresión durante ésta etapa (8.9% vs 5%; *coeficiente Phi*: .024; $p = .810$) (**Cuadro 13**).

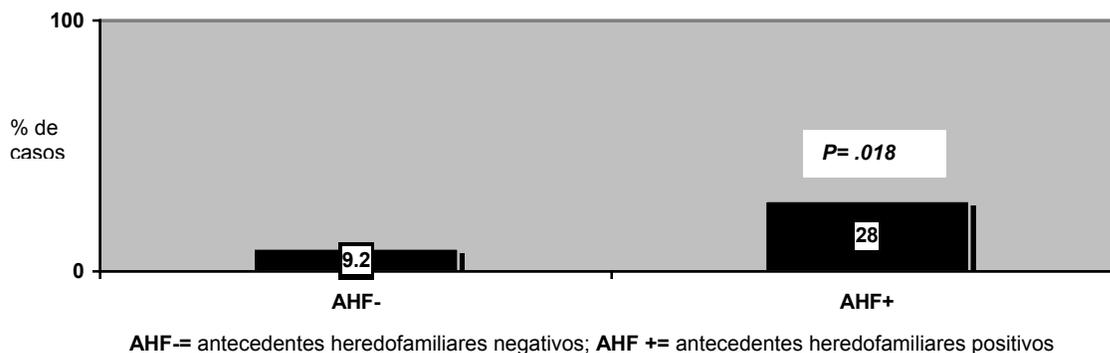
Cuadro 13. Complicaciones obstétricas y presentación de depresión durante la 4ª y 8ª semana posparto

Variable	N= 101		p	N= 60		p
	Depresión	4SPP		Depresión	8SPP	
	S/DX n (%)	DX n (%)		S/DX n (%)	DX n (%)	
Complicaciones obstétricas			.810			.570
No	34 (33.7)	5 (5)		22 (36.7)	1 (1.7)	
Si	53 (52.5)	9 (8.9)		34 (56.7)	3 (5)	

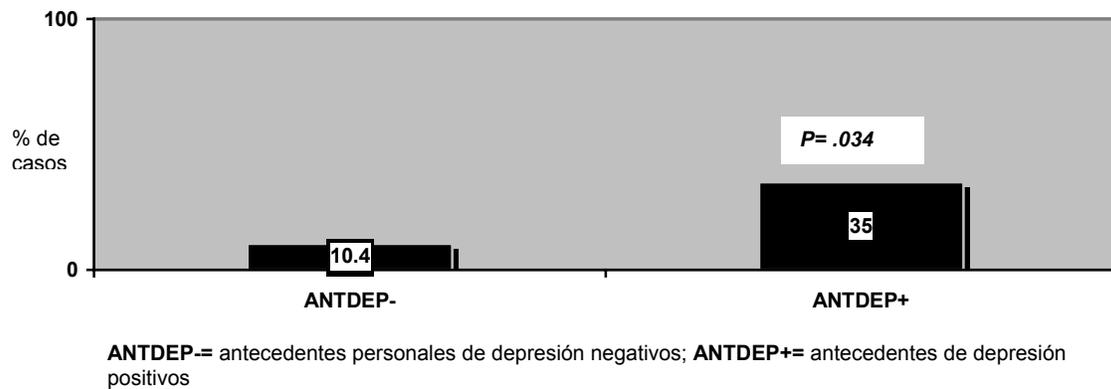
Dep. 4spp= depresión durante la 4ª semana posparto ; **Dep. 8spp**= depresión durante la 8ª semana posparto; **S/DX**= sin diagnóstico; **C/DX**= con diagnóstico.

Entre las variables de estudio, los antecedentes heredofamiliares (28% vs 9.2%; *Coeficiente Phi: .235; p= .018*) y personales positivos para depresión (35% vs 10.4%; *Coeficiente Phi: .211; p=.034*) se asociaron de manera estadísticamente significativa con la presentación de depresión durante la 4ª semana posparto (**Gráficas 1 y 2**). El resto de las variables no arrojó resultados significativos durante el análisis (**ver cuadros 8 a 12**).

Grafica 1. Antecedentes heredofamiliares de episodio depresivo mayor y presentación de depresión durante la 4ª semana posparto.



Gráfica 2. Antecedentes personales de episodio depresivo mayor y presentación de depresión durante la 4ª semana posparto.



Octava semana posparto

Durante esta etapa participaron 60 mujeres (con una tasa de abandono respecto a la 4ª semana de 31%). En la misma se detectaron 4 casos de depresión, lo que representó un 6.66% de la muestra. En lo que respecta a los valores en la EPDS, el 8.33% de las mujeres evaluadas obtuvieron un valor igual o mayor a 14. La única variable que mostró una asociación estadísticamente significativa fue el antecedente de haber presentado 3 o más embarazos (6.7% vs 0%; *Coeficiente Phi: .378; p=.003*) (**Cuadros 8 a 12**) con la presentación del episodio depresivo durante esta fase del estudio.

Hombres

Depresión en el padre durante el embarazo de la pareja

Se integraron al estudio 80 hombres. Las variables sociodemográficas se muestran en el **cuadro 7**. En esta etapa se detectaron 8 casos de depresión, lo que representó 10% de la muestra. El 13.75% de los hombres tuvieron un valor igual o mayor a 14 en la EPDS durante la primera etapa del estudio. En cuanto a la relación de la presentación de depresión durante el embarazo de sus parejas y las variables de estudio, se encontraron asociaciones estadísticamente

significativas con el antecedente personal de episodios depresivos mayores (7.5% vs 2.5%; *Coeficiente Phi*: .458; $p < .01$) y la presentación de un episodio depresivo mayor en la pareja durante el embarazo (6.3% vs 3.8%; *Coeficiente Phi*: .374; $p = .001$). El resto de las variables no mostró asociaciones estadísticamente significativas (**cuadro 14**).

Cuadro 14. Asociación entre variables de estudio y la presentación de episodio depresivo mayor en padres durante el embarazo, 4ª y 8ª semana posparto de la pareja.

Variable	N= 80			N= 43			N= 26		
	Dep.	Embarazo	<i>p</i>	Dep.	4spp	<i>p</i>	Dep.	8spp	<i>p</i>
	Pareja			Pareja			Pareja		
	S/DX	DX	S/DX	DX	S/DX	DX			
n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)				
Antecedentes heredofamiliares			.576			.433			.069
No	57 (71.3)	7 (8.8)		30 (71.4)	1 (2.4)		19 (76)	0 (0)	
Si	15 (18.8)	1 (1.3)		10 (23.8)	1 (2.4)		5 (20)	1 (4)	
Antecedentes Personales			.000			.088			.763
No	62 (77.5)	2 (2.5)		36 (85.7)	1 (2.4)		22 (88)	1 (4)	
Si	10 (12.5)	6 (7.5)		4 (4.5)	1 (2.4)		2 (8)	0 (0)	
Pareja Diagnosticada			.001			.195			.656
No	62 (77.5)	3 (3.8)		34 (81)	1 (2.4)		20 (80)	1 (4)	
Si	10 (12.5)	5 (6.3)		6 (14.3)	1 (2.4)		4 (16)	0 (0)	
Complicaciones Obstétricas en la pareja			.456			.209			.288
No	37 (46.3)	3 (3.8)		18 (42.9)	0 (0)		11 (44)	1 (4)	
Si	35 (43.8)	5 (6.3)		22 (52.4)	2 (4.8)		13 (52)	0 (0)	

Dep. embarazo= depresión durante el embarazo; **Dep. 4spp**= depresión durante la 4ª semana posparto ; **Dep. 8spp**= depresión durante la 8ª semana posparto; **S/DX**= sin diagnóstico; **C/DX**= con diagnóstico.

Depresión en hombres durante la 4ª y 8ª semana posparto de las parejas

Durante la segunda etapa del estudio participaron 43 hombres (tasa de abandono del 40%). En esta etapa se detectaron 2 casos de episodio depresivo mayor, lo que representó 4.65% de dicha muestra. El 2.32% de los hombres obtuvo un valor de 14 o más en la EPDS. En la tercera etapa del estudio participaron 26 hombres (tasa de abandono del 36.5%), detectándose sólo un caso de episodio depresivo mayor durante esta etapa (3.84% de la muestra). Ningún hombre obtuvo un valor igual o mayor a 14 en la EPDS durante la última etapa del estudio.

Con respecto a las variables de estudio, el análisis no arrojó asociaciones estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

En este estudio encontramos como hallazgos significativos una frecuencia de depresión en las mujeres a la 4ª y 8ª semana de 13.86% y 6.66% respectivamente. En los padres encontramos una frecuencia respectiva de 4.65% y 3.84%. Como hallazgo significativo en este estudio encontramos la asociación entre los antecedentes heredofamiliares y personales de episodio depresivo mayor y la presentación de depresión en la 4ª y 8ª semana posparto en las madres. No encontramos diferencias significativas desde el punto de vista estadístico entre la presencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y posparto y la presentación de episodio depresivo mayor a la 4ª y 8ª semana.

DISCUSIÓN

Al igual que en estudios anteriores, la frecuencia de depresión durante el embarazo y posparto (12.3% y 13.86%, respectivamente) fueron similares a las

reportadas en estudios previos (13, 21). En lo que respecta a la depresión durante el embarazo, Históricamente se ha descrito a éste como un periodo de bienestar que proporciona a la mujer una especie de “protección” contra los trastornos psiquiátricos, en particular con los trastornos del estado de ánimo, aunque existe evidencia de lo contrario. En un estudio prospectivo realizado de manera reciente se encontró que las mujeres con antecedentes personales de haber padecido un episodio depresivo antes del embarazo y que abandonaron el tratamiento tuvieron 5 veces más riesgo de recaída que aquellas mujeres que continuaron el tratamiento (11). En este mismo sentido, en un estudio realizado en México con 300 mujeres embarazadas de segundo y tercer nivel de atención se encontró que un 30.7% de las mujeres mostraron sintomatología depresiva significativa de acuerdo al CES-D (26). En el presente estudio se encontró una frecuencia de episodio depresivo mayor del 12.3% en la muestra de mujeres embarazadas que decidieron participar. Como hallazgos relevantes en las mujeres que iniciaron con un episodio depresivo mayor durante el embarazo están: la no planeación del mismo, no percibir apoyo por parte de los familiares de la pareja, el antecedente de 3 o más embarazos previos y el antecedente de aborto(s) previo(s). En lo que respecta al hallazgo del aborto previo, existen resultados contradictorios, ya que se ha encontrado que mujeres con este antecedente son más proclives a deprimirse durante el embarazo, comparadas con las que deciden continuar con un embarazo no deseado. Por otro lado, otros estudios no han encontrado esta relación (37).

La asociación positiva entre no percibir apoyo por parte de los familiares de la pareja y la presentación de depresión durante el embarazo se asemeja al hallazgo encontrado por Oates y cols en su estudio transcultural, en el que encontró como una de las fuentes de infelicidad materna la mala relación con la suegra (31). Al igual que en nuestro estudio, en el estudio llevado a cabo en México (citado líneas arriba) coincide con nuestro hallazgo de la asociación entre embarazo no planeado y el antecedente personal de sintomatología depresiva y la presentación de sintomatología depresiva durante el embarazo.

Con respecto a los resultados obtenidos con mujeres durante el posparto y contrario a nuestras expectativas no encontramos asociación con la presencia de las complicaciones obstétricas incluidas en este estudio y la presentación de un episodio depresivo mayor a la 4ª y 8ª semana. El único hallazgo significativo con la presentación de dichos episodios fue el antecedente familiar y personal de un episodio depresivo mayor a la 4ª semana posparto. De manera reciente en un estudio retrospectivo realizado con 120 hermanas se analizó la concordancia del inicio de depresión posparto en esta población. En dicho estudio se encontró que entre las mujeres con historia familiar de depresión a la 4ª semana posparto un 42% experimentó un episodio depresivo mayor posterior a su primer parto contra un 15% de las mujeres que no tuvieron tal historia. Estos resultados sugieren que existe una cierta vulnerabilidad en estas mujeres para iniciar con un episodio depresivo mayor de inicio durante el posparto destacando la importancia de los antecedentes en este grupo de pacientes. No obstante, aún existe cierta controversia con respecto a la validez de este diagnóstico ya que algunos autores mencionan que un episodio depresivo de inicio durante el posparto no difiere de cualquier otro episodio depresivo (18).

En cuanto a la evaluación de mujeres en la 8ª semana posparto, se encontraron sólo 4 casos (6,66% de la muestra), lo cual pudo haber sido el resultado de la menor muestra durante esta etapa o que existe mayor riesgo para las mujeres vulnerables para presentar depresión de inicio durante el posparto en las primeras 4 semanas. Un dato significativo del estudio fue la asociación entre el antecedente de 3 o más embarazos y la presentación de depresión durante dicha etapa, al igual que sucedió con la presentación de un episodio depresivo mayor durante el embarazo. Sin embargo, cabe mencionar que todas las mujeres que iniciaron con depresión durante la 8ª semana fueron multigestas. Llama la atención que dicho dato no fue significativo para la presentación de depresión durante la 4ª semana posparto.

Hasta la fecha, este es el primer estudio en el país que evalúa la presentación de un episodio depresivo mayor en los padres, encontrando que la presentación de dichos episodios fue de 10%, 4.65% y 3.84% durante el embarazo, 4^a semana y octava semana posparto de las parejas respectivas. Al igual que en las mujeres, el antecedente personal de haber padecido un episodio depresivo mayor previo se asoció de manera significativa con la presentación del mismo durante el embarazo de las parejas, lo cual puede significar la vulnerabilidad para la disminución del ánimo en una etapa de estrés psicosocial importante. Otro hallazgo significativo en este estudio fue la asociación entre la presentación de un episodio depresivo en la pareja durante el embarazo, confirmando de manera probable el hecho de compartir el mismo estrés psicosocial (8). La frecuencia de un episodio depresivo mayor en el padre durante el posparto de la pareja encontrada en este estudio es similar a la encontrada en el estudio de Areias y cols., quienes encontraron utilizando la EPDS una frecuencia de 4.76% en hombres a los 3 meses del nacimiento del producto (5). En este mismo sentido, otros autores encontraron que a medida que avanza el tiempo posterior al nacimiento del hijo (a) la presentación de un episodio depresivo se incrementa, con porcentajes hasta el 25% a los 6-9 meses del posparto de las parejas (5. 6. 8). Nosotros no encontramos tal incremento, lo cual pudo haberse debido a una muestra insuficiente o a la forma de recolectar los datos.

En cuanto a las limitaciones del estudio tenemos que los datos fueron obtenidos de una muestra de 3er nivel de atención, generalmente embarazos de riesgo, lo cual hace que los resultados de éste estudio no sean generalizables al resto de la población. A pesar de que se ha reportado que la EPDS puede utilizarse mediante una entrevista telefónica (14), los resultados pueden ser cuestionados por las fallas producidas en el reporte de los datos por parte de los sujetos de estudio. Otra de las limitaciones fue la muestra insuficiente durante el posparto, lo cual pudo haber producido un error tipo 2 ó beta. Por último, las variables que se estudiaron para el apoyo de la pareja y familiar no tuvieron una medición objetiva.

Como conclusión del estudio, tenemos que en condiciones de alto riesgo, el embarazo y el posparto son una fuente de estrés psicosocial importante ante la cual se debe mantener una vigilancia estrecha en lo respectivo a la salud mental de las mujeres y de sus parejas, de manera particular en aquellas que tengan el antecedente personal o heredofamiliar de un episodio depresivo mayor, lo cual representa una vulnerabilidad importante para dicho padecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado R., Rojas M., Monardes J., Nieves E., Olea E., Perucca, Vera A. Cuadros Depresivos en el Posparto y Variables Asociadas en una Cohorte de 125 Mujeres Embarazadas. *Revista de Psiquiatría*. 1992; 3-4: 1168-1176.
2. Alvarado R., Vera A., Rojas M., Olea E., Monardes J., Nieves E., La Escala de Edinburgo para la Detección de Cuadros Depresivos en el Posparto. *Revista de Psiquiatría*. 1992; 3-4: 1177-1181.
3. Alvarado R., Vera A., Rojas M., Olea E., Monardes J., Nieves E., Perucca E. Eventos Vitales, Soporte Social y Depresión en el Postparto. *Revista de Psiquiatría*. 1994; 11 (3): 121-126.
4. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. 4a ed. Texto Revisado. Washington DC. 2000.
5. Areias ME., Kumar R., Barros H., Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 30-35.
6. Areias ME., Kumar R., Barros H., Figueiredo E. Correlates of Postnatal Depression in Mothers and Fathers. *Br J Psychiatry* 1996; 196: 36-41.
7. Aydin N., Inandi T., Yigit A., Sahin N. Validation of the Turkish Version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among Women within their First Postpartum Year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 483-486.
8. Ballard C.G., Davis R., Cullen PC., Mohan N, Dean C. Prevalence of Postnatal Psychiatric Morbidity in Mothers and Fathers. *Br J Psychiatry*. 1994; 164: 782-788.
9. Berlanga C., Huerta R. Los Esteroides Gonadales y la Afectividad: el Papel de las Hormonas Sexuales en la Etiología y el tratamiento de los Trastornos Afectivos. *Salud Mental* 2000; 23: 10-21.
10. Carter F., Frampton C., Mulder R. Cesarean section and postpartum depression : a review of the evidence examining the link. *Psych Medicine* 2006; 68: 321-330.
11. Cohen, L., Altshuler L., Harlow B., Nonacs R., Newport J., Viguera A., Suri R., Burt V., Hendrick V., Reminick A., Loughhead A., Vitonis A., Stowe Z. Relapse of mayor depression during pregnancy in Women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*, 2006; 293: 499-507.
12. Cooper, P. Lynne M. Fortnightly review: Postnatal Depression (a review). *BMJ*, 1998; 316: 1884-1886.
13. Cox JL., Holden JM., Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression, development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150: 782-786.
14. Dennis C. Can we Identify Mothers at Risk for Postpartum Depression in the Immediate Postpartum Period Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?. *J. Affect Disord*, 2004; 78: 163-169.

15. De Tychey C., Spitz E., Briancon S., Lighezzolo J., Girvan F., Rosati A., Thockler A., Vincent S. Pre- and Postnatal depression and coping: a comparative approach. *J. Affect Disord*, 2005; 85: 323-326.
16. Espíndola JG., Morales F., Mota C., Díaz E., Meza P., Rodríguez L., Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión perinatal de Edinburgo, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum*. 2004; Vol 18, Núm. 3: 179-186.
17. Feinstein AR. *Clinimetrics*. Yale University Press, New Haven, 1980.
18. Forty L., Jones L., MacGregor S., Ceasar S., Cooper C., Hough A., Dean L., Dave S., Farmer A., Familiarity of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry*. 2006; 163: 1549-1553.
19. García Fonseca L., Ortega H., Ontiveros M., Cortés J. La Incidencia de la Depresión en el Posparto. *Anales del IMP, reseña de la VI reunión de investigación*. 1991; 2: 54-59.
20. Gutierrez-García A., Contreras C., Díaz-Meza J. Cómo Actúa la Progesterona sobre el Sistema Nervioso Central. *Salud Mental*. 2000; 23 (2); 42-48.
21. Hallberg, P & Sjöblom, V. The Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors During Pregnancy and breast-feeding : A review and Clinical Aspects. *J Clin Psychopharmacology*. 2005; 25 (1): 59-73.
22. Juárez García F., Villatoro J., López K. *Apuntes de Estadística Inferencial*. Primera Edición. México DF, Instituto Nacional de Psiquiatría. 2002. Pag 18.
23. Kitamura T., Sugara M., Sugara K., Toda M., Satotu S. Psychosocial study of depresión in early pregnancy. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 732-738
24. Lane A., Keville M., Kinsella M., Turner M., Barry S . Postnatal Depression and Elation among Mothers and their Partners: prevalence and predictors. *Br J Psychiatry*. 1997; 171: 550-555.
25. Lara Muñoz MC. *Evaluación Clínica en Psiquiatría, PAC-psiquiatría 4, libro 3, Asociación Psiquiátrica Mexicana*; 2003: 169-170.
26. Lara M.A., Navarro C., Navarrete L., Cabrera A., Almanza J., Morales F., Juárez F. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México. *Salud mental* 2006; 28: 55-62.
27. Lecrubier Y, Sheehan DV., Weiller E., Amorim P., Bonora I., Sheehan KH., Janavs J., Dunbar GC. The Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.
28. Lovestone S., Kumar R. Postnatal Psychiatric Illness: The Impact on Partners. *Br J Psychiatry*. 1993; 163: 210-216.
29. Matthey S., Barnett B., Kavanagh D., Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord*. 2001; 64: 175-184.
30. Nishizono A., Kishimoto J., Yoshida H., Urayama K., Miyato M., Otsuka Y., Matsui H. The Role of Self-report Questionnaire in the Screening of Postnatal Depression. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39: 185-190.
31. Oates MR, Cox JL., Neema S., Asten P., Gangleaud M., Figueredo B., Gorman L., Hacking S., Hirst E., Kameron H., Klier M., Seneviratne G., Smith M., Sutter-Dalay AL., Valoriani V., Wickberg B., Yoshida K. Postnatal Depression Across Countries and Cultures: A Qualitative Study. *Br J Psychiatry* 2004; 184 (Suppl. 46); s10-s16.
32. Ortega L., Lartigue T., Figueroa E. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 11-20.
33. Patel V, DeSouza N., Rodrigues M. Postnatal Depresión and Infant Growth and Development in Low Income Countries: a Cohort Study from Goa India. *Arch Dis Child* 2003;88: 34-37.
34. Pavón-León P., Gogeochocha M., Durán L., Becerra J. Complicaciones Obstétricas en un Hospital de Ginecología y Obstetricia. *Rev Med UV*. 2003; 3: 13-17.
35. Rahman A, Iqbal Z., Bunn J., Novel H., Harrington R. Impact of Maternal Depression on Infant Nutritional Status and Illness. A cohort study. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61: 946-952.

DETECCIÓN DE DEPRESIÓN A LA 4ª Y 8ª SEMANA POSPARTO EN MADRES Y PADRES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

36. Sheehan DV, Lecubrier Y., Sheehan KH., Janavs J., Weiller E., Keskiner A., Schinka J., Knapp E., Sheehan MF., Dunbar GC. The Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) According to the SCID-P and its Reliability. *Eur Psychiatry*. 1997; 12: 232-241.
37. Schmiede S., Russo N. Depression and unwanted first pregnancy; longitudinal cohort study. *BMJ* 2005; 10: 1-5.
38. Sutter-Dallay AL, Marcesche G., Glatigny-Dallay., Verdoux H. Women with Anxiety Disorders during Pregnancy are at increased Risk of Intense Postnatal Depressive Symptoms: A Prospective Survey of the MATQUID Cohort. *Eur Psychiatry*; 2004; 19: 459-463.
39. Wilhelm K., Parker G., Dewhurst J. Examining sex differences in the impact of anticipated and actual life events. *J Affect Disord*. 1998; 48: 37-45.