

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES EN PUERPERIO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA – HOSPITAL INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. SERGIO LEONEL ROSAS RIVADENEYRA

Hermosillo, Sonora a Septiembre de 2007

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA



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.

“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES EN PUERPERIO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA – HOSPITAL INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

DR. SERGIO LEONEL ROSAS RIVADENEYRA

Dr. Ricardo Franco Hernández

JEFE DE DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

Dr. Filiberto Pérez Duarte.

DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL INFANTIL DELE STADO DE SONORA

Dr. Felipe Arturo Méndez Velarde

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESORES: Dr. Francisco Javier Vega Ruíz

PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA

Dr. Rogelio Caballero Gutierréz

JEFÉ DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HIMES

MÉDICO ADCRITO AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA AL HIES-HIMES

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN	2
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3(5)
III. MARCO REFERENCIAL	6(13)
1. Marco teorico	14(35)
IV. JUSTIFICACIÓN	36
V. OBJETIVOS	38
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	39
1. Tipo de diseño	39
2. Hipótesis	39
3. Definición y operacional y conceptual de las variables	39
4. Universo de Estudio	42
5. Tamaño de la muestra	42
6. Criterios de selección y confiabilidad de los instrumentos	42
7. Organización	44
8. Procedimiento	44
9. Captura, procesamiento y análisis de datos	45
10. Consideraciones éticas	45
VII. RESULTADOS	46
Presentación de los datos	46

VII.	DISCUSIÓN	74
VIII.	CONCLUSIONES	80
IX.	ANEXOS	82
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
XI.	BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	94

TITULO: PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES EN PUERPERIO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA – HOSPITAL INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA.

Dr. Rogelio Caballero¹, Dr. Francisco Javier Vega Ruíz², Dr. Sergio Leonel Rosas Rivadeneyra³.
Psc. Dulce Guadalupe Corrales Murrieta⁴, Psc. Ana Zarina García Valenzuela⁴.

¹. Asesor de tesis, Médico adscrito al servicio de Psiquiatría HIES-HIMES; ². Asesor de tesis, Médico adscrito al servicio de ginecología; ³. Residente de 4to año de la especialidad de ginecología y obstetricia; ⁴. Colaboradores por el departamento de psicología del HIES.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La depresión postparto es una patología que registra, en estudios realizados en diversos países, una prevalencia entre 8 y 23 %, representa un problema que frecuentemente pasa desapercibido por los médicos, a pesar del efecto negativo que tiene para la salud de la mujer, el niño y la familia.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en las mujeres atendidas en el postparto en el HIES-HIMES.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional de carácter transversal, se seleccionó de acuerdo a los criterios establecidos, una muestra de 357 mujeres del servicio de hospitalización obstétrica, dentro de las primeras 24 a 48 horas del puerperio, antes del alta hospitalaria, a las que se invitó a participar, al aceptar se les aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y el Inventario de Depresión de Beck, ambos autoadministrados, bajo guía. Obteniéndose a través de la entrevista los datos sociodemográficos, obstétricos y psicosociales. El análisis estadístico se realizó con el programa JMP v.6.0, mediante Chi².

RESULTADOS: La prevalencia obtenida fue de 12%, en cuanto a los factores de riesgo asociados fueron Estado civil, Paridad, Apoyo familiar y conyugal, Control prenatal y Antecedente de depresión previa con un valor de P<0.05.

CONCLUSIONES: La depresión postparto existe en la población de HIES-HIMES, los factores psicosociales, familiares y médicos se encuentran asociados a ella.

PALABRAS CLAVE: Depresión posparto, prevalencia, factores de riesgo asociados.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos en la actualidad constituyen un problema poco explorado, pero se ha señalado que en las próximas décadas, serán una de las principales causas de pérdida de vida saludable en el mundo, ya que su prevalencia mundial global es de 10% en la población adulta y tiende a aumentar. Actualmente en México hay casi cuatro millones de personas con depresión, por lo que se debe de considerar dentro de las acciones de salud como un programa emergente, en el que hay que asumir dentro de sus estrategias, las de su estudio y prevención ⁽⁵²⁾.

En el panorama actual de transición demográfica y epidemiológica que se está desarrollando a nivel de nuestro país, la depresión posparto es una enfermedad que cada día reviste mayor importancia, debido al ritmo y estilo de vida más acelerado y estresante que va adoptando la población, aunado a ello están las consecuencias que conlleva para la salud de la mujer, del recién nacido y de su familia en general. Por lo cual se hace necesario conocer su comportamiento epidemiológico en cuanto a la determinación de su incidencia y prevalencia, así como a los factores de riesgo asociados a la misma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos afectivos, hoy en día, a nivel mundial constituyen la segunda alteración más común entre las enfermedades mentales. La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, en un Estudio de Carga Global de la Enfermedad, señalan que para el año 2020 se calcula será la segunda causa de discapacidad ⁽¹⁹⁾.

En México, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2002, uno de sus resultados obtenidos fue que los trastornos afectivos, entre los que se encuentra la depresión, ocuparon el tercer lugar en frecuencia, para prevalencia alguna vez en la vida de 9.1%, después de los trastornos de ansiedad con 14.3% y del de uso de sustancias de 9.2% ⁽²⁰⁾.

En forma individual la depresión ocupa el quinto lugar con una prevalencia de 3.3% en alguna ocasión en la vida. Es de hacer notar que en la mujer es más frecuente y ocupa el segundo lugar entre las patologías estudiadas. Se observó una frecuencia dos veces más en la mujer que en el hombre, 21.3% y 12,7% respectivamente ⁽⁴¹⁾.

La sintomatología depresiva postnatal es sin duda un problema de salud, la incidencia y prevalencia reportadas a nivel mundial y del país en investigaciones científicamente fundamentadas, nos ofrecen evidencia de su importancia.

Las mujeres durante su vida atraviesan por una serie de eventos en los cuales tiende a ser más vulnerable y a deprimirse en más número de casos, debido a causas biológicas, genéticas, psicológicas y socioculturales ⁽²¹⁾.

El proceso gestacional, en la mujer, se caracteriza por cambios físicos, hormonales y psíquicos que la colocan en un estado de vulnerabilidad, en el que la acumulación de factores estresantes la sitúa en un estado de alto riesgo para la depresión. Tanto en el embarazo como en el puerperio ⁽¹⁵⁾.

Su presentación se ha relacionado con diversos, factores: sociodemográficos, psiquiátricos, obstétricos y psicosociales ⁽¹⁰⁾.

La depresión que aparece en el postparto se instaura con una base de incapacidad de cuidar al hijo y de enfrentarse a la nueva situación socio-familiar. La sintomatología está caracterizada; por sentimientos de culpa, trastornos del sueño, cambios de humor, gran tendencia a la tristeza, irritabilidad, ansiedad, temor, alteraciones del apetito, pero con ausencia de síntomas psicóticos ⁽⁴⁾.

Esta patología es muy frecuente como se señala en los estudios realizados, en donde se ha establecido una prevalencia de 10 a 15% y hasta 10 a 20%, con una media obtenida en un meta-análisis de 32 estudios de 11.8% a 15.7% ⁽¹⁸⁾.

En nuestro país, cabe mencionar a (Ortega, Lartigue, Figueroa; 2001) quienes en una investigación realizada en 360 mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología, obtuvieron una prevalencia de depresión postnatal de 21.7% ⁽³⁷⁾ y (Espíndola, Morales, Mota, Díaz, Meza, Rodríguez; 2004), en pacientes obstétricas en el mismo instituto obtuvieron una probable prevalencia de 18.5% ⁽¹⁵⁾.

Esto nos hace reconocer que la depresión postparto representa sin duda un problema de salud pública importante, no solo por su magnitud, sino por las consecuencias que implica esta enfermedad en el estado de salud de la madre y en la de su hijo, ya que éste no tendrá la oportunidad de un desarrollo adecuado, además de la consecuente problemática que conlleva en la relación afectiva con su pareja, con el resto de la familia y con su entorno social y laboral, si esta incluida en el mismo.

Esta patología tiene consecuencias, no solo cambios en la organización y funcionamiento familiar, sino además en la carga económica de la atención y tratamiento de la paciente, en el tiempo y apoyos necesarios que la familia debe aportar en detrimento de sus propias actividades, en la relación de desapego con su pareja que puede ocasionar hasta la separación de la misma y si existen otros hijos en la falta de cuidado y descuido de las necesidades de los mismos ⁽¹⁶⁾.

Para los servicios de salud, esta problemática lleva consigo un futuro próximo, en el cual su incidencia y prevalencia se incremente y al mismo tiempo aumente la demanda de atención de estos trastornos, para los cuales tanto el personal profesional especializado, la capacidad del servicio otorgado, los medicamentos y los programas de apoyo aún son limitados.

Desafortunadamente la depresión postparto es una enfermedad a la cual no se le ha prestado suficiente atención y con no poca frecuencia los casos pasan desapercibidos y por ende son subdiagnosticados y no tratados. Ello quizá se deba a que el personal médico está acostumbrado a que existan cambios emocionales durante el período de posparto por lo tanto hay una tendencia consentir el comportamiento materno y probablemente a no tomar tal comportamiento con seriedad, esto a más de que la atención a la madre está centrada en los problemas físicos que pueda tener ⁽¹⁸⁾.

Esta situación, es probable, ocasione que no se le preste suficiente atención a la utilización de instrumentos de rastreo de depresión posparto como parte de la atención que se otorga en el puerperio, para la identificación de mujeres que presenten este problema. Y no se puede dejar de lado, señalar que la detección temprana de esta patología puede ayudar al diagnóstico oportuno y a la iniciación de un tratamiento que reduzca significativamente la incidencia, prevalencia y consecuencias de la misma ⁽¹⁸⁾.

El método de detección y diagnóstico más adecuado de depresión posparto, parece ser el realizado en dos etapas: en primer término la aplicación de un instrumento de rastreo, mediante un test de autoevaluación y la entrevista de diagnóstico en los casos positivos.

La medición de la incidencia de la depresión posparto para nuestra institución mediante la utilización de instrumentos de rastreo, representa una estrategia útil, ya que la estimación de la misma usando cifras generadas en otras áreas pueden no reflejar la problemática real que se tiene en nuestros servicios y que se encuentran afectando la atención que se proporciona.

No obstante de que existen numerosos estudios e investigaciones en el mundo; en nuestro país las investigaciones al respecto aún no han determinado de manera concreta las propiedades psicométricas de los instrumentos, en la definición de sintomatología depresiva en mujeres mexicanas, en una de las etapas más vulnerables en las que se encuentra y que es durante el puerperio.

Por lo tanto, al realizar el presente estudio de *Prevalencia de Depresión Postparto y Factores de Riesgo Asociados, en las Mujeres Atendidas en el Postparto en el Hospital Infantil del Estado de Sonora – Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora*, nos permitirá obtener elementos para una mejor visualización y comprensión del problema a nivel de la institución, al mismo tiempo que permitirá una adecuada orientación de la programación de las acciones de salud para disminuir el impacto negativo que esta enfermedad tiene en la salud y calidad de vida de las mujeres a las que la institución otorga sus servicios.

JUSTIFICACIÓN

El Hospital Infantil del Estado de Sonora – Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIES-HIMES), se ubica en la ciudad de Hermosillo, Sonora, en un medio urbano, no obstante la población que atiende procede de la misma ciudad y de numerosas localidades del estado.

Esto hace que sus servicios estén enfocados tanto a la atención de población urbana sujeta a los factores de riesgo que trae consigo la modernidad, la industrialización, la actividad y los cambios de patrones sociales y culturales que inciden en su salud y estilo de vida y por otro lado, se tiene la atención de mujeres procedentes de áreas rurales donde aún no existe la influencia de todos los factores antes mencionados y donde persisten tradiciones y costumbres que influyen en el concepto sobre los problemas salud y la manera de resolverlos.

La depresión posparto ha sido definida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el postparto. El cuadro clínico se manifiesta por humor deprimido y falta de placer en las actividades como síntomas cardinales y similares a las de un estado depresivo en cualquier otra etapa de la vida; no obstante la depresión posparto posee características especiales que justifican su consideración como una entidad específica, en ella el cuadro se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o irritabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne al cuidado del niño y a la incorporación de sus tareas en el hogar y en su caso en su trabajo ⁽¹⁷⁾. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y autocensura por no cuidar a su hijo lo suficiente y por lo general existen síntomas de ansiedad muy marcados.

Otra característica de esta enfermedad es que cuando la mujer se siente afectada, raramente lo comunica a los profesionales de salud y a sus propios familiares, procurando seguir realizando sus actividades de manera rutinaria ⁽¹⁸⁾.

Existen evidencias de que una escasa proporción de personas recurren a los servicios de salud con problemas de depresión, las razones de no búsqueda tiene que ver con los prejuicios que se tiene sobre los trastornos mentales, el desconocimiento de la existencia de un tratamiento especializado, el no saber del lugar donde solicitar ayuda y la estigmatización social que se tiene con respecto a los trastornos mentales ⁽²⁰⁾.

Los trastornos del estado de ánimo durante el puerperio conllevan una serie de consecuencias tanto para la propia madre, que ve deteriorado su nivel de salud, calidad de vida y su capacidad de experimentar gozo por su maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de su hijo(s), el deterioro de su relaciones conyugales y familiares y las consecuencias económicas que pueda traer ⁽¹⁶⁾.

Como puede observarse, la depresión postparto como trastorno patológico, es una entidad clínica bien delimitada, la que para su detección, diagnóstico y tratamiento requiere de una serie de acciones en la que se debe involucrar a todo profesional de la salud ⁽¹⁵⁾. En las últimas décadas, esta situación ha sido un punto de controversia en las diversas instituciones de salud tanto a nivel mundial y de nuestro país.

Este padecimiento por lo general no detectado en los servicios de atención materno-infantil, pese a que su incidencia y prevalencia supera a otras complicaciones del embarazo y puerperio. Esto es de lamentar ya que deja a las mujeres sin oportunidad de un diagnóstico y tratamiento oportuno, sin un auxilio en esta fase crítica de su vida, sin la probabilidad de evitar los trastornos de la interacción madre hijo y de la alteración de las relaciones interpersonales con su pareja y el resto de su familia.

Debe tenerse en cuenta además, el hecho de que la patología afectiva puerperal pone a la madre en riesgo de presentar cuadros de depresión recurrente con sintomatología y características semejantes en otro embarazo en el 50% de los casos. Por ello, la importancia de detectar, diagnosticar y tratar a tiempo estas alteraciones ⁽⁴⁾.

Se ha discutido, estudiado y evaluado la incidencia prevalencia y la relación que existe entre los factores asociados a nivel mundial y en nuestro país. En Sonora existen limitadas referencias al respecto, por lo que se justifica la realización de un estudio que amplíe el panorama que se tiene de esta problemática en la población de mujeres de este estado.

El presente estudio de Depresión posparto: *Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados en las Mujeres Atendidas durante el puerperio en el Hospital Infantil del Estado Sonora-Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora*, tiene ese propósito y a través del mismo, generar el conocimiento de la magnitud e importancia de este problema de salud, para que con los resultados se puedan determinar estrategias y programas que permitan disminuir su morbilidad, complicaciones y la discapacidad que esta enfermedad pueda producir. Así como, incidir en una mejor calidad de vida de la mujer y de su familia.

Con ello, además logrará se mejorar la calidad de la atención, tanto del personal de salud, como de los servicios que otorga el Hospital Infantil del Estado de Sonora – Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora a la población de mujeres usuaria de sus servicios.

OBJETIVOS

General

Determinar la prevalencia de Depresión Posparto y Factores de Riesgo Asociados en las Mujeres Atendidas en el Puerperio, en el Hospital Infantil del Estado de Sonora – Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, en el servicio de obstetricia.

Específicos

- Evaluar la prevalencia de depresión posparto en mujeres en el puerperio.
- Determinar si los factores demográficos: edad, escolaridad, estado civil, se relacionan con el riesgo de padecer depresión posparto.
- Determinar si los factores obstétricos: paridad, tipo de parto, control prenatal, antecedente de pérdidas gestacionales, edad de terminación del embarazo, se relacionan con el riesgo de padecer depresión postparto.
- Determinar si los factores psicosociales: apoyo familiar, relación conyugal, se relacionan con el riesgo de padecer depresión postparto.
- Determinar si los factores de antecedentes psiquiátricos: historia previa de depresión personal o familiar e historia previa personal de depresión postparto se relacionan con el riesgo de padecer depresión posparto.

MARCO REFERENCIAL

Datos históricos y antecedentes. El análisis del proceso histórico del conocimiento, en cualquiera de sus ramas, conduce a una mejor percepción y comprensión de los conceptos actuales que delimitan el tema en estudio, puesto que una visión retrospectiva puede ampliar nuestras perspectivas, con la experiencia de quienes nos han precedido (1, 3).

En las sociedades primitivas la concepción de los trastornos mentales giraron en torno a los conceptos mágico animistas, en ellos la percepción se enfocaba a considerar que las personas poseídas por espíritus buenos eran beneficiosas y admiradas, en cambio si la posesión era por espíritus malignos despertaban temor y eran tratados de manera inhumana (1, 2).

En escritos del pensamiento antiguo de los hebreos, caldeos, asirios y egipcios se encuentran referencias, en cuanto a que las perturbaciones mentales eran atribuidas a posesiones de espíritus y demonios. En el Ayur Veda (1400 a C) documento base de la antigua medicina en la India, establece una clasificación de enfermedades mentales debidas a posesiones demoníacas (1).

Hipócrates (460-357 a C) planteó que las enfermedades “no eran debidas a fuerzas sobrenaturales o mágicas” y describió la melancolía como una de las enfermedades mas importantes, que se caracterizaba por un desequilibrio de los líquidos corporales (bilis negra) y por un estado de ánimo de “aversión a los alimentos, desánimo, insomnio, irritabilidad e inquietud” de tal manera que un “temor o depresión que se prolonga significa melancolía”, la que se curaba con abstinencia y tranquilidad. La salud para los griegos se basaba en la armonía de los cuatro humores sanguíneo, melancólico, colérico y flemático (1, 2, 3).

Sorano de Efeso (100 a C) la definió como una situación de “frenitis aguda” comprendida como “enfermedad mental aguda, acompañada por fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno (4).

Los romanos consideraban que el exceso en el consumo de alcohol, las perturbaciones del alma ocasionadas por las pasiones como el amor y los disturbios del estado del sueño condicionan la melancolía (3).

Ásclepiades (124-40 a C) figura influyente entre los médicos romanos, distinguió entre las ilusiones, delirios y alucinaciones. Areteo de Capadocia (30-90 a C) fue el primero en describir la fase maniaca y de melancolía de la psicosis, como expresiones de una misma enfermedad y expuso con toda claridad el concepto de que ciertas enfermedades físicas tienen causas psicológicas, al hacer mención de que los trastornos de la mente y las emociones son causa de las parálisis. Galeno de Pérgamo (129-199 d C) además de contribuir al conocimiento del sistema nervioso, señaló diversas causas para las enfermedades mentales; lesiones de la cabeza, alcoholismo, miedo, adolescencia, cambios menstruales, reveses económicos y fracasos amorosos ⁽¹⁾.

En la edad media las personas buscaban explicaciones sobrenaturales a la melancolía, a la incoherencia, a la conducta violenta y a la simple excentricidad, los individuos con estos problemas eran considerados como practicantes de la brujería y los tratamientos más frecuentes lo constituían el exorcismo, la tortura y la hoguera, quienes trataban de explicar tales eventos con razones científicas eran considerados como herejes o brujos ^(1, 3).

Robert Burton, psiquiatra inglés, publica en 1621 el libro "The Anatomy of Melancholia", en donde describe el trastorno como una enfermedad, a veces sin causa aparente o bien ocasionada por la dieta, el alcohol y las pasiones como el amor intenso ^(1, 3).

Los siglos XV y XVI se caracterizan por la gran creación de asilos públicos y privados donde se confinaban los enfermos mentales y en los que recibían tratos y tratamientos crueles e inhumanos ⁽¹⁾.

Jean Phillippe Esquirrol (1772-1840) fue el primer psiquiatra en sugerir que la alteración primaria del afecto se puede encontrar y relacionar en muchas formas de depresión y psicosis paranoides ⁽²⁾.

En el siglo XIX Franz Antón Meyer, alcanza fama por su éxito en el tratamiento de trastornos diversos, desde la melancolía hasta la ceguera, utilizando la hipnosis, situación que influye en los trabajos del neurólogo Jean Martín Charcot, y de su discípulo Sigmund Freud ^(1, 2).

Emilio Kraepelin (1855-1926) elaboró una clasificación de las enfermedades mentales la que fue más o menos aceptada a nivel mundial y que constituye la base para las clasificaciones modernas, como el DSM IV de la Asociación Psiquiátrica Americana y del ICD de la Organización Mundial de la Salud, instrumentos de consulta que facilitan la

comunicación entre la comunidad médica y son las bases para el conocimiento de la patología y alteraciones mentales ⁽¹⁾.

La cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1993), es la publicación que quizá, en su clasificación dio cabida en la psiquiatría actual a la relación reconocida, de que el postparto se asocia con cambios del ánimo y otros síntomas mentales ^(4, 5, 15, 19).

La Asociación Mundial de Psiquiatría recientemente publicó, en su órgano oficial de difusión, una revisión de los conceptos incluidos en los documentos anteriormente mencionados, en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y prevención, en donde expertos comentan al final de la misma, la relación de cómo estos cambios puedan impactar la futura Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 11) ⁽⁶⁾.

A lo largo de de la historia de la depresión se han generado numerosas teorías sobre la etiología causante de estas patologías entre ellas ⁽²⁾:

Teoría Psicoanalítica: sustentada por Freud quien consideró a la depresión como una pena excesiva e irracional. Sustentaba que la fuente del dolor yacía en la relación del individuo con la persona que más dependió de niño y que la depresión se originaba en algún trastorno de dicha relación, en general la pérdida de uno de los padres. Hecho que en un acto defensivo, queda reprimido en su subconsciente y que en un momento dado un acontecimiento puede ocasionar la ansiedad. En esta teoría se hace difícil establecer la relación directa entre una pérdida temprana y los riesgos de sufrir depresión en la edad adulta ⁽²⁾.

Teoría conductista, en esta teoría se analiza desde un punto de vista diferente; en ella se piensa que hay una relación directa entre la depresión y la falta de reforzamiento (Lewinshon y Hoberman: 1982), se considera que las personas que carecen de aptitudes sociales afectivas, reciben relativamente pocos reforzamientos positivos de otras personas, el resultado de esto es que muestran un comportamiento pasivo característico de la depresión ⁽²⁾.

Teoría cognoscitiva, se apoya en el principio de que cuando menos en parte, la depresión es un comportamiento aprendido. Según Aaron Beck (1976), durante la infancia y la adolescencia se pueden tener experiencias como la pérdida de uno de los padres, problemas de aceptación y aprobación de los padres o de la sociedad o las críticas constantes de los maestros y otros adultos, ocasionando el desarrollo de un concepto

negativo de sí mismo, la sensación de incompetencia o de indignidad. Cuando surge una situación nueva o parecida a la aprendida, se da lugar a la depresión ⁽²⁾.

Teoría biológica, desde este punto de vista, es importante destacar que existen estudios que señalan una función importante a los factores genéticos, en el desarrollo de la depresión (Kety; 1979, Gochwin y Cnize; 1984).

Teoría psicosocial, ésta sostiene que los factores psicológicos, biológicos y sociales, convergen en déficits reversibles de placer y recompensa. Así las pérdidas, la disminución de la autoestima y la desesperanza, aunque no son determinantes de la presentación de un trastorno depresivo, si pueden modificar su expresión y conducir a un inicio temprano, a episodios severos, a la comorbilidad y a mayores intentos suicidas ⁽³⁾.

El término genérico de depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad, que se presentan como condiciones únicas o acompañando a otros estados patológicos. Los signos y síntomas de la depresión se pueden presentar de manera aguda y es frecuente que recurra a la forma episódica. El trastorno cuyo síntoma central es el abatimiento abarca esferas psíquica (afectiva), somática y conductual ⁽¹⁾.

El núcleo de la depresión lo constituye la esfera afectiva, el abatimiento del humor, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses y la angustia o agitación ^(2,3).

En la esfera cognitiva esta presente la atención a la vivencia dolorosa, la transferencia negativa de su propia imagen, la tendencia exagerada a la autocrítica y autoevaluación, sintomatología que se agudiza al iniciarse el día y mejora un tanto por la noche ^(2,3).

En la esfera somática es frecuente la pérdida del apetito, la baja de peso y las perturbaciones del sueño. Otros síntomas son fobias y obsesiones ^(2,3).

Estudios epidemiológicos de muestran que la depresión es por lo menos dos veces más común en las mujeres que en los hombres ⁽⁷⁾, especialmente en la edad fértil, y particularmente en los períodos de menarca, embarazo, y primordialmente en el período de postparto, siendo por demás frecuente el hecho de que estas patologías permanezcan sin ser identificadas con las consecuentes implicaciones personales, sociales y familiares, que concurren con la misma.

Los estresores psicosociales, son a su vez importantes como factores motivadores de episodios iniciales del trastorno depresivo. El embarazo en la adolescencia, las

relaciones interpersonales violentas y pobres soportes económico y emocional, pueden contribuir a la presentación de cuadros depresivos ⁽⁵⁾.

En la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio, se establecen las disposiciones generales para la atención de la mujer en estas etapas de su vida. Dentro de estos señalamientos determina que la atención debe estar dirigida a la detección y control de factores de riesgo durante el embarazo, parto y en el puerperio, para este último período establece proporcionar mínimo tres consultas de control, la primera que abarque el término de la primera semana, y la tercera al término del primer mes; la segunda debe realizarse dentro del período que queda entre las ya mencionadas, de acuerdo con la necesidad y estado de salud de de la mujer ⁽⁸⁾.

La atención integral a la madre en el período posparto deberá incluir, la vigilancia de la involución y síntomas que presente la paciente, además de proporcionarle la información y orientación para el mantenimiento de su salud en cuanto a reproducción y la detección de enfermedades, los cuidados a realizar tanto para ella misma como para el niño, lactancia materna y cambios emocionales que puede presentar en el postparto ^(8, 14).

En México la participación del sector público en al atención del parto es muy importante, pero aún es insuficiente. Se estima que en nuestro país se embarazan alrededor de 2.5 millones de mujeres al año. Según los datos de la Encuesta nacional de Salud (ENSA) efectuada en el año 2000, el 67.7% de los partos es atendido en alguna de las instituciones de este sector. El 10% se estima se atienden en su domicilio o con parteras y el restante en el sector médico privado ⁽¹³⁾.

La información disponible sobre la participación del sector público y privado en la atención del parto por entidad federativa, indica que Sonora, se encuentra entre los diez estados que tienen los más altos niveles de atención, con coberturas cercanas al 100%. ⁽¹³⁾.

En un estudio de prevalencia y diagnóstico de la depresión en México, (Bello, Puentes, Medina, y Lozano: 2003), encontraron que la depresión varió ampliamente entre las 32 entidades federativas del país, en el mismo las mujeres el estado de Sonora registran una prevalencia de las más bajas 2.8% ⁽²⁰⁾.

Desde el punto de vista psicológico, la maternidad constituye una de las experiencias humanas más complejas ⁽⁵⁾, el nacimiento de un hijo es un acontecimiento normal que

puede ocasionar vivencias felices o infelices, en función de haber deseado o no al niño, de los recursos y expectativas de los padres, de las condiciones de salud, de la ansiedad y situación de vida de la madre ⁽⁶⁾.

Las mujeres en el postparto reciente, son más vulnerables a todo el espectro de enfermedades mentales. De esta forma. La maternidad trae consigo una serie de cambios internos y externos que pueden ocasionar en la madre reacciones físicas emocionales y afectivas características de los trastornos del estado de ánimo y tener como resultado un estado depresivo ⁽⁴⁵⁾.

Se estima que aunque aproximadamente el 80% de las mujeres experimentan alguna fluctuación en el humor en el período antes y después del parto de ellas el 10 al 20% reúne los criterios DSM IV de depresión mayor y solo el 0.1 a 02 % muestran signos de psicosis ⁽⁴⁾. Algunas mujeres son más proclives a padecer estos trastornos sobre todo cuando han tenido antecedentes de cuadros depresivos y ansiedad, incluidos los familiares, personalidades inmaduras que no se adaptan a las sobrecarga física y emocional que significa el embarazo y nacimiento y las relaciones de inestabilidad con, sus familiares o el padre de su hijo ⁽⁵⁾.

La depresión postparto es una enfermedad que ocurre a las mujeres en este período específico, el postparto. Se caracteriza por una tendencia al llanto fácil, la tristeza, la irritabilidad, la ansiedad, los sentimientos de culpa por no cuidar bien o rechazar al recién nacido, pérdida de apetito, baja de peso, falta de placer por las cosas, pérdida de la libido y en casos graves ideación suicida ⁽⁵¹⁾.

Se ha señalado una prevalencia desde 8% hasta 20% y más en las mujeres en el período de postparto, en México (Ortega, Lartigue, Figueroa: 2001) en un estudio de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo en una muestra de mujeres embarazadas, la prevalencia observada en fue de 21.7% ⁽³⁷⁾.

(Espíndola, Morales, Mota, Díaz, Meza, Rodríguez; 2004) observaron una probable prevalencia de 17.8%, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología, en un estudio de Calibración del punto de corte de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo ⁽¹⁵⁾.

Con respecto a incidencia (Rojas, Fritsch, Solís, González, Guajardo, Araya: 2005) señalan que en Chile, se han reportado cifras de incidencia de 8.8% y de 9.2%. Sobre todo en mujeres jóvenes.

Se ha asociado a la depresión posparto con diversos factores de riesgo entre ellos la edad, la escolaridad, el estatus social, el nivel económico, las dificultades conyugales y familiares, la falta de apoyo de su pareja o de la familia, la paridad, la patología gineco-obstétrica, enfermedades o malformaciones del recién nacido, los antecedentes psiquiátricos personales o familiares, cuadros previos de depresión posparto, eventos vitales estresantes, entre otros ⁽⁵¹⁾. Se relaciona también con cambios hormonales, antecedentes genéticos, problemas metabólicos y tiroideos.

(Latorre, Contreras, Herrán; 2004) en su estudio “Depresión postparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo”, obtuvieron como resultado un caso por cada mil días persona-seguimiento con un IC de 95% (0.5-1.7), lo que corresponde a una incidencia acumulada de 4.2 por cien personas en riesgo durante el puerperio. En las personas con antecedentes personales de depresión la tasa de incidencia fue de 2.3 casos por cada mil días persona seguimiento, mientras que las que no lo tenían fue de 0.4. La paciente de menor edad fue de 14 años y la de mayor edad de 43 años, con una mediana de 25 años. El 63% de las mujeres provenía de niveles socio-económicamente deprimidos y las restantes de nivel intermedio. La escolaridad mayor fue de 17 años y la menor de un año con una mediana de 9 años. En cuanto a paridad para el 42.7% se trató de su primer parto.

La incidencia y los factores de riesgo relacionados con la depresión postparto se han estudiado en diferentes países y poblaciones. Entre estos factores cabe destacar los sociodemográficos, los psiquiátricos y los psicosociales en mayor grado, los obstétricos en menor grado. Otros estudios se han realizado para determinar los aspectos biológicos, con la finalidad de ayudar a dilucidar la etiología de la misma ⁽¹⁹⁾.

Sin embargo los resultados no se pueden extrapolar debido a la diversidad cultural, étnica, económica y social de las poblaciones estudiadas ⁽¹⁹⁾. En nuestro país no se dispone de suficientes datos al respecto, ya que la investigación en este campo aún no es muy abundante y si se ha realizado no ha sido publicada.

Es de considerar que la depresión postparto si no es detectada, diagnosticada y tratada tempranamente, trae consecuencias devastadoras para la madre, los hijos y los demás miembros de la familia. Por ello es una prioridad realizar estudios que ayuden a dilucidar su frecuencia, su etiología y los factores de riesgo que se asocian a ella. Que permitan a su vez el desarrollo de iniciativas de rastreo, educación y atención que puedan ayudar a

prevenir los efectos adversos, probablemente debidos al subdiagnóstico y consecuentemente a la falta de tratamiento de la enfermedad ⁽²⁸⁾.

“Una madre deprimida no solo padece la depresión, sino que no puede ser mamá, esto implica que por su perturbación no solo carezca de iniciativa, voluntad y contacto, sino, que también carece de la empatía necesaria para registrar las necesidades emocionales de su hijo” ⁽⁷⁾.

MARCO TEÓRICO

En el contexto actual de la salud perinatal, se considera la atención de la mujer, desde la orientación que se imparte en la etapa pregestacional hasta la vigilancia del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, así como la detección y atención de riesgos que los puedan complicar. La salud perinatal tiene la misión de asegurar una maternidad saludable.

La orientación de la atención perinatal es esencialmente preventiva, con un enfoque de riesgo, en equilibrio con las intervenciones terapéuticas destinadas a evitar las alteraciones y/o complicaciones, a detectarlas tempranamente y en su caso a otorgarles el tratamiento y manejo adecuados ⁽⁹⁾.

“El enfoque de riesgo reproductivo es la probabilidad de sufrir algún daño durante el proceso de reproducción. La vulnerabilidad de la mujer durante la gestación está condicionada por una serie de características biológicas, psicológicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales y económicas que interactúan entre si” ⁽⁹⁾.

De manera fisiológica durante el embarazo parto y puerperio se desencadenan en la mujer una serie de cambios afectivos, físicos y emocionales que tienen que ver con las transformaciones que está sufriendo su organismo, así como con las expectativas de vida que tenga para ella y su hijo ⁽⁴⁾.

Una vez que ha nacido el niño, en el puerperio se producen modificaciones relevantes en la situación personal de la mujer, en la que tiene que hacer una readaptación tanto en su vida diaria como en su esfera psicológica. Esto significa el tener que afrontar de manera adecuada la carga maternal implícita, pero no es infrecuente que se produzca una crisis de identidad ante esta situación, la que si no es asimilada o canalizada positivamente y se asocia con otras alteraciones psicosociales, puede dar lugar a reacciones psicopatológicas tales como los estados depresivos que afectan la salud de la madre y en no pocos casos la salud de su hijo ⁽⁴⁾.

De acuerdo con el CIE-10 (Criterios internacionales de estadificación), la depresión del estado de ánimo, es un desorden afectivo que varía escasamente de un día para otro y que no suele responder a cambios ambientales. En los episodios típicos señala, que la persona enferma tiene un humor depresivo, una pérdida de su capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción del

nivel de actividad y cansancio exagerado, que aparece incluso cuando se realiza un esfuerzo mínimo ⁽¹¹⁾.

Puede también presentar disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en si misma, sentimientos de inferioridad, trastornos del sueño pérdida de apetito y pensamientos suicidas o de autoagresión. Puede tener además inhibición o agitación psicomotriz y pérdida de interés por actividades antes placenteras incluida la pérdida de la libido ⁽¹¹⁾.

El cuadro depresivo de acuerdo al CIE-10 no se considera presente, si al menos no presenta cuatro o más síntomas de los anteriormente expresados.

La Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. ⁽¹²⁾, considera que un trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el estado físico, el estado de ánimo y los pensamientos, la forma de comer, de dormir, la opinión de si mismo y su concepto de la vida en general. No es solo un estado triste y pasajero o una condición que se pueda dejar a voluntad, es una enfermedad, que sin tratamiento los síntomas pueden durar semanas, algunos meses e inclusive años. Pero si es tratada adecuadamente la recuperación es hasta de un 80%.

Menciona que los síntomas varían de persona a persona pero en general se puede presentar ⁽¹²⁾:

- Estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o “vacío”
- Sensaciones de desesperanza y pesimismo
- Sensaciones de culpa, de inutilidad, de incapacidad
- Pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente disfrutaba incluyendo el sexo
- Insomnio, despertar muy temprano o dormir más de lo necesario
- Pérdida del apetito y/o peso, o bien comer con exceso ocasionando aumento de peso
- Disminución de la energía fatiga o decaimiento
- Inquietud e irritabilidad
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
- Pensamientos sobre la muerte o el suicidio
- Síntomas físicos que no responden a tratamiento tales como dolores de cabeza, desórdenes digestivos, dolores crónicos.

La depresión es reconocida como un problema de salud pública ⁽²¹⁾. Estudios recientes a nivel mundial y en nuestro país han demostrado el impacto, magnitud y trascendencia de esta enfermedad.

Los cambios en el contexto social y cultural, así como los nuevos estilos de vida, en donde se asocia el urbanismo, la migración, la violencia y la distribución inequitativa de los recursos económicos y de servicios, exponen a la población a numerosos factores estresantes que influyen en su salud y calidad de vida.

Las necesidades de salud de la población en las próximas décadas, estarán caracterizadas por cambios significativos en la situación epidemiológica prevalente, en la que la carga de enfermedades mentales, tales como el la depresión, el alcoholismo, la esquizofrenia, los trastornos bipolares, será cada vez mayor, con la consecuencia de que esta problemática ha sido insuficientemente considerada y atendida por los profesionales de la salud y los servicios médicos, donde la tendencia ha sido hacia el abatimiento de la mortalidad, en menor medida la morbilidad y aun más limitada la discapacidad ⁽²⁰⁾.

Actualmente los trastornos afectivos constituyen en el mundo, la segunda alteración más común entre las enfermedades mentales ⁽¹⁹⁾, se calcula que el 20% de la población mundial en los próximos años padecerá algún trastorno afectivo que requerirá tratamiento y demandará servicios de salud ⁽²⁰⁾. En México, en 1997, las cifras estimadas de personas que cursaban un cuadro depresivo ascendió a cuatro millones ⁽²¹⁾.

Se estima que hoy en día la depresión se encuentra ocupando el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes y se presume que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad y de años perdidos de vida ^(19, 20, 21).

Además de la discapacidad que de manera directa es producida por el cuadro sintomático depresivo, se debe considerar entre otros problemas que conlleva puesto que dentro de los cánones sociales, aún persiste una importante estigmatización, que lleva a la discriminación de los enfermos y a su familia, ocasionando con ello una carga y un sufrimiento adicional.

La Organización Mundial de la Salud, en su Informe Mundial sobre Salud 2001, refiere que la prevalencia puntual de la depresión en el mundo es de 1.9 % para los hombres y de 3.2 % para las mujeres, la prevalencia para un período de 12 meses es de 5.8% y 9.5% respectivamente.

Lo que pone en evidencia que este trastorno del estado de ánimo es más frecuente en el género femenino que en el masculino, con una relación de 2:1 (Caraveo, Colmenares, Saldivar; 1999) ⁽²¹⁾. Siendo también común que se observe disturbios emocionales importantes, más allá del 50%, en la práctica gineco-obstétrica ⁽²²⁾.

A nivel mundial, existen numerosos estudios que ponen en evidencia el riesgo de aumento de desarrollar trastornos afectivos, del estado de ánimo, durante el postparto y en los meses subsiguientes a su ocurrencia ⁽¹⁰⁾.

Los trastornos que se presentan con mayor frecuencia en el puerperio inmediato y tardío son: la **tristeza postparto**, **“maternity blues”** o **“baby blues”**, con una prevalencia que oscila entre el 50 y 80% de los partos ⁽¹⁰⁾, se presenta con alteraciones en forma de tristeza, en ocasiones irritabilidad, labilidad y llanto, su duración puede ser de 48 a 72 horas, generalmente al tercer día y alcanza su punto más álgido entre el cuarto y quinto día.

La depresión postparto la que es caracterizada por una clínica más intensa y más profunda, con un inicio de dos a tres semanas tras el nacimiento del niño, pero puede extenderse más allá de seis meses, su duración puede ser de semanas, meses e inclusive años, si no se tiene un tratamiento.

Es un problema al que no le da importancia ni la mujer afectada, ni profesionales de la salud, la primera no lo hace manifiesto ni busca ayuda para dar solución al problema en los servicios de salud o con la familia, esforzándose por mantenerlo oculto y seguir desempeñando las tareas diarias de la casa y de cuidado de su familia; los segundos se han acostumbrado a los cambios físicos y emocionales que suceden al embarazo y el parto, centrándose en los aspectos físicos de la salud de la madre y dejando de lado el emocional, por lo que pocas veces se considera relevante utilizar los instrumentos de detección para esta problemática. Como consecuencia no es diagnosticada ni tratada oportunamente, hecho que representa un riesgo para las mujeres que la cursan debido a su potencial efecto devastador y a las consecuencias significativas que tiene en el ámbito familiar ^(4, 5, 10, 18,19).

Cox y Holden, definieron la depresión postparto como “la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta en el primer año postparto”.

Es una enfermedad que afecta a las mujeres en todas las edades, ya sea en su primer parto o en la que ha tenido varios; no es infrecuente el hecho de que una mujer no se deprima con su primer hijo, pero si en el siguiente ⁽⁴⁴⁾.

Se ha relacionado a la depresión postparto con múltiples factores que se asocian a su ocurrencia entre ellos se mencionan ⁽⁴⁵⁾.

Factores sociodemográficos, los que incluyen:

Edad, ha sido considerada como un factor asociado (Jaime, Solís, Zárata, Limetzky, Atienza: 1998), obtuvieron del total de mujeres estudiadas que el 40% se ubicó entre 15 y 20 años de edad y un 33 % en el grupo de edad de 21 a 26 años. Paridad, con respecto a este factor encontraron que el 60% de las mujeres fueron primíparas. En cuanto al estado civil el 47% de las mujeres estudiadas se encontraban formando pareja ⁽⁴⁹⁾.

Referente a la clase social y el nivel económico ⁽³⁾, se ha identificado que en los niveles más bajos la mujer suele tener más hijos y a edades más tempranas, con intervalos más cortos entre uno y otro, además de que con mayor frecuencia se hacen cargo de sus hijos en soledad es decir como madre soltera (Zayas: 1992)

Factores de la morbilidad como son ⁽¹⁰⁾:

Historia previa de depresión, especialmente de depresión postparto, personal o familiar, antecedentes de patología obstétrica, “maternity blues”, condiciones de salud del recién nacido (enfermedades, malformaciones), problemas psiquiátricos previos al embarazo.

Factores biológicos, entre estos ⁽⁴¹⁾:

Genéticos, bioquímicos y metabólicos, hormonales. Algunos autores señalan la posibilidad de una relación entre la depresión y los cambios hormonales que se tienen al momento del parto al descender los estrógenos, progesterona y otras hormonas relacionadas con la reproducción, pero en cuantificaciones, no se ha encontrado diferencia significativa entre las mujeres que presentan depresión y las que no ⁽⁴⁶⁾.

También han sido valorados los factores genéticos y la existencia de deficiencias del sistema nervioso que afecten los neurotransmisores, pero aun no son concluyentes. Se consideran también las alteraciones tiroidales.

Factores psicosociales ^(18, 44, 45):

- Falta de apoyo de la pareja conyugal, tensiones y disgustos
- Falta de apoyo de la familia
- Antecedentes de divorcio, separación o abandono de los padres.

- Acontecimientos vitales importantes, fallecimiento de un hijo, de la madre u otro familiar, problemas graves en la infancia con la madre o padre.
- Falta de apoyo laboral, despido, salario insuficiente
- Pérdida del empleo de ella o su pareja
- Problemas económicos desempleo del esposo o de ella misma, falta de apoyo económico de la familia o del padre del niño.
- Problemas de vivienda, no cuenta con vivienda o no tiene forma de pagarla.
- Actitud negativa ante el embarazo (no deseado).
- Un parto anterior o el mismo pueden haber sido experiencias estresantes.
- Ansiedad y angustia por sentirse incapaz para cuidar a su hijo.
- Rechazo de los padres y social.

En estudios existentes se ha reportado que el 10% de las mujeres afectadas por esta patología no señalan el tener antecedentes depresivos, el 25% manifiesta haber cursado cuadros depresivos y el 50% refiere antecedentes de depresión postparto ⁽⁷⁾. Con lo que se puede deducir que de cada dos pacientes que la han experimentado una la volverá a padecer.

El cuadro clínico de la depresión postparto se desencadena, en alto porcentaje de los casos, en las primeras seis semanas después del parto, aunque en ocasiones puede hacerlo hasta 6 meses más tarde; su aparición puede ser repentina o desarrollarse en forma progresiva, suele tener una duración aproximada de 6 a nueve meses, pero puede perdurar por más tiempo, hasta uno, dos, tres años. ^(43,46).

A diferencia de la tristeza postparto, se caracteriza por una disminución de su capacidad funcional y deterioro en su desarrollo social, laboral y familiar. La presentación clínica de la enfermedad puede variar en cada episodio y en cada persona. Su diagnóstico y diferenciación de la tristeza postparto requiere de una duración de la sintomatología de al menos dos semanas.

La depresión postparto es un estado de ánimo con presencia de múltiples síntomas, que no desaparecen por si mismos y se caracteriza por ⁽⁴⁷⁾:

Tristeza; sentimiento en que las pacientes se encuentran desalentadas, infelices, desdichadas, desamparadas, lloran con facilidad, síntomas que empeoran en momentos

particulares del día (por la mañana o tarde). En ocasiones sienten que no vale la pena vivir, en momentos precisos en los que deberían estar alegres (4, 5, 45, 46, 47).

Irritabilidad; la paciente puede enfadarse con sus otros hijos, si los tiene, y ocasionalmente con el recién nacido, pero la mayoría de las veces con su pareja. Se siente culpable por no comportarse como una madre “apropiada” y por sus estados emocionales de enfado y depresión (4, 5, 45, 46, 47).

Fatiga; se encuentra abrumada, fatigada, exhausta física y mentalmente, incapaz de hacer frente a las demandas de su vida diaria (4, 5, 46, 47, 48).

Insomnio; sus patrones de sueño pueden estar trastornados puede desear dormir todo el tiempo o tener dificultad para conciliar el sueño o si duerme, despertar muy pronto (4, 5, 45, 46, 47).

Trastornos del apetito y alimentación; puede verse afectado su apetito, de tal manera que pierde el interés en la comida. En ocasiones, por el contrario algunas madres deprimidas comen en exceso para aliviar su malestar pero posteriormente se sienten culpables por el incremento de peso (4, 5, 45, 46, 47).

Incapacidad para disfrutar; lo que con anterioridad le daba placer ya no lo desea y lo que captaba su interés le causa fastidio, entre éstos, el interés por el contacto sexual lo cual genera más tensión con su pareja (4, 5, 45, 46, 47).

Desbordamiento; la madre deprimida tiene la sensación de no tener tiempo para nada, de que no hace las cosas bien y además no hace nada para remediarlo. Les resulta difícil adaptarse a las nuevas rutinas que implican la presencia del niño y la situación en la que se encuentran. Puede tener la impresión de que su cuerpo funciona muy lentamente, lo que le dificulta tomar decisiones aún cuando sean simples, o bien puede sentirse nerviosa, tensionada y ocuparse constantemente, pero sin lograr realizar mucho. Parece no poder cuidarse a si misma y muestra desinterés por el recién nacido o por lo contrario una preocupación extremada y obsesiva (46, 47).

Ansiedad; suele ser aguda, siente preocupación por su propia salud, la del niño y de toda la familia. Puede tener temor a estar sola en su casa o a salir a la calle. Puede tener miedo de que el niño llore, no quiera comer, se ahogue, se caiga o que de cualquier forma se cause algún daño o se lo cause ella (44, 46, 47).

Además de la sintomatología anteriormente mencionada se puede presentar disminución de la atención y de la concentración, pensamientos suicidas o de autoagresión y pérdida

de peso en un 5% o más. Es posible que evite el contacto familiares y amigos y se aíse (45, 46).

El cuadro de depresión postparto puede transformarse en un círculo vicioso, ya que la paciente al sentirse con desánimo, cansada, agotada por la falta de sueño y con ansiedad, se torna más irritable y afecta su conducta hacia el niño y su familia, lo que la hace sentirse culpable por como se comporta y empeora el estado depresivo (44).

Cabe mencionar que las mujeres con esta patología, no necesariamente presentan toda la sintomatología, depende de cada paciente y del grado de susceptibilidad a los factores externos e internos que influyen en el desencadenamiento de la misma.

La etiología de la a depresión postparto, permanece incierta, y en ocasiones no se le encuentra una razón clara, sin embargo el modelo etiológico que se sugiere es de tipo bio-psico-social en donde algunos investigadores señalan a los factores psicosociales con un peso mayor a los biológicos (23), por lo contrario otros lo hacen con los factores genéticos, hormonales y tiroideos. Sin embargo las causas específicas de la misma, no quedan explícitas, puesto que muchas mujeres expuestas a factores semejantes no sufren de depresión.

Por un lado, autores mencionan que las teorías mas acertadas, hasta el momento, son las relacionadas con los cambios hormonales y la susceptibilidad específica de la paciente en este período. Esta teoría postula la relación de las alteraciones hormonales y del equilibrio metabólico con entidades de tipo emocional.

Existe una hipótesis, en la cual los cambios en el ánimo están ligados a cambios bruscos de los niveles hormonales, la evidencia muestra que los niveles absolutos de estrógenos y progesterona no la desencadenan, pero los cambios bruscos entre los niveles durante el embarazo y los que se registran luego del parto, parecen estar asociados a una mayor probabilidad de desarrollar el trastorno (28).

Durante el embarazo la cantidad de hormonas (estrógenos y progesterona) se incrementa en gran medida, pero en las primeras horas después del parto el nivel hormonal empieza a decrecer hasta sus niveles normales, se piensa que este cambio es el que interviene en el desencadenamiento del cuadro depresivo (5, 45, 46, 47).

Algunos señalan que la bioquímica puede ayudar a explicarla, las personas deprimidas muestran altos niveles de cortisol y de varios agentes químicos (serotonina, dopamina y

noradrenalina), que pueden estar disminuidos interviniendo en ello los factores genéticos (42).

La disminución en la transmisión de aminas biogénicas (noradrenalina, serotonina y dopamina) tienen efectos a nivel de las neuronas postsimpáticas, serotoninérgicas y noradrenérgicas, las que cuando carecen del estímulo adecuado, no conducen a la activación de estos neurotransmisores que garanticen el estado eutímico, además de que no se realizarán las proyecciones neuronales a las diferentes estructuras cerebrales, explicando con esto la pérdida de apetito, insomnio, la pérdida del interés, la disminución de la concentración y el comportamiento e ideación suicida. (3).

Entre las investigaciones realizadas para relacionar los factores genéticos (Winokur y Cols: 1971) en un estudio familiar realizado a pacientes hospitalizados, encontró que el riesgo para trastornos afectivos fue mayor en los familiares en primer grado de pacientes con inicio temprano y que las pacientes mujeres tienen mayor probabilidad de tener parientes con sociopatías.

Aún no se tiene evidencias substanciales con respecto a que el desbalance hormonal o de los neurotransmisores, sea la causa de la depresión postparto, así mismo que los cambios generados con la depresión hormonal del síndrome de “maternity blues” (tristeza postparto) lleven a la depresión en el caso en que exista una vulnerabilidad de tipo genético y un alto estrés psicosocial (4).

Los estresantes psicosociales a su vez se considera son determinantes en el desencadenamiento del trastorno, ya que en un alto porcentaje las personas con depresión han experimentado un evento de este tipo, precedente o presente al inicio de la enfermedad (3, 18, 25).

La detección y diagnóstico oportunos de la depresión postparto permiten la temprana iniciación del tratamiento, con lo que se puede reducir significativamente las complicaciones y consecuencias que conlleva esta enfermedad, tanto para la madre como para la familia.

Para llegar al diagnóstico de la depresión es necesaria la presencia de alteraciones cognitivas, psicomotrices y afectivas, con una duración de dos semanas a más, en las que además de experimentar un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés o placer, presentan cuatro o más síntomas de los ya expresados (15). Se requiere de una entrevista clínica cuidadosa y completa, que incluya un examen físico y psiquiátrico,

donde se investigue de manera exhaustiva la historia del paciente y se realicen los exámenes clínicos para detectar cualquier anomalía, tiroidea, hormonal o metabólica o condiciones que puedan actuar como comorbilidad ⁽⁴⁸⁾.

Es común que la depresión se acompañe de quejas somáticas que pueden enmascarar el verdadero cuadro depresivo y llevar a unseudodiagnóstico, por lo que este debe ser efectuado por personal experimentado en psicopatología, ya que ellos pueden llegar a ver lo que para otros pasa desapercibido.

El diagnóstico clínico no puede determinarse mediante una escala test o examen de laboratorio pero con estos instrumentos mejora el porcentaje de detección en la práctica médica general y en la especializada ⁽¹⁷⁾.

El empleo de rastreo es efectivo en cuanto a lograr la detección temprana de la depresión, entre estos se encuentran la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, el Inventario de Depresión Beck, la escala de Hamilton para depresión Mayor (Ham-D), escala de Montgomery-Asberg de evaluación de la depresión (MADRS) ⁽²⁹⁾.

La valoración psiquiátrica resulta imprescindible para confirmar el diagnóstico y descartar la presencia de riesgos, así como para asegurar que no se trate de psicosis puerperal. Igualmente es necesario constatar si existe una alteración tiroidea o alguna otra patología que pueda estar favoreciendo el cuadro depresivo. Este se debe realizar preferentemente en las cuatro semanas después del parto ^(7,42, 45).

El tratamiento debe ser instaurado por el clínico versado en la materia, dependerá del tipo y severidad del cuadro depresivo y de las características individuales de cada paciente. Este incluye dos aspectos el farmacológico y el psicoterapéutico, además de las redes sociales y familiares de apoyo. Un alto porcentaje de mujeres no reciben la atención médica especializada por el hecho de sentir temor, vergüenza o desánimo por lo que no acuden a los servicios de salud. Esta situación dificulta determinar la importancia real del problema, ya que generalmente la necesidad de ampliar o mantener los servicios y recursos es a favor de la demanda.

Es importante por lo tanto tomar medidas para actuar más, para el conocimiento de la incidencia y prevalencia de este problema de salud ⁽¹⁸⁾, de manera que se pueda justificar su importancia en razón de su magnitud y trascendencia, las estrategias y programas de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno, acorde a las necesidades de la población femenina en lugar, tiempo y persona.

La ventaja de realizar la detección y el diagnóstico precoz es que es que al instaurar un adecuado y oportuno tratamiento, se pueden evitar los efectos negativos de esta patología a corto y largo plazo, tanto para la madre como para la familia en general.

El tratamiento específico estará determinado por el clínico profesional experimentado a cargo del caso, basándose en la edad, estado general de salud y su historial médico, la gravedad y duración de los síntomas, este básicamente es farmacológico y psicoterapéutico y de apoyo familiar y social ^(28, 45, 46).

Un problema frecuente que se presenta, es el abandono del tratamiento y terapias por las pacientes, por lo que es fundamental la comprensión, cariño y apoyo familiar y reiteradamente la paciencia, puesto que el estado anímico del paciente puede ocasionar desesperación en la familia. ^(5, 42, 48).

Se recomienda también la terapia de grupo ya que con ella se consigue romper el aislamiento de las madres, además de recibir la información y psicoeducación, de aportar esperanzas para el futuro y permite a las madres centrar la atención en si mismas ⁽²⁴⁾.

Entre otras medidas alternativas esta la luminoterapia; estudios han demostrado su eficacia en varios tipos de depresión y recientemente en la depresión postparto. Estos estudios en su mayoría fueron realizados en los países nórdicos donde la luz solar es escasa, en nuestro país por las características climáticas es más lógico pedir a las madres se expongan al sol de manera controlada. Otro tratamiento en estudio es el de la privación del sueño, del cual aun no se puede concluir ya que no se tiene suficiente evidencia. También se ha señalado el posible efecto beneficioso que la ingesta de ácidos grasos omega tenga sobre el estado de ánimo de las madres deprimidas ⁽²⁴⁾.

La forma más grave y menos frecuente, sicopatología en el postparto 0.1 % a 0.2 % de los partos ⁽⁵⁾, es **la psicosis postparto o psicosis puerperal** trastorno que se inicia la las dos tres semanas posteriores al parto, se caracteriza por la presencia de alucinaciones, manías, labilidad afectiva, desorientación y confusión, puede haber el riesgo de pensamientos o intentos suicidas o bien de agresión hacia su hijo.

Hoy en día, se continúan realizando investigaciones para determinar con mayor certeza la etiología de la depresión postparto, puesto que aún no existe una causa específica reconocida, además de de que no afecta a grupos específicos de mujeres, se considera de acuerdo a las evidencias encontradas, que puede ser multifactorial en el que intervienen factores bio-psico-sociales ⁽²⁴⁾.

En algunos casos la etiología podría ser explicable, bien porque el embarazo o parto hayan ocasionado un daño grave a la madre o porque el hijo presente alguna malformación o enfermedad o simplemente por no ser deseado ⁽⁴⁵⁾.

Un factor poco considerado pero que no puede ser dejado de lado, por el elevado índice con que se presenta es la violencia contra la mujer, se estima que más del 20% y hasta un 50% de las mujeres sufren de violencia psicológica, física y sexual en sus hogares, en el área laboral y en el propio ámbito social, lo que con demasiada frecuencia las lleva a situaciones de estrés postraumático y a la depresión ⁽²³⁾.

La frecuencia de presentación y los factores relacionados con la depresión postparto han motivado investigaciones y estudios, en diversas poblaciones de mujeres, tanto en el primer nivel de atención como en el segundo y el tercero. Entre los factores estudiados cabe destacar los psiquiátricos, psicológicos, demográficos, sociales económicos y culturales. Punto aparte, han sido la evaluación de los biológicos, metabólicos, bioquímicos y hormonales, estudios que aun cuando no han obtenido resultados concluyentes en cuanto a la etiología de la enfermedad han ayudado a dilucidar numerosos aspectos que se relacionan a la enfermedad y que influyen de manera positiva en la atención del problema. ⁽¹⁹⁾.

En México se han desarrollado estudios al respecto, básicamente de corte epidemiológico, para estimar la prevalencia de los trastornos y episodios depresivos, como para identificar además el proceso de búsqueda de ayuda ⁽²⁰⁾.

En 1988, en la Encuesta Nacional de Adicciones, a la cual se incorporó una sección para investigar los problemas mentales en población de 18 a 65 años, dentro de sus hallazgos se encontró que el 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior a la aplicación de la encuesta, que el 13 % de la misma tuvo una sintomatología severa, con una variación importante en la proporción, de 8.5% para los hombres y de 17% por para las mujeres ⁽²⁰⁾.

(Caraveo, Martínez, Rivero, Polo; 1997), en un estudio efectuado en la ciudad de México, encontraron una prevalencia de episodios depresivos de 8.3% con predominio en mujeres. (Berenson y cols; 1988) obtuvieron de 4.1% en las mujeres ⁽¹⁵⁾.

Frenk y colaboradores, en México, estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar la morbilidad en los trastornos mentales, según estos mismos

autores cuatro de las diez enfermedades que mas discapacidad producen son: la esquizofrenia, la depresión el trastorno obsesivo compulsivo y el alcoholismo ⁽²⁰⁾.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada en nuestro país en el 2002, en la población urbana de 18 a 65 años de edad, se concluyó que los trastornos afectivos, incluida la depresión se ubica con respecto a los restantes trastornos mentales investigados en el tercer lugar de frecuencia 9.1%, inmediatamente después de la ansiedad 14.3% y de los de uso de sustancias 9.2%. De manera individual se encuentra en un quinto lugar con una prevalencia de 3.3%, en alguna vez en la vida ⁽²⁰⁾.

En cuanto a la depresión postparto, las investigaciones realizadas en distintos países del mundo y en el propio, un buen porcentaje de ellos lo han sido para determinar la prevalencia de la enfermedad, sin embargo en la revisión y análisis realizado, se presenta dificultad por lo heterogéneo de los mismos, ya que muchos no son comparables en función de las diferencia en cuanto a su metodología, los diversos instrumentos de medición utilizados, las poblaciones de mujeres estudiadas, los factores étnicos, culturales y sociales de las mismas, así como los cortes en el tiempo del período en el postparto (primera, segunda, tercera, al mes o meses) ⁽¹⁸⁾.

Sin embargo en esta revisión se obtuvo resultados variables en cuanto a incidencia y prevalencia de la depresión. (Machado, García, Maya, Bernabeu; Cerda; 1997) señalan una frecuencia de 50% a 80% en los partos.

(Betalleluz, Quiroz; 1995) obtuvieron una incidencia de 34.45% en un estudio realizado sobre tristeza postparto en mujeres peruanas hospitalizadas. De las mujeres que obtuvieron test positivo la edad promedio fue de 26 a 28 años. Los factores psicosociales falta de habilidades, incapacidad para resolver problemas, sentimiento de soledad se encontraron presentes en el 76.14% de las mujeres estudiadas, y los de: falta de recompensa, aislamiento social, insatisfacción de expectativas, aburrimiento, falta de tiempo y la maternidad no entendida como motivo de felicidad estuvieron presentes en el 29.63% ⁽³⁴⁾.

(Latorre, Contreras, Herrán; 2004) sus resultados registraron, en mujeres colombianas un caso por cada mil días persona seguimiento con un IC de 95% (0.5-1.7), lo que corresponde a una incidencia acumulada de 4.2 por cien personas en riesgo durante el puerperio. En las personas con antecedentes personales de depresión la tasa de incidencia fue de 2.3 casos por cada mil días persona seguimiento, mientras que las que

no lo tenían fue de 0.4. La paciente de menor edad fue de 14 años y la de mayor edad de 43 años, con una mediana de 25 años. El 63% de las mujeres provenía de niveles socio-económicamente deprimidos y las restantes de nivel intermedio. La escolaridad mayor fue de 17 años y la menor de un año con una mediana de 9 años. En cuanto a paridad para el 42.7% se trató de su primer parto.

En España Montero y Villaverde en 1991, con sus resultados afirman que entre la mitad y dos terceras partes de las mujeres que han tenido un hijo normal experimentan breves episodios de inestabilidad emocional, al igual Pérez, Botín y Núñez señalan que un tercio de las nuevas madres cursan una depresión leve ⁽¹⁶⁾.

Algunos autores han expresado que la frecuencia de la depresión postparto es similar a la de cualquier otro período de la vida de la mujer, pero otros afirman que la etapa del puerperio es un período de mayor vulnerabilidad para que ésta se presente, inclusive que el riesgo es del doble en razón de cualquier otra etapa ⁽¹⁶⁾.

(Yawn y col; 2003) reportan cifras de prevalencia de 8% a 15% en mujeres estudiadas en el Olmsted Medical Center, Estados Unidos.

(García, Aguado, Ascaso, Caparrós, Navarro, Ojuel; 2000) observaron una prevalencia de 10% a 15% en mujeres españolas, cifras mencionadas en otros artículos revisados ^(4, 25, 25). Entre los factores asociados estos autores, encontraron: depresión anterior (2.04 IC: 1.07-3.9), apoyo del entorno en el postparto (3.4 IC: 1.5-7.4), relación con la pareja con desacuerdos puntuales (2.4 IC 1.5-5.2), relación fría (4.5 IC 1.6-13.1) y ansiedad (4.6 IC 15.1-163.5) ⁽³⁵⁾.

En un meta análisis de 32 estudios (Ortiz, Valls; 2000). Obtuvieron una media de 11.8% a 15.7% ⁽¹⁸⁾.

En México (Espíndola, Morales, Mota, Díaz, Meza, Rodríguez; 2004) observaron una probable prevalencia de 17.8%, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología, en un estudio de Calibración del punto de corte de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo ⁽¹⁵⁾.

En España, (Machado, García, Maya, Bernabeu; Cerda; 1997) en un estudio de Depresión Puerperal: factores relacionados obtuvieron como una prevalencia de 11.8% a 19.8%. La edad media de las mujeres en estudio fue de 30.05 años, el 49% con una escolaridad de estudios primarios, el 56.6% dedicada exclusivamente a las tareas domésticas y las restantes fuera del hogar. De estas últimas el 82.6% tuvo licencia

maternal completa, el 6% incompleta y el 11.4% no disfrutaron de ella, en la que se encontró que quince de ellas 40%, obtuvieron una puntuación mayor de 10 en EPDS. El parto fue normal en el 74.3% de los casos y cesárea en el 16.8%. El 85% vivían solo con su pareja e hijos, el 14.2% convivían además con familiares y solo el 0.6% no tenían pareja. Se encontró además relación con la percepción subjetiva de apoyo afectivo, ya que de las 32 mujeres estudiadas que declararon recibir poco o ningún afecto 37.5% obtuvieron una puntuación positiva en el EPDS ⁽¹⁰⁾.

(Rojas, Fritsch, Solís, González, Guajardo, Araya: 2005), realizaron un estudio sobre Calidad de vida en mujeres deprimidas en el postparto cuyos resultados reportaron: en cuanto a características sociodemográficas, la mediana de edad de 27 años en un rango de 16-43 años. 33.4% de las mujeres eran casadas, 30.8% convivientes, 26.4% solteras y 9.4% separadas. El 45.9% de la muestra había cursado educación media completa, 25.8% incompleta, 10.7% con estudios superiores y 17.6% tenía educación básica. El 89.3% eran amas de casa, 6.9% trabajaba y 3.1% eran estudiantes y 0.6% se encontraba cesante. El 69.2% vivía con su pareja, el 22.0% con los padres, 6.3% vivía con otras personas y 2.5% sola con los hijos. El 61.2% no había planificado el embarazo y 38.4% si lo había planificado. El puntaje obtenido en un primer EPDS fue de 17 y en el segundo de 17 entre ambos puntajes existió una correlación de ($p= 0.000- 0.666$) ⁽⁵¹⁾.

En México, (Ortega, Lartigue, Figueroa: 2001) en un estudio de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo en una muestra de mujeres embarazadas, la prevalencia observada en fue de 21.7% ⁽³⁷⁾.

(Moreno. Domínguez, Franca; 2004) en un estudio de prevalencia de test de rastreo positivo en mujeres puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil, obtuvieron una prevalencia de test positivos de 22.2% (7).

En Estados Unidos, (Morris, Comenford, Bernstein; 2002) obtuvieron una prevalencia del 22%.

Además en otros artículos revisados se hace referencia a una prevalencia entre 10% y 20% ^(17, 26, 27, 28, 37).

(Bello, Puentes, Medina, Lozano; 2003) en una investigación realizada de Prevalencia y Diagnóstico de la depresión en población adulta, en México, encontraron que la prevalencia varió ampliamente en las treinta y dos entidades federativas del país. Se obtuvieron resultados de prevalencia en las mujeres más altas que en los hombres, por

estado las más elevadas se registraron en el estado de Hidalgo en un 9.9%, Jalisco 8.1%. Mientras que la más baja observada fue en el estado de Sonora de 2.9% ⁽²⁰⁾.

Para el desarrollo de los estudios de investigación se ha encontrado dificultad para detectar y precisar los diagnósticos de depresión, tanto por la diversidad de sistemas de clasificación como por la gran variedad de instrumentos de medida utilizados para la valoración estadística de los resultados ⁽¹⁶⁾.

Una práctica que se ha hecho común es la de utilizar escalas, test, cuestionarios o inventarios, que miden de manera objetiva el estado depresivo, seleccionando una serie de síntomas o estados de ánimo predictivos de la enfermedad, los que se presentan en forma de frases, preguntas o ítems en escalas de valoración a los cuales se les asigna un puntaje y un rango que presuma la presencia de un cuadro depresivo ⁽²⁹⁾.

Entre las escalas más utilizadas para este fin se encuentra:

La Escala de Hamilton (HAM-D), la cual fue creada por Hamilton en 1960, esta escala es ampliamente utilizada, primordialmente en pacientes con diagnóstico de trastornos afectivos. Se dispone de dos versiones dependiendo del número de ítems (HAM-D 21) y (HAM-D 17). Las preguntas se refieren a síntomas como estado de ánimo deprimido, sentimientos de culpa, suicidio, trastornos del sueño, grados de ansiedad y pérdida de peso ⁽²⁹⁾. La integrada por 17 cuestiones (versión original), gradúa algunas a tres a (puntuación de 0 a 2) y otras a cinco (puntuación de 0 a 4), niveles de gravedad. Es una escala que a pesar de no ser la primera se ha convertido en un punto de comparación para otras, ha demostrado ser suficientemente sensible ⁽³⁰⁾.

(Hasbum, Risco, Jadresic, Galleguillo, González, Garay; 1999), en un estudio de prevalencia y factores de riesgo, utilizaron la HAM-D y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), con las que obtuvieron una prevalencia al tercer día del parto de 3.9% con la HAM-D y de 27.2% con la EPDS. En cuanto a incidencia correspondió 23.2% para la HAM-D y de 32.5% para la EPDS ⁽³³⁾.

La escala de Montgomery-Asberg de evaluación de la depresión (MADRS), inicialmente correspondía a una subescala de la de Evaluación de Psicopatología General, creada por el mismo autor en 1979. Esta escala se rediseñó para medir los cambios de depresión producidos por el tratamiento. Mide la gravedad de muchos síntomas depresivos como el estado de ánimo, tristeza, tensión, sueño y apetito ⁽²⁹⁾.

Es un instrumento útil, fiable y válido, constituye un apoyo para confirmar sospecha de diagnóstico. Especialmente sensible para detectar los cambios del estado depresivo si se pasa por intervalos de tiempo diferentes. La evaluación se basaba en entrevista clínica que varía desde preguntas formuladas de una manera vaga acerca de los síntomas, hasta preguntas más detalladas que permitan una evaluación precisa de la gravedad. El entrevistador⁽³¹⁾ es quien decide si la evaluación se analiza a los niveles definidos de la escala^(2, 4, 6) o a los intermedios^(1, 3, 5).

Escala autoaplicada de ZUNG (1965), es de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada de la de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al comportamiento somático conductual del trastorno depresivo. Fue de las primeras en validarse en nuestro país por Conde y cols. en 1970 y ha tenido una amplia difusión. Muestra aceptables índices de sensibilidad 85% y especificidad de 75%. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva y es sensible a los cambios en el estado clínico. Esta conformada por 20 frases relacionadas con la depresión, diez formuladas en términos positivos y diez en términos negativos. Tiene ocho items somáticos, ocho cognitivos, dos del estado de ánimo y dos de síntomas psicomotrices. Para cuantificarla se utiliza la escala de Likert⁽⁵⁰⁾.

Garay López, en un estudio de correlación en mujeres que trabajan y en las que no, sobre el comportamiento de la mujer ante la depresión en Toluca, México empleó la escala de autoaplicada de Zung. Dentro de los hallazgos encontró que el 55% de las mujeres sufren depresión de mínima a severa. Mostraron además que las mujeres con trabajo no remunerado se deprimen más⁽²¹⁾.

Inventario de depresión de Beck (BDI), es una escala genérica para detectar sintomatología de depresiva, Es un instrumento autoaplicado de los más utilizados en la evaluación de esta enfermedad en el mundo, a partir de su construcción (Beck, Ward, Mendelson, Mock, Erbaugh; 1961). Su aplicación ha sido tanto en el ámbito clínico como en el de investigación. Se ha probado en poblaciones diferentes incluyendo mujeres embarazadas y en el postparto. Su utilidad ha sido comprobada y validada en sus diferentes versiones y adaptaciones en múltiples países. Contempla 21 items conformados por frases autoevaluativas graduadas en orden creciente de intensidad de los síntomas de neutral a máxima severidad. Incluye cuatro opciones de respuesta por ítem a los que se asigna un peso de 0 a 3. Excepcionalmente incluye un ítem de castigo

⁽⁶⁾ que presenta cinco alternativas de respuesta, aunque se les asigna el mismo valor de tres. Los ítems pueden sumar hasta un máximo de 63. Los datos normativos sugieren cuatro grados del estado emocional: ánimo normal de 0 a 9, estado depresivo leve de 10 a 18, moderado de 19 a 29 y grave de 33 a 63 ⁽¹⁶⁾.

(Betalleluz, Quiroz; 1995), realizaron un estudio en mujeres peruanas hospitalizadas utilizando la escala de valoración de Beck (EVDB) y el test de autovaloración de ansiedad de Zung (TAAZ). La valoración de los niveles depresivos por la EVDB al cuarto día después del parto el 40.28% desarrollo depresión leve y el 10.56% depresión moderada. Con la TAAZ se encontró niveles de ansiedad de 51.11% al cuarto día, disminuyendo a 27.22% en el octavo día ⁽³⁴⁾.

Escala de depresión postnatal de Edimburgo, diseñada por (Cox, Holden, Sagovsky; 1987) específicamente para detectar estados depresivos en el período postnatal, es un instrumento muy utilizado en la actualidad, tanto en la investigación como en la clínica. Se ha probado su eficacia a nivel hospitalario, en atención primaria y en el propio domicilio de las pacientes. Contiene diez ítems con cuatro posibles alternativas de respuesta de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, también puntuada de 0 a 3, El rango total va de 0 a 30. Los autores proponen el punto de corte 9 a 10 para la clasificación de estado depresivo ^(8,16, 35, 36).

(Maroto, Navarro, Fernández; 2004) en España, para una evaluación del estado de ánimo en el puerperio, utilizaron como instrumentos de medición autoaplicados, el Inventario de depresión de Beck (BDI) (adaptación de Vázquez y Sanz; 1997) y la Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) (versión traducida al castellano en Cox y Holden: 1994) ⁽¹⁶⁾.

La puntuación media del estado de ánimo según la BDI se situó dentro de un rango normal (3.75, en un rango de 0 a 23), quedando clasificadas en estado depresivo el 10% de las madres. Con la EPDS fue 5.04 (en rango de 0 a 16), en esta el 75% de las madres puntuaron en 8^o o menos.

(Machado, García, Maya, Bernabeu; Cerda; 1997), para medir la presencia de probable depresión entre la sexta y octava semanas postparto, utilizaron la escala de depresión postnatal de Edimburgo, puesto que ha demostrado su validez en diferentes estudios, mostrando una sensibilidad del 85% y una especificidad de 77%. El resultado fue de

15.8% (IC, 11.8-18.8%) de las mujeres encuestadas padecían probable trastorno depresivo ⁽¹⁰⁾.

(García, Aguado, Ascaso, Caparrós, Navarro, Ojuel; 2000), realizaron un estudio en madres españolas, en el que uno de sus objetivos lo constituía la validación de la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS). De una muestra de 334 mujeres analizadas se identificaron 102 mujeres 30.5% con antecedentes de episodio depresivo y 24 mujeres 7.2% con antecedentes de depresión postparto ⁽³⁵⁾.

De las mujeres con episodio depresivo, 36 cumplían los criterios de depresión mayor y 64 de episodio depresivo menor. La puntuación media de EPDS para los casos de depresión mayor fue de 17 (SD=3.9), con un rango de 11 a 25, para los de depresión menor fue de 12.44 (SD=2.64), con un rango de 9 a 18.

El mejor punto de corte de la validación española fue 10/11, punto que ofrece la mejor relación entre la sensibilidad y la especificidad, cuyos valores respectivos fueron de 79 y 80.3%. El análisis confirma un buen funcionamiento de la escala y el área bajo la curva es de .90 ($p= 0.0001$), con un intervalo de confianza del 95% entre 0.86 y 0.93 ⁽³⁵⁾.

(Ferguson, Jamieson, Lindsay; 2002), en su estudio la escala de depresión identifica depresión postparto. Asignaron a 72 mujeres elegidas de manera aleatoria a la evaluación clínica o a la escala de depresión postnatal de Edimburgo para el diagnóstico de la depresión postparto. La mayoría de las mujeres que terminaron la EPDS presentaron mayor riesgo para sufrir depresión posparto en comparación con las mujeres que se sometieron a la evaluación clínica rutinaria para el diagnóstico de depresión postparto (11 de 37 frente a 0 de 35 respectivamente). Se observó que la EPDS parece ser una valiosa y eficiente herramienta en la identificación de la depresión postparto ⁽³⁸⁾.

(Morris, Comenford, Bernstein; 2002), en un estudio realizado para determinar la prevalencia de tamiz positivos de depresión postparto utilizando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en una zona urbana. Del total de 121 pacientes que aceptaron participar en el estudio, a las que se aplicó la EPDS, veintisiete, 22% obtuvieron un tamiz positivo para depresión postparto. Ocho pacientes 6.6% reportaron experiencias de ideas suicidas, quienes pensaron tenían depresión postparto. Se obtuvo una relación significativa entre las mujeres con elevados puntajes de EPDS y una historia personal de depresión ($P< .0006$), antecedentes de tratamiento de depresión ($P< .0001$) y un sentimiento depresivo durante el embarazo ($P< .0001$) ⁽³⁹⁾.

(Moreno, Domínguez, Franca; 2001), con la intención de estimar la prevalencia de depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Universitario de Brasilia, fue utilizada la versión portugués de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, la cual fue aplicada a mujeres en la octava y décima segunda semana postparto. Se aplicó a un total de 123 mujeres, de las que 117 respondieron en forma completa el cuestionario, la media de puntaje fue de 8.3 puntos \pm 5 puntos. El puntaje máximo registrado fue de 21 puntos y el mínimo 0. la prevalencia del test positivo fue de 22.2% ⁽¹⁷⁾.

(Espíndola, Morales, Mota, Díaz, Meza, Rodríguez; 2004), en un estudio cuyo objetivo era calibrar el instrumento de Depresión Postnatal de Edimburgo y determinar el punto de corte que muestre el mejor equilibrio entre la sensibilidad y especificidad.

Se llevó a efecto en una muestra de 264 mujeres, se aplicó la EPDS y la Escala de Automedición de Zung, los resultados obtenidos en relación al punto de corte, se obtuvieron valores de .74 de sensibilidad y .83 de especificidad. La confiabilidad de los puntajes obtenida mediante alfa de Cronbach fue de .8454, similar a las obtenidas en otras investigaciones ⁽¹⁵⁾.

(Latorre, Contreras, Herrán; 2004) en un estudio de depresión posparto de una ciudad colombiana. Factores de riesgo, se aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, versión traducida, la tasa global de incidencia que se obtuvo fue de 1 caso por cada mil días persona de seguimiento (IC del 95% 0.5-1.7).

Entre los estudios que han utilizado otro tipo de instrumentos de rastreo de depresión posparto encontramos, los realizados con la Escala de Depresión del Centro de estudios Epidemiológicos (CES-D), el cual es un instrumento de 20 enunciados, usado para evaluar la sintomatología depresiva en la población en general y que investiga la presencia de síntomas en el último mes, tiene una consistencia interna de 0.86 para población general, de 0.85 para mujeres y de 0.82 para hombres (25, 40).

(Canaval, González, Martínez, Tovar, Valencia; 2000), en un estudio de depresión posparto, apoyo social y calidad de vida de las mujeres de Cali, Colombia, Utilizando la Escala de Depresión Postparto del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Se consideró que las mujeres con puntaje de 16 o más tenían síntomas actuales de depresión. Del total de la muestra se obtuvo que el 57% expresaron sintomatología depresiva en el postparto ⁽²⁵⁾.

(Lara, Navarro, Navarrete, Cabrera, Almanza, Morales, Juárez: 2003), En un estudio realizado en la ciudad de México, en tres instituciones hospitalarias la prevalencia de sintomatología depresiva utilizando la Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos (CES-D), encontraron que el 30.7% de las mujeres entrevistadas mostró sintomatología depresiva significativa (CES-D>16) y 59% señalaron haber padecido estos síntomas en el pasado ⁽⁴⁰⁾.

(Bello, Puentes, Medina, Lozano; 2003) en una investigación de depresión en población adulta en México, utilizaron los criterios diagnósticos definidos por el Manual Diagnóstico Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV), se consideró que existía depresión cuando la persona entrevistada refería haber tenido todos los síntomas definidos. La prevalencia obtenida fue de 4.5% (IC 95% 41., 44.9) en mujeres fue de 5.8% (IC 95%= 5.2, 6.5) ⁽²⁰⁾.

(Evans, Macjohn, Marín: 2003), en una investigación de depresión postparto en el sistema público de atención de salud, utilizaron como instrumento de medición los criterios del CIE-10 para depresión, considerando casos positivos a las mujeres que presentaran 5 o más de los 9 criterios, por un tiempo mínimo de dos semanas. Se obtuvo un resultado de 32.07% de mujeres que presentaron sintomatología depresiva ⁽¹¹⁾.

Durante el postparto ya hemos visto se produce un gran cambio en la situación personal de la mujer para la que necesitará una nueva readaptación psicológica ante esta nueva etapa de su vida, de manera que no es raro que se pueda producir una crisis de identidad asociada a la maternidad. Estos cambios son más aparentes como también se ha mencionado en el primer embarazo, si bien no son exclusivos del mismo y puede reproducirse ante cada nueva maternidad ⁽⁴⁾. El nacimiento de un hijo trae consigo una carga afectiva, física y biológica.

Cuando la carga afectiva no es bien canalizada y además se soporta en una situación psicológica alterada, se corre el riesgo de de llegar a reacciones psicopatológicas de mayor o menor gravedad que inciden no solo en la salud de la madre, sino además en el desarrollo de su hijo y en las relaciones con su pareja, su familia y la sociedad en su conjunto.

El uso de de herramientas de rastreo con un test de autoaplicación, como las que se han expuesto, han mostrado su utilidad en los estudios realizados en varios países y

culturas, por lo que debe considerarse su inclusión en los servicios de salud que atienden mujeres en el postparto, el cual debe ser aplicado a todas las puérperas de manera universal y no restringirlo a poblaciones con mayor riesgo. La introducción de estos instrumentos, de rápida y fácil aplicación, puede hacer visible un número de mujeres, que sufren, sin ningún apoyo en una etapa crucial de su vida ⁽¹⁷⁾.

DISEÑO METODOLÓGICO

En cuanto al tipo de estudio, se trata de un estudio *descriptivo*, cuyo objetivo es proporcionar un panorama sobre la incidencia de depresión postparto y los factores asociados al riesgo de padecer la enfermedad. *Observacional*, porque el investigador no ejerció control sobre las variables, únicamente se aplicaron los instrumentos de recolección de datos y se registraron tal como fueron contestados por la población en estudio y *transversal*, porque la información fue recolectada en una solo período de tiempo y por lo tanto las inferencias que se realicen con respecto a las características de la población, se refieren al momento del levantamiento de los datos.

Hipótesis

H1: La depresión postparto presenta una prevalencia en las mujeres atendidas en el postparto, en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, igual a la reportada en la literatura.

H2: Existen factores de riesgo asociados que se relacionan con el riesgo de padecer depresión postparto, en las mujeres atendidas en el posparto en el Hospital Infantil del Estado de Sonora.

HN: La depresión postparto no presenta una prevalencia en las mujeres atendidas en el postparto, en el Hospital Infantil del Estado Sonora, igual a la reportada en la literatura.

HN: Existen factores de riesgo asociados que no se relacionan con el riesgo de padecer depresión postparto, en mujeres atendidas en el posparto en el Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Definición y operacionalización de Variables

Variable dependiente: Prevalencia de depresión posparto

Variable independiente: Factores de riesgo asociados

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
PREVALENCIA	Número de casos de depresión postparto durante el periodo de	Porcentaje de casos nuevos detectados y diagnosticados	Cuantitativa discreta	<i>%de casos nuevos detectados Total de casos</i>

	estudio			nuevos detectados
DEPRESIÓN POSTPARTO	Trastorno del estado de ánimo, que se presenta en el postparto, con sintomatología de tristeza extrema, pérdida del interés en la vida, pérdida de peso, insomnio, ansiedad, sentimiento de irritabilidad o culpa, incapacidad de concentrarse y puede presentarse pensamiento de muerte o suicidio	- SI - NO	Cualitativa nominal	Total de casos positivos detectados con los instrumentos de tamizaje utilizados Total de casos diagnosticados mediante entrevista clínica estructurada.
FACTORES RIESGO ASOCIADOS	Factores que posibilitan la ocurrencia de la depresión postparto	Demográficos: edad, escolaridad, estado civil, Obstétricos: paridad Antecedente de pérdidas gestacionales Control prenatal Vía de terminación del embarazo Edad gestacional Psicosociales: apoyo familiar, apoyo conyugal Antecedentes Psiquiátricos: historia previa personal o familiar de depresión e historia previa personal de depresión postparto		
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta el momento del estudio	Años cumplidos	Cuantitativa Continua Intervalo	Total de mujeres por grupo de edad, de: 12-19, 20-25, 25-35, 36-50
ESCOLARIDAD	El Mayor Grado escolar cursado completado hasta el momento del estudio	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria o bachillerato Licenciatura	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de mujeres con nivel de primaria, secundaria completo, preparatoria o bachillerato, licenciatura,

				<i>analfabeta.</i>
ESTADO CIVIL	Convivencia con una pareja conyugal al momento del estudio	Soltera Casada Divorciada Unión libre	Cualitativa Nominal	<i>Porcentaje de mujeres solteras, casadas, divorciadas, unión libre.</i>
VÍA DE TERMINACION DEL EMBARAZO	Tipo de nacimiento	Parto vaginal Cesárea	Cualitativa Ordinal	<i>Porcentaje de mujeres que tuvieron parto o cesárea.</i>
PARIDAD	Número de partos que la mujer ha tenido hasta el momento del estudio	1. Primípara 2. Multípara	Cualitativa Ordinal	<i>Porcentaje de mujeres primíparas Porcentaje de mujeres multíparas</i>
CONTROL PRENATAL	Número de consultas a las que se acudió	1. Adecuado 2. Deficiente	Cualitativa Nominal	<i>Número de consultas de control prenatal: > 5 consultas= adecuado (NOM-007-SSA2-1993)</i>
ANTECEDENTE DE PERDIDAS GESTACIONALES	Antecedente de abortos, y/u óbitos	1. SI 2. NO	Cualitativa Ordinal	<i>Porcentaje de mujeres con pérdidas con pérdidas gestacionales previas</i>
EDAD GESTACIONAL AL TERMINAR EL EMBARZO	Semanas de gestación al momento del parto o cesárea	1. Pretérmino 2. Término 3. Postérmino	Cualitativa Ordinal	<i>Porcentaje de mujeres con recién nacidos pretérmino, de término y postérmino</i>
APOYO FAMILIAR	Si recibe apoyo afectivo y en su caso económico de su familia	1. SI 2. NO	Cualitativa Nominal	<i>Porcentaje de mujeres que si reciben apoyo familiar Porcentaje de mujeres que no reciben apoyo familiar</i>
APOYO CONYUGAL	Si recibe apoyo afectivo, económico y de ayuda en casa de parte de su pareja conyugal	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal	<i>Porcentaje de mujeres que si reciben apoyo de su pareja conyugal Porcentaje de mujeres que no reciben apoyo conyugal</i>
HISTORIA PREVIA PERSONAL O	Si personalmente curso un cuadro depresivo	1. SI 2. NO	Cualitativa Nominal	<i>Porcentaje de mujeres que si tienen historia</i>

FAMILIAR DE DEPRESIÓN	diagnosticado, o su padre o madre.			<i>previa personal o familiar de depresión</i> <i>Porcentaje de mujeres que no tienen historia previa personal o familiar de depresión</i>
HISTORIA PREVIA PERSONAL DE DEPRESIÓN POSTPARTO	<i>Si en un parto anterior al del momento del estudio curso un cuadro de depresión postparto</i>	1. SI 2. NO	<i>Cualitativa Nominal</i>	<i>Porcentaje de mujeres que si tienen historia previa personal de depresión postparto</i> <i>Porcentaje de mujeres que no tienen historia previa personal de depresión postparto</i>

Universo de estudio. La población que participó en el estudio la constituyeron las mujeres que cursaron el puerperio dentro de las primeras 48hrs y fueron atendidas en el Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Tamaño de la muestra. El tamaño de la muestra se determino por cuota y conveniencia; en el cálculo para su estimación, se tomó en cuenta: el número total de puérperas atendidas en el año anterior, (N= 2793), a la que se aplicó el porcentaje promedio (12.8%) de prevalencia de depresión posparto obtenida en un estudio realizado a nivel hospitalario ⁽¹⁰⁾ entre 11.8% y 19.8% (IC del 95%,) para obtener una muestra de (n= 357).

Se tomó un nivel de confianza de la prueba de 95% y un poder de detectar el evento principal de 80%.

La forma de asignación de los casos al estudio fue: secuencial (las mujeres se incorporaron al estudio de acuerdo con los criterios de inclusión, como se fueron presentando, dentro de las primeras 24 horas al servicio de hospitalización obstétrica).

Criterios de inclusión. Mujeres que cursan el postparto, que tuvieron un parto por vía vaginal o por cesárea, único, sin complicaciones, con producto normal que otorguen su consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de exclusión. Mujeres que cursan el postparto, que tuvieron parto múltiple, con complicaciones, producto con malformaciones o enfermo y las que no consintieron en participar en el estudio.

Toda paciente que presente dificultad para valoración secundaria a: barrera del lenguaje, retraso mental o que reúnan criterios para otros trastornos: afectivos (distímico, depresión mayor, bipolar), psicóticos. Esquizofrenia, secundarios a otra condición médica

Criterios de eliminación. Mujeres que cursan el postparto, que fueron seleccionadas, pero que al final decidan no participar o contestar los instrumentos, los haya contestado de manera incompleta o bien que decidan no participar en la entrevista.

Instrumentos de recolección de datos. Para la recolección de datos se utilizaron los cuestionarios autoadministrables y la entrevista estructurada previa a su aplicación se realizó una prueba de los instrumentos con el fin de valorar la comprensión de las preguntas y detectar aquellas que resultasen ambiguas o confusas.

Los instrumentos utilizados fueron:

Inventario de depresión de Beck (BDI), es un instrumento autoaplicado de los más utilizados en la evaluación de esta enfermedad en el mundo, a partir de que fue creada (Beck, Ward, Mendelson, Mock, Erbaugh; 1961). Se ha probado en poblaciones diferentes incluyendo mujeres embarazadas y en el postparto. Su utilidad ha sido comprobada y validada en sus diferentes versiones y adaptaciones. Contempla 21 ítems conformados por frases autoevaluativas graduadas en orden creciente de intensidad de los síntomas de neutral a máxima severidad. Incluye cuatro opciones de respuesta por ítem a los que se asigna un peso de 0 a 3. Excepcionalmente incluye un ítem de castigo⁽⁶⁾ que presenta cinco alternativas de respuesta, aunque se les asigna el mismo valor de tres. Los ítems pueden sumar hasta un máximo de 63. Los datos normativos sugieren cuatro grados del estado emocional: ánimo normal de 0 a 9, estado depresivo leve de 10 a 18, moderado de 19 a 29 y grave de 33 a 63⁽¹⁶⁾.

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, diseñada por (Cox, Holden, Sagovsky; 1987) específicamente para detectar estados depresivos en el período postnatal, es un instrumento muy utilizado en la actualidad, tanto en la investigación como en la clínica. Se ha probado su eficacia a nivel hospitalario, en atención primaria y en el propio domicilio de las pacientes. Contiene diez ítems con cuatro posibles alternativas de respuesta de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, también puntuada de 0 a 3, El rango total va de 0 a 30. Los autores proponen el punto de corte 9 a 10 para la clasificación de estado depresivo ^(8, 16, 35, 36).

(García, Aguado, Ascaso, Caparrós, Navarro, Ojuel; 2000) obtuvieron un punto de corte de 10/11 la que proporciona una relación entre sensibilidad y especificidad de 79% y 80.3% respectivamente. (Espíndola, Morales, Mota, Díaz, Meza, Rodríguez: 2004) lo obtuvieron de 14, manifestando una sensibilidad de 75% y especificidad de 84%.

Para los factores de riesgo asociados se utilizó la entrevista para obtener las variables sociodemográficas incluidas las que fueron edad, escolaridad, estado civil, nivel económico. En cuanto a los antecedentes obstétricos, se obtuvo información referente a paridad, abortos, control prenatal y tipo de parto. Con el fin de medir el apoyo socioafectivo se preguntó sobre las personas con las cuales convivía al momento de la encuesta y la percepción subjetiva de la ayuda que recibía tanto para la ejecución de las tareas domésticas, cuidado de los niños y apoyo emocional

Organización. La responsabilidad de la planeación, supervisión, ejecución y desarrollo del estudio fue del médico residente de cuarto año de gineco-obstetricia, quien realizó el análisis de los datos, la discusión y conclusiones, la aplicación de los instrumentos se realizó por parte del servicio de Psicología del HIES-HIMES, bajo supervisión del servicio de Psiquiatría del HIMES, y el médico a cargo.

Procedimiento. En la primera etapa se procedió a adquirir el material e insumos necesario para llevar a efecto la recolección de datos, se fotocopió la cantidad requerida de instrumentos de recolección, de acuerdo con el tamaño de de la muestra más un excedente para evitar faltantes. Se determinó, como área de aplicación de la encuesta el servicio de hospitalización obstétrica, donde se realizó una prueba piloto de los instrumentos, con el fin de valorar la comprensión de las preguntas y detectar aquellas

que estuviesen ambiguas o confusas y buscar la manera de mejorarlas. En segunda instancia, se procedió a la aplicación de la encuesta a las mujeres seleccionadas de acuerdo con los criterios de selección, (mujeres que cursan el postparto, que tuvieron un parto por vía vaginal o por cesárea, único, sin complicaciones, con producto normal que otorguen su consentimiento para participar en el estudio), en la medida que fueron llegando al servicio de hospitalización obstétrica, dentro de las primeras 24 a 48 horas antes del alta hospitalaria, durante el período del 26 de febrero al 6 de julio del 2007. En el transcurso del mismo se obtuvo la información de 358 mujeres en el postparto las cuales aceptaron participar. Se entrevistó a cada una para obtener los datos relacionados con los factores de riesgo y a todas se les instruyó acerca del llenado de los instrumentos para facilitarles la autoaplicación, de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Las mujeres con resultados positivos, se les invitó asistir para una valoración en el servicio correspondiente, las escalas fueron aplicadas por un equipo de estudiantes de psicología, instruidas previamente para la aplicación de los instrumentos de recolección por parte del servicio de psiquiatría de la unidad de estudio.

Captura, procesamiento y análisis de datos. Se capturó la información, se resumieron los datos en cuadros y graficas y se les aplico el paquete de análisis estadístico JMP-6. En el procesamiento estadístico se realiza una descripción de cada variable, calculando porcentajes y medidas de tendencia central para las variables cualitativas, así como χ^2 y para las cuantitativas las de dispersión, desviación estándar. Con estos resultados se obtienen las conclusiones y se establece la discusión.

Aspectos éticos. Se informó al paciente de las características del estudio, de los riesgos y beneficios que conlleva la intervención que representa el estudio (obtener información en el proceso de su dinámica social), para las participantes en el mismo.

Se consideró: Garantizar la protección física y social de las informantes, respetar la privacidad y confidencialidad de las informantes, la decisión de la paciente de participar o no en estudio y en su caso de retirarse en cualquier momento.

Como resultado de la intervención se requirió ofrecer un servicio, para lo que se aseguró que este fuera atendido.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 357 mujeres, que represento una muestra significativa para la población en estudio, que durante el periodo de estudio fue de 2793 mujeres que cursaron el puerperio inmediato en el servicio de hospitalización de obstetricia, que cumplieron con los criterios de inclusión, del Hospital Infantil del Estado de Sonora, en las primeras 48 horas antes del alta hospitalaria, entre el 26 de febrero y el 6 de julio de 2007.

De las 357 mujeres a las que se aplicó la EPDS (Edimburgh Postnatal Depression Scale), se encontró que el puntaje obtenido en promedio fue de 6.5 (con una desviación estándar de 4), con un puntaje máximo de 23 puntos y el mínimo de 0 puntos. Tomando en cuenta el umbral, de 9 puntos, para considerar la prueba de tamizaje (EPDS) como positiva, 43 (=12%) de las pacientes entrevistadas resultaron con prueba positiva, el restante de 314 (=88%) mujeres resultaron con puntajes para una prueba negativa. Resultando la prevalencia para la prueba positiva del 12% (Tabla 1).

Tabla 1
*Prevalencia para prueba positiva
de depresión postparto*

N	2793
n	357
Paciente con EDPS positiva	43
Prevalencia	12%

Se realizo un análisis de frecuencias entre los grupos positivo y negativo para depresión, ante cada una de las variables tomadas en cuenta como factores de riesgo mediante la prueba de χ^2 , obteniéndose en todos los grupos una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$).

Los factores de riesgo incluidos en el perfil biopsicosocial de las mujeres dentro de la muestra se mostró con la siguiente distribución. La edad media de las 357 mujeres entrevistadas fue de 23,03 (DE 5.99), la edad mínima registrada fue de 14 años y la máxima de 44 años; para su análisis se realizaron cuatro grupos de edad (12 a 19 años, 20 a 25 años, 26 a 35 años, y 36 a 50 años), distribuyéndose de la forma siguiente: 118

mujeres (33.05%) en el grupo de 12 a 19 años, 143 mujeres (40.05%) en el grupo de 20 a 25 años, 77 mujeres (21.57%) y 19 mujeres (5.32%) en los grupos de 26 a 35 años y de 35 a 50 años respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2
Distribución por grupos de edad

Grupo	n	%
12 a 19 años	118	33.05
20 a 25 años	143	40.05
26 a 35 años	77	21.57
36 a 50 años	19	5.32
Total	357	100

La distribución dentro de los grupos de edad de los casos con resultados positivo para depresión postparto de 10 casos (23.26%) para el grupo de 12 a 19 años, 19 casos (44.19%) para en grupo de 20 a 25 años, 11 casos (25.58%) en el grupo de 26 a 35 años, finalmente 3 pacientes para el grupo de 36 a 50 años, con un promedio de edad de 24.2 años (\pm DE 6.44) con una edad mínima de 16 años y una máxima, dentro del grupo de los casos con EDPS negativa para depresión la distribución de los casos en grupos de edad es de 108 casos (34.39%) para 12 a 19 años, 124 casos (34.49%) para 20 a 25 años, 66 casos (21.02%) para 26 a 35 años, y 16 casos (5.10%) para 36 a 50 años, el promedio de edad en este grupo fue de 22.9 años (DE 5.93) con una edad mínima de 14 años y máxima de 41 años. Al realizar el análisis estadístico el grupo completo se obtuvo un valor de $P=0.52$, se realizaron también el anales de frecuencias para cada uno de los valores asignados a la variable grupo de edad, los cuales se esquematizan a continuación (Tabla 3, Gráfico 1 y 2).

Tabla 3
Relación de mujeres con EDPS positiva por los grupos de edad

	Positivo para Depresión	Negativo para Depresión	P
12 a 19 años	10 23.26%	108 34.39%	0.003*

20 a 25 años	19 44.19%	124 39.49%	0.0001*
26 a 35 años	11 25.58%	66 21.02%	0.0001*
36 a 50 años	3 6.98%	16 5.10%	0.029*
Total	43	314	0.52

*Estadísticamente significativa

Gráfico 1
Porcentaje de casos por grupo de edad

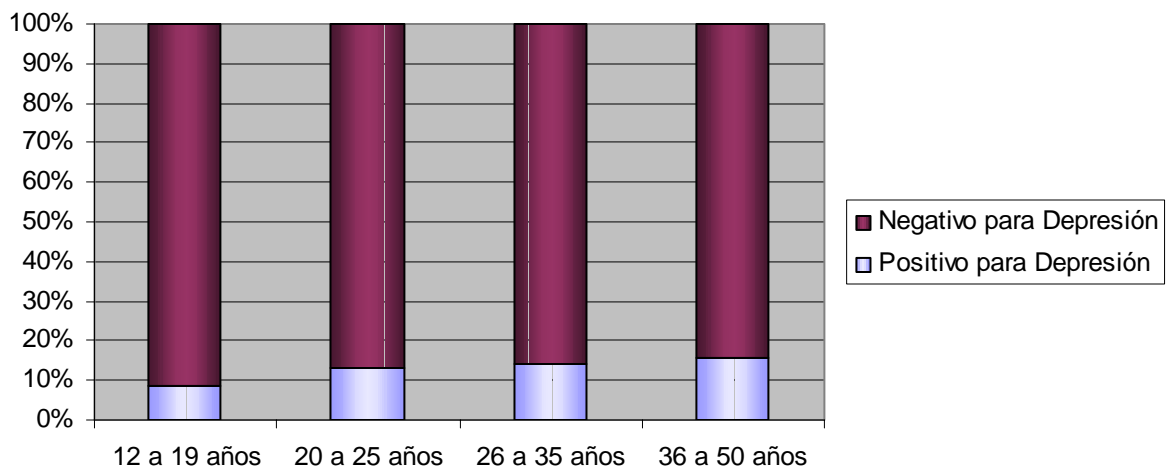
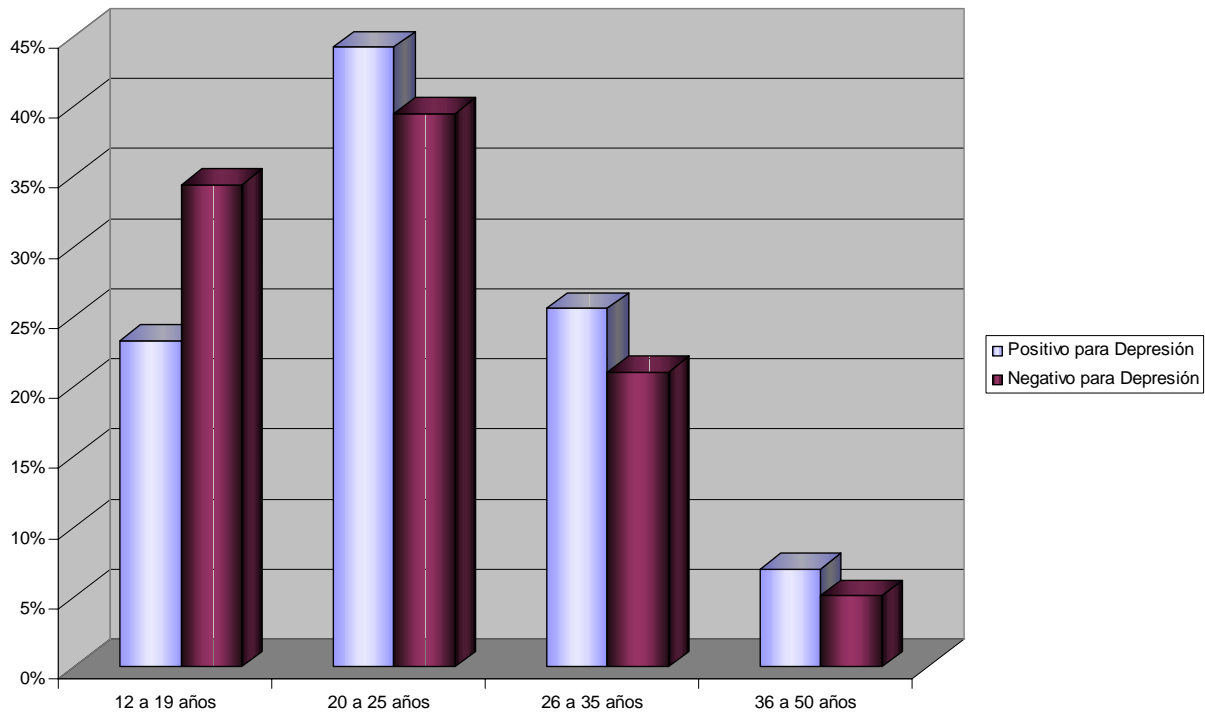


Gráfico 2
Distribución porcentual comparativa de casos por grupos de edad



En la población total del estudio se encontraron que el nivel de escolaridad predominante fue secundaria con un número de 168 mujeres representando el 47%, el resto en orden decreciente fue de nivel preparatoria o bachillerato con 85 mujeres (23.8%), primaria con 82 mujeres (23%), licenciatura en 20 mujeres (5.6%), y finalmente analfabeta en 2 casos (0.6%) (Tabla 4).

Tabla 4
Distribución de escolaridad

Escolaridad	N	%
Analfabeta	2	0.6
Primaria	82	23.0
Secundaria	168	47
Preparatoria o bachillerato	85	23.8
Licenciatura	20	5.6
Total	357	100

La escolaridad se distribuyó de la siguiente forma dentro del grupo de pacientes con prueba positiva para depresión, el mayor número de pacientes se encontraba con un nivel secundaria con 20 casos (46.51%), seguido de primaria y preparatoria con 10 casos

(23.26%) respectivamente, en el nivel de licenciatura se ubicaron 1 caso (2.33%) con los mismos valores para el nivel de analfabeta. En el grupo de pacientes con EPDS los niveles de escolaridad se distribuyeron de forma similar, 148 casos (47.13%) en nivel secundaria, 75 casos (23.89%), 71 casos (22.61%) con nivel primaria, y 1 caso (0.32%) para analfabetismo. Al realizar e análisis estadístico de todos los grupos de de escolaridad se obtuvo un valor de $P=0.56$, se analizó al igual las frecuencias de cada uno de los grupos de la variable. (Tabla 5, Gráfico 3 y 4).

Tabla 5
Distribución de depresión postparto por escolaridad

	Positivo para Depresión	Negativo para Depresión	P
Analfabeta	1 2.33%	1 0.32%	1.0
Primaria	11 25.28%	71 22.61%	<0.0001*
Secundaria	20 46.51%	148 47.13%	<.00001*
Preparatoria	10 23.26%	75 23.89%	<0.0001*
Licenciatura	1 2.33%	19 6.05%	<.00001*
Total	43	314	0.56

*Significativo estadísticamente

Gráfico 3
Porcentaje de pacientes por nivel de escolaridad

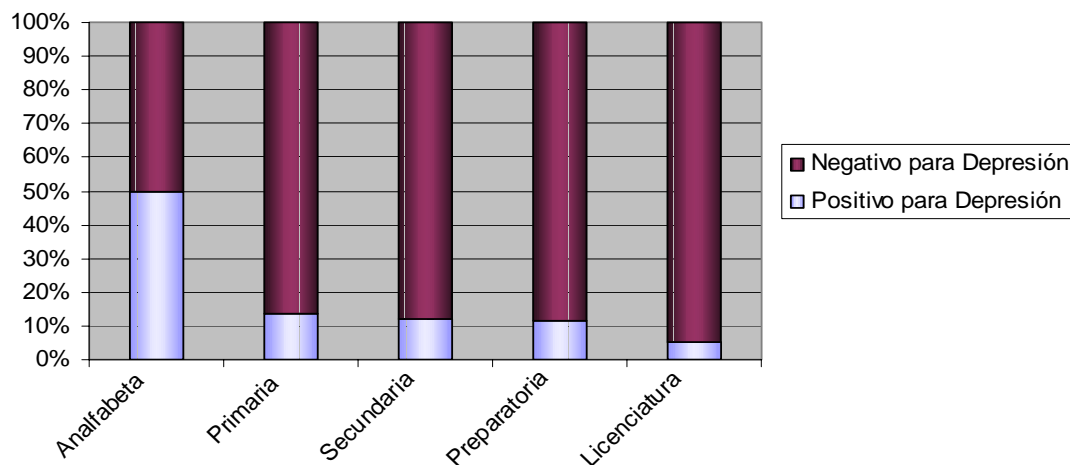
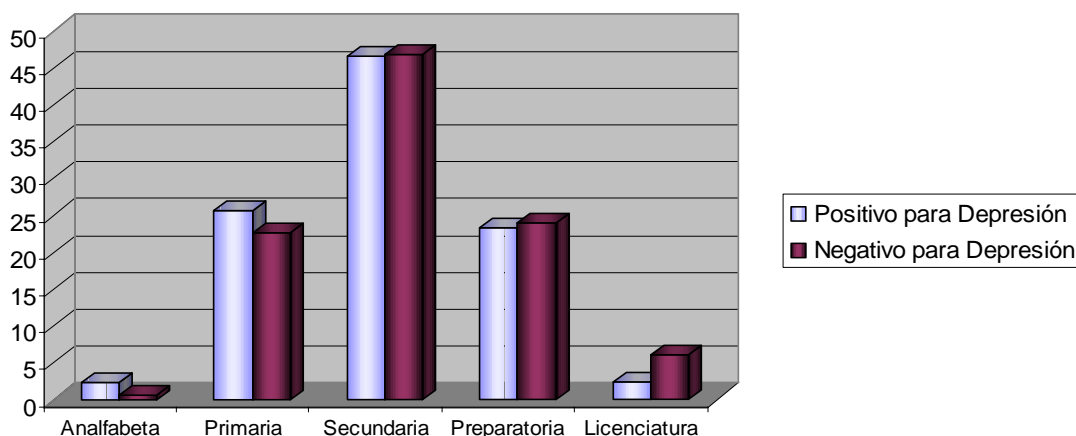


Gráfico 4
Distribucion porcentual comparativa de casos por grado de escolaridad



El estado civil se distribuyo de la siguiente forma 194 (54.3%) mujeres se encuentran en unión libre, 82 (23%) casadas, 80 (22.4%) solteras, 1 (0.3%) divorciada (Tabla 6).

Tabla 6
Distribución del estado civil

Estado Civil	n	%
Casada	82	23
Divorciada	1	0.3
Soltera	80	22.4
Unión libre	194	54.3
Total	357	100

La relación encontrada del grupo positiva para depresión con el estado civil se observo que 27 casos (62.79%) de las pacientes con depresión están dentro de la categoría de unión libre, seguidas en importancia por la categoría soltera con 12 casos (27.91%), casada con 3 casos (6.98%) y divorciada 1 (6.98%); el grupo de pacientes, con EPDS negativo en orden decreciente con 167 casos (53.18%) para unión libre, 79 casos (25.16%) con estado civil casada, 68 casos (21.66%) con estado civil soltera y 0 casos con estado civil divorciada. Al analizar todos los estados civiles en relación a los casos positivos negativos para depresión postparto se obtuvo un valor de $P=0.0028$,

conjuntamente aun análisis de frecuencias para cada uno de los estados civiles (Tabla 7, Gráficos 5 y 6).

Tabla 7
Distribución de depresión postparto por estado civil

	Positivo para Depresión	Negativo para Depresión	P
Casada	3 6.98%	79 25.16%	<0.0001*
Divorciada	1 2.33%	0 0.00%	0.31
Soltera	12 27.91%	68 21.66%	<0.0001*
Unión libre	27 62.79%	167 53.18%	<0.0001*
Total	43	314	0.0028*

*Estadísticamente significativo

Gráfico 5
Porcentaje de casos por estado civil

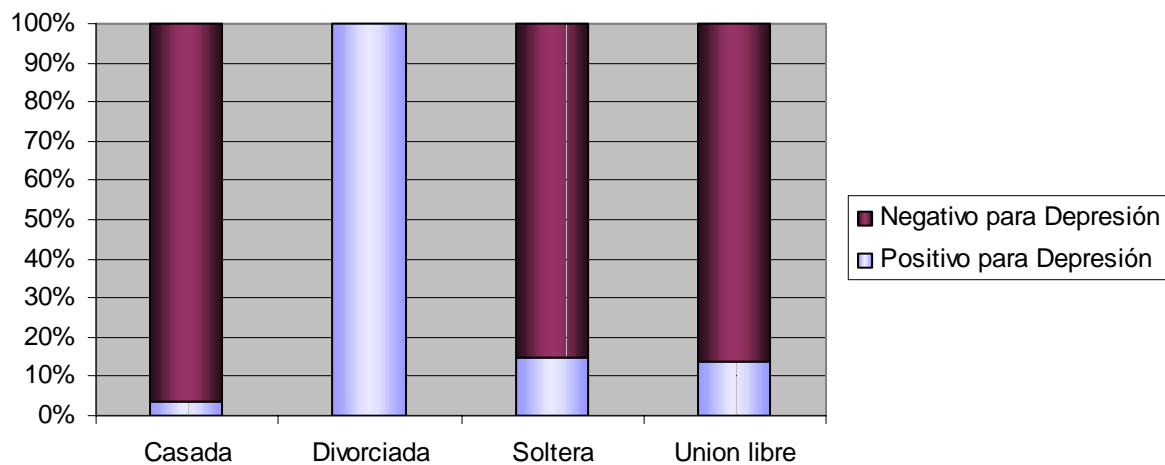
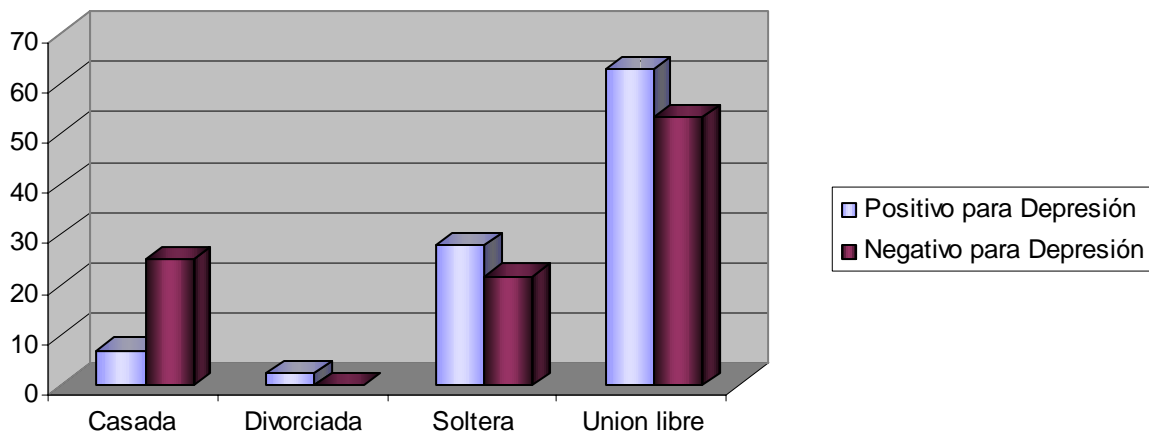


Gráfico 6
Distribución porcentual comparativa por estado civil



La paridad se registro con un promedio de 2.2 partos (DE 1.4) por mujer, con un valor máximo de 9 partos y un mínimo de 1 parto y una mediana de 2 partos. Se clasifico a las pacientes en 3 grupos según la cantidad de partos, donde se distribuyeron de la siguiente forma, 112 (31%) como múltiparas (con tres o más partos), 99 casos (28%) como secundíparas, y 146 (41%) como primíparas (Tabla 8).

Tabla 8
Distribución de la paridad

Paridad	n	%
Múltipara	112	31
Secundípara	99	28
Primípara	146	41
Total	357	100

La paridad encontrada dentro del grupo de depresión postparto se encontró que 17 casos (39.53%) corresponden al grupo de múltiparas, 17 casos (39.5%) en secundíparas y 9 casos para el grupo de primíparas (20.93%), con un promedio de 2.5 (DE1.2) partos, un mínimo de 1 parto y un máximo de 5 partos; el grupo de mujeres con EPDS negativa el grupo con mayor cantidad de casos fue el de primíparas con 137 casos (43.63), seguido por el de múltiparas con 95 casos (30.25%) y secundíparas con 82 casos (26.11%), con un promedio para este grupo de 2.1 (DE 1.4) partos en promedio por paciente, con un mínimo de 1 parto y un máximo de 9 partos. Al realizar el análisis de la cantidad de parto

entre los grupos con EDPS negativa y positiva para depresión se obtuvo un valor de $P=0.0161$ (Tabla 9, Gráficos 7 y 8).

Tabla 9
Distribución de la depresión postparto por paridad

	Positivo para Depresión	Negativo para Depresión	P
Múltipara	17 39.53%	95 30.25%	<0.0001*
Secundípara	17 39.53%	82 26.11%	<0.0001*
Primíparas	9 20.93%	137 43.63%	<0.0001*
Total	43	314	0.0161*

* Estadísticamente significativo

Gráfico 7
Porcentaje de casos por paridad

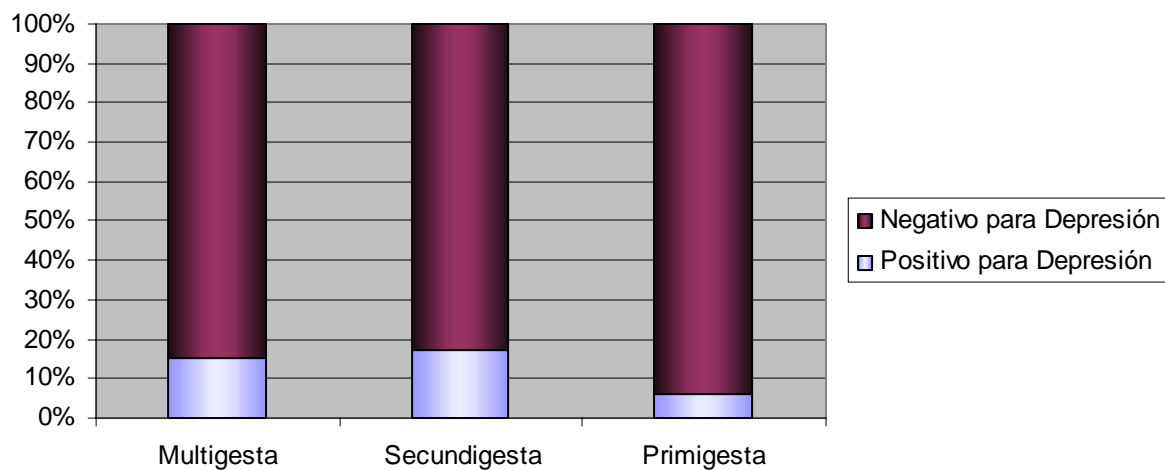
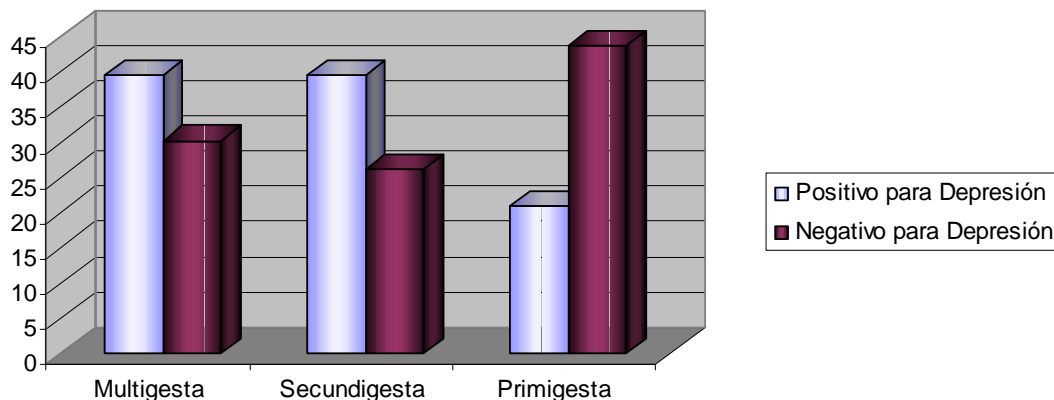


Gráfico 8
Distribución porcentual comparativa por paridad



El control prenatal fue tomado en cuenta en base a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, donde se da como número de consultas para tener un control prenatal adecuado en pacientes con embarazo de bajo riesgo, un total de 5 consultas ⁽⁸⁾, en la literatura se reportan un número mayor hasta de 12 consultas incrementando su frecuencia conforme progresa la gestación ^(62, 63), se tomo como referencia los establecido por la NOM para considerar como adecuado el control prenatal en estudio, se obtuvo un promedio de 6.2 (DE de 3.1) consultas por embarazo, con un mínimo de 0 consultas y un máximo de 20, un total de 260 pacientes (72.9%) con un control prenatal adecuado y 97 pacientes (27.1%) con un control deficiente (Tabla 10).

Tabla 10
Distribución de casos por control prenatal

	n	%
Adecuado	260	72.9%
Deficiente	97	27.1%
Total	357	100%

La distribución de los grupos con test positivo para depresión se encontró con 26 casos (60.47%) para un control prenatal adecuado y 17 casos (39.53%) para control deficiente, en el grupo de test negativo se contabilizaron 234 casos (74.52%) para control adecuado y 80 casos (25.48%) para un control deficiente, para la asociación entre control prenatal deficiente y depresión postparto se encontró un relación con un valor de $P=0.0422$, en la

condición de que los casos con control deficiente es mayor, en el grupo con EPDS positiva para depresión que el grupo con resultado negativo. (Tabla 11, Gráficos 9 y 10).

Tabla 11
Distribución de depresión postparto por calidad de control prenatal

	Positivo para Depresión	Negativo para Depresión	P
Adecuado	26 60.47%	234 74.52%	<0.0001*
Deficiente	17 39.53%	80 25.48%	<0.0001*
	43	314	0.0422*

*Estadísticamente significativo.

Gráfico 9
Porcentaje de casos por calidad de control prenatal

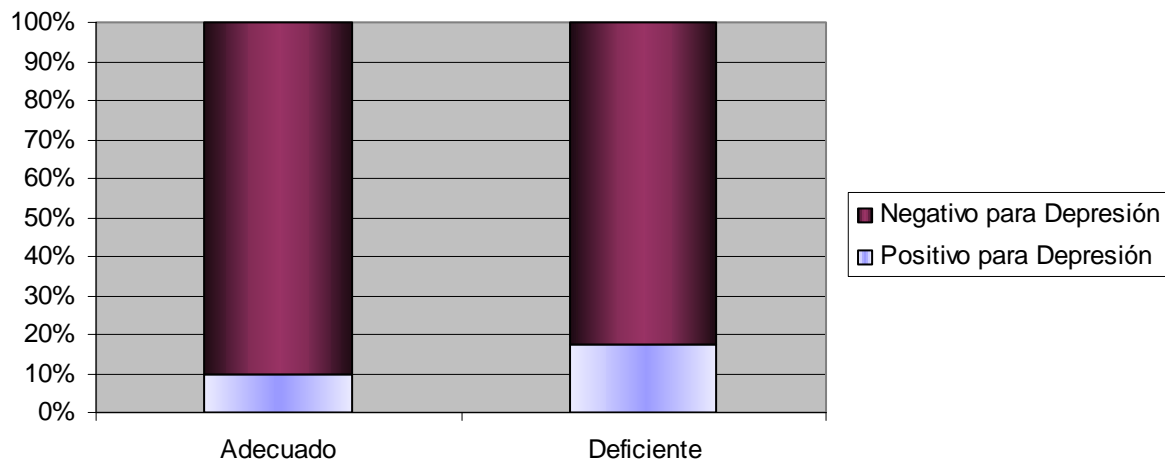
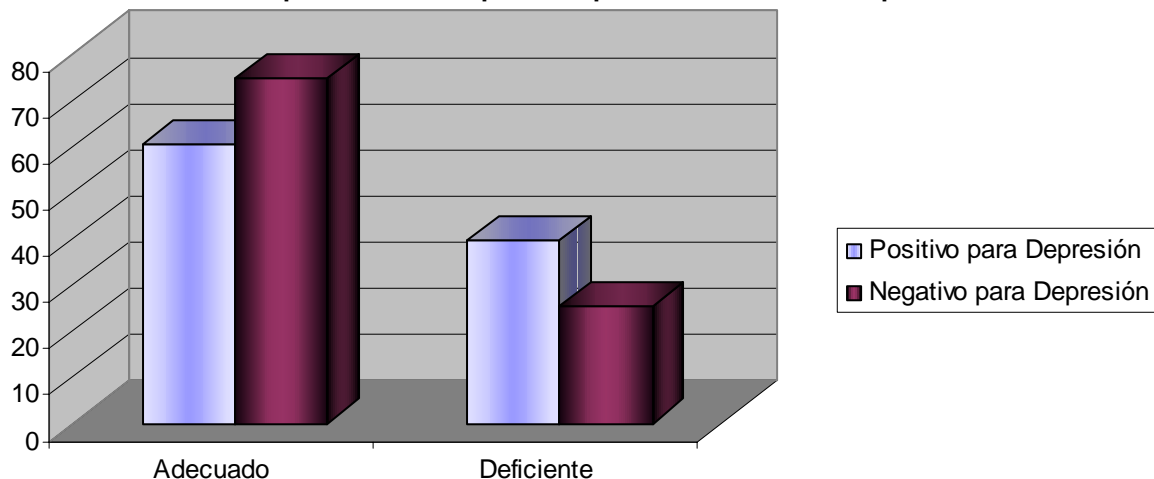


Gráfico 10
Distribución porcentual comparativa por calidad de control prenatal



En lo referente al antecedente de pérdidas gestacionales previas 49 (13.7%) mujeres presentaron el antecedente de por lo menos 1 pérdida gestacional previa, las restantes 308 (86.3%) mujeres carecían de el antecedente mencionado; se encontró con un promedio de 0.16 pérdidas en la población estudiada con un mínimo de 0 pérdidas y una máxima de 3 pérdidas gestacionales en la población encuestada (Tabla 12).

Tabla 12
Distribución del antecedente de pérdidas gestacionales

Antecedente de pérdida gestacional	n	%
Presente	49	13.7%
Ausente	308	86.3%
Total	357	100%

El antecedente de pérdidas gestacionales en relación al grupo positivo en la EDPS mostró en 9 casos (20.93%) con antecedente de presente de pérdidas gestacionales, y 34 casos (79.07%) no contaron con el antecedente, del grupo con EPDS negativa mostró 274 casos (87.26%) con antecedente ausente y 40 casos (12.74%) con el antecedente presente. El análisis de frecuencia entre los grupos positivo y negativo para EPDS, en relación con el antecedente de pérdidas gestacionales obtuvo un valor de $P=0.1432$ para la determinación de si el antecedente de abortos es mayor en el grupo de pacientes con pruebas positivas para depresión. (Tabla 13).

Tabla 13
Distribución de depresión postparto por antecedente de una o más pérdidas gestacionales.

	Positivo para Depresión	Negativo para Depresión	P
Ausente	34 79.07%	274 87.26%	<0.0001*
Presente	9 20.93%	40 12.74%	<0.0001*
Total	43	314	0.1432

* Estadísticamente significativo

Gráfico 11
Porcentaje por antecedente de pérdidas gestacionales

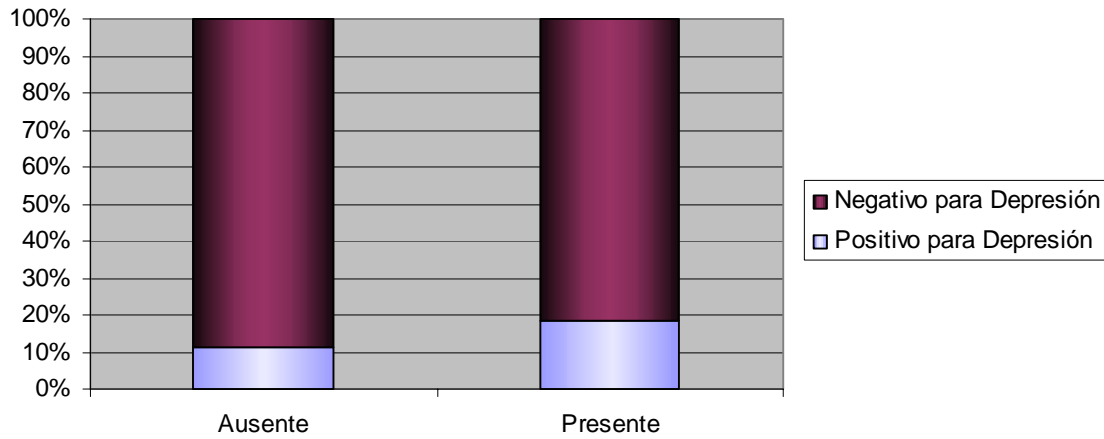
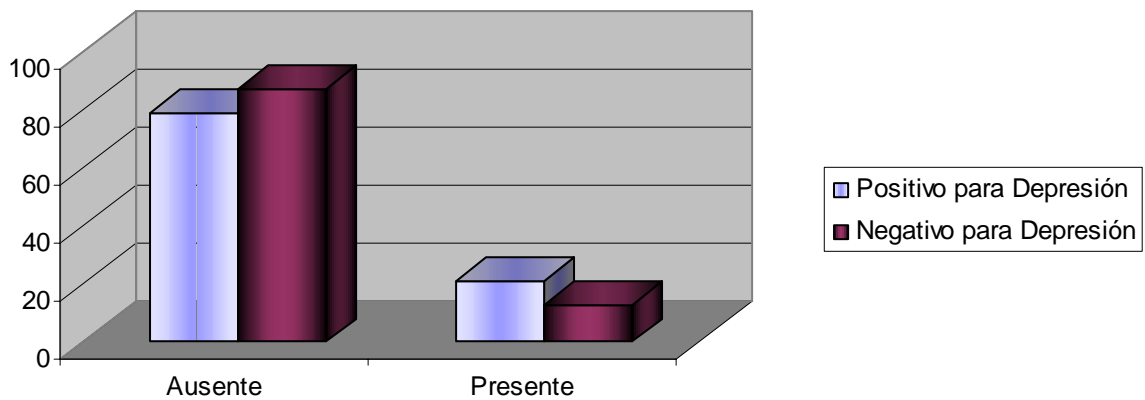


Gráfico 12
Distribución porcentual comparativa por antecedente de pérdidas gestacionales



De las 357 pacientes encuestadas, 205 concluyeron su embarazo con parto vaginal representando el 57.4% y las restantes 152 pacientes representando el 42.6% tuvieron terminación de su embarazo vía cesárea (Tabla 14).

Tabla 14
Distribución de la vía de terminación del embarazo

Vía de terminación del embarazo	N	%
Parto	205	57.4
Cesárea	152	42.6
Total	357	100

La distribución de los casos en cuanto a la vía de terminación del embarazo, se observó de la siguiente forma en el grupo de pacientes con prueba positiva para depresión 19 casos (44.19%) para la vía cesárea, y 24 casos (55.81%) para el grupo de partos; en el grupo de pacientes con EPDS negativa para depresión se encontraron 181 casos (57.64%) para terminación vía parto, y 133 casos (42.36%) por vía cesárea. Al analizar la vía de terminación entre los grupos con prueba positiva y negativa para depresión se obtuvo un valor de $P=0.82$ (Tabla 15, Gráficos 13 y 14).

Tabla 15

Distribución de depresión postparto por vía de terminación del embarazo

	Positivo para Depresión	Negativo para Depresión	P
Cesárea	19 44.19%	133 42.36%	<0.0001*
Parto	24 55.81%	181 57.64%	<0.0001*
Total	43	314	0.82

*Estadísticamente significativo

Gráfico 13

Porcentaje de casos por vía de terminación

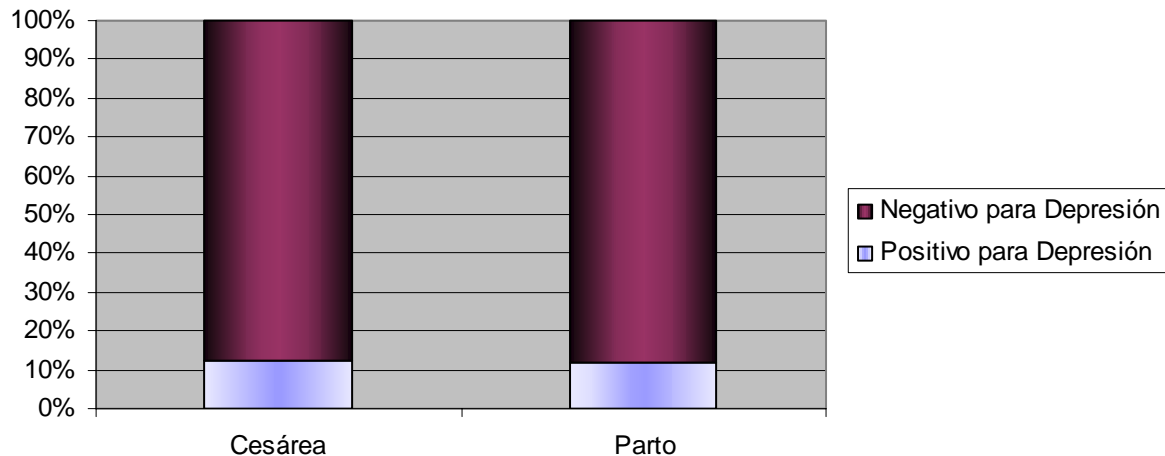
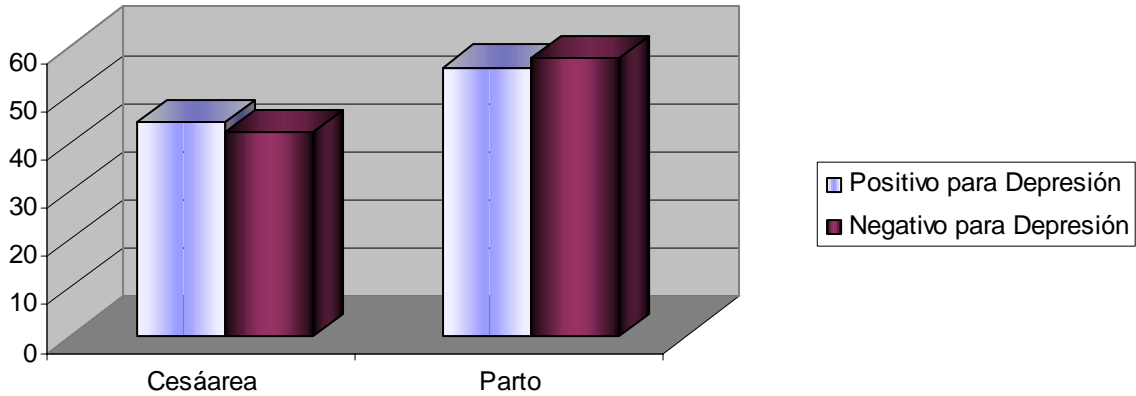


Gráfico 14
Distribución porcentual comparativa por vía de terminación del embarazo



En lo concerniente a la edad gestacional al momento de terminación del embarazo, se tomo en cuenta la edad gestacional por fecha de ultima menstruación, y su interpretación para categorizarse como pretérmino, término y postérmino, que tiene mayor relevancia en cuanto la percepción de paciente que el número total de semanas, encontrando, que 307 (86%) mujeres se encontraron cursando un puerperio secundario a un embarazo a término dentro de muestra, 43 (12%) mujeres con embarazo pretérmino y 7 (2%) con embarazo postérmino (Tabla 16).

Tabla 16
Distribución de la edad gestacional previo al puerperio

Edad gestacional	n	%
Pretérmino	43	12
Término	307	86
Postérmino	7	2
Total	357	100

La edad gestacional del embarazo para el grupo de depresión tuvo una distribución de 37 casos (86.05%) para el término, 6 casos (13.95%) para pretérmino y 0 casos para postérmino; el análisis de frecuencias entre edad gestacional dio como resultado un valor de $P=0.5751$ para la relación con la presencia de depresión (Tabla 17, Gráficos 15 y 16).

Tabla 17
Distribución de depresión postparto según edad gestacional

	Positivo para Depresión	Negativo para Depresión	P

Postérmino	0	7	-
	0.00%	2.23%	
Pretérmino	6	37	<0.0001*
	13.95%	11.78%	
Termino	37	270	<0.0001*
	86.05%	85.99%	
	43	314	0.5751

* Estadísticamente significativo

Gráfico 15
Porcentaje de casos por edad gestacional

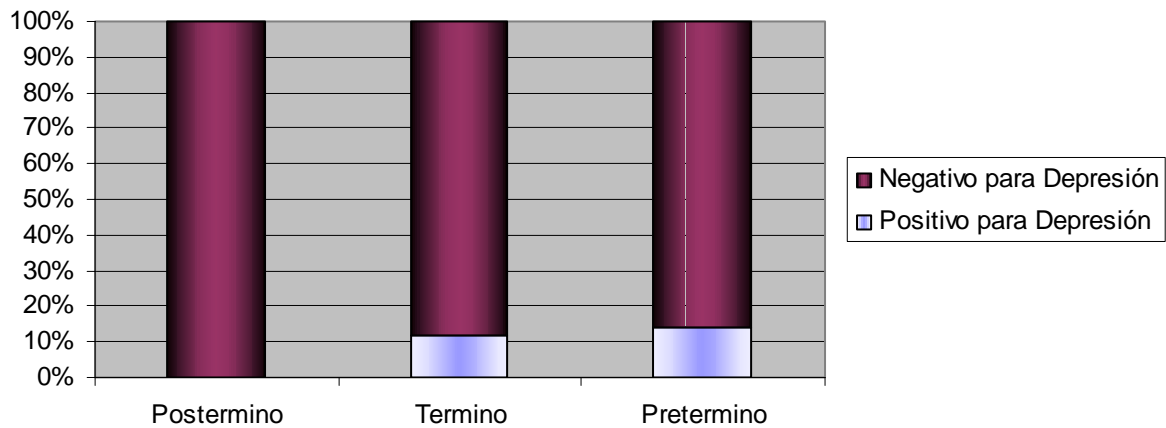
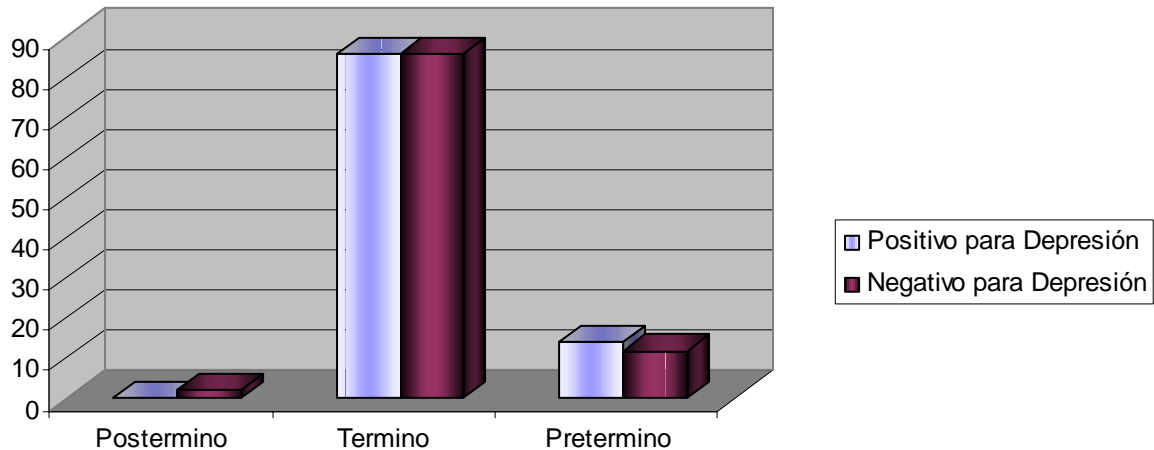


Gráfico 16
Distribución porcentual comparativa por edad gestacional



El antecedente de apoyo familiar y conyugal, fueron valorados a través de la entrevista, tomando en cuenta la percepción personal de la paciente encuestada en referencia al apoyo afectivo y económico recibido por parte de la pareja y el ámbito familiar. En lo

referente al apoyo familiar se encontró que 309 (86.6%) mujeres tuvieron una percepción positiva, al factor mencionado, con el restante de 48 (13.4%) mujeres que tuvieron una percepción negativa (Tabla 18).

Tabla 18
Distribución de la percepción del apoyo familiar

Apoyo familiar	n	%
Positivo	309	86.6
Negativo	48	13.4
Total	357	100

En el grupo de pacientes con EDPS positiva para depresión, se encontró en 7 casos (16.28%) ausente el antecedente de apoyo familiar, y 36 casos (83.72%) con presente el antecedente de apoyo familiar; el grupo de pacientes con EPDS negativa para depresión se encontró 14 casos (4.46%) con antecedente ausente, y 300 casos (95.54%) con el antecedente presente. Se analizó la relación entre los grupos positivo y negativo para depresión obteniéndose un valor de $P=0.0072$ para la ausencia de apoyo conyugal y la prueba positiva para depresión (Tabla 19, Gráficos 17 y 18).

Tabla 19
Distribución de la depresión postparto según antecedente de apoyo familiar

	Positivo para Depresión	Negativo para Depresión	P
Ausente	7 16.28%	14 4.46%	0.12
Presente	36 83.72%	300 95.54%	<0.0001*
	43	314	0.0072*

*Estadísticamente significativo

Gráfico 17
Porcentaje de casos por antecedente de apoyo familiar

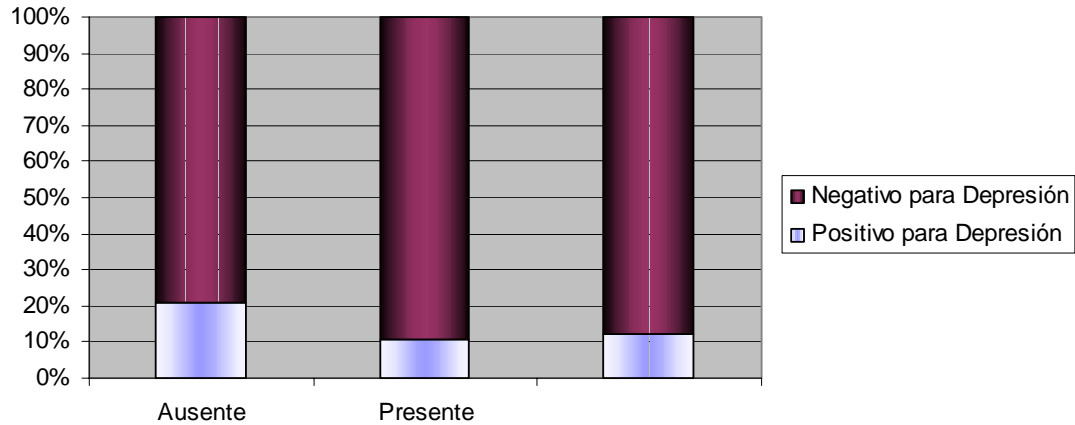
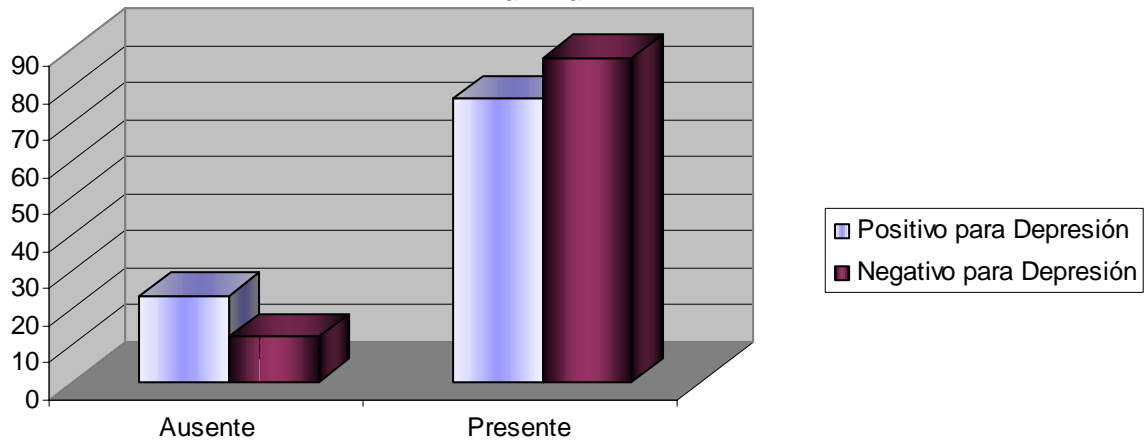


Gráfico 18
Distribución porcentual comparativa por antecedente de apoyo familiar



La percepción del apoyo conyugal tuvo como resultado que 336 (94.1%) de las mujeres encuestadas tenían una percepción positiva del apoyo conyugal recibido, mientras que el restante de 21 (5.9%) de mujeres tenía una percepción negativa (Tabla 20).

Tabla 20
Distribución de la percepción del apoyo conyugal

Apoyo conyugal	n	%
Positivo	336	94.1
Negativo	21	5.9
Total	357	100

En lo concerniente al antecedente de apoyo conyugal, se mostró ausente en 10 casos (23.26%) de las pacientes con depresión, y se mostró presente en 33 casos (76.74%); en el grupo de pacientes con prueba negativa para depresión se observó en 38 casos (12.10%) ausente el antecedente de apoyo conyugal, y 276 casos (87.90%) se encontraba presente (Tabla 21, Gráficos 19 y 20).

Tabla 21
Distribución de depresión postparto por antecedente de apoyo conyugal

	Positivo para Depresión	Negativo para Depresión	P
Ausente	10 23.26%	38 12.10%	<0.0001*
Presente	33 76.74%	276 87.90%	<0.0001*
	43	314	0.0443*

* Estadísticamente significativo

Gráfico 19
Porcentaje de casos por antecedente de apoyo conyugal

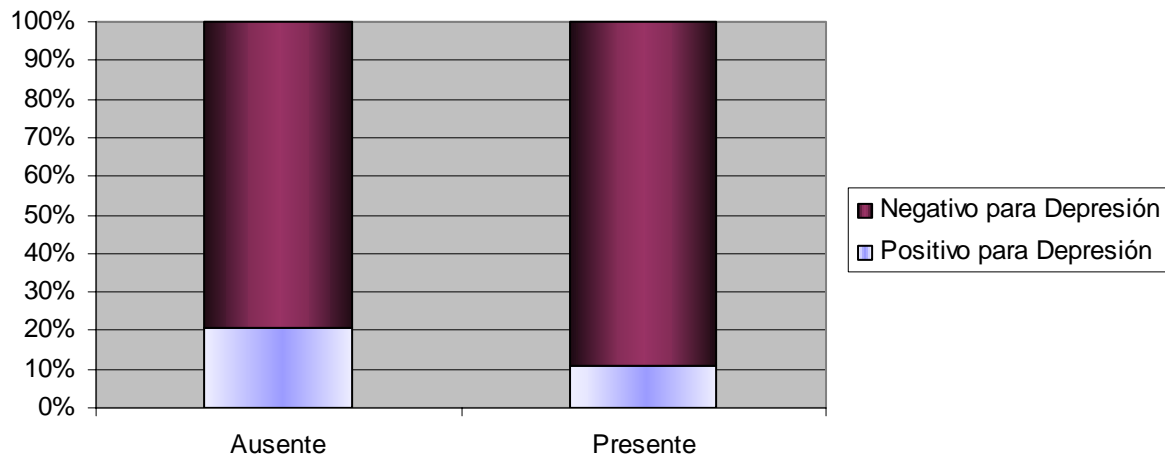
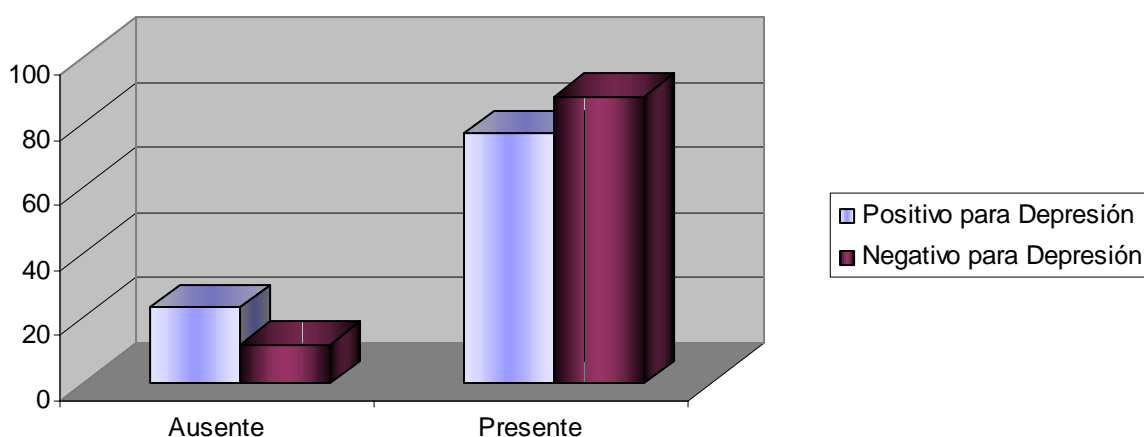


Gráfico 20 Distribución porcentual comparativa por antecedente de apoyo conyugal



Los antecedentes de depresión en familiares de primer grado fueron interrogados, encontrando que 65 (18.2%) casos tenían por lo menos 1 familiar con antecedente de cuadro depresivo previamente diagnosticado; las restantes 292 (81.8%) casos tuvieron una respuesta negativa durante la encuesta (Tabla 22).

Tabla 22
Antecedentes de depresión familiar

Antecedente familiar de depresión	n	%
Presente	65	18.2
Ausente	292	81.8
Total	357	100

El antecedente de depresión familiar en primer grado en grupo de paciente con prueba positiva para depresión se mostró con 31 casos (72.09%) con ausencia del antecedente de depresión familiar y 12 casos (27.91%) con antecedente presente de depresión familiar; en el grupo de paciente con prueba negativa para depresión la distribución obtenida fue de 261 casos (83.12%) para ausencia del antecedente y de 53 casos (16.88%) para el antecedente presente, el análisis de la relación entre la presencia de depresión y la del antecedente de depresión familiar dio un valor de $P= 0.655$ (Tabla 23, Gráficos 21 y 22).

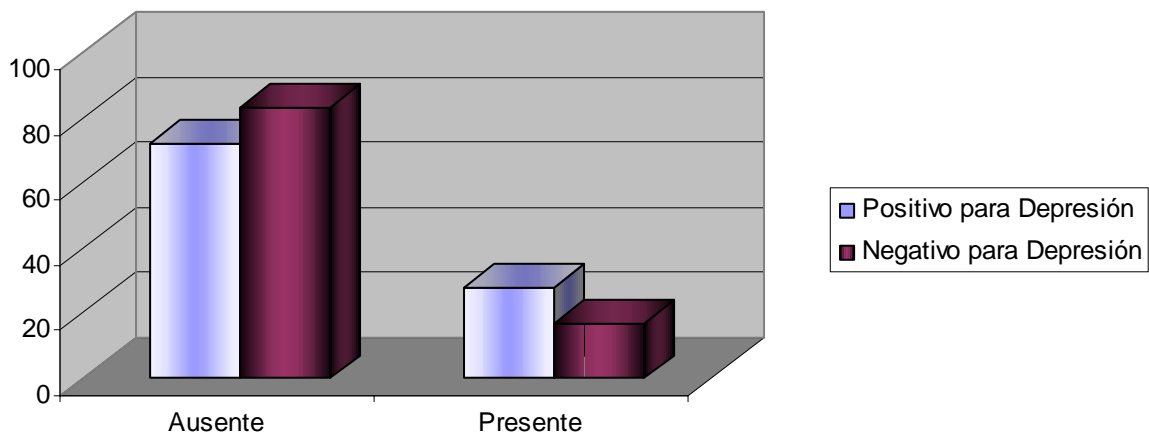
Tabla 23
Distribución de la depresión postparto por antecedente de depresión familiar

	Positivo para	Negativo para	P
--	---------------	---------------	---

	Depresión	Depresión	
Ausente	31 72.09%	261 83.12%	<0.0001*
Presente	12 27.91%	53 16.88%	<0.0001*
	43	314	0.0655

* Estadísticamente significativo

Grafico 22 Distribución porcentual comparativa por antecedente de depresión familiar en 1er grado



El antecedente de cuadro previos de depresión diagnosticados en las mujeres encuestadas, obteniéndose que 38 (10.6%) de los casos tuvieron presente el antecedente y los restantes 319 (89.4%) casos negaron el antecedente (Tabla 24).

Tabla 24
Antecedente de cuadro depresivo previo

Antecedente familiar de depresión	n	%
Presente	38	10.6
Ausente	319	89.4
Total	357	100

El antecedente de cuadro depresivo previo, tuvo una distribución en el grupo de mujeres con prueba positiva para depresión de 31 casos (72.09%) para la ausencia del antecedente, y 12 casos (27.91%) para el antecedente positivo; en el grupo de paciente con pruebas negativas para depresión la distribución fue de 288 casos (91.72%) para el antecedente ausente y 26 casos (8.28%) para la presencia del antecedente. El análisis para la relación entre el antecedente de depresión personal la depresión presente o ausente se calculo un valor de $P=0.0006$ (Tabla 25, Gráficos 23 y 24).

Tabla 25

Distribución de la depresión postparto por antecedente de cuadro depresivo previo

	Positivo para Depresión n %	Negativo para Depresión n %	P
Ausente	31 72.09%	288 91.72%	<0.0001*
Presente	12 27.91%	26 8.28%	0.023*
	43	314	0.0006*

* Estadísticamente significativo

Gráfico 23 Porcentaje de casos por antecedente de cuadro depresivo previo

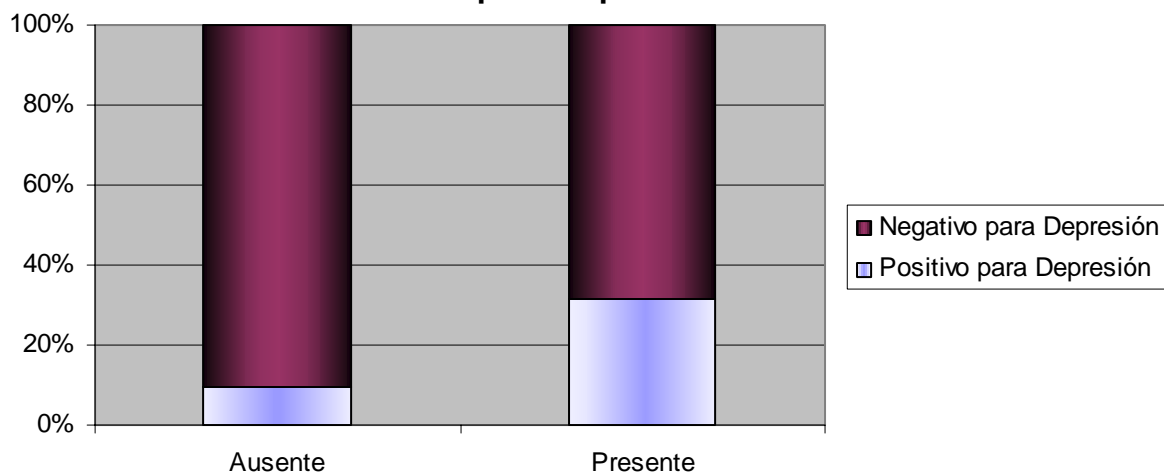
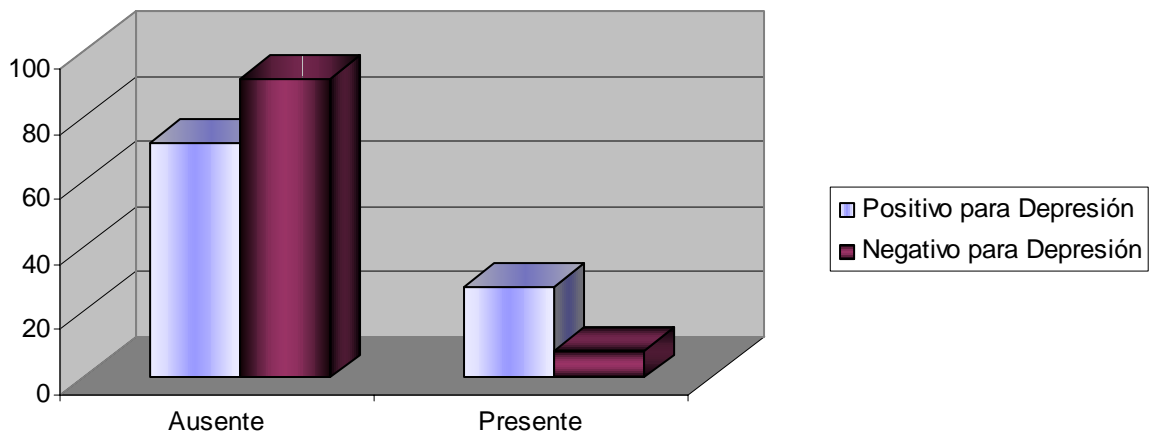


Gráfico 24 Distribución porcentual comparativa por antecedente de cuadro depresivo previo



Se resumen las relaciones analizadas en la siguiente tabla (Tabla 26).

Tabla 26

	Depresión	Sin depresión	P
Grupo de edad			0.52
12 a 19	23.26%	34.39%	
20 a 25	44.19%	39.49%	
26 a 35	25.58%	21.02%	
36 a 50	6.98%	5.10%	
Escolaridad			0.56
Analfabeta	2.33%	0.32%	
Primaria	25.28%	22.61%	
Secundaria	46.51%	47.13%	
Preparatoria	23.26%	23.89%	
Licenciatura	2.33%	6.05%	
Estado civil			0.0028*

Casada	6.98%	25.16%	
Divorciada	2.33%	0%	
Soltera	27.91%	21.66%	
Unión libre	62.79%	52.18%	
Paridad			0.0161*
Múltipara	39.53%	30.25%	
Secundípara	39.53%	26.11%	
Primípara	20.93%	43.63	
Control prenatal			0.0422*
Adecuado	60.47%	74.52%	
Deficiente	39.53%	25.48%	
Antecedente de Pérdidas gestacionales			0.1432
ausente	79.07%	87.26%	
presente	20.93%	12.74%	
Vía de terminación			0.82
Cesárea	44.19%	42.36%	
Parto	55.81%	57.64%	
Edad gestacional			0.5751
Postérmino	0%	2.23%	
Pretérmino	13.95%	11.78%	
Termino	86.05%	85.99%	
Apoyo familiar			0.0072*
Ausente	16.28%	4.46%	
Presente	83.72%	95.54%	
Apoyo conyugal			0.0443*
Ausente	23.26%	12.10%	
Presente	76.74%	87.90%	
Antecedente de depresión familiar			0.0655
Ausente	72.09%	83.12%	
Presente	27.91%	16.88%	
Antecedente de depresión personal			0.0006*
Ausente	72.09%	91.72%	
Presente	27.91%	8.28%	

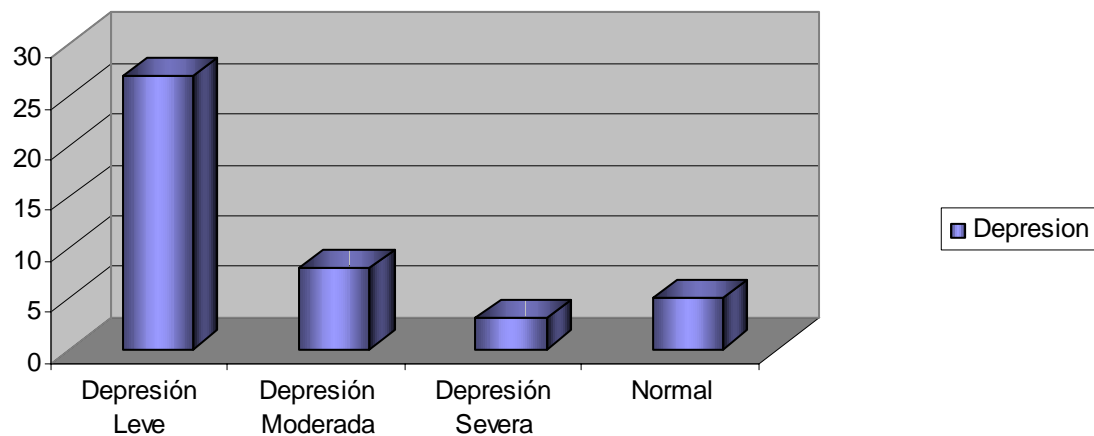
La escala de Beck utilizada principalmente para determinar el grado de depresión dentro del grupo de pacientes con EPDS positiva reveló los siguientes resultados. Se encontraron 27 casos (62.79%) con depresión leve, 8 casos (18.60%) con depresión

moderada y 3 casos (11.63%) con depresión severa, en 5 casos (11.63%) positivos par EPDS, no se encontró depresión por la escala de Beck (Tabla 27, Gráfico 25).

Tabla 27
Grados de depresión según la escala de Beck

Grado de depresión según escala de Beck	Depresion
Depresión Leve	27 62.79%
Depresión Moderada	8 18.60%
Depresión Severa	3 6.98%
Normal	5 11.63%
	43

Gráfico 25 Pacientes por grado de depresión según escala de Beck



DISCUSIÓN

La depresión postparto es un padecimiento el cual poco diagnosticado dentro de la atención médica cotidiana, incluyendo aquellas instituciones donde se concentran pacientes obstétricas, pudiendo ser consecuencia del desconocimiento de la enfermedad, o del menor interés hacia la visión integral los pacientes poniendo atención solamente la esfera orgánica, por parte del equipo médico ⁽⁵³⁾, situación la cual se encuentra presente dentro del Hospital Infantil del Estado de Sonora – Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIES-HIMES). Se han utilizado diversos métodos de cribado o tamizaje, para la detección de la depresión postparto, siendo el de mayor utilidad el diseñado por Cox-Holden-Sagovsky en 1987⁽⁵⁴⁾ que recibió el nombre de Escala de depresión postnatal de Edinburgo (Edinburgh postnatal depression scale), con posteriores modificaciones al español ⁽¹⁶⁾, la que tiene una mayor sensibilidad, reportada del 100%⁽¹⁹⁾ al 85%^(10, 54), y una especificidad del 77%⁽⁵⁴⁾ con un valor predictivo positivo del 75%⁽¹⁷⁾, principalmente en poblaciones latinas, en otro tipo de poblaciones (europeas) se han encontrado valores de sensibilidad del 67.7%, con una especificidad del 95.7%, al enfrentarla con la entrevista psiquiátrica y clasificación mediante el DSM III⁽⁵⁵⁾, Se ha señalado una prevalencia desde 8% hasta 20% y más en las mujeres en el período de postparto, en México 21.7% ⁽³⁷⁾ al 17.8 ⁽¹⁵⁾, la prevalencia varía a nivel mundial con rangos reportados 8% y 23% ^(10, 17, 26, 27, 28, 35, 37) en el presente estudio se encontró una prevalencia del 12% correspondiendo a los rangos menores dentro de los estudios revisados. Las diferencias de prevalencia, han sido beneficiadas por el uso de distintas escalas de medición y principalmente por puntos de corte diferentes para determinar el riesgo de depresión postparto, considerándose según los autores el punto de corte 9 a 10 para la clasificación de estado depresivo ^(8, 16, 35, 36) con variaciones entre 9 y 13 según la población en estudio ^(8, 15, 16, 35, 36), el presente trabajo estableció un punto de corte de 9, un punto dentro valores bajos obteniendo una prevalencia del 12% al momento, considerando también el momento del puerperio en el que se aplica la escala a las pacientes, ya que existen también variaciones que modifican la prevalencia, dependiendo de periodo de tiempo transcurrido posterior al parto, con importantes fluctuaciones en cuanto valor, con un 5.5% a las 6 semanas en China⁽⁵⁶⁾, de 25% a las 4 semanas en mujeres pertenecientes a minorías étnicas en Londres, Inglaterra⁽⁵⁷⁾, 32.5% a las 12

semanas en Chile⁽⁵⁸⁾, 3.7% al año en Minnessota⁽⁵⁹⁾, y 38.2% en Montreal, Canadá en mujeres nulíparas de bajo estrato socioeconómico, en México en el Instituto Nacional de Perinatología Espíndola J G, Morales, Mota, Díaz, Meza y Rodríguez en el 2004 realizaron un estudio para la calibración de punto de corte de la EPDS obteniendo a un puntaje de 14 una sensibilidad 74% y una especificidad de 83%, observando que al disminuir el puntos de corte disminuía la sensibilidad con aumento de la especificidad, con una relación inversa al aumentar el valor punto de corte, por lo que se tomó el puntos con valores mas elevados coincidentes para los dos parámetros, para la población estudiada⁽¹⁵⁾; otro de los factores mencionados que influye en las variaciones de la prevalencia es el nivel socioeconómico, en la unidad donde se realizó el estudio HIES-HIMES, pertenece al sistema de hospitales públicos, que atiende fundamentalmente a personas de bajo nivel socioeconómico, carentes de seguridad social institucional, provenientes generalmente de áreas urbanas y rurales de pobreza. El resultado obtenido en el presente estudio, representa la primera determinación de la prevalencia para la depresión postparto en el HIES-HIMES, que concuerda con lo reportado con la literatura existente. Al no realizarse pruebas de validación para la población existente en la institución donde se realizó el estudio, se aplicaron las escalas de forma asistida por parte del servicio de Psicología de la unidad HIES-HIMES.

El grupo de edad al momento a pesar de presentar una diferencia estadísticamente significativa, mostró una tendencia de comportamiento de la población encontrándose un mayor numero de casos proporcionalmente en los grupos mayores de 20 años, y un importante menor porcentaje en la pacientes de menores de 19 años, al igual que en otros estudio revisados no se encontró correlación entre el grupo de edad y depresión postparto ^(10,17), y en otros donde a pesar de contarse con una relación opuesta de mayor tendencia a desarrollar depresión postparto en las pacientes jóvenes no fue significativo estadísticamente ⁽¹¹⁾.

La escolaridad no presentó una relación significativa para la predisposición para depresión postparto al igual que en otros estudios ^(10, 34), pero si mostró una tendencia a una mayor predisposición en los grupos con nivel básico o analfabetismo, de lo que se puede inferir que las pacientes a mayor nivel de instrucción tienen una mayor facilidad para acceder a los recursos necesarios para la atención del neonato que en las pacientes de escasos recursos económicos representa una carga mayor.

Encontramos que el estado civil si guardo una diferencia estadísticamente significativa encontrando que el mayor riesgo se encuentra en las pacientes solteras, y las que se encuentran en unión libre, que a su vez representan el mayor porcentaje de la población en estudio (54.3%), este hallazgo muestra que las pacientes que se encuentran con o sin una pareja en una relación que por sus características suponga una estructura familiar no adecuadamente integrada tendrán mayor riesgo depresión postparto, como se ha demostrado en otra poblaciones como Chile, donde se encontró una asociación similar ⁽¹¹⁾. En la mayoría de los estudios con poblaciones similares no se encontró relación con el estado civil ^(10, 34).

La paridad tuvo una relación positiva significativamente estadística, encontrando que a partir del segundo embarazo las pacientes mostraron una mayor predisposición para presentar depresión postparto. Aunque al comparar los resultados con estudios previos se encuentran diferencias, mostrando en algunos una relación inversa con una mayor predisposición en el grupo de primíparas ⁽³⁴⁾, y en otros no se mostró alguna relación entre los grupos por paridad y riesgo para depresión ⁽¹⁰⁾.

Se realizó una correlación con el grupo con depresión postparto y el control prenatal, basado en la importancia de un adecuado soporte médico durante la gestación, tomando en cuenta como criterio, las normas oficiales establecidas en México (8), teniéndose como resultado una asociación significativa para asociar al deficiente control prenatal con una tendencia mayor a la depresión postparto. En un estudio realizado en el INPer (Ortega, Lartigue y Figueroa), en el 2001, mostró una prevalencia del 21.7% para depresión en una muestra de mujeres embarazadas al aplicar la EPDS obteniendo resultados concordantes en el seguimiento postparto, concluyendo que es posible utilizar la escala mencionada en el control prenatal para la detección de pacientes con propensión para desarrollar episodios depresivos ⁽³⁷⁾.

El antecedente positivo de pérdidas gestacionales, comparativamente tuvo una mayor proporción en el grupo de pacientes con pruebas positivas para depresión, a pesar de ello no mostró una diferencia significativamente estadística, ante tal resultado podemos relacionas a que la mujer sometida a pérdidas gestacional, tiene una visión diferente a aquella que no tiene pérdidas gestacionales previas, y que en cierto grado es un factor de riesgo para depresión postparto ⁽¹⁷⁾.

La vía de terminación del embarazo presentó una relación no significativa sin observarse tendencias hacia las vía de terminación, parto o cesárea, como se ha observado en otros estudios ^(10, 11).

En lo concerniente a la edad gestacional no se observó ninguna asociación para presentar depresión postparto, en el caso de postérmino no se contaron con casos para el grupo con EPDS positivo para realizar comparación, las edades de término y pretérmino mostraron una frecuencia similar para las dos vías de terminación, dato que se puede observar en estudios previos ^(10, 11, 17, 19). El hecho de que el hospital, se encuentre conjuntamente con una unidad hospitalaria de pediatría equipada con terapia intensiva neonatal, pudo haber influenciado los resultados ya que esta demostrado que las madres cuyos recién nacidos cursan con internamiento en terapia intensiva tiene mayor predisposición para presentar depresión ⁽⁵⁷⁾, como se pudiese haber esperado, pero no se registró tal influencia en el presente estudio, posiblemente debido a la pequeña muestra dentro del grupo de neonatos pretérmino, posiblemente este factor resulte de mayor importancia posteriormente durante etapas mas avanzadas del puerperio⁽¹¹⁾.

Se conoce que el apoyo socioafectivo percibido por la mujer influye en forma positiva o negativa su estado físico y psíquico ⁽⁵⁸⁾, por lo que se utilizaron preguntas que medían ciertos aspectos subjetivos de apoyo social y afectivo, por lo tanto hay que tener en cuenta este factor. La relación estadística obtenida para el apoyo familiar tuvo un valor significativo, observándose una mayor tendencia hacia la depresión postparto en el caso tener una percepción de ausencia del apoyo familiar. Dato apoyado por otros estudios en los cuales se refiere, a la paciente con necesidad de percibir la aprobación familiar, por su desempeño como madre y la necesidad de ser recompensada material o moralmente, y la ausencia de una o ambas puede ser un factor determinante para la presencia de depresión postparto ⁽³⁴⁾. Para la percepción del apoyo conyugal se obtuvieron resultados semejantes con una asociación mayor para la carencia de dicho factor en las pacientes con depresión. El apoyo por parte de la pareja o esposo esta fuertemente ligado al factor estado civil, ya que la funcionalidad de la pareja depende de la colaboración y permanencia, hechos que al estar ausentes promueven una percepción personal por parte de la paciente para el apoyo recibido, como en el caso de los estados civiles de la

soltería, donde la pareja se puede encontrar ausente, o la unión libre, donde existe una posible mayor labilidad, en la relación entre pareja.

Los antecedentes de depresión familiar en primer grado no presentaron una asociación importante con la tendencia para depresión postparto, con un patrón de distribución similar para los dos grupos comparados, con EPDS positiva y negativa para depresión, información que concuerda con lo datos reportados en otros estudios ⁽³⁴⁾. El antecedente de cuadros de depresión previa en los pacientes, si reveló un relación entre su presencia y la tendencia a desarrollar depresión postparto, con una relación estadística significativa, al igual que en poblaciones latinas estudiadas previamente como Perú ⁽³⁴⁾ y Chile ⁽¹¹⁾. Ya que una cantidad considerable de estudios coinciden en la importancia de los antecedentes psiquiátricos como un factor predictivo para la presentación de la depresión postparto ^(10, 59, 60, 61). Ya que observaciones realizados en múltiples estudios revelan hasta una riesgo de desarrollar un episodio nuevo de depresión en aquellas pacientes que ya han padecido depresión hasta ene. 50% de los casos ⁽⁴⁾.

CONCLUSIONES

La prevalencia para la depresión postparto presentada en la población de mujeres puérperas, del HIES-HIMES, durante el periodo de estudio fue del 12%. Dicho porcentaje corresponde a valores dentro del rango de reportado en la literatura.

Los grupos etáreos más encontrados correspondieron a menores de 19 años, y de 20 a 25 años, no se demostró correlación con depresión. Solo se observó una mayor tendencia para depresión a partir de los 20 años.

La escolaridad predominante fue la de nivel medio (secundaria) sin presentar correlación estadística significativa para riesgo de depresión postparto. Con observación de la tendencia de los grupos con menor escolaridad para la depresión postparto.

El estado civil sí representó una diferencia significativa, en cuanto a la proporción de casos, mostrando para los grados de unión libre en primer lugar y posteriormente soltera, un mayor índice de casos de depresión.

La paridad también tuvo una relación significativa, con una tendencia para depresión postparto a partir del segundo parto.

El control prenatal mostró una mayor proporción de casos para depresión positiva en el grupo de control prenatal deficiente.

Los antecedentes de pérdidas gestacionales tuvieron una distribución no relacionada con la depresión postparto.

La vía de terminación no mostró diferencias entre los grupos con EPDS positiva y negativa.

En lo referente a la edad gestacional no se mostró relación significativa, distribuyéndose de forma semejante los casos en los grupos con EPDS positiva y negativa.

El apoyo familiar tuvo un mayor número de casos proporcionalmente dentro del grupo con ausencia del antecedente y depresión positiva, en forma significativa, sucedió el mismo caso para el apoyo conyugal que mostró, tendencia para mayor depresión en el grupo con ausencia de dicho antecedente.

En cuanto al antecedente de depresión familiar no se encontró ninguna asociación dentro de los grupos negativo y positivo para depresión, al antecedente de depresión personal, sin embargo, sí presentó una diferencia para los grupos de estudio.

La depresión postparto existe en la población de mujeres atendidas dentro del servicio de obstetricia del Hospital Infantil del Estado de Sonora – Hospital Integral de la Mujer del

Estado de Sonora, al momento detectándose la prevalencia previamente mencionada, se lograron identificar al momento el estado civil, la paridad, el control prenatal, el apoyo familiar y conyugal, y el antecedente de depresión previa como factores de riesgo principales asociados a la mayoría de los casos con EPDS positiva para depresión. Aunque realizando un análisis del comportamiento del modelo biológico nos encontramos, que las pacientes que han presentado condiciones adversas a nivel social y familiar, tienden a presentar depresión postparto, la influencia de los factores biológicos esta determinado por la percepción por parte de la mujer hacia los padecimientos y fenómenos orgánicos, que actúan sobre ella y principalmente sobre su embarazo y su culminación. Tenemos que considerar que existe variabilidad en cuanto al diagnóstico de la depresión postparto, ya que no se ha logrado un consenso para determinar el momento adecuado para su diagnóstico, obteniéndose en diversos estudios, en diferentes momentos posteriores e inclusive previos al parto, resultados diferentes, siendo aún necesario obtener mayor conocimiento del comportamiento de esta patología.

ANEXOS

Hospital Integral de la mujer del Estado de Sonora Ginecología y Obstetricia

Hoja de recolección datos

Fecha _____ No. De expediente _____

Nombre _____ Edad _____

Domicilio _____

Tel _____

Escolaridad _____ Procedencia _____

Peso _____ Talla _____

Estado Civil _____ Tabaquismo _____

Alcohol _____ Drogas _____

Menarca _____ Ritmo _____ Duración _____ Gestas _____ Parto _____

Aborto _____ Cesárea _____ FUR _____ I VSA _____ No. Compañeros

sexuales _____ MPF _____ Control prenatal _____ No de
consultas _____

Inicio del control (1,2,3 trimestre) _____

Problemas durante el embarazo (AA, IVU, Sangrados TV, Preeclampsia, etc.)

Causa de la resolución del embarazo _____

Edad gestacional al momento de cesárea parto _____

Apoyo Conyugal

Apoyo Familiar

Historia previa de depresión

Familiar

Personal

REALIZO _____

ESCALA DE EDINBURGO (COX JL, HOLDEN JM, SAGOVSKY R. BR J PSYCHIATRY 1987; 150: 782-6)

Nombre del Paciente:

Edad:

Expediente:

COMO USTED HACE POCO TUVO UN BEBE NOS GUSTARIA SABER COMO SE HA ESTADO SINTIENDO POR FAVOR MARQUE LA ESPUESTA QUE MAS SE ACERCA A COMO SE HA SENTIDO EN LOS ULTIMOS 7 DIAS

1. He sido capaz de reirme de las cosas y ver el lado divertido de las cosas
 - a. Tanto como siempre (0)
 - b. No, tanto ahora (1)
 - c. Mucho menos ahora (2)
 - d. No, nada (3)
2. He disfrutado mirar hacia delante
 - a. Tanto como siempre (0)
 - b. Menos que antes (1)
 - c. Mucho menos que antes (2)
 - d. Casi nada (3)
3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente
 - a. Si, la mayor parte del tiempo (3)
 - b. Si, a veces (2)
 - c. No, con mucha frecuencia (1)
 - d. No, nunca (0)
4. He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo
 - a. No, nunca (0)
 - b. Casi nunca (1)
 - c. Si, a veces (2)
 - d. Si, con mucha frecuencia (3)
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo
 - a. Si, bastante (3)
 - b. Si, a veces (2)
 - c. No, nunca (1)
 - d. Casi nunca (0)
6. Las cosas me han estado abrumando
 - a. Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto (3)
 - b. Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre (2)
 - c. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas (1)
 - d. No, he estado haciendo las cosas tan bien como antes (0)
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir
 - a. Si, la mayor parte del tiempo (3)
 - b. Si, a veces (2)
 - c. No con mucha frecuencia (1)
 - d. No, nunca (0)

8. Me he sentido triste o desgraciada
 - a. Si, la mayor parte del tiempo (3)
 - b. Si, bastante a menudo (2)
 - c. No con mucha frecuencia (1)
 - d. No, nunca (0)
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando
 - a. Si, la mayor parte del tiempo (3)
 - b. Si, bastante a menudo (2)
 - c. Solo ocasionalmente (1)
 - d. No, nunca (0)
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño
 - a. Si, bastante a menudo (3)
 - b. A veces (2)
 - c. Casi nunca (1)
 - d. Nunca (0)

INVENTARIO DE BECK

Nombre del

Paciente:

Edad:

Expediente:

Describe como se ha sentido ya sea la semana pasada, incluso hoy.
Lea todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección y marque una.

- A**
- 0 No me siento triste
 - 1 Me siento triste
 - 2 Estoy triste todo el tiempo y no puedo reponer
 - 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportar
- B**
- 0 No estoy particularmente desilusionada del futuro
 - 1 Estoy desilusionada del futuro
 - 2 Siento que no tengo perspectiva del futuro
 - 3 Siento que el futuro es desesperanzador
- C**
- 0 No siento que fallé
 - 1 Siento que fallo más que una persona normal
 - 2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado
 - 3 Siento una falla completa como persona
- D**
- 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
 - 1 No disfruto de las cosas como siempre
 - 2 No encuentro ya satisfacción real de nada
 - 3 Estoy insatisfecha o aburrida de todo
- E**
- 0 No me siento particularmente culpable
 - 1 Me siento culpable buena parte del tiempo
 - 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 - 3 Me siento culpable todo el tiempo
- F**
- 0 No siento que he sido castigada

- 1 Siento que podría ser castigada
- 2 Espero ser castigada
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

- G**
- 0 No me siento desilusionada de mí
 - 1 Estoy desilusionada de mí
 - 2 Estoy disgustada conmigo
 - 3 Me odio

- H**
- 0 No me siento peor que nadie
 - 1 Me critico por mi debilidad o por mis errores
 - 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
 - 3 Me culpo todo lo maló que sucede

- I**
- 0 No tengo pensamientos de suicidarme
 - 1 Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría
 - 2 Me gustaría matarme
 - 3 Me mataría si pudiera

- J**
- 0 No lloro más de lo usual
 - 1 Lloro más que antes
 - 2 Lloro ahora todo el tiempo
 - 3 Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo

- K**
- 0 No soy más irritable de lo que era antes
 - 1 Me siento molesta o irritada más fácil que antes
 - 2 Me siento irritada todo el tiempo
 - 3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí

- L**
- 0 No he perdido el interés en otra gente
 - 1 Estoy menos interesada en otra gente que antes
 - 2 He perdido mi interés en otra gente

3 He perdido todo mi interés en otra gente

M

0 Tomo decisiones igual que siempre

1 Evito tomar más decisiones que antes

2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora

3 No puedo tomar decisiones por completo

N

0 No siento que me vea peor que antes

1 Me preocupa verme vieja o poco atractiva

2 Siento que existen cambios permanentes en mi que me hacen lucir fea

3 Creo que me veo fea

O

0 Puedo trabajar tan bien como antes

1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo

2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo

3 No puedo hacer nada

P

0 Puedo dormir tan bien como siempre

1 No puedo dormir tan bien como antes

2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir

3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volverme a dormir

Q

0 No me canso más de lo usual

1 Me canso más fácil que antes

2 Me canso de hacer casi cualquier cosa

3 Me siento muy cansada de hacer cualquier cosa

R

0 Mi apetito es igual que lo usual

1 Mi apetito no es tan bueno como antes

2 Mi apetito es mucho peor ahora

3 No tengo nada de apetito

- S**
- 0 No he perdido peso
 - 1 He perdido más de 2.5 kg
 - 2 He perdido más de 5 kg
 - 3 He perdido más de 7.5 kg o
- He intentado perder peso comiendo menos Si_____ No_____

- T**
- 0 No estoy más preocupada
 - 1 Estoy preocupada por problemas físicos
 - 2 Estoy muy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas
 - 3 Estoy tan preocupada con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más

- U**
- 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo
 - 1 Estoy menos interesada en el sexo que antes
 - 2 Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora
 - 3 He perdido completamente el interés por el sexo

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. De la Fuente R. Psicología Médica. Nueva Versión. Fondo de Cultura Económica, México, 2ª-Edición. 1996. pp. 31-57, 438-447
2. Morris CG. Psicología un Nuevo Enfoque. Prentice Hall, Hispanoamericana, S A. México, 7ª Edición. 1992. pp. 558-576.
3. Tamayo A. Antisicóticos en "Psicofarmacología On-Line. (Cited. 2007) Disponible en URL <http://psicofarmacología.info/AP.htm>
4. Gómez MS. Patología Psiquiátrica del Puerperio. Psicosis Puerperal. Revista de Neuro Psiquiatría 2002:65 32-46.
5. Orejarena SJ. Trastornos Afectivos del Postparto. Med UNAB. 2004. 7 No. 20.
6. Martínez MP. Diagnóstico y Manejo de los Trastornos Mentales en el Postparto. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". Disponible en: www.Meddir.net/tratornos%20mentales%20en%20el%20postpartp.htm
7. Rojtenberg SL. Mujer, Vulnerabilidad, Depresión, Ansiedad. 1998. Disponible en <http://www.gador.com.ar/lyd/vulner/rojtenberg.htm>
8. Norma Oficial Mexicana. NOM.007-SSA2- 1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
9. Dirección General de Salud Reproductiva. Maternidad Saludable y si Riesgos. Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Primera edición.2000. pp. 10-11
10. Machado RF, García ST, Maya R, Bernabeu SM, Cerda DR. Depresión Puerperal: Factores Relacionados. España 1997. Atención Primaria. 20:161-166.
11. Evans MG, Mcjohn VM, Marín R. Depresión Postparto Realidad en el Sistema Público de Atención de Salud. Rev Chil Obst y Ginecol. 2003; 68(6): 491-494.
12. Instituto Nacional de Salud Mental. Asociación Psiquiátrica Mexicana A C. Depresión, lo que usted necesita saber. Lilly y Cía. De México, S A de C V. 1992. pp. 1-2.
13. Programa de Salud 2001-2006. Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. SSA. México. Primera edición. 2002. pp. 22-23.

14. Dirección General de Salud Reproductiva SSA. Un Buen Comienzo, Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento. México. Primera Edición. 2000. pp. 11-12.
15. Espíndola JG, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del Punto de Corte para la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. Rev Perinatol Reproduc Hum. 2004; Vol. 18(3): 179-186
16. Maroto NG, García CM, Fernández P. Evaluación del estado de Ánimo en el Puerperio con la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Int J of Clin and Health Psy. 2005. Vol. 5 (2). pp. 305-318.
17. Moreno ZA, Domingues C, Franca PS. Depresión Postparto: Prevalencia de Test de Rastreo Positivo en Puérperas del Hospital Universitario de Brasilia. Brasil. Rev Chil Obst y Ginecol. 2004; 69 (3): pp. 209-213.
18. Ortiz CMA, Valls J. La depresión Postnatal, un Problema de Salud Justificado con Ayuda de un Meta-análisis: Investigar para argumentar mejor. Segundo Premio de Investigación ANESM, trabajo premiado con Primer ACCESII. 2001; pp. 1-14.
19. Latorre LJJ, Contreras PLM, Herrán FOF, Depresión Postparto en una Ciudad Colombiana: Factores de Riesgo. Rev. Aten Prim. 2006. Vol. 37 (6); pp. 332-338.
20. Bello M, Puentes RE, Medina ME, Lozano R. Prevalencia y Diagnóstico de Depresión en Población Adulta en México. Sal Pub de Méx. 2005, 47(1); pp. 54-59
21. Garay López J. comportamiento de la Mujer ante la Depresión. Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en <http://www.Uaemex.mx/faapaevem/docs/ equidad/ comportamiento.html>
22. Coronel Pérez P. Depresión en la Práctica Ginecológica Rev Divul Cient Uni Ver. 2004, 16 (3); pp. 45-48
23. Organización Mundial de la Salud. 54 Asamblea Mundial de la Salud: sitio web http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/NHA54/Sa54d4.pdf
24. Olza I, Gamza T, Alternativa al tratamiento Psicofarmacológico de madres Lactantes en depresión Postparto en Atención Primaria. Disponible en Información @ Holística.net

25. Carvajal G, González MC, Martínez SL, Tovar C, Valencia C. Depresión Postparto, Apoyo social y Calidad de Vida en las Mujeres en Colombia. Col med: 31; 4-10.
26. Carrascon C A, García M S, Llamas R A .Implantación del Protocolo de Detección Precoz de la Depresión Postparto. Congreso Asociación Catalana de Matronas. Disponible:
<http://www.llevadores.org/congresoACL/html/temes/regimen/rmph>
27. Lewis. Diagnóstico y Tratamiento de depresión Posparto. Southem Medical Journal. 2004;97 (2): 15-161.
28. Acuña M. Depresión Posparto. Evidencia. Actualización de la práctica Ambulatoria. 2002; 5 (6)
29. Depresión, Diagnóstico, Síntomas & Presentación. Disponible en http://es.brainexplorer.org/depresión_diagnosis.shtml
30. Escala de Hamilton para Evaluación de depresión (Ham-D) versión de 17n items. Disponible en: http://bibliopsiquis.com/escalas/escala_depresión O.htm.
31. Escala de Depresión de Montgomery-Asberg. Disponible en: http://bibliopsiquis.com/escalas/escala_depresión O.htm.
32. Escala autoaplicad de Depresión de Zung. Disponible en http://bibliopsiquis.com/escalas/escala_depresión O.htm.
33. Hassbem HJ, Risco NL, Jadresic ME, Galleguillo UT, González AM, Garay G J. Depresión Postparto: Prevención y Factores de Riesgo. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología; 1999. 64 (6); 466-476.
34. Betalleluz P, Quiroz U. Síndrome de tristeza Postparto en SITUA; oct.96-mar-97. año V (9).
35. García EL, Aguado CJ, Ascaso TC, Caparrós AF, Navarro GP, Ojuel ST. Estudio de la Depresión Postparto en Madres Españolas: Detección, Incidencia y Factores Asociados: 2000. Fundación Clínica
36. Yawn B. Un Sencillo y Rápido Test Permite Diagnosticar la Depresión Postparto. <http://www.psiquiatría.com/boletín/revista/65/3083/?++interactivo>
37. Ortega I, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de Depresión a Través de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS), en una Muestra de Mujeres Embarazadas INPer. Perinat Reproduc Hum. 2001; 15(1): 11-20

38. Fergerson SS, Jamieson DJ, Lindsay M. La Escala de Depresión Identifica el Riesgo de Depresión Postparto. Am J of Obst and Gynecol.2002 may. 186 (5).
39. Morris–Rush JK, Comenford F M, Bernstein P. Screening Pospartum Depresión in an inner City Population: Am J Obst and Gynecol. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. 2003; 188. pp.1217-1221
40. Lara MA, 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 año/vol. 29 No. 004. Instituto Nacional de psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente, México. Pp.55-62.
41. Vivir sin Depresión. Disponible en <http://www.Timsmn.com.mx/Salud/Tu salud>.
42. Depresión. 2003. Disponible en: Onda Salud.com.Recoletos grupo de comunicación.
43. Gradillas V. Depresión Después del Parto. Mini Club.com.Ltd.2000.
44. Muñoz M. La Depresión Postparto: Definición, Síntomas. Artículo Editorial de Cepvi.com.web de Psicología y Medicina.
45. Saludalia.com ¿Existe realmente la Depresión Postparto? 2006. Disponible en: <http://saludalia.com/Saludalia/servelets/contenido/jsp/parseniñ.jsp?url>.
46. Servicio Canario de Salud. España. Depresión Postparto. Disponible en:<http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su salud>.
47. Departamento de Salud de Maryland. Depresión Perinatal. Un recurso de la Asociación de Salud Mental de Maryland. Disponible en <http://www./realthyneumons.org/about depressionSpanishRev Final 000 htm>.
48. University of Chicago Hospitals: Cuidado de la Madre, cuidado fisiológico y emocional. Disponible en la web Master@geosalud.com.
49. Jaime OM, Solís N, Zárate M, Linetzky J, Oscar A. Depresión Postparto con Relación a la Edad, Cantidad de Hijos y Estado Civil. Acta Cient Estud 2006; 4 (3): 137-145.
50. Escala Autoadministrada de Depresión. Escala de Zung. Disponible en:www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php

51. Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de Vida en las Mujeres Deprimidas en el Postparto. Rev Med de Chile 2006; 134: 713-720.
52. SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La Democracia de la Salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud. Disponible en la web.
53. Barnett B, Lockhart K, Bernar D et al: Mood disorders among infants of mothers admitted to a mothercarft hospital. J Paediatr Chil Health 1993; 29 :270-5.
54. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987; 150: 782-876
55. Murray L, Carothers AD The validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. Br J Psychiatry 1990; 157: 288-290.
56. Lee D, Yip A, Chiu H, Leung T, Chung T. A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese woman. Am J Psychiatry. 2001; 158: 220-6.
57. Beck CT. Recognizing and screening for postpartum depression in mothers of NICU infants. Adv in Neonat Care 2003; 3 (1): 37-46
58. Gjerdinger DK, Charloner KM The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support, J Fam Pract 1994; 38: 565-572
59. Cox JL, Connor Y, Kendell RG. Prospective study of the psychiatric disorder of childbirth. Br J Psychiatry 1982; 140. 111-117.
60. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in child bearing women. Br J Psychiatry 1984; 144; 35-37.
61. Mosteiro Díaz MP, Villaverde Fernández S Trastornos psicopatológicos en el puerperio. Tocoginecología Práctica 1991; 51 (10): 491-494.
62. Gabbe SG, Niebyl JR, Leigh J. Gabbe: Obstetrics a problem pregnancies, Churchill Livingstone, 4ª ed. 2002 p-146.
63. James R., Md. Scott, Ronald S., Md. Gibbs, Beth Y., Md. Karlan, Arthur F., Md. Haney, David N. Danforth's Obstetrics and Gynecology Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 9th edition (August 2003). Pp 13-21.

Bibliografía Complementaria

1. Canales F, Alvarado E, Rueda E. Metodología de la Investigación. Manual de Desarrollo del Personal de Salud. Editorial Limusa. OPS.1986. primera edición. Pp. 221-245.
2. Méndez MI, Namihira G D, Moreno AL, Sosa MC, Protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. Editorial Trillas. México. 2001.
3. Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill, México.1998. pp. 53-93.
4. Fernández E. Estadística. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos15/la_estadística/la_estadística.shtml.
5. Guía ejecutiva para la elaboración de Protocolos de Tesis y parte de la Investigación en Proceso. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina. Departamento de Titulación. Segunda Edición.2004. pp. 7-9